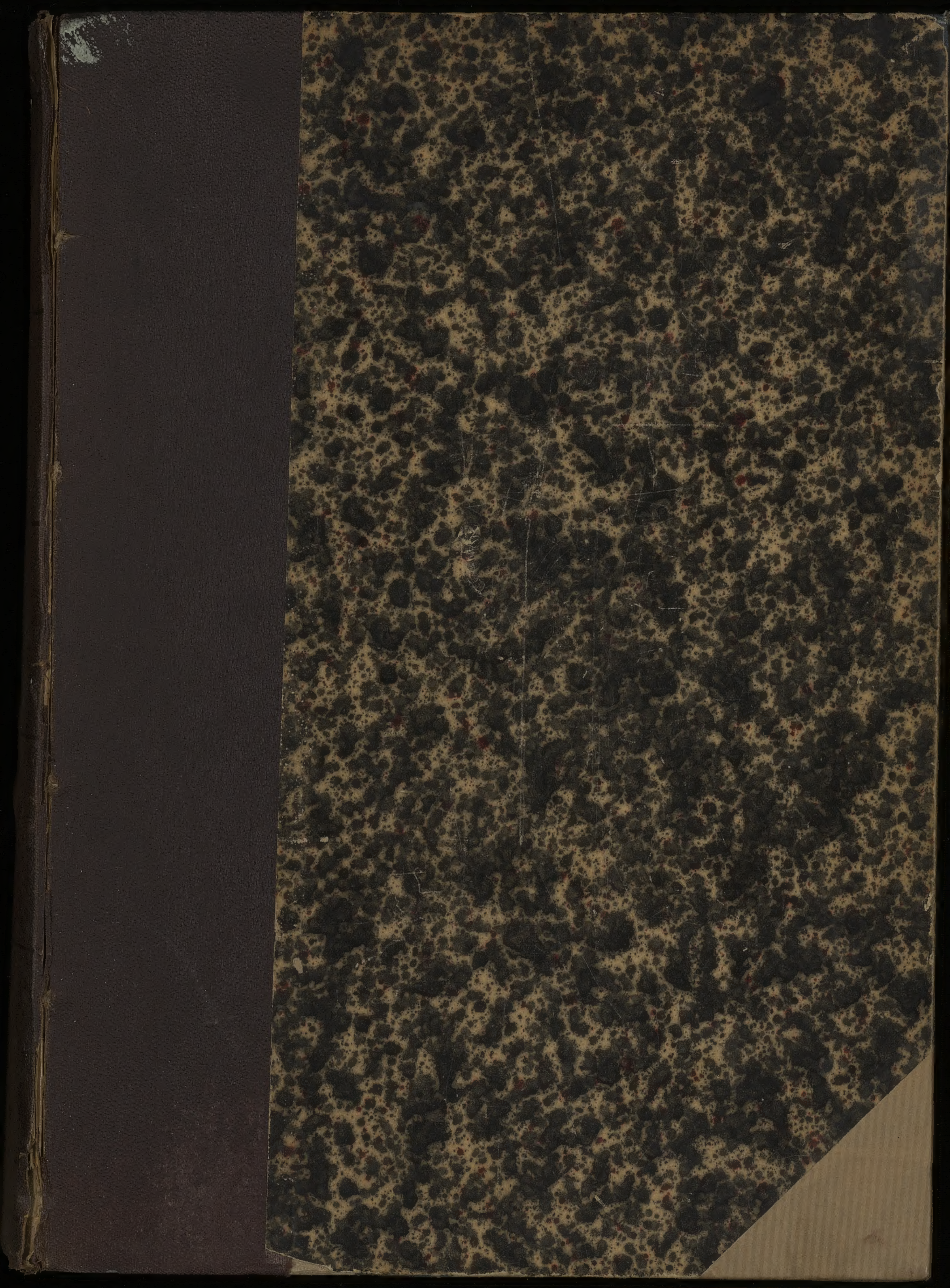
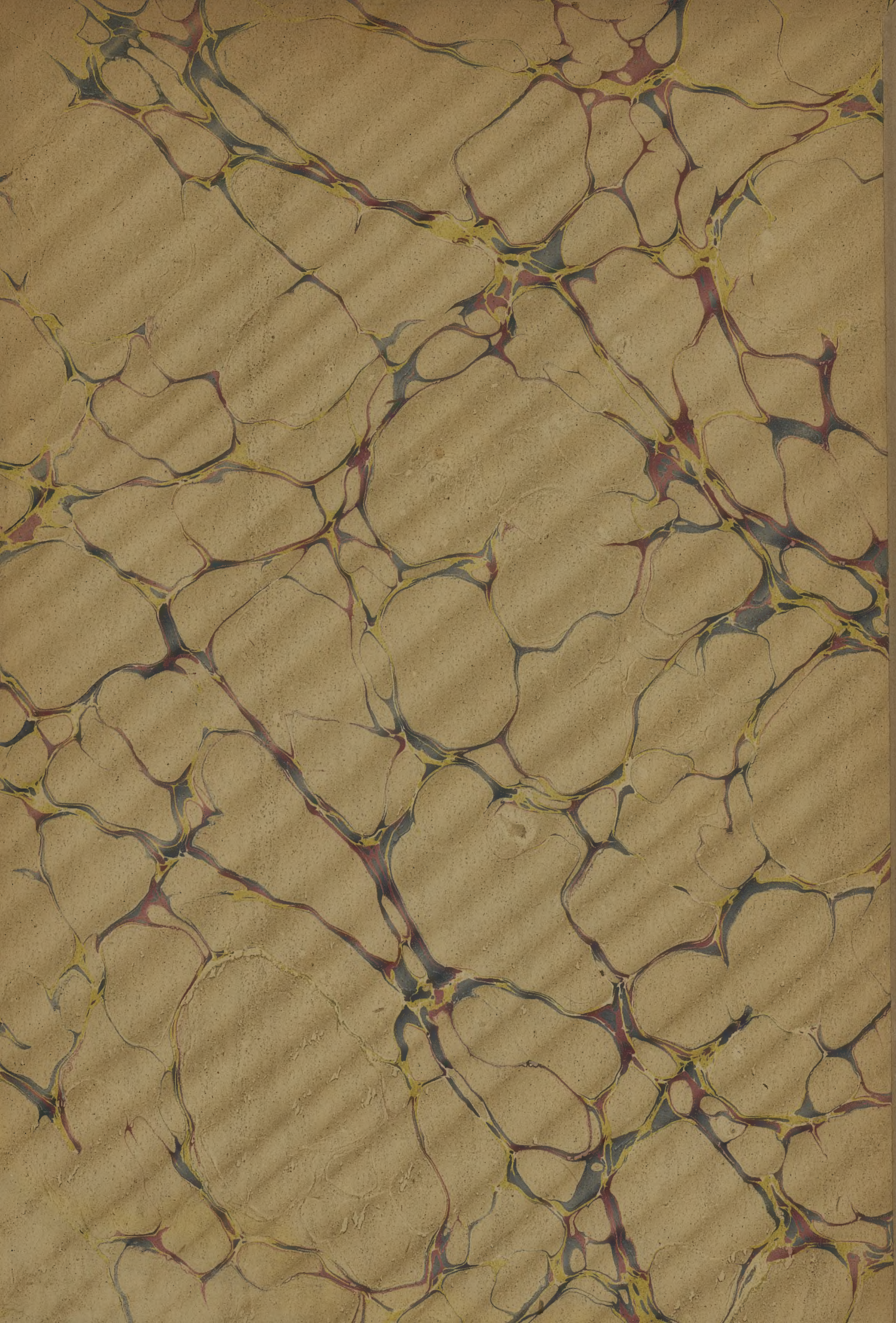
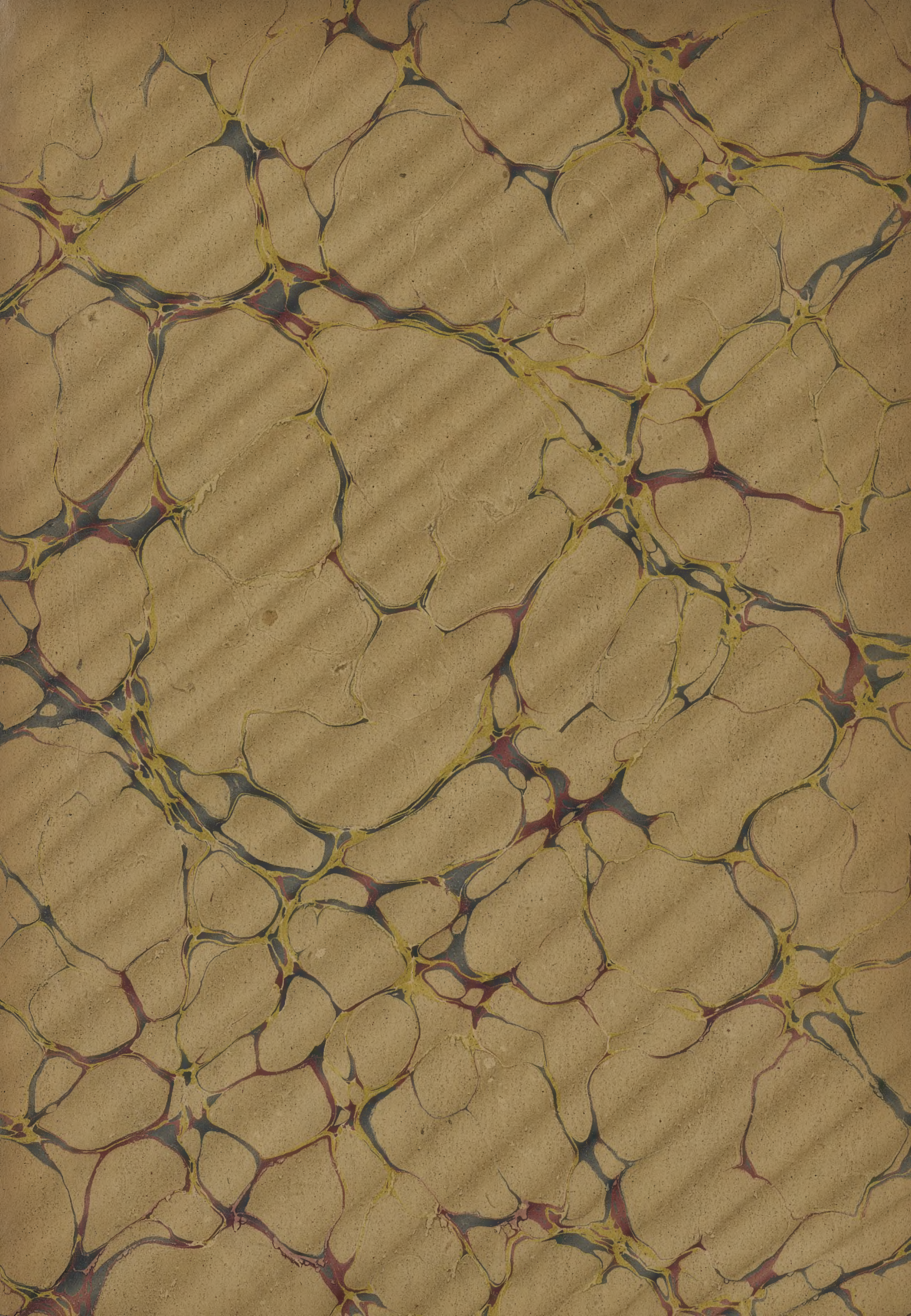
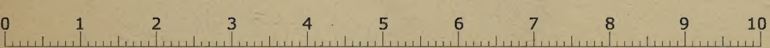







0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS
IMPRIMERIE F. LEVÉ
17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANCAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE



SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME ANNÉE

1906

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1906

N° 1. — MARDI 2 ET JEUDI 4 JANV. 1906. 79e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 JANV. 1906. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 27 décembre 1905 : MM. Maurice Lasnier, 13; Davesne, 12; Troisier, 11; Lévi-Valensi, 10; Galup, 9; Fenestre, 7; Fouchet, 6.

Séance du 28 décembre : MM. Lemarchal, 11; Vuillet et Edmond Lévy, 8, et Brisset des Nos, 4.

Séance du 30 décembre : MM. Chénier et Garipuy, 11; Braun, 9; Détré et Willette, 8; Ausset, 7; Croissant, Doumay et Antonin Lasnier, 5; Maurat, 4; Le Bon, 3.

Séance du 2 janvier 1906 : MM. Cawadias, 13; Le Moine, 12; Cottenot et Glénard, 10; Rolet, 9; Bienvenue, Guénot et Lamarre, 8, Zislin, 4.

Pathologie. — Séance du 30 décembre : Mlle Landry, 13; MM. Brémond et Jacoulet, 12; Charles Foix et Strœhlin, 10; Mora, 9; Lacheny, 8; Dufourmentel, 7, et Simonin, 4.

Séance du 2 janvier 1906 : MM. Gustave Haas, Hovelacque, Pinard, Roudinesco et Silbert, 12; Sorrel, 11; Ch. Richet, 10; Blain et Lenoir, 9.

Prochaine séance jeudi 4 janvier 1906, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté a attribué les prix pour 1905 de la façon suivante :

Prix Barbier (2000 francs), à M. le docteur Georges Luys pour son « cystoscope à vision directe » et son « urétroscope ».

Prix Chateauvillard (2000 francs), à MM. Fernand Bezançon et Marcel Labbé pour leur *Traité d'hématologie*.

Prix Jeunesse [*hygiène* (1500 francs)], à MM. Alquier et Drouineau.

Prix Jeunesse [*histologie* (750 francs)], à M. Jolly.

Prix Saintour (3000 francs), à MM. Pic et Bonnamour.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 10 juillet 1906, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur Richard.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Billot, Dubujadoux, Gerbault, Achintre, Camus, de Santé.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Ferrier, Frache, Guibal, Keim, Launois, Spillmann, Tricot, Forgue, Simonin, Augry, Benoit, Campos-Hugueney, Courtois, Cuvier, Gilles, Manon et Wenziger.

MM. les médecins-majors de l'armée coloniale Devaux, Legendre et Neiret.

MM. les médecins de première classe de la marine Vergnes, Dubois, L'Eost, Hamon, Durand, Barillet et Morgue.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Les officiers dont les noms suivent sont promus aux grades ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Gross.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Petit.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Courtois.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Spick.

MARINE. — Sont promus au grade de médecin de première classe, MM. les médecins de deuxième classe Mielvaque et Magne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — Le bureau est ainsi composé pour l'année 1906 : président, M. Letulle; vice-président, M. Barth; secrétaire général, M. Siredey; trésorier, M. Hudelo; secrétaires des séances, MM. Josué et Gasne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — Dans sa dernière séance, la Société a procédé à l'élection de son bureau pour l'année 1906.

Ont été élus : MM. les docteurs Guiter (de Cannes), président; Vivant (de Monte-Carlo), Moriez, Barety et Sardou (de Nice), vice-présidents; Hérard de Bessé (de Beaulieu), secrétaire général; Bonnal (de Nice), trésorier; Ardoin (de Nice), archiviste; Mignon et Gilli (de Nice) et Bienfait (de Cannes), secrétaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Décugis (de Cuers); Delarue, maire et député de Gannat; Mégnin, membre de l'Académie de médecine, et Th. Piéchaud, professeur à la Faculté de Bordeaux.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 12, déc. 1905.) ABELIN : L'escadre de l'Extrême-Orient en 1903-1905. — MÉHAUTÉ : Eau potable à bord du *Duguay-Trouin*. — H. GROS : L'infection palustre et son traitement, étude pratique (*suite*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 22, 30 nov. 1905.) Frank HOLYOKE : Eloge de Edward A. Holyoke. — George G. SEARS : Un cas de coma diabétique soumis au traitement alcalin : guérison. — F. B. LUND : Etude sur les ruptures de l'intestin. — Henry JACKSON : Les tumeurs malignes du poumon et de la plèvre. — (N° 23, 7 déc.) Howard A. LOTHROP : Le traitement opératoire des fractures anciennes de l'extrémité inférieure du radius (avec 8 fig.). — Edward M. BUCKINGHAM : Ulcères de l'estomac et du duodénum. — George H. MONKS : Une observation à l'appui du traitement conservateur à outrance dans les fractures non consolidées de l'extrémité inférieure de la jambe (avec 4 fig.). — W. H. ROBEY et R. C. LARRABEE : La tuberculose pulmonaire et les affections connexes dans la clientèle soignée en dehors de l'hôpital. — M. P. SMITHWICK : Etude du contenu gastrique dans 31 cas de tabes, dont 3 atteints de crises gastriques.

Bulletin médical. — (N° 99, 23 déc. 1905.) MALHERBE et STACKLER : Des adénopathies cervicales chroniques, spécialement chez les enfants, et de leur traitement.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 14 déc. 1905.) VULPIUS : Traitement de la scoliose. — CUSRCHMANN et SCHLAYER : Sur la méthode de percussion du cœur de Goldscheider. — ZUFSKIK : Pathogénie du tétanos. — — KNAUTH : Contribution à l'étude de la maladie de Weill. — OPITZ : Sur le traitement chirurgical de la pyohémie puerpérale. — KÖNIGSHÖFER : Progrès dans le traitement des maladies des yeux. — WICHMANN : Contribution à l'étude de la thérapeutique par la méthode Finsen et remarques sur le traitement du lupus. — PETERS : Nouvelle méthode de traitement physique du mal de mer. — ESCH : Traitement physiologique des blessures. — (N° 51, 21 déc.) DÜRING : Traitement du psoriasis. — BESSERER et JAFFÉ : Sur les cultures de bacilles typhiques qui se comportent d'une façon atypique vis-à-vis des réactions d'immunité. — SAATHOFF : Sur la méthode de la pyronine au vert de méthyle pour la coloration élective des bactéries dans les coupes. — KRAUSE : Sur l'emploi de la nouvelle tuberculine. — SPENGLER : Sur la priorité de la découverte et de l'emploi de la tuberculine. — BARATYNSKI : Sur l'emploi des procédés de Bassini et de Kocher dans le traitement de la hernie inguinale. — HERHOLD : Catgut iodé sec. — CURSCHMANN et SCHLAYER : Sur la méthode de percussion du cœur de Goldscheider. — STERNBERG : Recherche du sens du goût dans un but clinique. — KÖNIGSHÖFER : Progrès dans le traitement des maladies des yeux.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 51, 17 déc. 1905.) CHAVANNAZ : L'anurie par cysto-épitéliome de l'ovaire. — VERDELET : Tuberculose et bureaux de bienfaisance.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 51, 17 déc. 1905.) A. BOUYER : Des paresthésies de l'arrière-gorge.

Journal des praticiens. — (N° 51, 23 déc. 1905.) RAYMOND : La syringomyélie. — LINOSSIER et LAUNOIS : Le traitement salicylé du rhumatisme articulaire aigu.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 50, 16 déc. 1905.) L. THILLIEZ : Glaucôme aigu survenu aux deux yeux quelques heures après un traumatisme grave de la cuisse. — G. TOP : Autoplastie de la main par désossement d'un doigt après ablation d'un tuberculome cutané.

Marseille médical. — (N° 24, 15 déc. 1905.) FOURNIER : Deux cas d'évidement pétro-mastoïdien. — RISS : Décollement prématuré du placenta.

Montpellier médical. — (N° 50, 10 déc. 1905.) L. RIMBAUD : Nouvelles recherches sur le traitement et la préparation d'un sérum antituberculeux au moyen d'extraits de ganglions tuberculeux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 51, 19 déc. 1905.) BAUEREISEN : Sur l'hébotomie. — LIEPMANN : Sur l'étiologie de l'éclampsie. — NEISSER : Sur les hémorragies dans la névrite alcoolique. — SOMMER : Sur la nature des manifestations électriques de la peau et particulièrement des doigts. — MÜLLER : Le désinfecteur téléphonique de Percy-Simundt. — STROUX : Le médecin comme conseiller dans les accidents du travail. — SCHÜSSLER : Sur le traitement chirurgical du tabes. — SOBOTTA : Albert von Kölliker. — (N° 52, 26 déc.) JUNG : Contribution à la thérapeutique par l'air chaud dans les inflammations du bassin. — KRAUSE : Le traitement par la tuberculine dans le traitement des malades debout et des fébricitants. — BRASSERT : Sur la brachialgie. — BRUNK : Emploi de l'acétone pour l'inclusion à la paraffine par une méthode rapide. — — NASSAUER : Compression des organes urinifères par les tumeurs des annexes. — HOFMANN : Lita extension. — ROTH : Sur un cas de luxation de la dernière phalange du médius. — BAUEREISEN : Sur l'hébotomie.

Nord médical. — (N° 269, 15 déc. 1905.) LEMOINE : A propos d'un cas de rhumatisme chronique.

Tribune médicale. — (N° 50. 16 déc. 1905.) MALLOIZEL et Maurice LAMUNIÈRE : Les hydrothorax bacillifères. — Robert SIÉGEL : Considération sur le traitement, par la méthode de Sayre, des lésions organiques et traumatiques de la partie supérieure du rachis. — MAUCLAIRE : Le service de garde dans les hôpitaux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 50, 14 déc. 1905.) SCHRÖTTER : Joseph Skoda. — HAMBURGER et SLUKA : Sur la faculté de digestion des cellules du corps. — DONATH : Contribution à l'étude de la maladie de Landry. — ZICKMUND : Un cas rare d'accouchement avec présentation de l'épaule. — KOSSOW-GERRONAY : Un cas rare d'hémorragie pendant l'accouchement. — (N° 51, 21 déc.) HOCHNEGG : Indication de l'appendicectomie dans la douleur iléo-cæcale. — STREINTZ : Sur le rayonnement des métaux. — RANZI et AUFFENBERG : Sur la question de la solidité des moignons après les amputations par la méthode de Bunge. — KHAUTZ : Sur les fractures du péroné.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

PHTISIE GALOPANTE, BACILLÉMIE, MÈNINGITE

Par le professeur DEBOVE.

J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui d'un malade atteint de phtisie galopante qui s'est compliquée de bacillémie et d'une méningite très particulière.

Le nommé B..., âgé de dix-huit ans, marchand aux Halles, est entré dans notre service le 5 mai 1905. Il semble que le père de ce jeune homme soit tuberculeux. Faut-il y voir l'origine de la tuberculose du fils ? Je l'ignore, car le nombre des tuberculeux est si grand qu'il n'est guère possible de savoir de qui on tient sa maladie. Disons néanmoins que l'origine familiale est ici, au moins, très vraisemblable.

Chez B... les lésions auraient commencé par le pied, sous la forme d'une ostéite tuberculeuse qui nécessita la résection du premier métatarsien. Cette lésion est, bien entendu, rapportée à une cause accidentelle, la chute d'une masse de plomb sur le pied. C'est ainsi que les choses sont généralement expliquées; les phtisiques déclarent ordinairement que leur maladie s'est développée à la suite d'un rhume accidentel dû à un refroidissement. De même toute tuberculose locale est facilement attribuée à un traumatisme local. Toujours est-il qu'à dater de cette époque le malade maigrit et se mit à tousser, mais sans cracher et sans avoir de fièvre (du moins il le dit). Ne croyez pas non plus que les accidents du pied ayant les premiers frappé l'attention du malade, nous en inférions qu'ils ont été les premiers en date, et que cette écorchure produite par une masse de plomb ait été l'origine des accidents pulmonaires.

Il est bien plus vraisemblable de croire que, dès le début, il y a eu des lésions localisées au poumon.

Quoi qu'il en soit, B... put continuer à travailler jusqu'au mois de novembre de l'année dernière ; à ce moment survint de la fièvre, une expectoration abondante et une diminution des forces qui s'accusa dans des proportions telles que le malade fut obligé d'entrer dans notre service le 5 mai. Dès le début, le diagnostic fut fait; il n'était que trop facile à faire.

L'observation fut recueillie le 19 mai et voici ce qui fut constaté.

L'aspect du sujet n'est pas celui du tuberculeux cachectique, il est peu amaigri et peu anémié. Son teint est même plutôt animé et la face est le siège de rougeurs fugaces très intenses que provoquent le moindre effort ou la moindre émotion. Des réactions vaso-motrices analogues se remarquent sur la poitrine et le ventre où s'observe un dermographisme accentué. La fièvre est élevée, continue avec des exacerbations qui la font osciller entre 38 et 39°5. Le pouls varie de 115 à 130, les sueurs sont abondantes, l'anorexie accusée. La respiration est fréquente (40 à la minute), mais cette polypnée ne s'accompagne d'aucune sensation dyspnéique. L'inspection des crachats ne permet aucun doute sur la nature de la maladie. Ils sont purulents, cohérents, nummulaires et renferment une énorme quantité de bacilles de Koch, sans autre association microbienne, autant qu'on en peut juger, toutefois, par une simple exploration microscopique.

Tous ces signes permettaient d'affirmer l'existence d'une phtisie pulmonaire, l'auscultation ne pouvait nous révéler que son étendue. Elle nous apprit qu'il existait des lésions profondes des deux poumons, inégalement réparties de la base au sommet avec prédominance en ces points; je ne vous décrirai point par le menu les râles sibilants, cavernuleux et sous-crépitants. Il me suffira de dire que l'auscultation permettait à l'oreille la moins exercée de diagnostiquer une infiltration tuberculeuse des deux poumons étendue sur presque toute leur hauteur.

Quand je vous aurai dit qu'à la même époque on constatait une albuminurie légère (25 centigrammes), je vous aurai dit tout ce que nous avons constaté, si je laisse de côté l'examen du sang, sur lequel j'aurai à revenir dans un instant.

Voici maintenant ce que l'observation relate à la date du 25 mai, c'est-à-dire quelques jours plus tard.

L'état du malade s'est aggravé insensiblement et progressivement depuis une semaine. Cette aggravation a surtout été marquée par des phénomènes nerveux.

Le délire qui était nocturne est devenu continu. B... marmotte continuellement des phrases incohérentes, il se lève en chemise et veut descendre l'escalier; on constate le signe de Kernig, mais peu accentué; la palpation des masses musculaires est douloureuse. En quelques jours s'est formée une escare trochantérienne droite qu'on peut attribuer à la continuité du décubitus latéral « en chien de fusil » sur le côté correspondant.

Bientôt la face, la langue, les lèvres se cyanosent, et le malade meurt le 28 mai avec une dyspnée et une asphyxie progressives.

Comme vous le voyez, notre malade était un phtisique, et eu égard à l'allure de sa maladie dans les derniers mois, nous pouvons dire qu'il s'agissait d'une phtisie galopante, ce qui, à la rapidité d'évolution près, revient à dire phtisie ulcéreuse banale.

Pourtant dans les derniers périodes de la maladie, s'étaient produits des symptômes délirants qui ont pu faire penser à une méningite tuberculeuse. Vous me direz qu'il y manquait la céphalée, les vomissements, les troubles oculaires et les paralysies finales. Mais il faut bien observer que le tableau classique de la méningite tuberculeuse n'est vrai que pour la méningite tuberculeuse primitive des enfants, que la marche de celle de l'adulte est très irrégulière, et que ces irrégularités se constatent même chez l'enfant lorsque les lésions méningées, au lieu d'être primitives, succèdent à des lésions pulmonaires étendues. C'est là un fait d'observation clinique ancienne. Rien donc d'extraordinaire à ce qu'ici la marche fût anormale puisqu'il s'agissait d'un adulte et d'un phtisique avancés. Mais quelque intérêt que présente le diagnostic de cette complication méningée qui pourrait servir de thème à une discussion séméiologique instructive pour vous, je ne m'y arrêterai point, me proposant d'ailleurs d'y revenir à

propos de l'autopsie et estimant que d'autres faits méritent bien plus de retenir votre attention.

Je dois auparavant vous déclarer modestement qu'il m'eût été difficile de trouver ces faits intéressants et de sortir de la banalité courante, si ce malade n'avait été examiné spécialement par M. André Jousset, notre chef de laboratoire, lequel, par des moyens cliniques et des procédés techniques lui appartenant en propre, a reconnu *in vivo* chez ce sujet l'existence d'une bacillémie tuberculeuse contrôlée par l'examen cadavérique.

Je ne vous ferai pas l'historique de cette septicémie déjà entrevue par Villemin il y a quarante ans mais négligée depuis et complètement tombée dans l'oubli, préférant vous renvoyer aux diverses publications que nous-même (1) et M. André Jousset (2) avons publiées sur ce sujet devenu tout d'actualité (3).

Je me bornerai aux quelques considérations suivantes :

Lorsque des bacilles existent dans le sang, ils se rassemblent peu après la saignée, dans le caillot cruorique, la fibrine ramassant comme par un coup de filet tous les éléments figurés, y compris les bacilles. Il se produit ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans le collage des vins où les impuretés en suspension sont emprisonnées par un réticulum albumineux.

M. Jousset a eu l'idée originale d'exploiter ce phénomène en se servant pour la recherche du bacille de Koch du caillot qu'il dissout à l'aide de ferments digestifs mélangés à des sels antiseptiques, puis soumettant le liquide ainsi obtenu à la centrifugation, il a pu ainsi déceler des bacilles, dans des circonstances où l'examen fait par d'autres procédés n'eût donné que des résultats négatifs.

La plus forte objection qui ait été faite à l'auteur de la méthode, c'est que les bacilles ainsi constatés ne sont pas des bacilles de Koch, mais des bacilles similaires qui comme eux résistent à la décoloration par les acides, d'où leur nom de bacilles acido-résistants.

M. André Jousset a répondu victorieusement à ces objections en joignant à l'*inoscopie* (littéralement examen de la fibrine) d'autres procédés de vérification qui en ont contrôlé la valeur. Il s'est pour cela servi de l'ensemencement en bouillon peptoné, milieu où se cultivent rapidement tous les bacilles acido-résistants qui ne sont pas le bacille de Koch.

Il s'est, en outre, adressé à l'inoculation au cobaye qui permet de contrôler d'une façon définitive l'authenticité des bacilles aperçus au microscope, l'adénopathie caséeuse produite par cette inoculation étant absolument caractéristique du bacille tuberculeux.

Toutes ces épreuves ont été utilisées ici ; le 19 mai, c'est-à-dire neuf jours avant la mort, le sang de notre malade était examiné par les procédés que je viens d'indiquer.

L'inoscopie pratiquée sur 10 centimètres cubes de sang y révélait l'existence d'un amas de bacilles ayant l'aspect et les réactions colorantes du bacille de Koch. De plus l'ensemencement du sang, pratiqué *larga manu* dans un grand ballon de bouillon, demeurait stérile. Or nous avons dit que dans ces conditions tous les bacilles ressemblant au bacille de Koch cultivaient rapidement.

Nous aurions pu à la rigueur en rester là et affirmer la bacillémie, mais M. Jousset a cru devoir pratiquer une inoculation qui ne nous a d'ailleurs apporté aucun complément d'information. Le cobaye inoculé est mort au quatorzième jour, sans lésions tuberculeuses circonscrites, présentant simplement de la congestion pulmonaire, un épanchement péritonéal et un amaigrissement considérable. Cet ensemble de constatations permet de supposer qu'il a succombé à une infection bacillaire, mais nous ne saurions le démontrer.

De tous ces faits nous concluons que notre malade était atteint de bacillémie tuberculeuse.

Arrivons maintenant à l'autopsie.

Les poumons sont creusés de petites cavernes et de haut en bas existent des lésions broncho-pulmonaires caséeuses. Les parties saines sont peu étendues. Quand nous disons saines nous voulons dire non atteintes de grosses lésions tuberculeuses, car ces régions sont très congestionnées et criblées de tubercules histologiques. Les bases sont toutefois relativement indemnes.

Mais je passe rapidement sur ces altérations malheureusement trop banales et sur celles de la plupart des viscères pour vous parler de l'examen du cerveau, siège de lésions très particulières.

Un premier point attirait tout d'abord notre attention, c'est l'intensité de la congestion méningée, fait anatomique qui, rapproché des symptômes constatés du vivant du malade, nous faisait un devoir de rechercher les granulations tuberculeuses ; or nous les avons cherchées avec le plus grand soin, spécialement en leurs lieux d'élection, c'est-à-dire le long des vaisseaux, à la base du cerveau, au niveau des plexus choroïdes, etc.

Nous n'en avons pas trouvé trace. M. A. Jousset qui s'intéressait particulièrement à cette observation, a passé plusieurs heures à pratiquer cet examen, en développant les méninges dans l'alcool au tiers et en les examinant soigneusement à la loupe. Nous pouvons donc dire qu'il n'y avait pas de granulations tuberculeuses. Il y avait néanmoins de la méningite, comme vous allez en juger.

En plusieurs points, notamment sur les parties cutanées du lobe frontal, il semblait y avoir des sortes de petites opacités dans la partie de l'arachnoïde s'enfonçant dans l'intérieur des sillons.

Plusieurs parties présentant cette apparence furent prélevées pour être ensuite examinées au microscope. *Cet examen révéla l'existence de bacilles de Koch.* Ils étaient inclus dans des masses amorphes, probablement fibrineuses, riches en leucocytes. Il y

(1) M. Debove. La bacillémie tuberculeuse subaiguë, *Gaz. des hôpit.*, 10 mars 1903.

(2) André Jousset. La bacillémie tuberculeuse, *Semaine méd.*, 14 sept. 1904 ; — Septicémie tuberculeuse expérimentale, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1904, p. 895.

(3) E. Löwenstein. *Ueber Septikämie bei Tuberkulose Zeits. f. Tuberk. u. Heilstättenwesen*, Bd. VII, Heft VI, 1905.

avait donc méningite comme le prouve l'existence des exsudats inflammatoires, cette méningite était de nature tuberculeuse comme le démontre la présence des bacilles de Koch.

Il ne faut du reste pas confondre tuberculose et méningite.

La présence des granulations constitue la tuberculose proprement dite des méninges : ces granulations s'accompagnent, ordinairement, du moins à une certaine période de leur évolution, de lésions inflammatoires, mais ces altérations ne sont pas forcément solidaires, elles peuvent exister isolément. C'est ce qu'on oublie trop facilement, et ce qui cependant a été à différentes reprises indiqué par des cliniciens éminents, notamment par Rilliet et Barthez qui distinguaient :

1° Des méningites tuberculeuses uniquement granuleuses;

2° Des méningites tuberculeuses granuleuses avec exsudats inflammatoires;

3° Des méningites tuberculeuses *sans tubercules.*

Ces auteurs avaient vu juste et leur mérite était grand, car au moment où Rilliet et Barthez créaient cette division, la *méningite tuberculeuse sans tubercules* pouvait à bon droit prêter à dicussion, elle demeurait même un peu incompréhensible, étant donné la conception étroite qu'on se faisait de la tuberculose à une époque où le bacille était inconnu et où la lésion nodulaire résumait toute la maladie.

Aujourd'hui nous savons bien que ce qui caractérise la tuberculose ce n'est pas le tubercule mais le bacille de Koch.

Si, résumant maintenant l'histoire de notre malade, nous cherchons quels en sont les côtés intéressants, nous voyons plusieurs particularités dignes d'attirer votre attention. Ce sont :

1° La forme de la phtisie;

2° La bacillémie;

3° La méningite.

Nous vous avons dit tout à l'heure que la phthisie était manifestement galopante, ainsi que le démontre l'allure de la maladie, car les lésions que nous avons trouvées à l'autopsie sont à peu près semblables à celles de la phtisie ulcéreuse commune, c'est-à-dire chronique. C'est donc là une distinction basée sur la seule clinique.

Nous ignorons absolument pourquoi certaines phtisies sont galopantes. On a invoqué, sans donner de grandes raisons à l'appui de cette hypothèse, une virulence particulière du bacille infectant. J'estime qu'on peut aussi bien invoquer, comme on le fait si facilement dès qu'il s'agit de maladie infectieuse, l'état du terrain. Autant dire que nous ne savons rien.

Il est cependant un fait d'observation ancienne, c'est que dans la tuberculose par infection conjugale on peut voir un mari contagionner successivement plusieurs femmes ou réciproquement, mais de façons très différentes, en sorte qu'un même germe pourra provoquer une tuberculose ganglionnaire, une phtisie galopante, de la granulie etc., selon qu'il évoluera chez tel ou tel individu.

Je passe à la bacillémie, nous l'avons diagnostiquée à coup sûr, grâce aux explorations de M. André Jousset. On aurait pu, à la rigueur, la pressentir et la soupçonner au moyen de quelques signes cliniques sur lesquels il a insisté récemment, signes que vous pourrez toujours utiliser avant de recourir aux procédés de laboratoire plus difficiles à mettre en œuvre; ce sont la fièvre à type continu ou irrégulier (M. Jousset en exclut formellement le type hectique), la polypnée, et une légère albuminurie. L'avenir nous dira quelle est la valeur de ces signes qui ont déjà reçu un premier contrôle à l'étranger (1).

Toute bacillémie n'est pas nécessairement mortelle. Le sang n'est pas un liquide très favorable à la culture du bacille de Koch, sans quoi celui-ci pullulerait dans le sang des phtisiques qui ont des lésions extra-pulmonaires, puisque en pareille circonstance le sang a servi au transport des germes depuis le chancre d'inoculation (en l'espèce le poumon), jusqu'aux foyers métastatiques.

J'en arrive au troisième point qui, à mon sens, est peut-être le plus intéressant, je veux parler de la méningite, ou pour mieux dire de la localisation méningée de la bacillémie.

Ces localisations étroites limitées à un seul système organique sont un des problèmes les plus curieux de l'histoire des septicémies, et l'autopsie nous a démontré que dans notre cas, hormis le rein et les méninges, tout le reste de l'économie était indemne. Comme, au point de vue clinique, les symptômes cérébraux attiraient surtout l'attention, je me crois autorisé à parler ici de bacillémie à forme méningée, comme on dirait granulie à forme articulaire, à cette différence près qu'aucune granulation n'était encore formée; mais je me suis déjà expliqué sur ce côté anatomique de la question.

Avec un pareil ensemble de complications, le pronostic était forcément fatal, et le traitement nul.

Alors, me direz-vous, votre clinique ne nous sert pas à grand'chose, elle n'est qu'une sorte de « méditation sur la mort ».

Le médecin, Messieurs, n'est pas seulement chargé de soigner et guérir les malades, mais aussi de prévoir la gravité de leur affection et voilà pourquoi au point de vue pratique le diagnostic même des maladies fatalement mortelles, est intéressant puisqu'il doit conduire au pronostic.

Pour le traitement de la phtisie nous sommes, au moins en ce qui concerne les formes aiguës ou rapides, complètement désarmés, nous le sommes moins en ce qui concerne les formes chroniques.

Toutefois je ne puis aujourd'hui vous exposer ce qu'il faut faire en pareille circonstance.

Mais on ne peut s'empêcher de croire que, si les règles d'une saine prophylaxie étaient imposées, beaucoup de sujets condamnés n'auraient jamais été atteints. Ainsi pour ce qui est de notre malade, il est vraisemblable qu'il a été contagionné par son père,

(1) Bozzolo. XIVe Congrès de médecine interne tenu à Rome, 24-27 oct. 1904.

parce qu'il n'a été pris aucune précaution pour empêcher le mal de se transmettre.

Comment voulez-vous imposer les précautions à des gens ignorants, lorsque nous voyons nos hôpitaux être des agents actifs de la propagation du terrible fléau, qui désole l'humanité et qui constitue avec l'alcoolisme, également encouragé par les pouvoirs publics, une menace directe dirigée contre l'existence de notre race?

UN CAS DE PÉRINÉPHRITE SUPPURÉE

Par le docteur G. FOURRÉ (de Cherveux).

Dans une très remarquable étude du foie appendiculaire (*Gaz. des hôp.*, nos 120 et 123, 1905), M. Ch. Aubertin s'attache à démontrer qu'anatomiquement comme cliniquement c'est le foie qui domine l'histoire des complications viscérales de l'appendicite, complications dont l'intensité serait réglée par des raisons d'ordre nettement circulatoire. Nous avons recueilli, il y a un an à peine, une observation qu'il nous paraît intéressant de publier après le travail sus-indiqué, par suite de l'analogie de l'infection secondaire d'origine appendiculaire, qui s'est faite non dans le foie mais dans la région voisine circumrénale.

Le 18 octobre 1904, le jeune X..., âgé de vingt et un ans, cultivateur dans une commune proche de Cherveux (Deux-Sèvres), est pris brusquement, en plein travail des champs, par une crise d'appendicite. Douleur violente dans la fosse iliaque droite, vomissements, frissons.

Le malade n'a pas de passé pathologique; c'est un gros mangeur, plutôt habituellement constipé, qui peu de jours auparavant a surmené ses fonctions intestinales dans un repas exceptionnellement copieux. Pas de tares héréditaires à citer.

Les premiers jours de l'affection sont ceux de la crise aiguë franche. Défense musculaire à droite avec ballonnement et maximum de la douleur au point de Mac Burney. La température oscille entre 38°5 et 39°5. Ni le foie ni la rate ne débordent les côtes; ils ne sont pas douloureux.

Sous l'influence du traitement classique la température vespérale tombe dès le 23 octobre à 37°5 avec état général satisfaisant. Nous voyons dans cet ensemble la quasi-certitude que nous n'aurons pas de pus et l'annonce de la fin prochaine de la crise.

Or, dès le lendemain 24 au matin, la situation change brusquement, le pouls devient arythmique et défaillant, le malade a des menaces de lipothymie avec 38 degrés de température. Allons-nous assister à l'évolution d'une intoxication, à ces désordres dégénératifs de l'appendicite contre lesquels nous sommes si souvent impuissants? Aucun symptôme alarmant ne vient cependant, dans les jours qui vont suivre, confirmer nos appréhensions. Cette alerte n'est, si je puis dire, que le signal de la deuxième phase à laquelle nous allons assister.

Le malade est tranquille dans le décubitus dorsal et l'immobilité. Il s'alimente de 2 litres de lait par vingt-quatre heures. Les selles sont semi-liquides, sans aucune décoloration et biquotidiennes (j'ai ordonné quotidiennement un verre d'eau de Glauber et deux lavements froids). La température oscille entre 37°5 et 38°9; et le pouls, redevenu régulier, bat entre 68 et 90. Ni albuminurie, ni urobilinurie, ni pigments biliaires dans les urines. Pas d'ictère ni sub-ictère. Bref aucun des grands symptômes de l'insuffisance hépatique ou rénale.

L'état local semble s'améliorer lentement. Le ballonnement diminue. Pas trace d'œdème de la paroi. Submatité au niveau de l'appendice. La palpation profonde révèle un empâtement de plus en plus léger; elle produit une douleur sourde que le malade localise moins nettement que les premiers jours et qui lui semble plus remontée vers le diaphragme et les côtes. Mais d'une part cette sensation douloureuse est si fugace, et d'autre part la température devient si rassurante (elle descend entre 36°5 et 37°2 pendant les 8 et 9 novembre) que dans la journée du 10, c'est-à-dire le vingt-troisième jour de la maladie, nous autorisons les œufs crus et le bouillon.

A cette modification dans l'alimentation correspond dès le lendemain une élévation de la température à 38°9. Les aliments sont-ils vraiment en cause? Faut-il plutôt invoquer la coïncidence et tenir compte de l'irrégularité déconcertante de la température dans l'évolution de cette affection? Toujours est-il que nous retournons sans hésiter au régime lacté absolu... et à l'expectation.

Je crains la lente formation d'un abcès secondaire, sans pouvoir en préciser déjà la situation. Je fais appel à l'avis d'un confrère distingué dont l'incertitude n'est pas moindre que la mienne.

Mais voici que les symptômes locaux paraissent enfin revêtir une allure plus franche. Quand le malade tousse, fait effort, il se plaint davantage « d'une douleur remontée vers le dos ». — « Les reins lui font mal à droite dans la profondeur. » Il souffre aussi du membre inférieur droit, surtout de la cuisse dans sa flexion sur le bassin. La température oscille à peu près dans les mêmes limites, mais avec une tendance sérieuse à descendre vers la normale (les 22, 23, 24 novembre elle tombe entre 36 degrés et 37°7). Enfin la palpation profonde sous la glande hépatique réveille un point net, douloureux, très élevé, mais impossible à atteindre; nous ne pouvons percevoir ni empâtement ni fluctuation. En tous cas le rein paraît indemne et la méthode du ballottement de Guyon ne donne qu'un résultat négatif.

Du côté lombaire une pression forte provoque de la douleur. La percussion donne une submatité à bords imprécis à l'extrême base du poumon droit. Il faut une recherche très attentive pour trouver une tuméfaction péri-rénale à peine appréciable. Mais, remarque sur laquelle je crois devoir insister, *il n'y a pas trace d'empâtement au niveau des lombes.*

Cet ensemble de symptômes si peu positifs semble néanmoins confirmer nos craintes d'un abcès sous-diaphragmatique quelconque en voie de formation, et, au grand effroi de l'entourage, nous parlons d'une intervention probablement nécessaire à brève échéance. Quand, dans la journée du 25 novembre, une vomique vient brusquement soulager le malade et confirmer nos dires. Le pus *peu abondant* est nauséabond. La température remontant à 38°2 le soir même, je crains une évacuation incomplète, mais elle redevient promptement normale et rassurante. Une expectoration spumo-purulente facile persiste pendant quelque temps encore. Le malade s'est opéré seul, il est guéri de sa crise d'appendicite compliquée.

Évidemment j'ai eu affaire à un abcès secondaire de l'atmosphère cellulo-adipeuse supérieure du rein droit. Et l'on s'explique très bien que le pus, gagnant

la région sous-pleurale, par l'hiatus décrit par Farabeuf à travers les fibres d'insertion du diaphragme, ait fait une irruption spontanée dans les bronches. Ce siège fait en outre comprendre les douleurs de flexion de la cuisse par une psoïte légère de voisinage, la face postérieure du rein reposant, comme on sait sur le muscle psoas.

La pathogénie de l'affection ne peut être qu'hypothétique. Devons-nous supposer une propagation directe par un foyer purulent rétro-cæcal ou par un appendice très long se trouvant recourbé en arrière du côlon, comme Broca ou Albarran ont pu le constater? Je ne le pense pas. Je n'ai d'ailleurs jamais cru, je l'ai dit précédemment, à du pus dedans ou autour (pérityphlite suppurée) de l'appendice en cause. Je crois plutôt, sans pouvoir prouver davantage, à une infection d'origine circulatoire. M. Ch. Aubertin insiste du reste sur la fréquence de ce mode de transport de l'infection dans les complications viscérales de l'appendicite.

Quelle conclusion pratique tirer de ce fait clinique? C'est, ce nous semble, la grande difficulté qui peut surgir dans le diagnostic de certaines périnéphrites suppurées secondaires. Pour se prononcer avec fermeté sur cette localisation du pus, on attend généralement l'empâtement de la région périrénale, car le groupe des autres symptômes n'est presque jamais suffisant pour donner la certitude. Or *cet empâtement peut manquer* avec des abcès contenant peu de pus comme le nôtre. Je ne vois pas du reste de raison plus nette de son absence. Il ne faudra donc pas toujours attendre ce signe, mais savoir s'en passer si possible, pour prendre une détermination rationnelle en pareil cas, c'est-à-dire offrir au malade l'intervention chirurgicale qui, somme toute, réduite à l'incision de la région lombaire, ne présente aucune gravité et le mettra à l'abri des surprises dangereuses que peut donner dans cette région un abcès, même peu volumineux, livré à lui-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1905)

De l'identité du surra et de la mbori, par M. A. LAVERAN. —M. Cazalbou, vétérinaire militaire, a décrit sous le nom de *mbori* une trypanosomiase qui est commune au Soudan français (Sénégambie-Niger), et qui sévit principalement sur les dromadaires. Au commencement de 1904, M. Cazalbou a envoyé à M. Laveran un chien infecté de mbori. Ce chien est arrivé vivant à Paris, ce qui a permis à M. Laveran de faire une étude très complète de cette trypanosomiase. Il a constaté que, au point de vue morphologique et au point de vue de l'action pathogène sur les différentes espèces animales, le trypanosome de la mbori présentait la plus grande analogie avec le trypanosome du surra, la virulence du trypanosome de la mbori étant seulement un peu plus faible que celle du *trypanosoma Evansi* provenant de l'île Maurice. Pour résoudre la question de l'identité et de la non-identité de ces trypanosomes, M. Laveran a fait une série d'expériences, qui permettent de conclure que les trypanosomes du surra et de la mbori appartiennent à la même espèce.

Sur l'inoculation du cancer, par M. MAYET. — Depuis la note présentée le 5 juin 1905 à l'Académie par M. Mayet (voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 762), cet auteur a obtenu trois nouveaux cas de cancer chez des chiens, avec l'injection des produits solubles des tumeurs de l'homme par un mode opératoire nouveau. Ses expériences lui ont montré que l'injection dans le parenchyme du foie des produits solubles des tumeurs et la dissolution *in vitro* de ces produits dans le sérum de l'animal mis en expérience paraissent être des conditions favorisantes de l'action excitatrice chez le chien, de prolifération cancéreuse par les principes solubles des néoplasmes de l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1906)

M. GUÉNIOT, en prenant place au fauteuil de la présidence, remercie de nouveau ses collègues en termes heureux, invite M. Armand Gauthier, nommé vice-président, à prendre place au bureau, félicite MM. Motet et Hanriot de leur réélection; puis il exprime le regret que l'un des premiers actes de sa présidence soit d'annoncer à l'Académie la mort de M. Mégnin, de la section de médecine vétérinaire. Il invite M. Cadiot à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce regretté collègue.

M. CADIOT retrace la vie toute de travail, d'honorabilité et de simplicité de ce modeste savant dont le caractère affable et bienveillant avait conquis l'estime de tous ses collègues, l'amitié de beaucoup d'entre eux.

La santé fortement ébranlée de M. Colin, président sortant, ne lui a pas permis de faire le rapport d'usage sur les travaux de l'Académie en 1905 et la mort prématurée de M. Tillaux l'avait également empêché de faire ce même rapport pour l'année 1904.

M. GUÉNIOT comble cette double lacune et dans un exposé complet, il rappelle les principales communications qui ont été faites dans le cours de ces deux dernières années, les rapports importants qui ont été présentés par les diverses commissions, les discussions que ces différents travaux ont soulevées.

Cette tâche accomplie avec la conscience qu'apporte M. Guéniot dans tout ce qu'il fait, la parole est donnée à M. KELSCH pour un rapport sur un travail de M. Vincent relatif à l'étude du tétanos spontané. Il est vraiment regrettable qu'un travail de cette importance ait été lu devant une salle vide (on comptait exactement 8 membres disséminés aux quatre coins de la salle).

Dans un précédent travail, M. Vincent a montré avec M. Vaillant, que le microbe de Nicolaïer ne s'introduit chez l'homme et ne s'y développe qu'à la condition d'y rencontrer un terrain préparé par un traumatisme, une hémorragie, etc. Dans ce nouveau travail, il étudie une nouvelle cause de tétanos, la chaleur. Il a constaté un cas de tétanos foudroyant chez un soldat, qui n'avait eu que des petites écorchures, mais qui, huit jours auparavant, avait eu un commencement d'insolation. Frappé de ce fait, il fit l'expérience suivante : il inocula à deux cobayes une culture filtrée du microbe de Nicolaïer, c'est-à-dire débarrassée de sa toxine. L'un de ces cobayes fut laissé

en liberté, l'autre placé dans une étuve à 40 et 42 degrés. Trois jours après ce cobaye fut pris de tétanos suraigu. M. Vincent pense que, dans ces expériences, ce n'est pas tant la virulence du bacille qui s'exalte que la résistance de l'organisme qui diminue.

M. le rapporteur fait ressortir l'importance du fait signalé par M. Vincent; il en ressort cette notion générale que la période d'incubation, pour certaines maladies, peut varier beaucoup selon les conditions climatériques. Elle pourrait aussi expliquer pourquoi certaines affections semblent présenter plus de gravité pendant les chaleurs et, du même coup, l'action bienfaisante des bains froids.

Quant au tétanos, il faut insister sur ce fait curieux que le refroidissement brusque peut produire les mêmes effets que la grande chaleur, ainsi que le prouvent les relations d'épidémies de tétanos constatées par Larrey dans la campagne d'Égypte en hiver, les cas de tétanos observés chez les blessés longtemps abandonnés au froid, sous la neige. Il semble donc que les modifications de température, dans un sens ou dans l'autre, exercent sur l'organisme des effets qui diminuent sa résistance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1905)

Remarques sur l'emploi de l'adrénaline en thérapeutique. — M. O. JOSUÉ. L'adrénaline détermine une élévation marquée de la tension arterielle avec vaso-constriction intense et augmentation de l'énergie cardiaque. Par suite l'usage de ce médicament est contre-indiqué quand la tension artérielle est élevée, quand les artères encéphaliques sont lésées, quand il y a des anévrismes artériels.

L'adrénaline agit le plus énergiquement et le plus rapidement quand elle est injectée dans les veines. Expérimentalement elle tue en général les animaux par œdème aigu du poumon. La dose mortelle est variable. Le défaut de constance de la toxicité de l'adrénaline injectée dane les veines doit faire proscrire absolument ce mode d'administration du médicament.

La toxicité de l'adrénaline est à peu près aussi grande par injection directe dans le parenchyme pulmonaire. Vaquez et Galliard ont obtenu à la vérité des résultats encourageants dans des cas d'hémoptysie en injectant l'adrénaline directement dans le poumon. Néanmoins je n'oserais conseiller de recourir à cette technique, même dans les cas où l'hémorragie est abondante, par crainte d'accidents graves, notamment d'œdème aigu du poumon.

L'injection intratrachéale est non moins dangereuse. Aussi est-ce avec raison que MM. Bouchard et Le Noir n'ont injecté, avec succès d'ailleurs, que des quantités minimes dans la trachée de deux malades atteints d'hémoptysies. Cependant les constatations expérimentales qui démontrent avec quelle facilité les animaux succombent quand on injecte l'adrénaline par cette voie, sont peu favorables à l'instillation trachéale.

Il semble d'ailleurs, et ceci doit rendre prudent dans l'usage de l'adrénaline chez l'homme, que ce dernier soit plus sensible à l'action du médicament que les animaux. Un milligramme injecté sous la peau détermine parfois des accidents légers chez l'homme, alors que 4 milligrammes sont bien supportés par un lapin de 2 kilogrammes et qu'il faut 5 milligrammes pour tuer, doses énormes si on tient compte de la différence de poids entre cet animal et l'homme.

On injectera 1/2 milligramme sous la peau; 3/4 de milligramme, 1 milligramme au plus et seulement dans les cas urgents ou très graves.

C'est par la voie gastro-intestinale que l'adrénaline est le moins toxique. On peut introduire 7 milligrammes d'adrénaline dans l'intestin du lapin sans amener d'accidents.

On donnera 1/2 milligramme à 1 milligramme à l'intérieur. L'instillation expérimentale dans les narines du lapin n'amène pas d'accidents.

Dans quelle mesure faut-il craindre les accidents que détermine l'intoxication chronique expérimentale, c'est-à-dire l'hypertrophie du cœur, l'athérome et les anévrismes?

L'injection intraveineuse et intratrachéale (Kulbs) déterminent ces lésions chez le lapin. Pour ce qui est de l'injection hypodermique, Baduel, L. d'Amoto et V. Fagella sont les seuls à avoir observé des lésions artérielles chez le lapin après introduction de l'adrénaline sous la peau. Après combien d'injections surviennent les lésions? D'après les recherches d'Erb junior, Kulbs et les miennes, une dizaine d'injections intraveineuse, et une quantité totale de $2^{mg}5$ d'adrénaline sont nécessaires pour produire l'athérome chez le lapin; par la trachée il faut une quantité un peu plus grande.

Quoique la plupart des auteurs n'aient pas obtenu d'athérome expérimental en injectant l'adrénaline sous la peau, je pense néanmoins qu'il faut tenir compte de la plus grande sensibilité de l'homme au poison. Quelle que soit la voie par laquelle on donne l'adrénaline, il sera prudent de ne pas continuer la médication plus de dix jours par crainte des lésions cardiaques et artérielles.

Sur un cas de septicémie à spirochète de Schaudinn chez un nouveau-né syphilitique. — MM. MÉNÉTRIER et Ruben DUVAL écrivent une forme septicémique de la syphilis héréditaire se traduisant par la présence du spirochète de Schaudinn dans le sang de tous les viscères et ne s'accompagnant que de lésions éruptives à l'exclusion de toute autre réaction inflammatoire. Cette congestion atteint au niveau du foie un degré extrême et l'aspect de cet organe rappelle, en en exagérant les caractères, celui du foie asystolique.

Cette forme de syphilis a pu être isolée grâce à la recherche de spirochète, effectuée suivant la méthode de Levaditi. Cette recherche pratiquée systématiquement est susceptible d'élargir considérablement le cadre de la syphilis.

Cancer primitif de l'ampoule de Vater. — MM. Maurice LETULLE et VERLIAC. Il s'agit d'un nodule cancéreux de dimensions telles qu'il échappait presque à la vue, qui s'est trouvé placé au confluent des deux gros canaux excréteurs des glandes digestives les plus importantes et par l'obstacle qu'il établissait, occasionna la mort en moins de six mois.

FORMULAIRE

CONTRE LA COQUELUCHE (BEALL)

Thymol	$1^{g}20$
Acide phénique	15 grammes.
Essence de sassafras	*ââ* $0^{g}50$
— d'eucalyptus	
Goudron liquide	
Essence de térébenthine	
Éther	$3^{g}75$
Alcool, q. s. p. f.	90 grammes.

M. s. a.

Verser XXX gouttes environ sur un mouchoir que vous mettrez autour du cou de l'enfant; renouvelez l'application toutes les deux ou trois heures.

Dans les cas graves, remplacer les inhalations par l'administration à l'intérieur de la potion suivante :

Acide phénique	0g20
Bromure de sodium	3 grammes.
Teinture de belladone	XX gouttes.
Glycérine	10 grammes.
Eau distillée, q. s. p. f.	60 —

M. s. a.

A donner, toutes les deux à trois heures, une cuillerée à café (enfants de trois à quatre ans). [*Bull. gén. de thérap.*]

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de clinique médicale (1), par MM. les docteurs Debove et Sallard.

Dans cet intéressant et élégant volume, les auteurs sont parvenus à réunir les principales notions théoriques et pratiques nécessaires au diagnostic. Parallèlement à l'étude générale des grands syndromes propres à chacun des appareils organiques, au tableau clinique de chaque maladie, se trouvent décrits les procédés de recherche et d'exploration par lesquels le médecin s'efforce d'atteindre la rigueur scientifique. L'étiologie n'a été traitée que dans la mesure où elle est susceptible de venir en aide au diagnostic. De l'anatomie pathologique, ce programme ne comportait nécessairement que la partie qui peut être étudiée au lit du malade, permettant de saisir, en quelque sorte, sur le fait les divers processus morbides. Dans un pareil cadre, une très minime place a été accordée à l'indication des sources bibliographiques. Enfin il n'a été décrit dans cet ouvrage, parmi les procédés de laboratoire dont s'enrichit chaque jour la science médicale, que ceux qui ayant fait leur preuve sont entrés dans la pratique usuelle.

Au point de vue pratique, rien n'a été négligé dans cet ouvrage et de nombreuses figures habilement choisies et reproduites ont permis d'abréger bien des descriptions; une double table des matières par ordre alphabétique et classant les maladies par appareils permet au lecteur de trouver aussitôt le point qu'il désire étudier.

C'est dans ce traité élémentaire de clinique médicale que l'étudiant complétera l'enseignement qu'il reçoit à l'hôpital et que le médecin trouvera un aide-mémoire qui le dispensera de consulter de volumineux ouvrages. P. RAVAUT.

Etudes sur le traitement des fractures des membres (2), par Fr. Guermonprez.

Ce livre que la maison J. Rousset vient d'éditer de superbe façon est l'ensemble des leçons faites par M. Guermonprez, recueillies par ses élèves, et revues et corrigées par l'auteur. Cet ouvrage représente une somme de travail énorme et résume une grande partie de la carrière de l'auteur. Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures sont longuement étudiés dans ce volume, on y trouve aussi des chapitres relatifs aux soins à donner pendant la convalescence des fractures, sur l'emploi de la mécanothérapie et de la gymnastique.

L'ouvrage est terminé par une liste très complète des auteurs cités, et par un répertoire alphabétique grâce auquel on peut retrouver instantanément n'importe quel détail malgré l'étendue très considérable de l'œuvre.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Gr. in-8° de 1296 p. avec 275 fig. dans le texte. — Prix : relié toile, 25 francs. — Paris, Masson.

(2) 1 fort vol. de VIII-1644 p. avec 235 fig. dans le texte. — J. Rousset, 1906.

Mémoires d'un bébé d'un an (1), par Courgey (d'Ivry).

M. le docteur Courgey qui, depuis longtemps déjà, exerce dans un quartier populeux, a eu maintes fois l'occasion de constater que le public ignore les premiers éléments de l'hygiène infantile, que les mamans les mieux intentionnées ne sont pas toujours celles dont les soins sont les plus heureux. Comment remédier à cet état de choses? En écrivant de gros livres, bourrés de citations bibliographiques, de chiffres et de documents? Que non! mais, tout simplement, en faisant parler bébé. C'est bébé qui va instruire sa maman, appréciant les soins divers qu'on lui prodigue, les critiquant parfois, discernant de bonne heure ceux qui, lui voulant du bien, contribuent à son heureux développement, et ceux qui, avec les meilleures intentions, écrasent sur son petit nez rose la mouche du fabuliste. Voilà donc bébé écrivain. Tout livre suppose une préface. Bébé ne manque pas à la tradition. Il nous explique pourquoi son livre est intitulé : *Mes Mémoires* plutôt qu'*Histoire de ma vie*. Car, outre que le titre est déjà un peu usé, l'auteur craint que cette forme de récit ne soit fastidieuse. Après la préface, les débuts de bébé dans la vie : la première toilette et les premiers soins, la première sortie, l'arrivée de la nourrice, les premières impressions. Puis ce sont les mois heureux, interrompus par le changement de nourrice, l'allaitement mixte, l'apparition des premières dents, les premiers pas. De chacun des événements de sa vie si frêle, bébé tire la morale et dogmatise, il souligne impitoyablement les erreurs de son entourage et indique les moyens de les éviter. A l'aide de cette aimable fiction, le docteur Courgey fait, en somme, un cours élémentaire et familier d'hygiène du jeune âge. Son livre sera lu et apprécié des mères, car il y a mis, non seulement tout son esprit, mais surtout son cœur.

L. BABONNEIX.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

(1) In-8°. — Paris, H. Jouve.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ULCÉRATIONS GASTRIQUES [1]

E. **Ulcère rond.** — *Lésions macroscopiques.* — C'est une lésion habituellement unique, occupant surtout la région pylorique, dont les dimensions varient d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 5 francs, de forme circulaire ou, quelquefois, annulaire.

En évolution, l'ulcère *récent* est nettement découpé. Ses bords sont minces, comme taillés à l'emporte-pièce. Le fond, formé par la séreuse, est nettement limité, bien détergé. Parfois, il existe un épaississement des tissus environnants, augmentant la profondeur de l'ulcère, qui prend une forme conique à base tournée vers la cavité stomacale, à sommet dirigé vers le péritoine, et dont les parois sont tantôt lisses, tantôt en gradins.

Plus ancien, l'ulcère se complique de réactions inflammatoires. Il occupe un bourrelet calleux, reposant sur une base indurée et ressemble beaucoup au cancer. Son fond est constitué, soit par le tissu fibreux de la périgastrite, soit par un organe voisin, adhérant à l'estomac. Sur les parois et sur le fond, se voient souvent des artérioles, béantes ou oblitérées par un thrombus. L'ulcère peut, après avoir détruit les parois gastriques, ouvrir les artères des organes voisins, la veine porte, l'aorte. Il s'accompagne toujours de *périgastrite*, d'autant plus accusée qu'il est plus ancien, et très importante au point de vue du pronostic; d'*adhérences avec les organes voisins*: parfois, il creuse ainsi dans le foie, le pancréas, la rate, de véritables cavités; s'unit-il à des organes creux, il en résulte des fistules diverses. La *péritonite aiguë généralisée* succède habituellement à un ulcère de la paroi antérieure; *localisée*, elle constitue le pyo-pneumothorax sous-phrénique (v. classiques).

L'ulcère *tend à se cicatriser* dans la moitié des cas (Brinton). La cicatrice est circulaire, étoilée, pigmentée ou noire, sa surface est lisse et déprimée. Une fois cicatrisé, l'ulcère peut α. subir la transformation cancéreuse; β. donner lieu à des troubles fonctionnels importants (sténose du pylore).

Lésions macroscopiques. — Lorsque l'ulcère est *récent*, il est constitué par un bord surélevé, descendant verticalement, formé presque partout par la celluleuse très épaissie, par un bord beaucoup moins abrupt, coupant obliquement la sous-muqueuse, et par un fond, formé par le péritoine, doublé de la couche longitudinale des fibres musculaires. Muqueuse, sous-muqueuse et couche musculaire voisines de l'ulcère sont le siège d'une infiltation embryonnaire très accusée.

Lorsque l'ulcère est *ancien*, d'importantes lésions vasculaires apparaissent : s'il tend à la cicatrisation, les masses embryonnaires subissent la transformation conjonctive : on peut alors voir, à leur intérieur, des néoformations glandulaires qui favorisent le développement ultérieur du cancer.

Les régions de la muqueuse éloignées de l'ulcère présentent des lésions interstitielles et parenchymateuses variables, mais banales. *Il n'y a donc pas de lésion de la muqueuse spéciale à l'ulcère.* Dans l'*exulceratio simplex*, la muscularis mucosæ est souvent perforée (Dieulafoy).

PATHOGÉNIE. — Plusieurs théories : A. *Inflammatoires.* Pour Cruveilhier, l'érosion folliculaire est le premier degré de l'ulcère. Pour Gaillard, à l'origine de tout ulcère on trouve une gastrite interstitielle. Mais α. celle-ci est aussi fréquente que l'ulcère est rare; β. elle est diffuse, l'ulcère est unique. — B. *Circulatoire.* I. L'ulcère est la conséquence de la *stase veineuse.* Mais α. les deux lésions coexistent rarement; β. l'ulcère rond est unique, les érosions hémorragiques multiples. II. L'ulcère est la conséquence d'une *oblitération artérielle*; celle-ci aboutit à la nécrose d'un département vasculaire; le suc gastrique, agissant sur cette partie nécrosée, l'ulcère. L'oblitération artérielle peut être le fait d'une compression (cas de Netter), d'une embolie (expérience de Lebert), d'une thrombose. Deux objections : α. l'embolie et la thrombose sont exceptionnelles; β. les artères de l'estomac ne sont pas terminales. — C. *Traumatique.* L'ulcère est consécutif au traumatisme. Mais ne le précédait-il pas ? Les plaies chirurgicales de l'estomac guérissent, en effet, avec facilité. — D. *Hématique.* L'ulcère serait dû à une élimination de l'alcalinité du sang. — E. *Infectieuse.* Théorie appuyée sur quelques expériences (Letulle, Chantemesse et Widal), et sur quelques faits cliniques (Böttcher, Letulle, Widal et Meslay). — F. *Eclectique.* « Il n'y a pas plus d'ulcère de l'estomac que d'ulcère de jambe » (Brinton). Pour la critique générale de ces théories, v. Hayem et Lyon, *loco citato*, et insister sur l'association de deux facteurs : troubles circulatoires, hyperpepsie.

SYMPTOMATOLOGIE. — A. **Ulcérations diverses.** — Bon nombre d'ulcérations restent absolument *latentes*, on ne donnent lieu qu'à quelques vagues douleurs. D'autres se traduisent par α. des symptômes d'ordre général (intoxication, infection causales); β. des symptômes propres : douleurs gastriques, parfois intolérables (empoisonnement); hématémèses, habituellement peu abondantes, quelquefois mortelles (alcoolisme, pneumonie, tuberculose); vomissements contenant parfois des fragments de muqueuse (Max Einhorn), etc., etc. La maladie peut : α. évoluer vers la guérison, et dans quelques cas rares, aboutir ultérieurement à la sténose du pylore ; β. se terminer par la mort, fait encore plus rare; γ. se transformer en ulcère rond.

B. **Ulcère rond.** — Son DÉBUT insidieux, se caractérise habituellement par des troubles dyspeptiques et des douleurs (Brinton) apparaissant au cours d'une gastrite chronique hyperpeptique; exceptionnellement par une hématémèse foudroyante.

A la PÉRIODE D'ÉTAT, trois symptômes fondamentaux :

a. Des *douleurs* localisées en deux points : *xyphoïde* ou épigastrique, et *spinal*. Le premier est parfois maxima dans les hypocondres ou vers l'ombilic, ses variations étant généralement en rapport avec le siège de l'ulcère; le second, plus tardif, siège de la huitième vertèbre dorsale à la deuxième vertèbre lombaire; qu'il s'élève entre les deux omoplates, ou qu'il s'abaisse, il reste toujours médian : il s'observe surtout dans les cas d'ulcère de la paroi postérieure ou de la petite courbure. De ces deux points, la douleur irradie en diverses directions, selon l'intensité de la périgastrite et l'extension du processus ulcéreux.

Les caractères de ces douleurs sont très importants : d'habitude, elles sont *très aiguës*, transfixiantes, térébrantes, intolérables; les émotions, la menstruation, les écarts de régime, la pression, les mouvements et surtout l'ingestion d'aliments grossiers, épicés ou acides, les exagèrent, les vomissements, et certaines attitudes, empêchant le contact du contenu gastrique avec l'ulcère, les calment.

b. Des *vomissements*, survenant d'ordinaire à la fin des repas; ils sont constitués : α. soit par des matières alimentaires plus ou moins transformées; β. soit par des liquides de sécrétion, extrêmement acides; γ. soit par des pituites matinales; δ. soit par du sang. Ils augmentent de fréquence au moment des crises.

c. Des *hématémèses* qui sont, habituellement, postérieures en date aux vomissements et aux douleurs. Elles apparaissent brusquement, sans cause, ou à la suite d'un écart de régime, d'un traumatisme, d'un effort violent; très abondantes, elles peuvent entraîner la mort en quelques minutes; abondantes, elles s'annoncent par les signes de toute hémorragie interne, et quelques signes locaux : pesanteur, chaleur gastrique. Le sang rendu est soit complètement rouge, soit rouge-brunâtre, soit noir, selon le temps passé dans l'estomac; à l'hématémèse se joint souvent du melæna : l'hémorragie peut être suivie d'amaurose. Peu abondante, la gastrorragie se traduit seulement par quelques vomissements noirs et un peu de melæna. Quelle que soit sa forme, elle peut cesser, ou continuer plus ou moins longtemps, déterminant alors une anémie progressive.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, nos 142, p. 1703, et 145, p. 1737.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 2. — SAMEDI 6 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 6 JANVIER 1906. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **7** fr.	D. — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 4 janvier 1906 : MM. Rais, 13; Pascalis, 12; Cléret, 11; Collin et Saiget, 9; Mesnager, 8; Viel, 6; Merle (Emile), 5; Deslions, 3.

La prochaine séance aura lieu le samedi 6 janvier, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 4 janvier 1906 : MM. Gendron, 12; Fernet, 11; Houzel, Jacob et Parturier, 10; Pélissier, 9; Mlle de Jong et M. Séguinot, 8; MM. Fabignon, 6, et Camille Chauveau, 5.

Prochaine séance samedi 6 janvier, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Ruault (de Paris).

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Rœser (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Boursier, Labroy, Lance, Minet et Roche (de Paris).

MM. les médecins-majors Astier (de Bel-Abbès, Algérie) et Guichard (de Beni-Ounif, Algérie).

GUERRE. — CADRE AUXILIAIRE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Audet.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Camus et Famechon.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Boutié, Leuc, Fix, Chandèze, Beaudier, Guégan et Félix.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active retraités Haller et Calba.

M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale réintégré Robert.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Chabaneix.

M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale réintégré Demange.

Au grade de pharmacien-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les pharmaciens-majors de première classe de l'armée active retraités Barthe et Bayrac.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine de Peretti, Labbé, Dalard, Dupic, Barbot, Michel, Mombet, Mauban, Petit, Sauvage, Pagniez, Huguier, Grébault, Bridant, Froin, Arnal, Imbert, Cabessa, Gadaud, Tissot, Puyaubert, Jacobsohn, Lemierre, Tillaye, Bertier, Rolland, Lequerré, Cotonnec, Bourras, de Mélier de Labarthe, Kovler, Cormon, Engel, Lande, Tessier, Liabot, Mairesse, Bourguet, Rollin, Barthélemy, Bloch, Denis, Semper, Crapez, Desanti, Boyer, Grenet, Tomasi, Brunet, Barbancey, Monfrein, Bordes, Fabre, Binet (A.), Merveille, Mougeot, Juillet, Verdier, Collière, Petit (H.), Peguet, Cattin, Binet (M.), Marquet, Fléchet, Bouchet, Alamelle, Job, Troussard, Jesson, Roux, Néboux, Warot, Gandon, Bériel, Debono, Guiraud, Piet, Mézie, Galland, Bourée, Chapotin, Oppenheim, Castany, Nonique, Bertrand, Arnoux, Le Duigou, Clavel, Richard, Lernout, Couffon, Petit (E.), Mazoux, Adoue, Poinsot, Esquirol, Barse, Gentil, Gendron, Letinois, Berthézenne, Auzimour, Mignon, Boiet,

Doin, Abrand, François, Babeau, Forthomme, Roussel, Dubreuil-Chambardel, Pérus, Faucheux, Foubert, Guérin, Ducasse, Fontaine, Blanc, Thirion, Boyer, Dupont, Combris, Desgeorges, Balestre, Dudon, Garimond, Bordères, Fiatte, Pavy, Obers, Maes, Galen, Canel, Rives, Beaufils, Cocural, Montès, Verdeaux, Roddier, Stoltz, Roger, Morvan et Goiny.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Roulleau, Sinoncelli, Faucheux, Caramanos, de Gérin, Artaud, Lévy-Valency, Schultz, Iselin et Bocquet.

LES MESURES SANITAIRES CONTRE LA PESTE DEVANT LE CONSEIL D'ÉTAT. — Le Comité central des armateurs de France, présidé par M. André Lebon, avait déféré au Conseil d'Etat un décret du 21 septembre 1903, rendant obligatoire la destruction des rats à bord des navires, au moyen des appareils approuvés par le Comité consultatif d'hygiène publique. Les armateurs alléguaient que le comité n'avait approuvé qu'un seul procédé et qu'il se trouvait ainsi un monopole créé.

En fait, le ministre de l'Intérieur a, par une circulaire, provisoirement suspendu l'exécution du décret, et a fait connaître que le Comité consultatif d'hygiène venait d'approuver un second procédé pour la destruction des rats. Alors les armateurs ont objecté que, dès lors, ou bien les exploitants des deux procédés se partageront les ports, de sorte que, dans chacun de ces ports, les armateurs seront à la discrétion d'un seul d'entre eux, ou bien ils s'entendront, et alors les armateurs se trouveront en présence, non d'un monopole, mais d'une coalition.

Mais le Conseil d'Etat vient de rejeter le pourvoi. La mission d'empêcher la contagion de la peste par l'introduction en France d'animaux contaminés appartient, en effet, au gouvernement en vertu de la loi du 3 mars 1822.

L'arrêt insiste, d'ailleurs, sur ce point que le décret n'a point spécifié le procédé ou l'appareil dont les armateurs devraient se servir, mais leur a laissé la faculté d'employer à leur choix l'un ou l'autre de ceux dont l'efficacité aura été reconnue par le Comité consultatif, lequel, ainsi que nous l'avons dit, s'est borné à donner son approbation à un type unique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Meusnier (de Blois) et Bagnol (de Saint-Saturnin-les-Apt).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 52, 26 déc. 1905.) ETIENNE : Rôle du froid intense dans la pathogénie des acropathies. — J. NICOLAS : Courbe urinaire et variations des chlorures dans la tuberculose pulmonaire. — A. LE PLAY : Les conséquences d'une amygdalotomie. — COUTET : Gymnastique respiratoire et rééducation. — H. GRENET : Traitement des hémoptysies.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 23, 20 déc. 1905.) A. ROBIN : Régime et traitement fonctionnels dans les maladies du foie (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 100, 27 déc. 1905.) WAVELET et PLISSON : Sur un cas de fracture de la colonne vertébrale (région cervicale). — MONGOUR et CARLES : Sur la valeur des injections d'air, dans le traitement des névralgies. — (N° 101, 30 déc.) R. DE GAULÉJAC : Cas curieux d'équivalents épileptiques. — (N° 1, 3 janv. 1906.) JANICOT : La Riviera française au point de vue de la protection contre le froid.

Écho médical du Nord. — (N° 53, 31 déc. 1905.) ARQUEMBOURG : Sur un cas de pouce à trois phalanges.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 52, 24 déc. 1905.) SALM : L'ankylostomiase à Sumatra. — MONGOUR : Guérison d'un cas d'ictère grave.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 24, 25 déc. 1905.) LEBEAUPIN : Importance de l'examen des dents pour la séméiologie des affections gastro-intestinales.

Journal des praticiens. — (N° 52, 30 déc. 1905.) P. RECLUS : Gastrostomie. — TAUSARD : L'alumnol dans le traitement des urétrites.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 51, 23 déc. 1905.) BRIQUET : Essai sur la pathologie du système nerveux. — Lucien FÉRÉ : Tumeur papillaire de la muqueuse de la voûte du palais. Extirpation. Particularités histologiques intéressantes.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 51, 21 déc. 1905.) BECO et BUYS : La question de l'extension de l'oto-laryngologie. — J.-P. NUEL : Des cours d'ophtalmologie itinérants de vulgarisation.

Lyon médical. — (N° 52, 24 déc. 1905.) COLLET et GRUBER : Cécité corticale. — RODET et LAGRIFFOUL : Recherches expérimentales sur le sérum antityphique.

Presse médicale. — (N° 104, 27 déc. 1905.) DE LAPERSONNE Syphilis et myopie. — BONNETTE : Transport des blessés en campagne. Utilisation des roues de bicyclettes pour improviser des brancards roulants. — (N° 105, 30 déc.) M. LETULLE : Coprologie clinique. Recherche des œufs des parasites de l'intestin dans les matières fécales. — A. CARREL : La transplantation des veines et ses applications chirurgicales. Etude expérimentale.

Province médicale. — (N° 7, 16 déc. 1905.) RAPPIN : Recherches sur la microbiologie de l'influenza. — LACASSAGNE : De la mort subite.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 24, 30 déc. 1905.) HUGOUNENQ : Les récentes conquêtes de la biologie dans le domaine du chimisme intestinal. — LAGUESSE : Revue annuelle d'anatomie.

Revue médicale de l'Est. — (N° 23, 1er déc. 1905.) PARISOT et BLUM : Pendaison suicide et lésions de la colonne vertébrale (*à suivre*). — M. BARTHÉLEMY : Considérations sur les arthrites chroniques et en particulier le rhumatisme noueux, à propos d'un cas de polyarthrite déformante progressive (*à suivre*).

Revue neurologique. — (N° 23, 15 déc. 1905.) MARINESCO : Recherches sur la régénérescence autogène. — ETIENNE : Arthropathies nerveuses et rhumatisme chronique.

Semaine gynécologique. — (N° 51, 19 déc. 1905.) PICHEVIN : Du traitement de la rétrodéviation.

Semaine médicale. — (N° 51, 20 déc. 1905.) Eugène FÉLIX : Les causes de la paralysie complète du nerf laryngé inférieur ou récurrent. — (N° 52, 27 déc.) GUISEZ : Le traitement opératoire des sinusites frontales chroniques. — Piétro TRAPANI : La recherche de la bilirubine par le cyanure de mercure en milieu alcalin.

Tribune médicale. — (N° 51, 23 déc. 1905.) BARTH : L'hospitalisation des tuberculeux à Paris ; ce qu'elle est ; ce qu'elle devrait être. — TUFFIER : La méningo-encéphalite traumatique suppurée peut guérir spontanément.

REVUE GÉNÉRALE

LES PÉRIGASTRITES

Par le docteur ALBERT CATZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — Au cours et à la suite de lésions diverses des viscères abdominaux le péritoine réagit fréquemment par la formation d'adhérences autour des organes malades. Ces adhérences périviscérales constituent souvent une réaction salutaire, elles limitent le processus morbide et empêchent son extension. Mais, quelquefois, ces adhérences deviennent à leur tour le point de départ de troubles, qui persistent après la guérison de la lésion primitive qui les a provoquées. On a alors affaire à de nouvelles entités morbides, la douglassite, la pelvipéritonite adhésive, la péritonite cæco-appendiculaire, les péritonites péribiliaires, etc.

L'estomac n'échappe pas à la loi commune; les lésions de cet organe provoquent très fréquemment *de la périgastrite*; mais cette lésion est moins connue que les autres périviscérites. Les ouvrages classiques la mentionnent à peine et ce n'est que dans les traités spéciaux et tout récents de Mathieu (1) de Soupault (2) qu'on trouve une description d'ensemble de cette affection. Et pourtant Cruveilhier (3) avait bien vu la lésion et Damaschino (4) a décrit une des particularités les plus intéressantes de l'histoire clinique de cette affection, à savoir la difficulté de diagnostic entre certaines périgastrites et le cancer de l'estomac.

Brinton (5) Bouveret (6) parlent, dans leurs traités, de certaines formes de périgastrite de l'ulcère de l'estomac; mais en général, on peut dire que la question a été complètement négligée jusqu'au jour où la chirurgie de l'estomac entrée dans la pratique courante, a entrepris le traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac. La première intervention pour ulcère faite par Rydygier (7) date de 1882; six ans après, Loretta (8) fit la première intervention pour une périgastrite, cause de troubles dyspeptiqueset de douleurs. L'opération fut suivie d'un résultat immédiat excellent, mais ultérieurement les troubles reparurent, probablement à cause de la formation de nouvelles adhérences. Quelques mois après, Loretta, Billroth (9) fut plus heureux; après avoir *sectionné* des adhérences, il *réséqua* une portion de la paroi antérieure de l'estomac adhérente à la paroi abdominale et le résultat fut de tous points excellent. Depuis cette époque les interventions se sont multipliées à l'étranger. En France, c'est Doyen qui intervint le premier dans un cas de périgastrite (1). L'opération, faite le 19 juillet 1893, consista en une libération très pénible de l'estomac adhérent, suivie d'une gastro-entérostomie, avec succès complet. En 1894 (2) M. Terrier porta la question devant la Société de chirurgie à propos d'un cas d'adhérences périgastriques ayant donné lieu à une tumeur prise cliniquement pour un cancer. L'opération, qui consista en une simple section des adhérences réunissant la petite courbure à la paroi abdominale, fut suivie d'une guérison parfaite et durable.

A partir de ce moment les interventions et les travaux sur la périgastrite deviennent nombreux. Ce sont les thèses de Marion (3), de Dupouy (4), de Rémon (5), de Cabanne-Tellé (6), de Kleyman (7), à Paris; celles de Bouquet de la Jolinière (8), de Pinatelle (9), de Langlois (10), de Delay (11), à Lyon; les revues de Vautrin (12), de Duplant (13), de Delay et Cavaillon (14); les travaux de Hofmeister (15), de Hirschfeld (16), de Brunner (17), de Schwarz (18), de Mayo Robson, etc., à l'étranger; enfin les communications de Segond, de Jonnesco, de Rotgans (d'Amsterdam), de Mayo Robson, de Hartmann, de Garré et de von Eiselsberg (19), au premier congrès international

(1) MATHIEU. *Traité des maladies de l'estomac*, Paris 1901.

(2) SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, Paris 1905.

(3) CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1862.

(4) DAMASCHINO. *Maladies des voies digestives*, Leçons recueillies par LETULLE, Paris 1881.

(5) BRINTON. *Traité des maladies de l'estomac*, 1870, trad. Ryant.

(6) BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, Paris 1893.

(7) RYDYGIER. Die erste Magenresektion beim Magengeschwur, *Berl. klin. Wochens.*, 1882, nº 3.

(8) LORETTA in CODIVILLA et LORETTA. *Gaz. degli osped.*, sept. 1888.

(9) In VON EISELBERG. *Arch. f. klin. Chir.*, 1892.

(1) DOYEN. *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, 1895.

(2) TERRIER. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 424.

(3) MARION. *De l'intervention chirurgicale dans le cours et à la suite de l'ulcère de l'estomac*, Th. de Paris, 1897.

(4) DUPOUY. *Périgastrite adhésive par ulcère de l'estomac*, Th. de Paris, 1898.

(5) RÉMON. *Des adhérences gastro-pancréatiques consécutives à l'ulcère de l'estomac*, Paris 1902.

(6) CABANNE-TELLÉ. *Périgastrite douloureuse*, Th. de Paris, 1903.

(7) KLEYMAN. *De la périgastrite adhésive et de son traitement chirurgical*, Th. de Paris, 1905.

(8) BOUQUET DE LA JOLINIÈRE. *Adhérences péritonéales douloureuses*, Th. de Lyon, 1896.

(9) PINATELLE. *Applications de la gastro-entérostomie en dehors des sténoses anatomiques du pylore*, Th. de Lyon, 1902.

(10) LANGLOIS. *De la péritonite adhésive dans l'ulcère de l'estomac*, Th. de Lyon, 1904.

(11) DELAY. *Du traitement chirurgical de la périgastrite, suite d'ulcère de l'estomac*, Th. de Lyon, 1904.

(12) VAUTRIN. De la périgastrite adhésive, *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1903.

(13) DUPLANT. Périgastrites adhésives antérieures, *Revue de méd.*, 1903.

(14) DELAY et CAVAILLON. La périgastrite de l'ulcère, *Arch. gén. de méd.*, 1904.

(15) HOFMEISTER. Zur Behandlung der Ulcus ventriculi, *Beit. klin. Chir.*, 1896, XV, p. 351.

(16) HIRSCHFELD. Uber peritoneale Adhesion bei Ulcus ventriculi, *Mitth. aus d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.*, juin 1900.

(17) BRENNER. Uber die chir. Behandlung der callösen Magengeschwürs, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd LXIX.

(18) SCHWARZ. *Mitth. ausd. Grenzgeb. d. med. u. chir. Pathol. und chir. Therap. des Penet. Mageng.*, Bd. V, Heft. 4.

(19) *Revue de chir.*, 10 oct. 1905; *Compte rendu du Ier Congrès de la Soc. intern. de chir. de Bruxelles*, sept. 1905.

de chirurgie tenu récemment à Bruxelles. Ils permettent de faire une description d'ensemble de la périgastrite et d'en indiquer le traitement rationnel.

II

Etiologie et anatomie pathologique. — De toutes les lésions qui engendrent la périgastrite l'*ulcère de l'estomac* est de beaucoup la plus importante ; aussi est-ce surtout la périgastrite de l'ulcère que nous aurons en vue dans cette étude, nous contentant de mentionner seulement les autres lésions stomacales et extra-stomacales pouvant donner lieu au développement d'adhérences autour de cet organe.

Dans l'ulcère, les adhérences périgastriques sont très fréquentes. D'après Brinton (1) la fréquence est en rapport avec la durée de l'ulcère ; la périgastrite adhésive existe d'autant plus souvent que l'ulcère qui lui a donné naissance est plus ancien. L'auteur anglais pense qu'on rencontre la périgastrite dans 40 p. 100 des cas en moyenne ; sa statistique porte sur 57 cas d'ulcère dont 22 étaient accompagnés d'adhérences. Ce sont à peu près les chiffres indiqués par Broviez, par Jashrik (2) ; pour Mayo Robson le pourcentage serait encore élevé : 50 p. 100 (3).

Au cours de l'ulcère de l'estomac le péritoine réagit comme au cours des inflammations de l'appendice et des voies biliaires. Il sécrète un exsudat fibrineux d'abord, mais ayant une grande tendance à l'organisation.

L'adhérence se produira de préférence là où les dépacements de l'estomac sont minimes, car dans les régions ou les mouvements sont étendus les minces filaments fibrineux sont tiraillés et déchirés. C'est pourquoi les adhérences se rencontrent surtout au niveau de la petite courbure et plus souvent à sa partie moyenne qu'à ses extrémités près du cardia et du pylore et au niveau de la face postérieure. La grande courbure, au contraire, subissant pendant les périodes digestives des mouvements de translation d'arrière en avant et de gauche à droite est beaucoup plus rarement le siège d'adhérences.

Quant à la périgastrite de la *face antérieure* Brinton la considérait comme très rare. Cependant les statistiques récentes infirment l'opinion de l'auteur anglais, et montrent qu'après la périgastrite postérieure les adhérences de la face antérieure sont les plus fréquentes. Hirschfeld (4) remarque qu'il existe sur la face antérieure de l'estomac tout près du cardia une région où les mouvements de l'estomac sont le moins étendus ; c'est à ce niveau aussi que la périgastrite antérieure se cantonne de préférence ; c'est la forme dite *périgastrite précardiaque gauche*, une des plus typiques au point de vue clinique et la plus accessible au traitement chirurgical.

Le mécanisme de la réaction péritonéale est fort probablement l'infection secondaire. Nicholl (5), étudiant un cas d'adhérences multiples consécutives à un ulcère du duodénum, a trouvé dans toutes ses coupes un bacille qu'il a cultivé et qui appartenait au groupe des coli. Bien qu'Huguenin (1), dans un cas semblable, n'ait pu retrouver le bacille de Nicholl, l'origine infectieuse de la périgastrite paraît encore très probable par ce fait que fréquemment on trouve, au milieu des adhérences périgastriques, de petits abcès siégeant loin des parois de l'estomac.

La périgastrite peut se développer au voisinage d'un ulcère récent et Monisset (2) a rapporté l'observation d'un malade qui souffrait depuis trois mois et avait des adhérences. Cette périgastrite *précoce* est la grande exception, presque toujours l'ulcère précède de plusieurs mois, voire de plusieurs années la formation des adhérences.

Minces, lâches, filamenteuses au début, et cédant facilement à l'action du doigt qui les déchire, les adhérences deviennent, dans les vieux ulcères chroniques, résistantes, fibreuses, serrées, formant parfois de véritables brides ou membranes dures « comme du bois » [L. Championnière (3)].

D'autres fois, la réaction péritonéale est si vigoureuse, que la séreuse coule autour de l'estomac un véritable moule ; l'estomac est alors immobilisé, bloqué au milieu d'adhérences courtes, serrées et excessivement nombreuses. Nicaise (4) divise les adhérences d'après leur consistance en adhérences *celluleuses* et adhérences *fibreuses* ; mais il serait plus conforme aux faits de baser la classification des adhérences sur leur *disposition* autour de l'estomac et, à ce point de vue, on peut distinguer deux variétés : les adhérences *isolées* formant de simples tractus, minces ou résistants, et n'intéressant qu'un ou plusieurs points de la surface gastrique, et les adhérences *étendues* occupant une grande surface et formant *symphyse*. Les adhérences isolées n'ont pas de groupement particulier ; elles sont essentiellement variables. Mais les adhérences *étendues* occupent, en général, des régions de prédilection, ce qui permet de distinguer plusieurs variétés anatomo-pathologiques qui sont : *a*) la *symphyse postérieure gastro-pancréatique* ; *b*) la *symphyse de la petite courbure et de la face antérieure*.

Les adhérences gastro-pancréatiques postérieures sont les plus fréquentes ; elles ont, en outre, une grande importance chirurgicale, car elles sont un obstacle parfois très sérieux à la mobilisation de l'estomac au cours des interventions et une complication réelle de la gastro-entérostomie. Les symphyses de la *petite courbure* et celles de la *face antérieure* réunissent, le plus souvent, l'estomac au foie, à la paroi abdominale et au diaphragme. Dans les cas typiques, on rencontre des tractus épais, étalés entre l'estomac et le foie, comblant, parfois, tout l'espace sous-hépatique et enserrant, dans une gangue fibreuse, les vaisseaux et organes qui se rendent au hile du foie ; d'autres fois, les adhérences épaisses forment un *gâteau*, une plaque de blindage, une

(1) Brinton. Loc. cit.
(2) In Th. de Delay, Lyon 1904.
(3) Mayo Robson. *Diseases of the stomac*, London 1901.
(4) Hirschfeld. Loc. cit.
(5) Nicholl. *Stud. from the Royal Victory*, 1902, n° 3.

(1) Huguenin. *Suisse romande*, 1903, p. 303.
(2) Soc. des sc. méd. de Lyon, 1900.
(3) Lucas-Championnière. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894.
(4) Nicaise. *Revue de chir.*, 1894.

tumeur, en un mot. Ce sont ces périgastrites à tumeur qui ont été si souvent confondues avec le cancer de l'estomac, et la ressemblance est parfois telle que, même au cours de la laparotomie, l'hésitation est fréquente. M. Terrier a décrit cette forme de périgastrite sous le nom de *tumeur inflammatoire* de l'estomac (1) pour bien marquer son caractère et la distinguer des vraies tumeurs de l'estomac. Les adhérences ne constituent pas, à elles seules, la tuméfaction. Celle-ci est, en partie, due aux réactions d'un vieil ulcère de la paroi antérieure.

La périgastrite antérieure se localise, de préférence, en deux régions : au *niveau du pylore* où elle forme une tumeur sténosante qui oblige, parfois, de sculpter le pylore pour le libérer des plaques inflammatoires qui l'enserrent; et la région *précardiaque gauche*. Cette dernière localisation est si caractértstique, qu'en clinique, la présence d'une tumeur épigastrique sous les fausses côtes gauches survenant chez un malade ayant eu, autrefois, des troubles attribuables à l'ulcère, est presque pathognomonique d'une périgastrique avec plastron.

Il n'est pas rare de rencontrer, au voisinage de la tumeur, de gros ganglions qui font penser à une tumeur maligne avec adénopathie. Même pièce en main, il est alors difficile de dire si l'on a affaire à une périgastrite ou à un cancer. Seul, l'examen histologique pourrait trancher la question.

Déformations stomacales dues aux périgastrites. — On comprend aisément que l'estomac, viscère mobile et creux, englobé et enserré par des adhérences, éprouve des troubles et des modifications dans sa statique et dans sa forme.

1° Déformations par *traction* : la grande courbure peut être attirée en bas vers le pubis et les organes du petit bassin. Il en résulte des *déformations* et l'estomac prend la forme d'un U, d'un V; dans une observation de Bouveret le point de réunion des branches adhérait aux viscères pelviens; dans un cas de M. Hayem ce point s'insérait au pubis. Boinet (2) cite un cas où l'estomac distendu, tiraillé, affleurait le pubis et faisait penser à un kyste de l'ovaire.

Parfois la poche gastrique aplatie est fixée et attirée en plusieurs points opposés, ce qui lui donne une forme *triangulaire* ou *polygonale*, « en tendant sa paroi comme une peau de tambour » (Hayem). A côté de ces grandes déformations il en existe de plus modestes. Lorsqu'une adhérence n'exerce son action que sur un point de l'estomac, cela donne lieu à des dilatations limitées, que Zahn (3) et Hirsch (4) appellent « diverticules de l'estomac ». Ils distinguent deux variétés : les diverticules *par traction* dus aux tiraillements sur un point limité de la surface gastrique et les *diverticules par pulsion* qui sont dus beaucoup plus à ce que la paroi stomacale cède par faiblesse au niveau d'un ulcère qui a érodé la musculeuse qu'à la traction proprement dite.

(1) Terrier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894.
(2) Boinet. *Bull. méd.*, 1902.
(3) Zahn. Magendivertikel, *Deuts. med. Wochens.*, Bd. LXIII.
(4) Hirsch. Uber Magendivertikel, *Inaug. Dissert.*, Leipzig 1901.

b. *Déformation par torsion.* — La torsion, moins fréquente, se fait autour du grand axe ou du petit. M. Hayem cite une observation où la paroi antérieure de l'estomac était fixée à la partie inférieure du foie, tandis que sa face postérieure venait adhérer à la paroi abdominale. Dans une autre observation de M. Hayem le pylore, attiré à gauche par rétraction de la petite courbure, était fixé aux *fausses côtes* gauches (1). Dans les observations de M. Segond (2) et de Mikulicz, l'estomac retourné de 90 degrés adhérait au foie et il suffit de détacher ces adhérences pour que l'estomac reprît sa place et sa forme, amenant la cessation des troubles.

c. *Déformation par pression.* — Sans parler de la dilatation de l'estomac due à la compression sténosante au niveau du pylore, les adhérences peuvent déformer l'estomac par striction au niveau des faces. La déformation la plus caractéristique est alors la *biloculation*. Perret (3), Guillemont (4), dans leurs thèses, Mayo Robson (5) citent de nombreux cas où la périgastrite intervint directement dans la genèse de cette déformation. Bien entendu, la cicatrice de l'ulcère est le point de départ de la biloculation, mais les brides péritonéales l'exagèrent quelquefois; dans les observations de Langerhans (6), de Freiherr, et d'autres, la biloculation est tout entière due aux adhérences.

Les déformations de l'estomac s'accompagnent souvent de *déplacement* de l'intestin. M. Hayem cite deux cas d'*invagination du duodénum* dont la portion initiale était comme absorbée par l'estomac, phénomène dû à la rétraction de la petite courbure. Dans une observation de Delay (7), une adhérence partant de l'arête pylorique à la deuxième portion du duodénum réalisait les contacts qu'on établit pour pratiquer la gastroduodénostomie d'après le procédé Jaboulay. Un des angles du côlon ou tout le côlon transverse peuvent être attirés en haut et adhérer au diaphragme. Dans un cas, Hayem vit dans l'arrière-cavité des épiploons l'intestin *grêle* à cheval sur la petite courbure (8).

Des adhérences peuvent se trouver assez *loin de la lésion principale*. Le plus souvent elles intéressent alors le *côlon* et l'intestin grêle. Dans un cas cité par Delay on trouve des adhérences qui, sous forme de longues brides, partaient de l'estomac, parcouraient tout le péritoine et finalement venaient, au niveau du Douglas, faire une occlusion intestinale qui nécessita la création d'un anus artificiel.

Hirschfeld (9) cite le cas d'un malade mort d'occlusion intestinale, à l'autopsie duquel on trouva un ulcère du pylore, quelques adhérences gastro-coliques et une bride qui *étranglait* l'intestin grêle.

(1) In Th. de Cabanne-Tellé. Loc. cit.
(2) Segond. *C. r. du Congr. internat. de chir.*, Bruxelles, septembre 1905.
(3) Perret. Th. de Lyon, 1897.
(4) Guillemont. Th. de Paris, 1898.
(5) Mayo Robson. Loc. cit.
(6) In Th. Cabanne-Tellé. Loc. cit.
(7) Delay. Loc. cit.
(8) Hayem, in Cabanne-Tellé. Loc. cit.
(9) Hirschfeld. Loc. cit.

Enfin les adhérences peuvent s'étendre au *petit bassin* et atteindre les ovaires, l'utérus, le rectum. Ces retentissements lointains n'ont pas assez frappé les auteurs. Tout comme l'appendicite et les inflammations péribiliaires, la périgastrite peut retentir dans tous les coins du péritoine et Huguenin (1) insiste, avec raison, sur les propagations à distance.

Dépassant la phase de péritonite plastique, la séreuse peut réagir plus violemment et aboutir à la *périgastrite suppurée*. Celle-ci survient dans deux conditions bien distinctes : tantôt la collection n'a aucune cemmunication avec la cavité gastrique, l'abcès se forme au milieu d'anciennes adhérences *sans perforation*. C'est l'exception, du moins pour les gros abcès, car Villar (2) a trouvé à plusieurs reprises de petites collections purulentes au milieu des feuillets périgastriques. Le plus souvent l'abcès est consécutif à la perforation de l'estomac au niveau d'un foyer de périgastrite plastique qui s'était constitué avant la perforation. Ces abcès sous-phréniques, pyo-gazeux, sont bien connus aujourd'hui, leur ouverture est suivie, après la guérison de la suppuration, d'une symphyse gastro-pariétale déterminant parfois de violentes douleurs et nécessitant par cela même une intervention secondaire.

Après l'ulcère, c'est le *cancer* de l'estomac qui est l'origine la plus fréquente de la périgastrite. Les adhérences sont ou *cancéreuses* ou simplement inflammatoires. Elles se font surtout avec les organes situés dans le voisinage immédiat de la tumeur principale primitive. Sur près de 300 cas (3), l'estomac n'a été trouvé libre, mobile, que 14 fois. Ces adhérences s'organisent vite et empêchent de bonne heure la perforation; la mort par péritonite aiguë est ainsi beaucoup plus rare que dans l'ulcère. Ce qu'on rencontre le plus souvent ce sont des abouchements anormaux : ouverture de l'estomac dans l'intestin grêle, dans le côlon, etc. Bensaude et Socca (4) ont rapporté un fait unique de périgastrite au cours d'un *polyadénome à type brunnérien*.

La *gastrique scléreuse hypertrophique* ou *linite plastique* de Brinton s'accompagne toujours de périgastrite. Le péritoine est le siège d'un épaississement scléreux qui reste le plus ordinairement limité, mais qui peut envahir, comme dans les cas de Gombault (5), de Mathieu (6), de Bouveret (7) et d'autres, le hile du foie, l'arrière-cavité des épiploons, la rate, le pancréas, le mésentère. Jusque aujourd'hui cette périgastrite n'a pas tenté le chirurgien.

Les *poisons mordants ou corrosifs* peuvent engendrer des lésions ulcéreuses de l'estomac qui se compliquent de périgastrite. Pillet (1) cite un cas où, à la suite d'un empoisonnement avec de l'acide sulfurique, on trouva l'estomac accolé à la colonne vertébrale.

L'ingestion de *corps étrangers* est à bon droit incriminée dans beaucoup d'observations; Fricker [d'Odessa] (2) en rapporte quelques beaux exemples. Lorsque les corps étrangers séjournent longtemps dans l'estomac, qu'ils ne sont pas rejetés par les vomissements et qu'ils ne passent pas dans l'intestin, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'estomac les tolère et les accidents sont nuls, ce qui n'est pas rare, chez les aliénés surtout; ou bien, au contraire, ils provoquent des lésions de la muqueuse qui se propagent jusqu'au péritoine et y déterminent une périgastrite plastique qui a pour résultat l'adhérence entre l'estomac et le péritoine pariétal; ainsi se trouve réalisée une sorte de voie par laquelle le corps étranger peut émigrer dans l'épaisseur de la paroi abdominale jusque sous les téguments. Le plus ordinairement cette migration est accompagnée d'une inflammation qui se termine par la formation d'un abcès et le corps étranger s'échappe avec le pus, spontanément ou après incision de l'abcès. Des fistules gastro-cutanées peuvent persister fort longtemps après cette élimination.

Les *traumatismes de l'estomac* peuvent favoriser l'éclosion de la périgastrite dans deux circonstances : tantôt il s'agit d'un traumatisme *chirurgical*; les cas ne sont pas rares où des chirurgiens ont dû intervenir quelque temps après une opération pratiquée sur l'estomac, pour des troubles dus au développement d'adhérences au niveau de l'ancien foyer opératoire; tantôt il s'agit d'un traumatisme accidentel. Guelliot en a rapporté un exemple au congrès de chirurgie de 1896 et Ch. Guillois (3), dans sa thèse, en cite quelques cas.

La *tuberculose de l'estomac* peut se compliquer de péritonite circonscrite. M. Mathieu (4) en signale deux cas et, dans un travail récent, MM. Ricard et Chevrier (5) en rapportent plusieurs autres.

Enfin, la *syphilis de l'estomac* doit aussi être citée. On rencontre la périgastrite soit dans la syphilis héréditaire comme dans le cas de Nattan-Larier (6), soit dans la syphilis acquise. Il s'agit alors d'ulcères gommeux de l'estomac avec périgastrite de défense. Wagner (7), Flexner (8), César Deniel (9), etc., ont rapporté des cas très probants, vérifiés à l'autopsie.

Périgastrites dues a des lésions extra-stomacales. — L'évolution de l'*ulcère du duodénum* peut s'accompagner de péritonite circonscrite gastro-duodé-

(1) In Delay. Loc. cit.

(2) In Th. Delay. Loc. cit.

(3) Guinard. *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1892.

(4) Bensaude et Socca. *Arch. de méd. expér.*, sept. 1900.

(5) Hanot et Gombault. Etude sur la gastrite chronique avec sclérose hypertrophique sous-muqueuse, *Arch. de physiol.*, 1882, p. 412.

(6) Mathieu. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, 1re édit., t. III, p. 312.

(7) Bouveret. Loc. cit.

(1) Pillet. In Th. de Bouays, Paris 1892.

(2) Fricker. *Deuts. med. Woch.*, 1897, n° 4.

(3) Ch. Guillois. *Des affections de l'estomac consécutives aux traumatismes*, Th. de Paris, 1905.

(4) In Letorey. Th. de Paris, 1895.

(5) Ricard et Chevrier. *Revue de chir.*, 1905.

(6) Nattan-Larier. *Périgastrite et ulcération de la muqueuse gastrique chez un hérédo-syphilitique*, in Th. Barbier, Paris 1904.

(7) Wagner. Th. de Leipzig, 1863.

(8) Flexner. *The Amer. Journ. of the med. sc.*, 1898.

(9) Cesar Deniel. *Arch. per sc. med.*, 1899.

nale qui limite les désordres en cas de perforation.

La *péritonite tuberculeuse*, à forme fibreuse, peut se cantonner autour de l'estomac et réaliser une *périgastrite tuberculeuse* comparable aux autres péritonites localisées tuberculeuses : périhépatite, périsigmoïdite, pelvipéritonite, etc. M. Hayem (1) en signale un cas type terminé par granulie.

De toutes les affections extrastomacales, ce sont les maladies des voies biliaires et particulièrement les *cholécystites calculeuses ou non* qui provoquent, le plus souvent, la périgastriste. Cette variété, bien connue aujourd'hui, aboutit à la sténose du pylore et du duodénum (2).

Le *cancer* et les *kystes* enflammés du foie peuvent gagner la superficie de l'organe : la périhépatite détermine alors une réaction de voisinage et accole le viscère à l'estomac. M. Lucas-Championnière (3) a rapporté, à la Société de chirurgie, un cas de périgastrite due à *un abcès du foie*. Citons enfin, parmi les causes de périgastrite, *la périsplénite paludique* (4), les tumeurs du pancréas et enfin les *pancréatites;* on a publié, en effet, des cas d'adhérences gastro-pancréatiques dans la pancréatite gangréneuse comme dans les observations de Kœrte (5), de Frænkel (6); dans la pancréatite suppurée, comme dans l'observation de Mayo Robson (7); dans la pancréatite chronique enfin, comme dans l'observation de Walther (8).

(*A suivre.*)

(1) In Th. Cabanne-Tellé. Loc. cit.

(2) V. Marchais. *Des rétrécissements du pylore d'origine biliaire*, Th. de Paris, 1897.

(3) Lucas-Championnière. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894.

(4) Bonnet, in Cabanne-Tellé. Loc. cit.

(5) Kœrte. *Verhandl des 24 Allg. chir. Congr.*, 1895.

(6) Frænkel, p. 119. *Munch. med. Woch.*, 1896, vol. XXXV, p. 813.

(7) Mayo Robson. *Hunterian lectures on the pathology and surgery of certain diseases of the pancreas.*

(8) Walther, in Quénu et Duval. Pancréatite et lithiase biliaire, *Revue de chir.*, 10 oct. 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 27 décembre 1905)

Anesthésie à l'aide de l'appareil de Ricard. — M. Legueu, à l'exemple de M. Faure, apporte les résultats de 200 anesthésies pratiquées à l'aide de cet appareil. Comme M. Faure également, il s'en trouve extrêmement satisfait. Il insiste plus particulièrement sur les avantages suivants : quantité de chloroforme employée très minime, période d'excitation très diminuée comme fréquence, et comme importance, vomissements moins fréquents. Au cours de l'anesthésie, comme incidents, M. Legueu n'a eu à noter que quatre alertes par syncopes respiratoires, très facilement arrêtées d'ailleurs par la respiration artificielle, sans un seul cas de mort. Dans un seul cas, il y a eu une syncope due à une insuffisance hépatique. En résumé, M. Legueu estime que l'emploi de cet appareil est de beaucoup préférable à celui de la compresse. Il n'adresse à l'appareil de M. Ricard que de légères critiques ; le tube de caoutchouc s'aplatit trop facilement et devrait être remplacé par un tube métallique. Le masque n'est pas toujours d'une application très facile, surtout quand il faut opérer le malade en position latérale.

Chronique des voies biliaires. — M. Delbet en prenant part, à la discussion ouverte sur ce sujet, s'applique à démontrer que la variété d'opération à laquelle il faut donner la préférence dépend uniquement du siège exact de l'obstacle au cours normal de la bile, néoplasme ou calcul. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de faire un diagnostic exact, non seulement de la nature, mais encore et surtout du siège exact de la lésion ou du corps étranger qui s'oppose au cours de la bile. A ce point de vue, M. Delbet attache une grande importance à la rétraction de la vésicule biliaire. A ses yeux, en effet, elle indique une obstruction du canal cystique. Dans un cas de ce genre où M. Delbet avait fait une cholécystentérostomie, le malade mourut et à l'autopsie on trouva un néoplasme de la tête du pancréas comprimant le canal double ou hépatico-cystique. Une pancréatite chronique peut aussi comprimer le canal double. Dans ces cas la cholocystentérostomie ne sert à rien, c'est l'hépatico-entérostomie qu'il faudrait pratiquer ; la cholédoco-entérostomie ne ferait pas plus que la cholécystentérostomie. Les obstructions du canal double nécessitent l'hépatico-entérostomie.

Cette opinion soutenue par M. Delbet est basée sur des considérations anatomiques : d'après Wiart, le canal cystique ne se jette pas directement à angle obtus dans le canal cholédoque; les deux canaux, le cystique et l'hépatique, cheminent accolés l'un à l'autre, à la façon des deux canons d'un fusil de chasse. Ce double canal hépatico-cystique est plus ou moins long. Il résulte de cette disposition que les calculs qu'on croit siéger dans le cholédoque, siègent en réalité dans le double canal.

M. Delbet estime qu'il est aisé de faire le diagnostic de calculs de cholédoque ou de calculs du double canal, quand on est possesseur de ces données anatomiques. Si la vésicule est dilatée, c'est que l'obstacle, calcul ou cancer, siège dans le cholédoque. Si elle est rétractée, c'est que l'obstacle siège dans le canal hépatico-cystique.

Tumeur du cou d'origine branchiale. — M. Arrou a observé un cas de branchiome du cou analogue à celui qu'a communiqué M. Le Dentu dans la dernière séance : Il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans qui portait une tumeur dure, volumineuse dans la région sous-maxillaire droite, sans ganglions de voisinage. M. Arrou diagnostique une tumeur maligne, l'enlève assez facilement. Après quatre mois, récidive suivie de mort. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma myxomateux développé aux dépens de débris de branchiome.

M. Le Dentu rappelle avoir décrit autrefois, sous le nom de cancers primitifs des ganglions lymphatiques, des tumeurs qui certainement étaient d'origine branchiale. Il apporte plusieurs observations de ce genre qu'aujourd'hui il n'hésiterait pas à appeler des branchiomes du cou.

Kystes hydatiques du foie. — M. Delbet fait un rapport critique, empreint de quelque sévérité, sur deux observations adressées par M. Marion. Dans un premier cas, M. Marion avait réduit un kyste du foie, après évacuation et suture, mais sans capitonnage en raison de la situation profonde du kyste. Le malade eut des accidents infectieux qui nécessitèrent deux interventions nouvelles et finit par succomber. M. Marion en conclut que la réduction après suture et sans drainage des kystes hydatiques du foie est une opération qui peut être dan-

gereuse. A cela M. Delbet dit qu'il s'agit, dans ce cas, d'accidents infectieux attribuables à une faute opératoire et non à la méthode elle-même.

Dans un autre cas, M. Marion a réduit un kyste hydatique du foie à poche ouverte après résection d'une partie de l'adventice et il estime que cette opération est préférable à la réduction après suture complète.

Ce n'est pas l'avis de M. Delbet, qui fait d'abord remarquer que cette opération est loin d'être nouvelle et, qu'à ses yeux, elle est infiniment inférieure à celle qu'il a proposée et qu'évidemment il n'aime pas voir critiquer.

ANALYSES

MÉDECINE

Le mal perforant buccal tabétique. (R. Henry. Th. de Paris, 1905; H. Jouve, imprimeur.) — Décrite sous les noms d'*affection singulière des arcades alvéolo-dentaires* (Labbé), d'*affection singulière du maxillaire supérieur* (Dolbeau), d'*atrophie des maxillaires supérieurs* (Dubreuil), d'*altérations trophiques des os maxillaires* (Vallin), de *résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine* (Arrière), de *nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabes* (du Castel), d'*odontoptose tabétique* (Robin), l'affection à laquelle M. René Henry a consacré sa thèse inaugurale a reçu du professeur Fournier le nom de *mal perforant buccal*. Il en existe actuellement une vingtaine d'observations. Cliniquement, il s'agit de chute spontanée des dents, de résorption des rebords alvéolaires et des corps mêmes des maxillaires, d'ulcérations de la muqueuse, de fistules et même de perforations palatines. La maladie se développe uniquement chez des tabétiques; elle frappe surtout le sexe masculin. On l'a successivement attribuée à une carie sèche d'origine spécifique, à une lésion névritique des trijumeaux, à un trouble sympathique, à une pyorrhée alvéolaire etc., etc. Son diagnostic, généralement facile, est à faire avec la chute sénile des dents, la périostite alvéolo-dentaire, les nécroses phosphorée et syphilitique, la stomatite mercurielle. Quant au traitement, il est surtout palliatif. Le mieux est de faire porter aux malades un dentier aussi léger que possible. L. BABONNEIX.

Réactions sanguines dans les anémies graves. (Ch. Aubertin. Th. de Paris; J. Rousset, édit.) — De tous les symptômes hématologiques qui ont été donnés comme caractéristiques de l'*anémie pernicieuse*, aucun ne peut être considéré comme caractéristique, ni même comme constant. Ce sont des signes non de dégénérescence, mais de régénération du sang. Dans l'anémie pernicieuse à forme commune comme dans la réparation normale du sang, on observe une augmentation de la valeur globulaire, une poïkilokitose notable, des globules nains et géants, des globules nucléés, de la polychromatophilie. La moelle osseuse est rouge, la rate et le foie sont le siège de processus macrophagiques; la formule leucocytaire se caractérise par une augmentation des leucocytes du type médullaire, les hématoblastes sont nombreux.

Dans certains cas très rares, il n'y a ni poïkilokitose, ni globules nains et géants, ni polychromatophilie, ni globules nucléés dans le sang. Il y a leucopénie et lymphocytose. Les hématoblastes sont diminués, le caillot ne se rétracte pas, la moelle est jaune, graisseuse, dégénérée et impuissante. Dans la première forme, *orthoplastique*, la réaction myéloïde est normale; dans la seconde, *aplastique*, cette réaction ne peut se faire.

Dans les anémies symptomatiques, le tableau hématologique est le même que dans les anémies cryptogénétiques.

Les anémies avec réaction myéloïde ont une marche relativement lente; elles peuvent guérir sous l'influence de l'opothérapie médullaire. Les anémies à forme aplastique sont au contraire d'un pronostic fatal, à bref délai, quelle que soit la thérapeutique employée. Telles sont les principales conclusions de l'importante thèse de M. Ch. Aubertin.

L. BABONNEIX.

Phlegmon gazeux au cours de la varicelle. (*Arch. de méd. des enfants*, nov. 1905.) — M. J. Hallé rapporte un cas de phlegmon gazeux développé chez une petite fille atteinte de varicelle, au niveau d'un élément situé dans la région de la grande lèvre. La maladie se termina par la guérison. Les cas de ce genre sont exceptionnels. Ils s'expliquent par l'inoculation au niveau de la bulle varicellique, de germes anaérobies divers, et viennent à l'appui des faits publiés dans ce dernières années qui montrent que, en dehors de la gangrène gazeuse due au vibrion septique de Pasteur, il existe des phlegmons gazeux dus à d'autres germes anaérobies.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Des néphrites bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein. (C. Hédouin. Th. de Paris, 1905.) — Les lésions traumatiques dont parle l'auteur sont des reins mobiles avec hydronéphrose et une contusion rénale. Il admet qu'une néphrite bilatérale suit ces lésions. Il s'appuie d'ailleurs sur les expériences de Castaigne et Rathery (ligature des vaisseaux rénaux, des uretères) qui réalisent peut-être d'autres conditions que celles des observations cliniques qui font l'objet de la thèse. La lésion de l'autre rein est due en partie au réflexe réno-rénal, mais surtout aux néphrotoxines sécrétées par le rein malade. Il conclut que le rein traumatisé étant un danger pour l'autre rein devra être « dans certains cas » extirpé. Ce sont ces « certains cas » que nous aurions voulu voir préciser.

La conclusion thérapeutique d'expériences précises n'est peut-être pas applicable exactement à des cas cliniques, qui ne répondent point à ces expériences, et nous doutons que ces propositions fassent dévier les tendances conservatrices de la chirurgie rénale actuelle. CHEVRIER.

Fibro-lipome de l'estomac traité par la résection; tétanie pendant la convalescence. (Hermann Fischer. *Annals of surg.*, oct. 1905.) — Les tumeurs bénignes de l'estomac sont très rares, surtout les fibromes et les fibro-lipomes. Ce qui est encore plus rare, ce qui n'avait point encore été signalé, c'est l'intensité des symptômes rendant l'intervention nécessaire. Ce fait, et la curieuse et rare complication de tétanie pendant la convalescence d'une opération sur l'estomac, donnent au fait de Fischer un intérêt particulier.

Femme de trente-sept ans, ayant souffert de douleurs abdominales depuis plus d'un an. Douleurs sourdes, de position variable, ne se produisant que de jour. Petite hernie épigastrique. Récemment, douleurs plus violentes, privant la malade de sommeil. A l'entrée à l'hôpital, état général assez bon, aspect anémique, sommet droit suspect. Point très douloureux dans l'hypocondre gauche, juste au-dessous de la neuvième côte. Grand droit du côté droit contracturé. Clapotement au-dessus et à gauche de l'ombilic. Le repas d'épreuve

d'Ewald ne montre rien d'anormal. La distension de l'estomac augmente les douleurs, l'évacuation les soulage.

Opération. Incision sur la ligne blanche passant par la hernie épigastrique qui ne contient qu'un peu d'épiploon. Estomac mobile, non dilaté. Grande courbure, fond, et pylore normaux. Sur la paroi antérieure de l'estomac, empiétant sur la petite courbure, masse dure et rouge, de la dimension d'une grosse noix, faisant saillie sur la paroi stomacale. La séreuse est d'un brun foncé et parcourue par des vaisseaux injectés se dirigeant vers la tumeur. Petit épiploon épaissi et adhérent. A la palpation, la tumeur semble intéresser toute la paroi de l'estomac. Bref, tableau d'un ulcère de la petite courbure prêt à se perforer. Excision en V des deux parois antérieure et postérieure de l'estomac et suture.

L'examen microscopique montre que la tumeur est un fibro-lipome, ayant débuté dans le tissu conjonctif de la couche musculaire, respectant absolument la muqueuse, et ayant subi des modifications inflammatoires et présentant des hémorragies interstitielles.

Au dix-septième jour, douleur violente dans la partie supérieure de l'abdomen, et attaque de tétanie typique limitée aux membres supérieurs. L'auteur s'appesantit sur cette complication rare, et qui n'avait point encore été signalée à la suite d'une opération sur un estomac ne présentant ni dilatation, ni gastrosuccorrhée, causes généralement invoquées pour expliquer la tétanie. F. GARDNER.

Un cas d'exstrophie de la vessie traité avec succès par la méthode de Peters. (Harry M. SHERMAN. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XLV, n° 13, 23 septembre 1905, p. 890-892.) — L'opération de Peters consiste dans l'implantation *séparée* des deux orifices urétéraux dans le rectum. On dissèque chacun de ces orifices, puis on fait une fente minime au rectum par où l'on passe l'extrémité urétérale qu'on laisse pendre de 1 à 1,5 centimètres dans la lumière de l'intestin. L'auteur conteste la véracité de l'opinion de Maydl qui pense que, pour avoir un effet sphinctérien, il est nécessaire d'enlever non seulement une couronne de musculature autour de chaque orifice urétéral, mais aussi tout le trigone. Ce n'est pas à cause du rôle sphinctérien possible qu'il y a lieu d'enlever un *bouton* de vessie avec l'uretère, c'est pour que la plaie muqueuse soit loin de cet orifice même dont le calibre ne doit pas être menacé. L'auteur croit le cathétérisme préalable de l'uretère indispensable pour ne pas léser l'uretère lors de la dissection, étant donné les rapports très anormaux de celui-ci dans les cas d'exstrophie vésicale. L'ouverture du péritoine est évitée dans la méthode de Peters. Gros avantage, car le danger de l'opération de Maydl, c'est la péritonite; et dans ces cas, on ne peut jamais répondre de l'asepsie. Après l'opération, il ne faut pas laisser le cathéter dans l'uretère; il est inutile et dangereux, car il fait le chemin à l'infection ascendante venant du rectum. Sherman relate ensuite son cas et termine par l'exposé des quelques cas heureux antérieurement publiés. F. GARDNER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note di istologia patologica sulla fibra muscolare striata nel morbo di Parkinson. (SALARIS. *Rivista di patol. nervosa e mentale*, p. 383-389.) — De l'examen d'un fragment du biceps brachial, enlevé à un Parkinsonien par biopsie, l'auteur conclut que les altérations diffèrent de celles que l'on observe dans l'atrophie musculaire progressive : ce sont des altérations dégénératives : division longitudinale, aspect homogène, atrophie, sans prolifération miliaire ou conjonctive, avec, dans les vaisseaux sanguins des tendons, augmentation du nombre des noyaux et tendance à la réduction du calibre artériel; ces lésions semblent se rapporter à une toxi-infection ou une auto-intoxication. L. ALQUIER.

Atrophie lamellaire des cellules de Purkinje. (THOMAS. *Revue neurol.*, 30 sept. 1905, p. 914-917.) — Observation d'une malade ayant présenté la démarche cérébelleuse sans diadococynésie avec hypotonie musculaire et les signes de Romberg et de Babinski sans troubles de la sensibilité, ce qui pourrait faire croire à une sclérose en plaques. Or l'autopsie montra l'atrophie des cellules de Purkinje du cervelet dans un certain nombre de lamelles. Il y avait en outre une lésion de l'une des cornes antérieures de la moelle lombaire. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Des effets antitoxiques de l'iodipine dans les affections aiguës. (E. POTHEAU. Th. de Lyon, 1905.) — L'iode, employé depuis longtemps dans un certain nombre d'affections chroniques, ne l'est guère à l'extérieur dans les maladies aiguës, et l'on sait cependant qu'il constitue un remarquable atténuateur de la virulence des microbes pathogènes et de leurs toxines. Cependant, MM. Lortat-Jacob, M. Labbé et F. Bezançon, étudiant l'action de l'iode sur le tissu lymphoïde, ont montré qu'il a sur celui-ci une action élective spécifique, en provoquant une hyperleucocytose qui favorise la lutte de l'organisme contre l'infection, cette action étant portée au maximum par les préparations organiques iodées.

L'application de ces principes au traitement des affections aiguës, tant expérimentales sur les animaux que spontanées chez l'homme, a fait le sujet de la thèse de M. Potheau, qui utilise l'iode sous forme d'iodipine, huile iodée à 25 p. 100, qui présente de précieux avantages : lente décomposition dans l'organisme par transformation en iodures alcalins, élimination lente à ce dernier état, tolérance parfaite, absence de phénomènes d'iodisme et d'albuminurie, pas de complications, même chez les brightiques. Il l'a injecté dans le tissu cellulaire souscutané, soit à la partie externe de la cuisse, au niveau du tenseur du fascia lata, soit sous la peau de l'abdomen, à la dose de 5 à 15 centimètres cubes, dans un certain nombre de toxi-infections avec fièvre et symptômes généraux graves : infections chirurgicales avec ou sans suppuration (salpingites, pelvi-péritonites, fractures compliquées, myélites), infections puerpérales, érysipèles, complications des maladies éruptives, fièvre typhoïde, grippe infectieuse, péritonite tuberculeuse, broncho-pneumonie, pleurésie purulente, etc.

Les observations et les courbes de température montrent toutes sans exception que, dans les cas de toxi-infection avec symptômes plus ou moins graves, les injections d'iodipine ont chaque fois fait baisser la température de quatorze à dix-huit heures après l'injection, cet état persistant tout le temps que l'organisme était sous l'effet de l'action de ce médicament. Dans les cas de fièvre typhoïde, cependant, si l'iodipine a bien amené une chute progressive de la température avec amoindrissement et disparition des symptômes, la rechute se produisait au bout de quelques jours, avec, néanmoins, un peu moins de température, moins de stupeur, d'engourdissement, un état général assez satisfaisant. Peut-être, dans cette infection, l'iodipine neutralise-t-elle trop vite la toxine typhique, en empêchant l'immunité de se produire. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Essai de séméiologie urinaire. Méthodes d'interprétation de l'analyse urologique. L'urine dans les divers états morbides (1), par Camille VIEILLARD. Préface par Albert ROBIN.

Ce serait de l'outrecuidance de notre part que de venir faire l'éloge d'un livre de M. Vieillard; l'auteur, qui fait autorité en urologie, est un de ceux dont le nom placé en tête d'un ouvrage en garantit la valeur scientifique. Nous nous bornerons donc à dire que l' « Essai de séméiologie urinaire » est par excellence le livre qui convient au médecin; ce qui intéresse en effet le praticien, ce n'est pas l'exposé détaillé des procédés de laboratoire et des diverses réactions qui servent à l'analyse, ce sont les résultats de cette analyse, c'est l'étude raisonnée des relations logiques qui s'établissent entre les modifications de l'équilibre normal, qui constituent les maladies, et les changements apportés dans la constitution de l'urine. Malheureusement la plupart des traités d'urologie répondent insuffisamment à ce besoin et tendent à être des traités d'analyse dont le praticien n'a que faire. Le livre de M. Vieillard remplit au contraire parfaitement le desideratum que nous venons de signaler; après l'avoir lu et approfondi, le médecin saura exactement, lorsqu'il demandera une analyse d'urine pour éclairer son diagnostic, quelles recherches il doit indiquer au chimiste selon le cas; d'autre part, lorsqu'on lui présentera une analyse complète, il saura en faire une interprétation rationnelle.

Nous ne saurions donc trop conseiller l'étude de ce livre où l'on retrouve les qualités d'érudition de l'auteur des « Médecins urologues dans la médecine ancienne » jointes, nous le répétons, à la vision nette des applications vraiment utiles de l'urologie à la clinique. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les médicaments usuels (2), par le docteur Alfred MARTINET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Point n'est besoin d'être grand prophète pour prédire à la seconde édition du livre de M. Martinet le succès obtenu par sa devancière; ce succès sera même plus grand, sans aucun doute, puisque l'auteur a perfectionné son œuvre. Il l'a perfectionné non point en cherchant à améliorer le travail déjà fait, puisqu'il n'en a nul besoin, mais en ajoutant certains chapitres qui manquaient, tels ceux relatifs à l'antipyrine et à la belladone.

Pour les médecins qui, par hasard, ne connaîtraient pas l'ouvrage ou ne l'auraient jamais consulté, nous dirons que le docteur Martinet étudie successivement les quinze médicaments ou groupes de médicaments suivants : l'arsenic, les bromures, la digitale, le fer, les iodures, le mercure, l'opium, le phosphore et ses dérivés, les purgatifs, la quinine, les salicylates, l'antipyrine, la belladone, le sérum antidiphtérique. Pour chaque médicament, l'auteur examine l'une après l'autre ces deux questions : « Quand et pourquoi il faut l'administrer, » « Comment il faut le prescrire. » Lorsqu'il y a lieu, il étudie également les associations médicamenteuses possibles et les accidents que peut entraîner l'usage du médicament. Il est inutile de faire remarquer que cette manière de procéder répond à la seule thérapeutique logique et rationnelle, c'est-à-dire à la thérapeutique pathogénique, celle qui se base sur un diagnostic préalablement posé et mûrement réfléchi.

Le sens éminemment pratique de l'auteur, joint à sa profonde connaissance de la clinique et de la pharmaco-dynamie, font de son livre un conseiller précieux et sûr. « Exposer clairement, simplement, pratiquement tout ce qu'il est nécessaire de savoir des médicaments vraiment usuels, tel est notre programme à la fois très humble et très présomptueux, » dit M. Martinet dans sa préface; qu'il nous permette de protester ici contre ces deux dernières épithètes. Ce programme n'était point humble, puisqu'il embrassait presque toute la thérapeutique sûrement active; il était surtout loin d'être présomptueux, puisque notre distingué confrère l'a mené à bien de main de maître. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de XVI-376 p. (3e édit.). — Prix : 6 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

(2) In-8 de II-342 p. (2e édit. revue et augmentée). — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Transmission de pensée (1), par M. G. BONNET.

Voici un sujet peu nouveau, et sur lequel, pourtant, l'accord n'a pu se faire. Les hypnotiseurs, les médiums, les télépathistes sont-ils des charlatans ou des malades? La plupart des auteurs se rangent à la première de ces opinions, l'école de Nancy, le colonel de Rochas et Camille Flammarion, à la seconde. Actuellement l'opinion publique se désintéresse des tables tournantes; il faut donc un certain mérite à M. G. Bonnet pour essayer de définir l'inconnaissable. L'auteur déclare d'ailleurs qu'il est souvent difficile en un pareil sujet de distinguer le réel de l'irréel. De ses recherches, il conclut pourtant à l'existence, dans certaines conditions, de la suggestion mentale. Conclusion que l'on peut discuter, tout en reconnaissant l'intérêt du livre et la bonne foi de l'auteur. L. BABONNEIX.

Portez-vous bien (2). Notions élémentaires d'hygiène populaire et rationnelle, par le docteur Terwagne.

Ce petit manuel d'hygiène, mis à la portée de tous, doit le succès de ses deux premières éditions, à la grande clarté d'exposition de l'auteur. *Portez-vous bien* devrait être le livre de lecture des classes supérieures des écoles primaires, on devrait le lire et le commenter dans les écoles d'adultes et même conseiller aux parents d'en faire l'objet de leurs méditations.

Un journaliste parisien, dans un article sur la dépopulation en France, disait que le livre du docteur Terwagne devrait être répandu à des millions d'exemplaires.

C'est assez dire que toutes les personnes soucieuses de leur santé et de celle de leur famille, voudront lire la troisième édition de *Portez-vous bien*, augmentée de plusieurs chapitres importants et illustrée avec goût par A. Van Neste.

L. GAYARD.

(1) In-18 de 296 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

(2) In-8 avec fig. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 3. — MARDI 9 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. MARDI 9 JANVIER 1906. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 6 janvier 1906 : MM. Brin et René Bénard, 13; d'Halluin et Portocalis, 10; Savouré, 8; Fernand Léger et Blanche 6; Lucas-Championnière, 5; Bouche, 4.

La prochaine séance aura lieu le mardi 9 janvier, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 6 janvier 1906 : MM. Triqueneuve, Rabourdin et Plivard, 10; Verdoux et Bondol, 9; Héchemann, 8; Bougon, 6; Roche et Petit, 2.

Prochaine séance mardi 9 janvier, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le docteur Vedel, agrégé, est chargé, pour l'année 1906, du cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

MARINE. — Le *Journal officiel* publie la loi relative au déplacement de l'hôpital principal de la marine à Toulon.

GUERRE. — M. le médecin-major de 2e classe Lafforgue, de l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis, est nommé répétiteur de matière medicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale à l'école du service de santé militaire.

M. le médecin-major de 2e classe Rouvillois, surveillant à l'école du service de santé militaire, est nommé répétiteur de médecine opératoire et accouchements à ladite école.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille de bronze pour acte de courage est décernée à M. le docteur O'Followe (de Paris).

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de la *Clinique*, journal hebdomadaire publié sous la direction de nos excellents confrères Sersiron (de la Bourboule) et Gaston Doin.

Nous adressons nos meilleurs vœux au nouveau-né.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 JANVIER 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Segond, André Broca et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Marcel Labbé; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 16 janvier, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Poirier, Faure et Morestin; — (2e partie) : MM. Hutinel, Gouget et Jeanselme.

4e : MM. Gilbert, Dupré et Langlois; — M. Maillard, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Thiéry et Auvray; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Morestin; — M. Launois, suppléant.

Mercredi 17 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Proust.

2e : MM. Gautier, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Lepage et Cunéo; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 18 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Poirier et Faure.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Richaud.

2e : MM. Launois, Langlois et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Le Dentu, Thiéry et Brindeau; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 19 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Cunéo et Pierre Duval.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Legry, suppléant.

Samedi 20 janvier, à une heure. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Achard, Vaquez et Bezançon; — M. Méry, suppléant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PLACE DE MÉDECIN A PRENDRE IMMÉDIATEMENT, par suite de décès, à Gaillon (Eure). — On céderait à bonnes conditions les livres et les instruments.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1905.) E. Burnet : Le spirochète de la syphilis (spirochaete pallida de Schaudinn). Morphologie et classification. — W. Dubreuilh : De l'herpès récidivant de la fesse. — Brousse et Bruc : Un cas de pemphigus folliacé primitif.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 12, déc. 1905.) Sébileau : L'opération de Lamorier. — Desault : Autrefois et aujourd'hui. — Gaudier et Descarpentries : La veine mastoïdienne. — Guisez : De la paraffine endonasale comme traitement complémentaire des sinusites. — J. Fournié : Procédé d'examen du larynx et du cavum noso-pharyngien chez les sujets hyperesthésiques.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1906.) Brouardel : Influence de l'état de santé antérieur sur l'évolution des accidents du travail. — Perreau : Nature et réglementation juridiques des cessions de clientèles médicales. — Paul Diffloth : Congrès international de laiterie. — Raoul Brunon : Le Congrès des gouttes de lait.

Archives de médecine des enfants. — (N° 1, janv. 1906.) Lesné : Traitement des toxidermites par le babeurre. — Leroux : Cure marine des tuberculoses infantiles. — Sarvonat : Sclérème des nouveau-nés. — Ernö Deutsch : Goutte de lait à Buda-Pesth. — Comby : Pleurésie interlobaire.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 24, 14 déc. 1905.) A. T. Cabot : Les devoirs du médecin contre la tuberculose. — Edwin A. Locke : Quatre observations d'anévrismes rares. — David Coggin : Quelques souvenirs du Collège médical Harvard d'il y a quarante ans. — Charles W. Townsend et Charles L. Suidder : Un cas de sténose du pylore chez un enfant de quatorze jours. Opération, guérison.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er janv. 1906.) Jacques : Anosmie traumatique par plongeon. — Rist : Faux vertige de Ménière (syndrome de Stokes Adams et paralysie générale). — Simionescu : L'hyperkératose pharyngée. — Malherbe : Traitement des affections chroniques non suppurées de l'oreille moyenne par la galvanisation tubo-tympanique. — Guisez : Diagnostic des lésions œsophagiennes par l'œsophagoscopie. — Delbet : Pharyngotomie et pharyngectomie latérale par résection primitive de la grande corne de l'os hyoïde. — Siems : L'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie à Berlin. — Cauzard : Deux cas d'ethmoïdite suppurée se divisant dans le sinus maxillaire; — Les mastoïdites latentes et anormales (diagnostic). — Béal : Vaste ulcération de la région fronto-naso-palpébrale de nature épithéliale chez une syphilitique avec ouverture des sinus frontaux.

Clinique. — (N° 1, 5 janv. 1906.) Paul Claisse : Traitement de certains rhumatismes chroniques par l'opothérapie thyroïdienne. — Sabouraud : Thérapeutique dermatologique. — Marchais : Le massage dans les phlébites. — Pauchet : Traitement des hernies crurales et inguinales étranglées. Conduite à tenir vis-à-vis d'une anse suspecte ou gangrenée. — Laurens : Conduite à tenir en présence d'une épistaxis grave.

Écho médical du Nord. — (N° 52, 24 déc. 1905.) Breton et Vansteenberghe : Deux cas de méningite cérébro-spinale.

Gynécologie. — (N° 6, déc. 1905.) Richelot : Sur un cas de métrite cervicale tuberculeuse. — Barozzi : Les ligaments ronds et l'opération d'Alexander, sur quelques points de technique. — Doléris : Maladies des annexes de la femme, des salpingites.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 52, 24 déc. 1905.) F. Villar : Chirurgie expérimentale du pancréas; résections, ligatures, sutures; mode de cicatrisation des plaies de cet organe. — Carles : Disposition pernicieuse des tuyaux de poêle. — (N° 53, 31 déc.) Carles : Les phosphates urinaires dans l'hystérie. — J.-R. Roche : Développement d'un épithélioma dans un fibrome utérin.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 21, 18 nov. 1905.) Knopf : Traitement et soins des cas de tuberculose pulmonaire avancée. — Cupler : Méningite cérébro-spinale primitive due au pneumocoque; relation de trois cas. — H. Iden : Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. — L. Bryant : Un cas de fièvre typhoïde avec triple intussusception. — Street : Antitoxine à dose inusitée dans un cas de scarlatine compliquée de diphtérie. — Jones : Un cas d'anthrax, dû probablement à une inoculation, sans lésion causale apparente. — (N° 22, 25 nov.) Brooks H. Wells : Diagnostic différentiel de la grossesse ectopique. — J. Pryor : Quelques faits concernant le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — Maidment Hurd : Résection sous-muqueuse pour déviation de la cloison nasale; description de plusieurs instruments nouveaux. — Greene Cumston : Remarques sur la gynécologie conservatrice.

Montpellier médical. — (N° 52, 24 déc. 1905.) Forgue : La conception actuelle des tumeurs à tissus multiples, embryomes, tératomes.

Nord médical. — (N° 270, 1er janv. 1906.) Vanverts : L'appendicite chronique pure. — Carrière : Du rôle de la ponction lombaire dans le traitement de l'urémie nerveuse.

Pédiâtrie pratique. — (N° 1, janv. 1906.) Rist et Ribadeau-Dumas : A propos d'un cas d'artérite typhique. — H. Mayet : Comment on doit traiter une tumeur blanche. — Gignier : Méningite tuberculeuse à forme systématisée chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 2, 6 janv. 1906.) Wallich : Sur quelques albuminuries de la grossesse. Albuminuries par suppuration. — Méry : Les crêches de nourrissons dans les hôpitaux d'enfants. Leçon d'hygiène infantile. — M.-C. Guérin : Méthode de von Behring. Immunisation active des jeunes bovidés contre la tuberculose.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 51, 23 déc. 1905.) Eustasio Urunuela : De l'intubation appliquée à certaines fractures du larynx.

Revue scientifique. — (N° 26, 23 déc. 1905.) J. Dupuy : Des garanties de sécurité pendant les voyages en mer. — Contremoulins : De l'unification des méthodes de radiographie. — Laufer : Les recherches sur la vaccination et la sérothérapie antisyphilitiques. — (N° 27, 30 déc.) Paul Lapie : Instituts de sociologie. — Contremoulins : De l'unification des méthodes en radiographie.

Semaine gynécologique. — (N° 1, 2 janv. 1906.) Pichevin : Du curage utérin.

Tribune médicale. — (N° 52, 30 déc. 1905.) Broca : Les déviations ostéo-articulaires des adolescents. — Jeanselme : Radiodermite professionnelle. — Marcille : Epithélioma en surface des muqueuses leucoplasiques.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 23, 15 déc. 1905.) G. Colleville : Voyage autour du Congrès de la tuberculose (*fin*). — (N° 24, 30 déc.) Bichaton : Otite moyenne aiguë avec paralysie faciale.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

TARSALGIE DE L'ADOLESCENCE

D'ORIGINE TUBERCULEUSE

DOUBLE PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX PAR OSTÉO-ARTHRITES SÈCHES TUBERCULEUSES (1)

Par le professeur A. PONCET.

Messieurs,

Le malade que je vous présente est un bel exemple de l'affection, bien connue cliniquement, sous le nom de tarsalgie des adolescents (Gosselin), et sous la dénomination également, de pied plat valgus douloureux. Il s'agit d'une affection du pied d'apparence bizarre, et dont la principale caractéristique est de se développer pendant la période en quelque sorte aiguë de la croissance, c'est-à-dire vers l'âge de quinze à vingt ans. Elle est essentiellement caractérisée par des douleurs plus ou moins vives dans les articulations du tarse, en particulier dans l'articulation médio-tarsienne, douleurs survenant dans des conditions à peu près déterminées, et provoquées par la marche, par la station debout prolongée. Ces douleurs présentent, en outre, ce caractère particulier, qu'elles sont, la plupart du temps, concomitantes d'un affaissement progressif, d'un véritable effondrement de la voûte plantaire. En même temps, le pied tend à se porter en dehors, d'où la dénomination parfaitement appropriée, en tenant compte de cette triade symptomatique, de : pied plat valgus douloureux.

On a beaucoup écrit sur le mécanisme de ce pied pathologique, et sur le traitement qui lui convenait. La question est loin, cependant, d'être épuisée à ce double point de vue, et, si la thérapeutique de cette affection est encore aussi variée, aussi incertaine, c'est qu'on est précisément loin d'être fixé sur sa pathogénie.

L'étiologie de la tarsalgie des adolescents offre, vous le voyez, un grand intérêt, puisque, ici comme toujours, le vrai traitement des lésions est le traitement causal, et non le traitement symptomatique.

Je n'envisagerai donc point aujourd'hui devant vous la symptomatologie et la thérapeutique du pied plat valgus douloureux, mais bien sa pathogénie.

Le malade, que vous avez sous les yeux, convient particulièrement à cette étude. L'existence chez lui de diverses autres lésions pathologiques jette, à priori, un jour inattendu sur la cause essentielle de sa double malformation plantaire, les deux pieds ayant été simultanément frappés, comme cela se voit volontiers. Il appartient à cette catégorie de sujets chez lesquels l'évolution de la maladie locale, et, plus tard, la coexistence d'autres lésions, à type clinique mieux défini, de lésions viscérales entre autres, permet d'établir un diagnostic pathogénique fondé.

Nous sommes, en effet, Messieurs, en présence aujourd'hui d'un phtisique qui, toujours plus ou moins maladif, surtout pendant sa jeunesse, a été atteint d'abord de rhumatisme polyarticulaire subaigu, puis, à peu près à la même époque, de scoliose, de rachitisme partiel, localisé aux deux tibias, d'un double pied plat valgus douloureux, remontant actuellement à dix-sept ans de date, enfin, dans ces derniers temps, de lésions tuberculeuses des deux poumons localisées aux sommets. Eh bien, tout cet ensemble clinique relève, et j'espère vous le démontrer, malgré la dissemblance apparente des accidents, d'une cause unique, l'empoisonnement tuberculeux.

Tout d'abord, je tiens à vous faire remarquer que cette conception d'un tel complexus pathologique n'est pas une simple vue de l'esprit. Nos recherches, qui remontent déjà à quelques années, sur le rhumatisme tuberculeux articulaire et sur la tuberculose inflammatoire, dont ce dernier n'est que la modalité articulaire, nos recherches, disons-nous, nous permettent de voir le même lien causal entre ces diverses manifestations. Je vous rappellerai, en passant, divers malades atteints de pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse, que quelques-uns d'entre vous ont pu voir, l'année dernière, dans nos salles, et qui ont fait l'objet de la thèse d'un de vos camarades, le docteur Martin (1), actuellement médecin aide-major.

Cette première étude a été complétée par une fort intéressante publication sur le même sujet, de mon assistant le docteur Thévenot (2). Enfin, j'ajouterai que, depuis ces derniers travaux, nous avons observé plusieurs malades du même ordre, chez lesquels ce diagnostic pathogénique du pied plat douloureux de nature bacillaire a été confirmé, soit par l'existence d'autres lésions nettement tuberculeuses en évolution, soit par le séro-diagnostic, soit encore par l'anatomie pathologique.

Aujourd'hui, le sujet, qui fait l'objet de cette clinique, appartient encore à la catégorie de ces malades que je qualifierai volontiers du nom de malades *princeps*, c'est-à-dire de ceux chez lesquels l'évolution des lésions à caractères douteux s'éclaire, par les antécédents, et, après un temps plus ou moins long, par l'apparition d'autres accidents à caractères spécifiques. Le diagnostic pathogénique s'impose alors, et vouloir en contester la réalité, c'est vraiment rejeter toute valeur à l'observation clinique. Or, Messieurs, vous ne devez pas perdre de vue que, s'il faut au lit du malade toujours recourir, quand on le peut, aux divers moyens d'investigation : recherches de laboratoire, examens bactériologiques, expérimentation, etc., il ne faut point, pour tout cela, abandonner le terrain pur de l'observation, dont l'importance est simplement accrue par les recherches en question. Ce serait, du reste, rejeter tout un ensemble de connaissances labo-

(1) Leçon recueillie par le docteur L. Thévenot, assistant de la Clinique chirurgicale.

(1) Martin. *Pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1905.

(2) Thévenot. La tarsalgie des adolescents de nature tuberculeuse, *Revue d'orthop.*, 1905.

rieusement et solidement acquises dans le passé, et ce serait très probablement aussi fermer la porte à des aperçus cliniques nouveaux, à de nouvelles découvertes, que d'exiger leur confirmation par des contrôles qui auraient souvent besoin d'être contrôlés eux-mêmes, et dont toute la valeur ne peut parfois que s'établir lentement.

C'est ainsi que, pour me servir d'un exemple topique, lorsque nous voyons un phtisique avéré, porteur, en outre, si vous le voulez, comme cela se rencontre de temps à autre, d'une tumeur blanche d'un genou, être atteint, en même temps, et cela en dehors de toute autre infection appréciable, de polyarthrites, chroniques, noueuses, déformantes, exigeant l'étiquette de rhumatisme chronique, nous avons la conviction d'être aussi bien dans le vrai, en portant le diagnostic de rhumatisme tuberculeux articulaire, que nous l'avons lorsque nous voyons, chez un blennorragien, indemne, lui aussi, de toute autre infection, des polyarthrites, et que nous portons le diagnostic de rhumatisme blennorragique. Est-ce à dire que, pour confirmer ce dernier diagnostic, la présence du gonocoque dans la sérosité articulaire soit indispensable? L'expérience clinique, des recherches nombreuses, démontrent qu'il n'en est rien, et la présence constante du bacille de Koch ne saurait être plus indispensable pour établir le diagnostic ferme d'arthrite d'origine tuberculeuse, que celle du gonocoque de Neisser pour celui d'arthrite blennorragique.

J'arrive enfin, Messieurs, à l'histoire du malade qui justifie ces considérations préliminaires. Il est, dans son genre, je vous l'ai dit déjà, un prototype de l'importance de cette notion, à savoir : qu'à côté de la tuberculose classique, avec édification pathologique spéciale, il existe une tuberculose de caractères simplement inflammatoires, et que cette dernière peut frapper le squelette, les articulations du tarse en affectant la forme d'une poly-ostéo-arthrite sèche, donnant lieu à la maladie si intéressante, et si bien connue jusqu'à ce jour par certains côtés, que nous qualifions du nom de : pied plat valgus douloureux.

L. B..., âgé de trente-trois ans, exerçant depuis quelques années la profession d'apprêteur, est entré le 24 octobre dernier à la Clinique. Il nous a été obligeamment envoyé par mon distingué collègue le docteur Tixier, chirurgien des hôpitaux de Lyon, qui avait très justement pensé qu'il fût capable de vous intéresser, après avoir porté lui-même le diagnostic de pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse.

C'est un homme d'apparence assez vigoureuse, mais pâle, amaigri, et déjà, en tenant compte de son habitus général, qui éveille peut-être d'autant plus la pensée d'un bacillaire que sa barbe, ses cheveux sont d'un blond roux vénitien, on songe volontiers à la tuberculose. Ce diagnostic est bientôt confirmé par un examen méthodique des poumons qui révèle des signes non douteux de bacillose des deux sommets, bacillose à forme sèche, plus accusée au sommet gauche.

Cette donnée fondamentale de phtisie confirmée a une grande valeur indicatrice au point de vue de l'histoire de cet homme, histoire recueillie dans ses moindres détails, et qui établit l'origine lointaine de l'infection bacillaire.

L. B... appartient à une nombreuse famille de treize enfants, dont cinq seulement sont aujourd'hui encore vivants. La plupart sont morts en bas âge. Son père est mort d'une affection de poitrine à marche aiguë. Quant à sa mère, actuellement vivante, elle aurait été, dit-il, atteinte, à diverses reprises, d'attaques de rhumatisme. Elle présenterait, depuis longtemps, des déformations des deux pieds identiques à celles qui l'ont amené à l'Hôtel-Dieu.

Toute sa première enfance a été maladive, quoiqu'il vécût à la campagne jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Il était, raconte-t-il, sujet aux rhumes, aux bronchites, etc. Son état de santé était tel qu'il ne put jamais faire un travail un peu pénible.

C'est vers l'âge de quinze à seize ans qu'apparurent, du côté des deux pieds, les premières manifestations de la maladie déformante dont il a continué de souffrir jusqu'à ce jour, et qui l'a amené récemment, d'abord dans le service du docteur Tixier, puis dans notre clinique.

Au mois d'août dernier, en effet, il eut une poussée douloureuse, très marquée, du côté des articulations des deux pieds, avec gonflement, paraît-il, des articulations tibio-tarsiennes, et, dans l'impossibilité de continuer sa profession d'apprêteur, il entra à l'Hôtel-Dieu.

Aujourd'hui ces accidents subaigus ont à peu près disparu, mais il reste la déformation antérieure des deux pieds et un degré plus marqué qu'auparavant d'impotence fonctionnelle.

Cette déformation est, ainsi que vous pouvez en juger à première vue, absolument caractéristique. Elle témoigne d'un double pied plat valgus douloureux, ancien, rebelle, invétéré. Leur histoire est, du reste, l'histoire classique de ce genre de lésions. C'est, vers l'âge de quinze à seize ans, que L. B... ressentit, dans les deux pieds, les premières douleurs qu'il qualifie de rhumatismales. Elles étaient survenues sans traumatisme, sans cause occasionnelle appréciable, et pendant les deux premières années, alors qu'elles s'accompagnaient d'un certain degré de gonflement, surtout du côté des articulations tibio-tarsiennes, elles rendirent la marche presque impossible. Le malade ne pouvait rester longtemps debout; il portait des sabots qui évitaient mieux une compression douloureuse que tout autre genre de chaussures. En même temps, les pieds s'aplatissaient, et son odyssée fut celle de tous les malades de ce genre, c'est-à-dire l'odyssée banale des lésions ostéo-articulaires, sèches, plastiques, qui suivent une marche progressive. Sur ces entrefaites, il éprouva, de temps à autre, des douleurs de caractère rhumatismal, dans diverses autres articulations. Il eut, en outre, des périodes d'accalmie relative, plus ou moins longues, du côté des articulations des pieds, mais il souffrait toujours plus ou moins, surtout le soir après une journée de fatigue, et les malformations tendaient à s'accroître.

Depuis sept ans, il exerce la profession d'apprêteur

qui l'oblige à rester debout, dans une athmosphère humide, étouffante, pendant au moins dix heures par jour. Il avait été auparavant teinturier, mais il avait dû, au bout de peu de temps, abandonner ce dernier métier.

L. B... s'est marié, il y a six ans. Il est père de deux enfants aujourd'hui bien portants. Depuis quelques mois, il tousse davantage, il a maigri et il se fatigue encore plus volontiers que par le passé.

Dans son observation recueillie avec grand soin, par mon interne M. Cotte, se trouvent signalées, en dehors du double pied plat valgus, des déformations sur lesquelles j'ai déjà appelé votre attention, et qui sont un certain degré d'incurvation des deux tibias à leur partie moyenne, et une scoliose dorso-lombaire très accusée. Ces lésions, suivant le récit du malade, remontent à la même époque, que les pieds plats, c'est-à-dire vers l'âge de quinze à seize ans.

Elles forment, avec ces derniers, un ensemble symptomatique des plus intéressants. Elles confirment cette notion pathologique établie par de nombreuses observations cliniques : que les diverses maladies, dites maladies chirurgicales de l'adolescence : scoliose, genu valgum, coxa vara, hallux valgus, pied plat douloureux, etc., peuvent se rencontrer simultanément chez un même sujet, d'où cette donnée étiologique très importante, sur laquelle j'appelle, dès maintenant, votre attention, qu'elles doivent reconnaître une même pathogénie.

Aujourd'hui, les déformations dont notre malade est porteur et dont le début remonte tantôt à une vingtaine d'années, sont définitivement acquises. Elles sont irréparables pour la colonne vertébrale, pour les deux tibias et aussi pour les deux pieds. Pour les articulations du tarse cependant, à en juger par les radiographies qui ont été faites, il n'existe pas, pour la plupart, d'ankyloses osseuses nettes, de synostoses; mais les déformations articulaires sont encore cependant telles, qu'elles ne sont, à coup sûr, justiciables d'aucun traitement orthopédique. Il s'agit toujours de poly-arthrites sèches, plastiques, à tendance ankylosante, et qui sont encore en évolution, ainsi qu'en témoigne une dernière poussée aiguë remontant à quatre mois, tandis que les articulations de ce genre, une fois ankylosées, perdent tout caractère douloureux. L'ankylose, comme nous l'avons vu bien des fois, est, en effet, volontiers le mode de guérison des vieilles tarsalgies. Le pied plat valgus douloureux est alors simplement devenu pied plat valgus.

Je n'entre pas, Messieurs, dans la description détaillée des malformations que présente L. B... Elle n'offre pas d'intérêt au point de vue pathogénique qui est celui que je veux surtout envisager. Laissez-moi, cependant, vous signaler, chez lui, des troubles trophiques, concomitants de ces deux pieds plats. Ils sont caractérisés par une teinte lisse, porcelainée de la peau des deux pieds, des deux jambes, par de l'hyperhidrose, par des malformations unguéales, formant des onychogryphoses des deux gros orteils, par des signes d'arthrite chronique, sèche, des articulations métatarso-phalangiennes de ces deux derniers doigts, etc.

Comment expliquer ces diverses lésions dystrophiques, à sièges variés et cliniquement, comme nous l'avons vu déjà, reliées entre elles, par leur apparition simultanée en pleine adolescence? Cette question pathogénique si importante a, de tout temps, préoccupé beaucoup les observateurs. Aujourd'hui encore, pour le plus grand nombre, elle semble loin d'être résolue. Si, en effet, nous nous reportons aux travaux innombrables publiés sur les affections ostéo-articulaires, dites maladies chirurgicales de l'adolescence, on voit le côté étiologique de ces affections être, faute d'arguments nouveaux, à peu près passé sous silence en dehors de la vieille étiologie mécanique. Cette étiologie, vous la connaissez, c'est celle des pressions répétées, des distensions ligamenteuses, du surmenage local, etc., du côté du squelette, des articulations, toutes causes banales qui, certainement, peuvent jouer un rôle important, mais qui ne sont que des causes occasionnelles. Pour faire justice de cette pathogénie exclusive, il suffit de réfléchir, un instant, que, sur cent sujets, par exemple, dans les mêmes conditions d'âge, de santé, d'hygiène, de profession, etc., un seulement est atteint de pied plat valgus douloureux.

Une autre notion étiologique est donc nécessaire. Cette notion réside dans l'existence d'une cause interne, à laquelle on a, du reste, toujours songé. et que l'on avait dû, plus ou moins, abandonner, par défaut d'une interprétation satisfaisante.

Cette cause interne, non définie, qualifiée quelquefois du nom de : rhumatismale, a donné naissance à la théorie dite inflammatoire ou de l'arthrite primitive, médio-tarsienne, poly-tarsienne, par opposition à la théorie orthopédique, dans laquelle les accidents inflammatoires sont considérés comme secondaires et consécutifs aux relâchements ligamenteux, à l'entorse répétée, au ramollissement des diverses pièces de squelette du pied, etc.

A la théorie inflammatoire si bien mise en évidence, il y a quelque trente ans, par le professeur Gosselin, théorie que se sont empressés d'abandonner tous ceux qui l'ont suivi, il n'a manqué qu'une chose, mais qui, dans l'espèce, était indispensable, un qualificatif, en établissant la nature. Avec les idées doctrinales alors et jusqu'à ce jour régnantes, on ne pouvait comprendre que, chez des enfants, chez des jeunes sujets, une arthrite, sèche, chronique, ankylosante, fût de nature rhumatismale, ainsi que le voulait Gosselin. Le rhumatisme, chronique, déformant, n'était-il pas considéré comme le monopole des sujets d'un certain âge, des vieillards, le jeune âge, l'adolescence ne lui payant aucun tribut?

A l'époque dont nous parlons, lorsque parurent les leçons cliniques de l'éminent chirurgien de la Charité, on ignorait les rhumatismes infectieux, et du reste, les eût-on connus, on eût été, dans un grand nombre de cas, faute d'infection antérieure ou présente, dans l'impossibilité d'y rattacher la tarsalgie. Aujourd'hui encore, où les poly-arthrites infectieuses sont de notion courante, on ne connaît guère, en tant qu'infection susceptible de produire, dans certains cas, le pied plat valgus douloureux, que la blennorragie. Or, pour montrer le peu d'importance,

dans l'espèce, de cette dernière cause, il suffit de faire observer que le pied douloureux survient surtout de quinze à dix-huit ans, et qu'à cette période de la vie, beaucoup de ces tarsalgiques ne sont heureusement pas encore des blennorragiens.

La découverte du rhumatisme articulaire tuberculeux a éclairé d'un jour nouveau la pathogénie du pied plat douloureux. Elle a donné le jour à la *tuberculose inflammatoire* (1), c'est-à-dire à une tuberculose dont les lésions sont banales, purement réactionnelles, et sans, le plus souvent, aucun des caractères spécifiques, que l'on exigeait pour formuler le diagnostic, par exemple, d'ostéo-arthrite tuberculeuse. Du même coup, cette dernière tuberculose a pris possession d'un grand nombre de manifestations, articulaires, osseuses, que l'on avait simplement désignées jusqu'alors, sous le nom de rhumatismales. L'étude des faits a montré, d'autre part, que l'enfance, que l'adolescence, non seulement n'étaient pas à l'abri de ces variétés d'arthrites, mais que, lorsqu'elles survenaient, elles étaient le plus habituellement d'origine tuberculeuse.

Ici encore la nature bacillaire des lésions, qui sont, si l'ont veut, faibles, atténuées, par opposition aux lésions classiques plus virulentes : fongosités, caséifications, follicules tuberculeux, etc., est démontré par les associations de ces deux ordres de lésions, par l'existence antérieure ou la concomitance d'accidents tuberculeux avérés, viscéraux ou autres, enfin, par les mêmes arguments déjà si souvent présentés en faveur de l'existence du rhumatisme articulaire tuberculeux.

Vous les trouverez, Messieurs, ces arguments, developpés dans nombre de publications et de thèses sorties de la Faculté de Lyon. Ils ont fait leur chemin, ils ont entraîné, il me semble, la conviction générale.

Je tiens, cependant, à vous donner, en dehors de celles fournies par la clinique, une preuve anatomopathologique de haute valeur, de la nature, infectieuse, primitivement inflammatoire, de la tarsalgie des adolescents. A côté, en effet, de certaines lésions histologiques qui indiquent des ébauches plus ou moins accusées d'une édification pathologique, considérée par les micrographes comme bacillaire, nous avons, encore et surtout, des lésions articulaires très marquées, à marche évolutive vers la soudure osseuse qui en est le dernier terme, et ces lésions, je l'ai dit bien des fois, ne peuvent s'expliquer que par un processus infectieux, processus qui n'a rien à voir avec le rhumatisme ordinaire, avec le fameux arthritisme.

Des pressions anormales, des déplacements articulaires mécaniques, des tiraillements ligamenteux, tant prolongés soient-ils, etc., sont incapables d'expliquer de telles altérations et, lorsque nous constatons celles-ci chez de jeunes hommes indemnes de toute autre infection générale que de l'infection tuberculeuse, ne sommes-nous pas en droit de les rattacher à cette dernière ?

C'est ce que nous faisons sans arrière-pensée chez notre malade. Son double pied plat valgus douloureux, aujourd'hui invétéré, incurable, est le résultat de poly-arthrites sèches ankylosantes de nature tuberculeuse (tuberculose inflammatoire des diverses articulations du pied).

Nous avons observé, nous vous l'avons dit, plusieurs cas de ce genre. Peut-être n'aurions-nous pas consacré une leçon à un tel malade si, chez lui, toute autre interprétation étiologique que celle que je vous ai donnée pouvait être fournie, et si, par la coexistence d'autres lésions : scoliose, ostéomalacie diaphysaire partielle des deux tibias, etc., il n'avait été également un enseignement pour l'interprétation rationnelle de ces dernières déformations. Nous pensons que, bien des fois, comme dans l'observation présente, les maladies, dites ostéo-articulaires de l'adolescence, sont de nature tuberculeuse, et que, sous le nom de rachitisme partiel, on a désigné des altérations des os qui n'ont rien à voir avec le rachitisme vrai, tel qu'on le définit encore dans les traités de pathologie que vous avez entre les mains. Ce rachitisme vrai n'est peut-être lui-même qu'un syndrome, mais pour ce qui est du rachitisme partiel, de certaines ostéomalacies circonscrites, localisées en tel ou tel point du squelette, soyez convaincus que des infections peuvent produire un tel résultat, et, au premier chef, l'infection tuberculeuse.

C'est ainsi, tout au moins, que nous devons interpréter les différentes malformations osseuses articulaires. Elles n'ont de rachitique, pour les tibias, par exemple, légèrement convexes, qu'une apparence grossière. Les extrémités de ces derniers os, qui ont une longueur même au-dessus de la normale, et toutes les autres extrémités articulaires n'offrent aucun des signes classiques du rachitisme.

Double pied plat valgus douloureux, scoliose, ostéomalacie partielle des deux tibias, etc., témoignent ici d'une même infection qui a été, rappelez-vous l'histoire de notre malade, l'infection tuberculeuse.

Laissez-moi, Messieurs, vous dire en terminant que cette dernière notion pathogénique a, au point de vue du traitement, une importance capitale, moindre, bien entendu, chez notre malade où, en raison de leur ancienneté, elles sont devenues incurables, mais, à leur début, et pendant leur évolution. Il faut traiter de tels sujets comme des tuberculeux en marche, tuberculeux atténués, si l'on veut, et qui peuvent rester tels, toute leur vie durant ou pendant longtemps, mais tuberculeux tout de même, et chez lesquels la tuberculose peut toujours prendre une autre allure et devenir, d'atténuée, plus active, plus virulente.

Quant au traitement local de la tarsalgie, et surtout lorsque les lésions sont peu avancées, il doit être celui de toute arthrite en évolution vers des lésions plus graves, presque fatales. Il commande, en premier lieu, le repos, l'immobilisation, la révulsion dans ses différentes applications, etc. En un mot, il est

(1) A. Poncet. Rhumatisme tuberculeux abarticulaire, Acad. de méd., 15 juill. 1902, et A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire, ses localisations multiples, Acad. de méd., séance du 30 mai 1905.

régi par les mêmes règles que celui de toute arthrite douloureuse, que celui d'une coxalgie, par exemple.

Dans des formes sévères, rebelles, surtout anciennes, admirablement décrites depuis longtemps par d'illustres chirurgiens : J. Guérin, Bonnet, Nélaton, Gosselin, etc., par Duchenne de Boulogne, pour ne citer que des Français, des opérations sanglantes, que l'on a multipliées, à plaisir, dans ces dernières années, peuvent être indiquées, mais considérez-les un peu comme la banqueroute de la chirurgie.

Elles reposent sur des notions étiologiques incertaines, erronées; elles visent une cause seconde, la déformation, l'aplatissement du pied, qui n'est que la conséquence d'accidents inflammatoires primitifs.

Rappelez-vous que la tarsalgie de l'adolescence est très vraisemblablement, ainsi que nous le savons déjà, fonction, le plus souvent, de la tuberculose; qu'elle est le résultat d'une ostéo-arthrite bacillaire, de caractères exclusivement inflammatoires, ostéo-arthrite, sèche, primitive, des diverses articulations du pied, surtout de l'articulation médio-tarsienne, et qu'elle réclame, dès lors, avant l'apparition de déformations irréparables, le traitement de toute arthrite douloureuse.

C'est en nous inspirant de ces considérations que notre tarsalgique sera traité.

Nous lui ferons le traitement général de tout tuberculeux; nous lui donnerons, entre autres médicaments, de l'huile de morue, que nous avons vue souvent avoir une très réelle action dans ces tuberculoses atténuées, et nous combattrons par la révulsion, par l'immobilisation, la poussée récente de rhumatisme tuberculeux dont il a été atteint, et pour laquelle il est entré dans nos salles.

Enfin, lorsque ces accidents inflammatoires seront éteints, nous lui conseillerons un repos relatif et le port de bonnes chaussures, se mariant bien avec les déformations. Nous ne pouvons, en effet, qu'essayer de nous opposer à l'accroissement, encore possible, de la malformation, mais il ne nous est pas permis de faire davantage.

MÉDECINE PRATIQUE

LES SUCCÉDANÉS DE LA DIGITALE

Lorsque, pour une raison ou une autre, la digitale ne peut être employée, il importe de s'adresser à l'un quelconque de ses succédanés. Pour M. Stokvis, qui vient de consacrer à ce sujet une de ses *Leçons de pharmacothérapie* (1), la pharmacopée hollandaise n'en reconnaît qu'un, c'est le *bulbe de scille*. Prise à l'intérieur, la scille provoque de la salivation et une forte irritation de la muqueuse du tractus intestinal. On ne connaît pas encore exactement ses principes actifs. Et, de nos jours, elle est beaucoup moins utilisée que jadis. Les formes pharmaceutiques les plus habituelles sont : le bulbe de scille, en pilules, de 3 à 5 fois 50 à 150 milligrammes par jour; le vinaigre et l'oxymel de 500 milligrammes à 1g500 par prises, 2 à 5 par jour. La scille est contre-indiquée dans les cas de néphrite aiguë avec hydropisies.

(1) Trad. de Buck et de Moor, Paris 1905; O. Doin, édit.

Différentes variétés d'*adonis* constituent depuis longtemps des remèdes populaires. On recommandera : soit l'adonis en infusé 14 à 7 grammes pour 180 grammes, ou l'adonidine, de 10 à 15 milligrammes, 3 à 4 fois par jour.

Le *convallaria maïalis* ou *muguet* a été préconisé surtout par G. Sée. Javowski en fait un spécifique de toutes les hydropisies. Bustamente le place même au-dessus de la digitale. Pel et Stiller estiment au contraire que, dans un cas pressant, on ne doit pas s'adresser à lui.

D'après le professeur Stokvis, le meilleur succédané de la digitale est sans doute le *strophantus hispidus*, que Fraser « a étudié pendant des années à tête reposée, sans importuner constamment le monde scientifique par des communications préliminaires ». La strophantine isolée par cet auteur est le cardiotonique le plus puissant que nous possédions. Mais elle n'agit presque pas sur les vaisseaux. Elle devra donc, en tant que diurétique indirect, céder le pas devant la digitale. Ces réflexions ne s'appliquent pas au strophantus qui, lui, jouit de propriétés diurétiques marquées, quoique inférieures à celles de la digitale. Le strophantus sera donc indiqué, non lorsque la digitale a échoué, mais lorsqu'on redoute les effets angiotoniques trop violents de cette substance, c'est-à-dire lorsque, au cours d'une affection cardiaque, on veut obtenir une exagération de la diurèse et une action tonifiante sur le myocarde. La forme la plus fréquemment utilisée est la teinture de semences de strophantus à 1/20 : on en donnera v à x gouttes trois à quatre fois par jour. Ce sont là des doses maxima auxquelles il ne faudra arriver que progressivement, le strophantus étant très toxique. Quant à la strophantine, on la prescrit à la dose de 2/10 à 1 milligramme par jour, *per os*, et de 1/2 à 3/4 de milligramme en injections sous-cutanées. Cette dernière dose est véritablement très élevée, car Pietrowska a démontré que la strophantine, administrée par la voie gastrique, est six fois moins toxique qu'en injection hypodermique.

Au strophantus, on associe fréquemment d'autres substances : digitale, diurétine, etc.

M. Stokvis range parmi les faux cardiotoniques la caféine et la spartéine. La *caféine* est un excellent diurétique et un excitant fidèle de l'encéphale : elle peut rendre de grands services dans certains cas d'hydropisie d'origine cardiaque. Quant à la *spartéine*, considérée par G. Sée comme supérieure à la digitale, elle n'agirait pas, d'après M. Stokvis, sur le cœur lui-même. Certains cliniciens estiment avoir, avec la spartéine, obtenu d'excellents résultats, d'autres la rejettent complètement comme infidèle et insuffisante. De quel côté se trouve la vérité? Il est probable que les expérimentateurs ne se sont pas tous adressés au même produit, qu'il y a spartéine et spartéine. M. Stokvis signale enfin l'herbe de *grindelia robusta* qui a été assez en vogue il y a quelques années, et à laquelle Botkin et Luigi d'Amore attribuent d'importantes qualités cardiotoniques et angiotoniques.

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Dans la précédente séance (16 déc. 1905), M. Maurice Hepp a fait une communication sur un **nouveau procédé d'isolement pour l'obtention et l'étude de la sécrétion gastrique pure du porc.**

L'auteur commence par sectionner l'œsophage parfaitement isolé des nerfs pneumogastriques au-dessus du cardia; il l'implante ensuite par une anastomose terminolatérale sur le duodénum, puis ayant rétabli ainsi la continuité du trajet digestif, il amène l'estomac dans la plaie, effondre en un point le petit épiploon au contact de la petite courbure et saisit l'organe transversalement entre deux clamps.

Il le sectionne alors franchement en deux poches qu'il ferme respectivement, l'une pylorique qui demeure la propriété de l'animal, l'autre cardiaque conservant tous ses vaisseaux et tous ses nerfs qui est fistulisée à la peau et qui fournit le suc gastrique.

La poche pylorique que garde l'animal conserve également ses vaisseaux et la plus grande partie de son innervation.

Voici les avantages de ce procédé :

Par l'exclusion gastrique simple, sans oblitération pylorique, on ne peut recueillir qu'un suc mélangé d'une certaine quantité de bile et de suc pancréatico-duodénal thérapeutiquement actif, mais impropre à l'étude physiologique rigoureuse. Par la séquestration totale de l'estomac on obtient un suc pur, mais la quantité de la sécrétion diminue rapidement et la santé de l'animal s'altère.

Il convient donc de laisser à l'animal une partie de son estomac, tant dans l'intérêt de sa santé que pour lui permettre d'entretenir la sécrétion de la poche séquestrée en déversant dans son intestin une certaine quantité de substance excito-sécrétoire dont M. Frouin a démontré l'existence dans le suc gastrique, et dont M. Hepp a signalé l'existence dans une note antérieure.

Le procédé décrit plus haut réalise ces desiderata beaucoup mieux que celui du petit estomac de Pavlow dont la création est si difficile, l'autonomie si précaire, l'innervation si discutable et la sécrétion si parcimonieuse.

L'estomac séquestré par la méthode de Hepp sécrète, en effet, une quantité quotidienne de 600 à 700 centimètres cubes, la santé du producteur restant bonne et la sécrétion orthodoxe.

Ce sont là des résultats extrêmement importants, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue thérapeutique, si l'on tient compte de la richesse du suc gastrique de porc, comparativement au suc humain et au suc canin.

(Séance du 6 janvier 1906)

L'hématolyse anormale. — M. Froin a, sur 178 liquides hémorragiques, constaté 40 fois, après centrifugation faite immédiatement après la ponction, une teinte brunâtre ou brun jaunâtre, résultant en grande partie de la présence d'hémoglobine, dissoute en quantité plus ou moins considérable dans le liquide. Or, il s'agissait de liquides cancéreux, tuberculeux ou contenant une proportion considérable d'urée. La réaction de Gmelin est presque constante et la présence de pigment biliaire coïncide avec un grand nombre de mononucléaires.

Ces faits s'opposent, dans leur ensemble, à ceux dans lesquels on voit l'hémoglobine se transformer presque tout entière, au fur et à mesure de sa mise en liberté, soit en pigment jaune (lutéine ou xantochrome), soit en pigment biliaire. Il est légitime d'appeler hématolyse normale cette hématolyse qui se constate dans des séreuses contenant un liquide de constitution chimique peu modifiée. Par contre, la désignation d'hématolyse anormale convient parfaitement aux cas dans lesquels l'hémoglobinolyse n'évolue pas parallèlement à la globulolyse, surtout qu'il s'agit de faits plus exceptionnels et le plus souvent de liquides cancéreux, uréiques, tuberculeux.

Ictère et sécrétion biliaire. — Pour M. Emile Géraudel, le parenchyme hépatique comprend en réalité deux glandes physiologiquement distinctes, quoique morphologiquement intriquées et confondues. L'une ou glande porte (périphérie du lobule) agit comme glande à sécrétion interne, et avec les déchets hématiques venus de la rate, fabrique des pigments, d'où une cholémie normale intra-hépatique. L'autre ou glande sus-hépatique (centre du lobule) agit comme glande à sécrétion externe, et reprend au sang intra-hépatique les pigments qu'y a déversés la glande porte.

L'oblitération des voies biliaires détermine l'arrêt de la glande sus-hépatique et peu atrophiée : la glande porte n'est pas altérée. D'où il résulte que la cholémie intra-hépatique déborde le foie et devient générale. Il n'y a pas d'ictère par rétention. L'ictère est fonction de la défaillance de la glande sus-hépatique.

Ascite opalescente due à une mucine. — MM. F.-X. Gouraud et Corsét ont observé, dans le service de M. Dieulafoy, une ascite opalescente d'une nature un peu spéciale. Cette ascite, non clarifiable par le liquide d'Adam, ne contenait que des traces de graisse; elle était totalement éclaircie par l'acide acétique qui précipitait un corps donnant toutes les réactions de la mucine. On a d'ailleurs déjà noté des cas de ce genre.

Sur les modifications de la respiration produite par les injections intra-veineuses de soude chez les animaux à moelle cervicale sectionnée. — Pour M. Wertheimer, toutes les modifications de la respiration provoquées par les injections de soude chez l'animal intact peuvent se rencontrer chez celui dont le bulbe a été séparé de la moelle. Les centres respiratoires spinaux sont donc sensibles aux mêmes influences que l'appareil central pris dans son entier, et, en particulier, ils réagissent dans le même sens que lui aux variations de l'acide carbonique du sang, qui paraît être le principal régulateur des échanges gazeux de l'organisme. Ce qui permet d'admettre que l'excitant physiologique ne s'adresse pas à un point circonscrit du bulbe, d'où l'impulsion serait ensuite transmise aux centres médullaires, mais bien à toute la colonne de substance grise qui gouverne le mécanisme respiratoire.

Ralentissement expérimental de la croissance par l'opothérapie orchitique. — La castration pratiquée chez l'enfant étant suivie d'un hyperaccroissement du squelette, MM. Dor, Maisonnave et Monziols ont pratiqué à des lapins jeunes des injections sous-cutanées de liquide orchitique. Ces injections ont paru nettement ralentir les processus de croissance. La substance active que contient le liquide orchitique est différente et de la lécithine et de la spermine. Elle paraît émaner

de la glande interstitielle du testicule. Ces expériences comportent d'importantes conséquences thérapeutiques. Lorsque certains enfants, dont les testicules ou les ovaires ne sont pas encore bien développés, se mettent à grandir rapidement, et qu'ils éprouvent de ce fait une fatigue anormale, il est indiqué de leur pratiquer des injections de liquide orchitique, lesquelles, dans plusieurs cas observés par l'auteur, ont donné d'excellents résultats.

Présence de mucinase dans les matières fécales. — Pour M. Riva : 1° dans certains cas, le mucinase existe dans les fèces et l'on peut l'y déceler ; 2° la présence de mucinase me semble influencée, ni par l'état physiologique des selles au moment de l'examen, ni par la durée de la traversée digestive ; 3° la constipation habituelle, ou des altérations anciennes de la muqueuse intestinale exagèrent la quantité de mucinase ; 4° la quantité de mucus ou de muco-membranes dans les selles, dans les cas de diarrhée, fausse diarrhée, et, spécialement, de constipation, semble augmenter proportionnellement à la mucinase.

Autres communications :

Circulation et sécrétion d'un rein transplanté. — MM. Carrel et Guthrie ;

Infuence variable du ralentissement des rythmes sur le travail. — M. Féré ;

Altérations cadavériques des épithéliums rénaux. — MM. Policard et M. Garnier ;

Imprégnation au nitrate d'argent des spirochètes dans les coupes. — M. Petresco ;

Pénétration de substance chromatophile dans le noyau de la cellule nerveuse. — M. Lache ;

Nature pathologique des canalicules de Holmgren des cellules nerveuses. — M. Legendre ;

Destruction du virus rabique dans la cavité péritonéale. — M. Remlinger ;

Les gaz du sang dans la polypnée thermique. — MM. Garrelon et Langlois ;

Variations de la pression artérielle et du nombre des pulsations dans les marches en plaine et en montagne. — M. Petit.

Nouveaux documents relatifs à l'évolution pondérale du thymus chez le fœtus et l'enfant. — MM. Collinet et Lucien ;

Sur l'existence de territoires distincts dans le domaine de la veine porte hépatique. — M. Hoche.

[Les deux dernières communications ont été faites à la *Réunion biologique de Nancy* (12 déc. 1905).]

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1905)

Hygiène de la peau et de la chevelure. — Tel est le titre de la très intéressante conférence faite par M. Jacquet.

Il conclut d'une étude anatomique et physiologique, que l'hygiène de la peau doit être basée sur la biologie cutanée. La peau n'est pas seulement une enveloppe tactile, elle est à la fois un organe de protection, un organe de sensibilité et de réflectivité, un organe d'excrétion, un organe d'épuration, un organe de régulation thermique.

Par l'intermédiaire des centres nerveux, les impressions venant des organes des sens, des organes génitaux et des différentes muqueuses, notamment du tube digestif, peuvent réagir les unes sur les autres. C'est ainsi que si la moelle reçoit d'un point quelconque de l'économie des excitations trop fortes, elle réagit par des troubles variés. Si nous prenons par exemple le prurit de certains ictères, nous pouvons dire comme le fait humoristiquement M. Jacquet : « On gratte les centres nerveux à la peau. »

Étudiant ensuite la mue pilaire, M. Jacquet nous expose d'une façon toute nouvelle un des phénomènes qui dominent la pathologie du cuir chevelu et qui sont souvent interprétés à contre-sens. C'est ainsi que la chute des poils est occasionnée par la *néo-trichose*, excitation fonctionnelle des gaines épithéliales à laquelle est due la formation des nouveaux poils.

La chute des cheveux à certains moments ne serait donc que le phénomène primordial de la repousse.

La calvitie, cette maladie des intellectuels, serait la preuve manifeste du rôle de l'excitation nerveuse dans la pathologie du cuir chevelu.

L'hygiène de la peau est donc liée intimement à l'hygiène générale et spécialement à l'hygiène alimentaire. Quant à l'hygiène du cuir chevelu, elle sera avant tout de l'hygiène cérébrale.

Résultat éloigné d'une résection de la tête humérale pour ankylose. — M. Péraire présente une malade qui avait, il y a trois ans, une ankylose complète de l'épaule. Il pratiqua la résection de l'épaule et obtint une guérison absolument complète. Actuellement tous les mouvements sont conservés et les muscles sont aussi fermes et vigoureux d'un côté que de l'autre.

Pseudo-érysipèle vaso-moteur des tuberculeux. — MM. Sézary et Petel ont trouvé à l'autopsie d'une tuberculeuse ayant présenté un pseudo-érysipèle vaso-moteur très net, un ganglion lymphatique hypertrophié, immédiatement accolé et uni par des tractus fibreux au ganglion sympathique cervical inférieur. Ce fait vient à l'appui de l'explication qu'a donnée M. Jacquet du pseudo-érysipèle des tuberculeux : il montre qu'un ganglion hypertrophié peut exciter le sympathique cervical tout comme la coque pleurétique qu'on avait dans ces cas jusqu'ici seule mentionnée.

Notons chez cette malade l'absence du syndrome oculo-papillaire, des troubles sécrétoires et trophiques que justifierait l'excitation du sympathique cervical.

Autres communications :

Action des ferments pancréatique et duodénal sur la glycosurie, par M. Pochon ;

Actinomycose du lobule de l'oreille : traitement et guérison par le radium, par M. Pochon ;

Photographies de terres cuites pathologiques grecques de l'école d'Alexandrie. — Présentations par M. Regnault.

ACADÉMIE DES SCIENCES

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1907, 1908, 1909 ET 1910

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix annuels.

Prix Montyon (2 500 francs, mentions de 1 500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir*.

Prix Barbier (2 000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir*.

Prix Bréant (100 000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (Voir pour les détails *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1904, n° 25, p. 1146.)

Prix Godard (1 000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Larrey (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

Prix Bellion (1 400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

Prix Mège (10 000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10 000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

Prix proposés pour 1907.

Prix Chaussier (10 000 francs). — Décerné au meilleur livre ou mémoire qui aura paru depuis quatre ans sur la médecine légale ou la médecine pratique.

Prix Lecomte (50 000 francs). — Décerné, s'il y a lieu : 1° aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales; 2° aux auteurs d'applications nouvelles de ces sciences.

PHYSIOLOGIE

Prix annuels.

Prix Montyon (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

Prix Philipeaux (900 francs). — Physiologie expérimentale.

Prix Lallemand (1 800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix proposés pour 1907.

Prix Pourat (1 000 francs). — Question posée : *Utilisation des pentanes dans les organismes animaux.*

Prix proposés pour 1908.

Prix Serres (7000 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix Martin-Damourette (1 400 francs). — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

Prix Pourat (1 000 francs). — Question posée : *La destination immédiate de l'énergie consacrée à l'entretien de la vie chez les sujets à sang chaud.* — Déterminer en vue de l'étude expérimentale de cette question, l'influence de la soustraction de l'organisme animal à toute déperdition calorique sur sa dépense énergétique, appréciée d'après les échanges respiratoires. — Les moyens d'empêcher les déperditions de chaleur sont laissés au choix des expérimentateurs. On recommande toutefois l'emploi de l'étuve chauffante à air saturé d'humidité utilisée par Delaroche et Claude Bernard dans leurs recherches sur la mort par échauffement.

Prix proposés pour 1909.

Prix Parkin (3 400 francs). — Destiné à récompenser les recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes et plus particulièrement sous la forme gazeuse ou gaz acide carbonique, dans le choléra, les différentes formes de fièvre et autres maladies. (Le testateur stipule que les recherches devront être écrites en français, en allemand ou en italien, et que l'auteur du meilleur travail publiera ses recherches à ses propres frais et en présentera un exemplaire à l'Académie dans les trois mois qui suivront l'attribution du prix.)

Prix proposés pour 1910.

Prix Dusgate (2500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix généraux (annuels).

Prix Trémons (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Lannelongue (2000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

Prix Saintour (3 000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif*.

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un prix. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

LIVRES NOUVEAUX

Présence de tissu lymphoïde dans la paroi de certains kystes branchiaux du cou (1), par M. Coltelloni.

Pour l'auteur, les *kystes ganglionnaires* du cou ne sont que des kystes branchiaux congénitaux dont la paroi présente la structure de la région amygdalienne : ils sont tapissés en effet par un épithélium pavimenteux stratifié sans couches cornées reposant sur une couche de tissu lymphoïde plus ou moins épaisse. Ces kystes ne peuvent être appelés ni *dermoïdes* puisqu'ils ne présentent nullement la structure de la peau, ni *mucoïdes*; on devrait leur réserver le nom d'*amygdaloïdes* qui rappellerait et la structure de la paroi et le lieu vraisemblable de leur origine : il est en effet probable qu'ils se développent aux dépens de la paroi interne, endodermique, de la deuxième poche branchiale dont la paroi externe, ectodermique, donne naissance aux vrais kystes dermoïdes de la région latérale du cou. L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, Steinheil, 1905.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 4. — JEUDI 11 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 11 JANVIER 1906. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 9 janvier 1906 : MM. Chazarain, 12; Monsaingeon et Bonvoisin, 11; Deroye, 10; Dreyfus, 9; Pépin, 8; Bijon, Wunschendorf et Stepowski, 6.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 10 janvier, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 9 janvier 1906 : MM. Debertrand, 10; Aine, Colibert, Gauchery et Trotain, 9; Marchal, 8; Presbéanu et Weill (André-Achille), 7; Girou et Roucayrol, 6.

Prochaine séance jeudi 11 janvier, à huit heures trois quarts du soir, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, M. le docteur Aimé Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est chargé d'uu cours de clinique annexe à la Faculté.

GUERRE. — Corps de santé militaire. Tableau d'avancement. — *Pour le grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Mignon, Pauzat, Hussenet, Maljean, Grivet, Dubrulle, Dziewonski, Monard, Polin et Altemaire.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rebond, Vilmain, Bischoff, Salètes, Darde, Salesses, Loup, Toussaint, Boisson, Vedel, Ferry, Sieur et Clavelin.

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de Montéty, Lenez, Armynot du Châtelet, Vitoux, Esprit, Ravoux, Sicard, Lespinasse, Guirlet, Coste, Rouchaud, Thérautl, Vigerie, Patte, Labougle, Zumbiehl, Patris de Broe, Biscons, Chambaud, Iversenc, Pichon, Busquet, Vialle et Fournial.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Picqué, Perrot, Weitzel, Lévy, Duguet, Magnoux, Gaubert, Jeandidier, Gimazane, Guéricolas, Dupuich, Tellier, Sylvestre, Romieu, Talon, Bobard, Antoine, Coste. Taillade, Nurdin, May, Dô, Monod, Cornet, Dreyfus, de Gaulejac, Notin, Vennat et Prat.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Ruault (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Gaillard (de Paris).

CONTAMINATION DE NOURRICE. — Le tribunal de la Rochelle vient de condamner l'Assistance publique à 12 000 fr. de dommages et intérêts envers une nourrice contaminée par un nourrisson syphilitique.

TUBERCULOSE ET DÉSINFECTION. — M. D... étant mort d'une laryngite tuberculeuse dans un hôtel du parc des Princes, la propriétaire exigea des héritiers qu'ils fissent désinfecter l'hôtel. Les héritiers s'y refusèrent, alléguant que la tuberculose ne rentre pas dans la catégorie des maladies contagieuses, dont la déclaration est obligatoire, et que, par suite, la désinfection d'un local où est mort un tuberculeux reste facultative.

Mais la sixième chambre en a jugé autrement et a condamné les héritiers à payer les frais de désinfection, soit 150 francs.

HYGIÈNE INFANTILE. — Le Conseil municipal de Paris vient de mettre à la disposition de M. le docteur Variot une somme de 5000 francs, pour l'organisation de conférences sur l'hygiène infantile dans tous les arrondissements de Paris.

UNE EXPOSITION INTERNATIONALE A ANVERS est annoncée pour les mois d'avril et mai 1906. La partie de la médecine et de l'hygiène y occupera une place très importante. Cette exposition est patronnée officiellement par S. A. R. Mme la comtesse de Flandre. Tous les renseignements peuvent être demandés au secrétariat, 26, rue d'Arenberg, Anvers (Cercle royal artistique).

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE. — Le docteur Pascault donnera, le 13 janvier 1906, à huit heures et demie pré-

cises du soir à la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes, une conférence sur le « Tourisme et l'alimentation ».

On peut entrer sans invitation.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la cinquante-deuxième semaine, 1009 décès, au lieu de 842 pendant la semaine précédente (moyenne 950). Les maladies de l'appareil respiratoire (auxquelles il faut joindre la phtisie pulmonaire, les complications des maladies du cœur, la sénilité) expliquent cette différence.

Les maladies épidémiques sont rares, excepté la rougeole qui continue à être assez fréquente.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux est de 34, au lieu de la moyenne 37.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13 au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 35).

La rougeole a causé 16 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 5; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 314, au lieu de 306 et 259 précédemment. Comme précédemment, les quartiers contigus de Popincourt et de Ménilmontant sont les plus atteints.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 49, il s'élevait à 51 pendant la semaine précédente, la moyenne est 52. La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 3). La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 11); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 70, au lieu de 74 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 89.

La diarrhée infantile a causé 10 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 24).

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 210 décès, au lieu de 142 pendant la semaine précédente (moyenne 182). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 23 décès (moyenne 16); bronchite chronique, 23 (moyenne 25); pneumonie, 46 (moyenne 38); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 118 (moyenne 102), dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire et 72 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 220 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 47 décès; les maladies organiques du cœur, 86 (moyenne 65); le cancer, 58; la hernie et l'obstruction intestinale, 9; la cirrhose du foie, 19; la néphrite, 20; enfin, 45 vieillards sont morts de débilité sénile.

COURS TECHNIQUE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. Alquier, chef de laboratoire à la Salpêtrière, commencera le 15 janvier 1906 à quatre heures et demie et continuera tous les jours à la même heure, un cours technique d'anatomie pathologique.

Ce cours, dont la durée sera d'un mois, comprendra l'étude (technique et diagnostic) des tumeurs et des principales lésions des tissus, organes et appareils.

Le droit à verser est de 80 francs. Tous les instruments, pièces anatomiques et réactifs seront fournis gratuitement aux auditeurs auxquels le laboratoire sera ouvert toute la journée, en dehors du cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté jeudi et samedi de midi à trois heures.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — M. Broc, interne à l'hôpital Trousseau, et M. Mathieu, interne à la Maison Dubois, aide d'anatomie à la Faculté, reprendront leur conférence d'internat à la fin de janvier. — S'adresser à l'un d'eux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs S. Ginganino (de Saint-Cyr, au Mont-Dore); Terver (de Lyon); Dupont (de Laroche); Renou (de Saumur), membre correspondant de l'Académie; Seux, ancien médecin des hôpitaux de Marseille.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et l'Espagne.* — Train de luxe bi-hebdomadaire « Barcelone-Express » entre Paris P.-L.-M. et Barcelone, viâ Tarascon et Cette, composé de wagons-lits et d'un wagon-restaurant. Nombre de places limité. (S'adresser aux agences de la Compagnie des wagons-lits.)

Aller, les mercredis et samedis, au départ de Paris : Paris, départ, 7 h. 30 soir; Barcelone, arrivée, 2 h. 48 soir (heure de l'Europe occidentale).

Retour, les lundis et vendredis, au départ de Barcelone : Barcelone, départ, 1 h. 50 soir; Paris, arrivée, 8 h. 55 matin (heure de l'Europe occidentale).

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La Compagnie délivre, dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, en 1re, 2e et 3e classes, les parties les plus intéressantes de la France (notamment l'Auvergne, la Savoie, le Dauphiné, la Tarentaise, la Maurienne, la Provence, les Pyrénées, etc.), l'Italie et la Suisse.

Arrêts facultatifs à toutes les gares de l'itinéraire. La nomenclature de tous ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 JANVIER 1906)

THÈSES

Mercredi 17 janvier 1906, à une heure. — M. CAMMAS. De l'emploi du fer (médication adjuvante) dans le traitement de la syphilis. (MM. Landouzy, président; Brissaud, Reclus et Legueu.) — Mme JACOBSON. Maladies ankylosantes. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Reclus et Legueu.) — M. DHEILLY. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du diaphragme par contusion ou effort. (MM. Reclus, président; Landouzy, Brissaud et Legueu.)

Jeudi 18 janvier 1906, à une heure. — M. TOURRENC. Etat mental des incendiaires. (MM. Joffroy, président; Raymond, Hutinel et Dupré.) — M. POIRAULT. Les méthodes de traitement de l'épilepsie. (MM. Raymond, président; Joffroy, Hutinel et Dupré.) — M. HUET. Tuberculose latente réveillée subitement par une intervention sur un autre foyer tuberculeux; étude expérimentale sur l'action de certains poisons tuberculeux. (MM. Hutinel, président; Joffroy, Raymond et Dupré.) — M. LEBRUN. Empirisme et remèdes populaires. (MM. Chantemesse, président; de Lapersonne, Jeanselme et Auvray.) — M. GIRAUD. De la revision en matière d'accidents du travail portant sur l'appareil de la vision. (MM. de Lapersonne, président; Chantemesse, Jeanselme et Auvray.) — M. CASTERAN. Du traitement rationnel et précoce de l'œuf abortif. (MM. Budin, président; Pozzi, Hartmann et Demelin.) — M. SENELLARD. De la durée du travail dans ses rapports avec le poids de l'enfant et le terme de la grossesse chez les primipares. (MM. Budin, président; Pozzi, Hartmann et Demelin.) — M. LESCURE. Contribution au traitement palliatif du cancer du col de l'utérus. (MM. Pozzi, président; Budin, Hartmann et Demelin.)

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'HYSTÉRIE GASTRIQUE

ET SES STIGMATES PÉRIPHÉRIQUES

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Très variés dans leur aspect, les accidents gastriques hystériques peuvent apparaître dans deux conditions différentes. Ils peuvent relever exclusivement de l'hystérie, c'est-à-dire, d'après la conception moderne, d'un trouble psychique primitif et c'est très souvent le cas pour l'anorexie hystérique, les vomissements hystériques, l'aérophagie hystérique. Ils peuvent aussi, et c'est certainement l'éventualité la plus fréquente, s'associer à des troubles digestifs d'une autre origine ou même à des lésions profondes de l'estomac : ils en modifient alors l'allure et l'évolution. L'ulcère, le cancer, les lésions de la muqueuse gastrique, les ptoses abdominales, les dyspepsies secondaires à une lésion du voisinage ou à un état neurasthénique, peuvent en évoluant chez un hystérique revêtir une symptomatologie tellement anormale que la nature essentielle de l'affection pourrait échapper à un observateur non prévenu.

Dans la grande majorité des cas, il est pourtant possible de reconnaître le terrain hystérique sous-jacent à l'existence d'un certain nombre de signes, stigmates périphériques ou stigmates intellectuels, qui permettront à la fois de rendre plus précis un diagnostic hésitant et d'appliquer une thérapeutique adéquate. La constatation de stigmates hystériques entraîne toujours une thérapeutique spéciale et même s'il s'agit d'une affection dont le traitement est bien défini, comme l'ulcère de l'estomac par exemple, l'hystérie sous-jacente conduit à donner au traitement de l'affection primitive une allure différente. Si l'on méconnaît cette nécessité, on peut voir, malgré la thérapeutique la plus rationnelle, les accidents gastriques se prolonger longtemps. L'ulcère se cicatrise, mais l'hystérie, évoluant pour son propre compte, succède à la lésion disparue et maintient un état d'hyperesthésie nerveuse d'une durée parfois indéfinie.

Nous n'insisterons pas sur les stigmates généraux de l'hystérie, qui peuvent parfois exister dans ces cas (hémianesthésie, zones ovariennes ou mammaires, anesthésie pharyngée, etc.), mais qui n'indiquent nullement que les désordres gastriques représentent, en partie tout au moins, une manifestation hystérique. Les *stigmates gastriques* proprement dits ont au contraire à cet égard une valeur indiscutable, et nous les cherchons systématiquement chez tous nos malades.

Les stigmates périphériques de l'hystérie gastrique sont constitués par des *troubles de la sensibilité viscérale et superficielle de la région épigastrique et de la région gastrique.*

Nous n'avons pas à rappeler ici la grande fréquence, chez les dyspeptiques, d'une sensibilité plus ou moins vive à la pression de la région épigastrique. Ce symptôme tient à l'hyperesthésie du plexus solaire, et quelquefois de plexus sympathiques sus et sous-jacents disposés le long de l'aorte abdominale. Chez les malades entachés d'hystérie gastrique, la douleur provoquée par la pression à ce niveau revêt des caractères très spéciaux. En même temps qu'il accuse une sensation pénible au niveau du point comprimé, le malade éprouve une sorte de strangulation ; la respiration devient gênée et suspirieuse, le cou se gonfle, la tête se renverse, les yeux se convulsent en haut et en dehors ; très souvent la malade accuse une sécheresse de la bouche, due, comme il est facile de le constater, à une suppression de la sécrétion salivaire. Cet état se prolonge aussi longtemps que dure la compression du point épigastrique et cesse dès qu'on retire la main.

La malade ébauche, somme toute, une crise d'hystérie, et sur certaines femmes, qui ont l'habitude de traduire toutes leurs émotions par une crise convulsive, il est facile de provoquer une crise complète pour peu que l'on maintienne la compression. Malgré des irradiations aussi marquées, cette exploration n'entraîne pas d'ailleurs une douleur très vive : les malades éprouvent plutôt une sorte de malaise indéfinissable.

La zone hystérogène peut d'ailleurs dépasser notablement les limites de la région épigastrique ; elle peut s'étendre au-dessus et au-dessous, aux plexus qui recouvrent la face antérieure de l'aorte ; elle peut déborder à gauche la ligne médiane et correspondre à toute la face antérieure de l'estomac. La pression au niveau de l'aire gastrique détermine à la fois une douleur plus ou moins vive comme chez les alcooliques, et des réactions hystérogènes plus ou moins étendues.

Comme nous l'avons dit plus haut, cette zone hystérogène épigastrique et gastrique peut dépendre de l'hystérie seule. Mais il arrive bien plus souvent qu'une sensibilité anormale, développée à ce niveau en vertu d'une autre affection gastrique, revêt un caractère hystérogène par suite de l'état du système nerveux du malade. C'ést ainsi qu'un ulcère gastrique évoluant chez une malade atteinte d'hystérie, se traduit non seulement par une vive sensibilité à l'épigastre, mais par une série de réactions hystériformes à la moindre pression à ce niveau. La douleur à la pression de la grande courbure prend les mêmes caractères lorsqu'une gastrite alcoolique se développe chez une hystérique. De même, l'hyperesthésie de toute la ligne du plexus sympathique le long de l'aorte abdominale, et parfois de toute la masse intestinale, que l'on observe dans les ptoses généralisées, prend un caractère nettement hystérogène lorsqu'il existe un état hystérique antérieur. Et dans la constipation spasmodique, chez les hystériques, la sensibilité anormale du côlon à la pression peut revêtir les mêmes caractères.

Les réactions hystériques à la pression de la région épigastrique peuvent présenter, suivant les individus, des variations considérables. Nous ne pouvons les signaler toutes. Ainsi chez certains malades, sous l'influence de la pression épigastrique, l'apparition d'un tic aérophagique représente l'équi-

valent d'une crise convulsive et a, au point de vue du diagnostic, la même valeur que les réactions hystériques habituelles.

L'hypoesthésie ou l'hyperesthésie à la douleur de la peau de l'abdomen constitue un deuxième stigmate périphérique de l'hystérie gastrique, que nous cherchons régulièrement chez tous nos malades. On observe en effet, dans ces conditions, des plaques irrégulièrement délimitées, où la sensibilité à la piqûre est diminuée ou exagérée. Ces plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie ne présentent aucune répartition régulière : elles siègent pourtant le plus souvent au niveau des régions gastriques et épigastriques. Les modifications de la sensibilité peuvent être d'ordre très différent; on observe toutes les transitions entre les modifications à peine perceptibles et l'anesthésie complète ou l'hyperesthésie extrême.

Quant au sens de la modification de la sensibilité, en plus ou en moins, nous n'en connaissons nullement la raison. Avec un plexus solaire extrêmement douloureux à la pression, on observe chez un malade une hyperesthésie marquée, chez l'autre une anesthésie totale. Gilles de la Tourette pensait que l'anesthésie de la région épigastrique existait surtout chez les hystériques anorexiques, tandis que l'hyperesthésie se rencontre chez les hystériques atteintes de vomissements incoercibles (1).

Nous ne pouvons confirmer cette opinion. Ce qui nous importe c'est l'existence de plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie très marquées, et très nettes, beaucoup plus que le sens de la modification de la sensibilité. Ces désordres sensitifs cutanés, dans le cours des affections gastriques hystériques, sont analogues aux plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie que l'on observe sur la peau au cours des arthropathies hystériques et qui ont alors pour le diagnostic une si haute importance.

Telles sont les données séméiologiques qui résultent de l'examen sans parti pris des malades atteints d'hystérie gastrique (2). Mais il nous serait utile de connaître par quel mécanisme se réalisent ces troubles de la sensibilité viscérale ou superficielle. Si nous pouvions connaître la raison d'être de ces troubles sensitifs, il nous serait plus facile d'en apprécier la valeur exacte.

Pour ce qui est des zones d'anesthésie cutanée, elles relèvent souvent d'une suggestion ou d'une auto-suggestion plus ou moins consciente. Il est certain, qu'en la recherchant avec un peu d'insistance on peut faire apparaître chez un malade suggestible une zone d'anesthésie relative ou d'hyperesthésie en un point quelconque du corps. Or l'hystérique est facilement suggestible, il a un cerveau malléable et docile qui réalise spontanément tout symptôme qu'on lui indique avec quelque autorité.

(1) Voir Ruillier. *Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques*, Th. de Paris, 1900, p. 75.

(2) On trouvera de nombreuses observations cliniques dans la thèse de deux élèves de l'un de nous. Ruillier déjà cité et Millon. *Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies*, Th. de Paris, 1902.

Que dans l'hystérie gastrique ces troubles de la sensibilité cutanée soient d'origine centrale, cela ne paraît pas pouvoir être discuté. Tout l'indique, les variations individuelles de ces plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie, sans rapport avec les lésions de l'estomac ou les modifications de la sensibilité viscérale; les modifications de ces zones d'anesthésie d'un jour à l'autre. Enfin les contradictions du malade en sont une preuve encore plus nette. En le déroutant par une exploration rapide, il est facile de s'assurer, à son insu, qu'il sent parfaitement la piqûre dans les zones soi-disant anesthésiques : l'anesthésie n'existe qu'autant que le malade sait qu'il ne doit pas sentir. Il en va de même de l'hyperesthésie.

Peut-on donner la même explication des zones hystérogènes. Pour Bernheim, cela ne saurait supporter le moindre doute : toute augmentation de la sensibilité épigastrique à la pression, hystérogène ou non, est due à une suggestion maladroite du médecin ou à quelque auto-suggestion bizarre du malade. Il nous paraît que cette opinion est excessive, la sensibilité épgastrique est trop nette, trop constante, trop bien localisée au niveau du plexus solaire pour admettre cette explication. Il ne suffit pas de démontrer que chez une hystérique on peut créer une hyperesthésie extrême à ce niveau par suggestion, comme en n'importe quel point du corps, pour établir que toute hyperesthésie épigastrique profonde est d'origine centrale.

Nous avons la preuve anatomique que le point douloureux épigastrique des dyspeptiques correspond au plexus solaire (1), qui chez eux devient dans certaines circonstances sensible à la pression. Ceci admis, il est bien certain que chez les hystériques dyspeptiques on peut modifier par suggestion cette sensibilité excessive du plexus solaire à la pression, de même que l'on peut par le même procédé atténuer ou supprimer toute autre douleur ou sensibilité anormale. On peut surtout atténuer et faire disparaître avec la plus grande facilité les irradiations hystériques et avec quelque autorité transformer la zone hystérogène épigastrique en une hyperesthésie épigastrique telle qu'elle est habituelle chez les dyspeptiques ordinaires.

Les deux stigmates périphériques de l'hystérie gastrique se rattachent donc d'une façon plus ou moins étroite au degré de suggestibilité du malade, c'est-à-dire à un stigmate intellectuel des plus importants de l'hystérie gastrique. Nous reviendrons sur ces faits dans un prochain article. Nous ne voulons qu'indiquer ici comment les stigmates dits physiques de l'hystérie gastrique dépendent dans une large mesure de conditions psychologiques.

Nous ajouterons enfin que, dans de nombreux cas d'hystérie gastrique, les stigmates périphériques sont absents. Il existe bien des faits d'anorexie hystérique, de vomissements hystériques, où l'on ne peut mettre en évidence ni zone hystérogène épigastrique, ni plaque d'anesthésie ou d'hyperesthésie épigastrique. Le diagnostic ne peut s'appuyer dans

(1) Jean-Ch. Roux. Recherche sur la sensibilité gastrique, *Revue de médecine*, nov. 1899, p. 878.

ces cas que sur la constatation des stigmates intellectuels, qui eux ne font pour ainsi dire jamais défaut. Nous ne devons pas nous en étonner; les recherches modernes nous ont appris que les accidents hystériques relèvent avant tout d'un trouble mal défini encore de la vie psychique.

NOUVEL APPAREIL

POUR

LE TRAITEMENT DES ARTHRITES

PARTICULIÈREMENT DES ARTHRITES TUBERCULEUSES

Par le docteur CAILLAUD,

Chirurgien en chef de l'hôpital Prince-Albert, à Monaco.

Le traitement des arthrites comporte des indications multiples et variables suivant les cas et suivant les phases de la maladie. Immobiliser le membre. corriger l'attitude vicieuse si elle existe; plus tard, rendre la mobilité quand c'est possible, et enfin, pendant tout ce temps, avoir sous les yeux la partie malade bien nettement exposée pour la traiter comme il convient, telles sont les conditions à remplir. Pour les réaliser, le seul moyen que l'on emploie habituellement est la gouttière plâtrée.

C'est là un moyen assez défectueux puisqu'il est loin de satisfaire à toutes les exigences du traitement. En effet, tout ce qu'il peut permettre est d'assurer l'immobilité au membre. Encore ne permet-il pas de surveiller tout le pourtour articulaire, n'en laissant à découvert que la face antérieure. De ce côté, on pourra appliquer les pansements et faire les interventions nécessaires. Cependant, s'il y a lieu de pratiquer des lavages un peu abondants, il sera bien difficile de ne pas mouiller le plâtre, d'où l'obligation de refaire un appareil au bout de peu de temps.

Tout autre est la difficulté s'il faut agir sur la face postérieure, et même sur les parties latérales. Il sera alors nécessaire, à chaque pansement, de sortir le membre du plâtre, ce qui est douloureux pour le malade et nuisible à sa guérison.

Pour remplacer cette gouttière plâtrée trop rudimentaire, j'ai imaginé depuis plus d'un an un petit appareil d'un mécanisme très simple, mais qui m'a été très utile, car il permet à lui seul, et sans qu'il soit nécessaire de le remplacer pendant tout le cours de la maladie, de répondre à toutes les indications du traitement, comme je vais essayer de le montrer.

Voyons d'abord ce qu'est cet appareil.

I. Description. — Il se compose de deux attelles semblables qui se placent sur les parties latérales des articulations. Chacune de ces attelles renferme trois pièces, une médiane et deux terminales, reliées entre elles par des vis.

Les deux pièces terminales sont des plaques de zinc dont les dimensions ont été calculées pour chaque membre. Elles sont malléables, ce qui permet de les appliquer plus exactement en les moulant sur le membre.

La pièce médiane est constituée par une petite tige de fer aplatie, coudée à ses deux extrémités où elle se fixe aux lames de zinc.

En son milieu, cette tige est articulée de façon à ce que ses deux moitiés, et par suite tout l'appareil solidairement, puisse se plier. L'articulation porte des crans d'arrêt dans lesquels s'engage un cliquet, maintenu par un ressort. Le cliquet et les crans d'arrêt sont ainsi disposés qu'ils permettent le mouvement dans un seul sens et le rendent impossible dans l'autre.

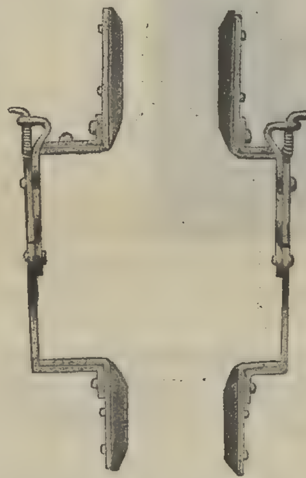


Fig. 1. — Appareil pour genou vu de profil.

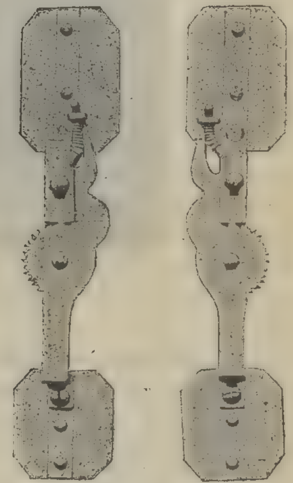


Fig. 2. — Appareil vu de face.

On peut à volonté laisser le cliquet engagé dans les crans ou le dégager. Dans ce dernier cas, l'articulation est libre et les mouvements possibles dans les deux sens.

Les deux parties coudées terminales de la tige permettent, suivant qu'elles sont plus ou moins longues, d'écarter plus ou moins du membre la partie moyenne articulaire et, par suite, de laisser la région malade plus ou moins dégagée.

Leur longueur varie donc suivant ce que l'on se propose de faire sur la partie malade. Elle dépend aussi de la saillie des parties latérales articulaires.

L'appareil ainsi décrit est surtout applicable au genou et au coude. On peut en faire des variantes pour les autres articulations, en particulier pour la hanche.

II. Application. — Prenons par exemple son application sur le genou. On place les deux attelles symétriquement de chaque côté de l'articulation, de telle sorte que le centre d'articulation de l'appareil corresponde à l'interligne articulaire du membre, et de façon que le cliquet permette les mouvements d'extension et empêche la flexion.

Les deux lames de zinc supérieures sont alors placées sur la partie inférieure de la cuisse et les deux inférieures à la partie supérieure de la jambe.

L'appareil peut se placer ainsi quelle que soit la position du membre. Si le membre est étendu, l'appareil se met droit. Si la jambe est fléchie sur la cuisse, on le plie également dans la mesure voulue pour qu'il épouse exactement la position du membre,

Pour fixer ensuite l'appareil dans sa position, il suffit d'enserrer les lames de zinc entre quelques bandes plâtrées ou silicatées qu'on roule autour de la cuisse et de la jambe.



Fig. 3. — Appareil placé sur un genou guéri quand l'enfant commence à marcher.

Les premières bandes sont mises directement sur le membre protégé d'ouate, puis on place sur elles les lames de zinc et on termine en enveloppant ces dernières à leur tour.

Quand les bandes sont sèches, l'appareil est fixé et prêt à remplir les indications que l'on en attend et qui sont multiples.

III. Usages. — 1° La première de ces indications est d'assurer l'immobilité du membre. Elle est remplie exactement, puisque l'appareil forme un tout rigide tant que les cliquets sont engagés dans les crans d'arrêt.

2° La deuxième indication qui existe souvent, mais pas toujours, c'est le redressement du membre, si l'on se trouve en présence d'un certain degré de flexion. Pour y parvenir, on peut employer concurremment l'extension continue et le redressement manuel.

L'extension se fait aisément en fixant des poids à la partie jambière de l'appareil. Au fur et à mesure que la traction agit et qu'un certain degré d'extension se produit, les cliquets se déplacent d'un cran, enregistrant pour ainsi dire immédiatement le travail obtenu, maintenant définitivement ce qui est acquis en empêchant tout retour à la flexion. L'action des poids devient alors d'autant plus efficace qu'elle n'a plus à lutter contre les fléchisseurs.

Si l'appareil permet d'appliquer la traction continue dans de bonnes conditions, il agit beaucoup plus utilement encore pour faciliter le redressement manuel. Ce redressement s'opère soit en une seule fois si la flexion est peu prononcée, soit progressivement. En ce cas, tous les jours on fait un petit effort d'extension, qui est aussitôt enregistré par l'appareil.

On peut augmenter, en général, d'un cran ou deux quotidiennement avec facilité et avec très peu de douleur. Il arrive quelquefois que les enfants ne s'aperçoivent pas de ce redressement journalier.

3° Le membre étant en bonne position, l'articulation bien immobilisée, une troisième indication se pose : observer tout le pourtour de la partie malade, y appliquer les topiques voulus, surveiller l'apparition des abcès, traiter les fistules, inciser les collections, faire l'arthrotomie ou le curetage.

Tout cela, l'appareil permet de l'accomplir aisément, puisqu'il laisse libre toute la surface articulaire. Seules, les deux tiges latérales pourraient gêner les interventions; mais elles sont étroites, écartées de la partie malade autant qu'on l'a désiré, et enfin on peut les enlever complètement l'une ou l'autre en retirant les vis qui les fixent aux plaques de zinc. Une seule des tiges étant enlevée, l'autre suffit à conserver l'immobilité au membre. L'opération terminée, rien de plus facile que de replacer la tige.

4° Dans le cours du traitement des arthrites, il arrive un moment où l'on peut mobiliser l'articulation. Cette mobilisation se fera plus ou moins vite selon les cas et suivant les médecins. Dans les arthrites tuberculeuses, la plupart ne cherchent qu'à obtenir l'ankylose. Quelques-uns seulement jusqu'ici se sont efforcés d'obtenir autre chose qu'un membre raidi. Sans entrer ici dans la discussion, je dirai néanmoins que je me range franchement parmi ces derniers. Les bons résultats que j'ai obtenus jusqu'ici, dans mon service de l'hôpital de Monaco, sont bien faits pour m'encourager dans cette voie. Ces bons résultats, l'usage de mon appareil a contribué, je crois, à me les procurer. En effet, non seulement il se prête à toute mobilisation, mais, ce qui est surtout précieux, il permet de l'accomplir avec la prudence nécessaire, en en dosant pour ainsi dire l'amplitude et la durée.

Quand on veut laisser le membre libre, il suffit de maintenir tirés les deux cliquets latéraux, ce qui les dégage des crans d'arrêt. Aussitôt l'appareil, qui était rigide, devient mobile et se prête à tous les mouvements du membre.

On se rend compte de l'amplitude des mouvements en notant la valeur de l'angle formé par la flexion des deux tiges, angle qui peut s'évaluer aisément par des traits qu'on marque sur des pièces d'articulation. On peut ainsi graduer la mobilisation et ne l'augmenter journellement que d'une valeur donnée.

5° Un des écueils que l'on rencontre quand on essaie d'éviter l'ankylose et qu'on rend assez vite la mobilité à une articulation, c'est le retour du membre à la position vicieuse du début, et cela même quand il n'y a plus aucune sensibilité articulaire, quand la concordance de tous les signes fait croire à la guérison. C'est alors que l'appareil rend encore des services, car au premier signe de mauvaise attitude on immobilise de nouveau le membre plus ou moins longtemps en fixant l'appareil dans la rectitude.

6° C'est surtout quand on commence à faire marcher un malade avec une jambe non ankylosée que l'attitude vicieuse a tendance à s'affermir. Aussi est-il nécessaire de laisser l'appareil en place pendant longtemps encore quand on permet la marche. On a soin alors de le fixer avec des bandes silicatées qui le rendent plus léger et d'empêcher son glissement en le maintenant par des bretelles que l'on fixe dans deux trous latéraux percés dans la partie supérieure.

On emploie aussi un appareil où les tiges latérales sont placées très près de la peau pour que leur écartement ne gêne pas la marche. Cela ne souffre aucun inconvénient à ce moment, puisqu'il n'y a pas de pansement à placer sur le genou. De cette façon les malades, même les petits enfants, marchent très bien avec leur appareil laissé mobile dans la journée. Au moment du coucher, on fixe l'appareil en rectitude. Le membre a donc pendant le jour le bénéfice de la mobilité et pendant la nuit celui de l'immobilité en bonne position. On prévient ainsi toute flexion défectueuse en continuant assez longtemps cette manière de faire, jusqu'au jour où l'on ne constate plus aucune tendance à la flexion.

IV. Résumé. Avantages. — En résumé, les avantages qui me paraissent résulter de l'emploi de mon appareil, c'est de se prêter à toutes les indications du traitement des arthrites, surtout des arthrites tuberculeuses.

Ces avantages, aucun autre appareil, à ma connaissance, ne les fournit actuellement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1906)

Les séances se suivent et ne se ressemblent pas; celle-ci a été très intéressante et nous ne saurions trop engager les membres de l'Académie à imiter l'exemple de leurs deux collègues, MM. Chauffard et Chantemesse, qui ont su se faire entendre même du huchoir des journalistes.

Des conditions légales de l'emploi médical des rayons de Röntgen. — Dans la séance du 23 mai dernier M. Debove appelait l'attention de l'Académie sur les dangers de l'emploi des rayons Röntgen chez l'homme par des personnes étrangères à la médecine. Il rappelait en même temps que le Congrès des rayons Röntgen tenu à Berlin, en mai 1905 (1), avait voté à l'unanimité la proposition suivante : « L'emploi des rayons Röntgen, chez l'homme, est uniquement du ressort médical. » L'Académie a nommé une commission avec M. Chauffard comme rapporteur. Le rapport de M. Chauffard est une étude complète et consciencieuse de la radiologie dans laquelle il passe successivement en revue ses applications diagnostiques et ses applications thérapeutiques. Puis il examine ce qu'est actuellement la pratique radiologique et ce qu'elle doit être à l'avenir pour sauvegarder les intérêts des malades.

Prenant la question *ab ovo*, M. Chauffard rappelle la découverte mémorable, en 1895, qui a illustré le nom de Röntgen. Presque immédiatement les applications pratiques, en chirurgie et en médecine, surgissaient en foule. Le radiodiagnostic devenait bientôt le premier des bienfaits de la découverte de Röntgen. La radiographie et la radioscopie étaient créées.

Puis survinrent les premiers accidents qui firent sortir la radiologie du domaine de la physique pure pour celui de la biochimie et, dès lors, l'heure était proche des applications thérapeutiques. On passa d'abord par les études physiologiques et expérimentales; il existe toute une pathologie expérimentale de la radiologie, et c'est sur elle que repose le grand espoir de la radiothérapie.

M. Chauffard nous montre avec une parfaite précision cet enchaînement des faits : constatation d'un fait physique, application successive de ce fait physique au diagnostic, à la thérapeutique empirique, à la pathologie expérimentale et, enfin, à la thérapeutique scientifique; et qui, dans ce dernier ordre de faits, peut limiter les progrès que nous permet d'espérer l'avenir? M. Chauffard nous montre en particulier comment des accidents graves sont devenus le point de départ d'applications thérapeutiques comme la dépilation, par exemple, qui, constatée comme une suite fâcheuse de l'application des rayons de Röntgen, est devenue un traitement merveilleux de la teigne. De même les radiodermites ont conduit à la radiothérapie de certaines tumeurs. Actuellement la radiothérapie ne se contente plus d'attaquer les lésions en surface; elle provoque aussi des effets profonds, sur les éléments figurés du sang, les épithéliums des divers systèmes glandulaires et, en particulier, des glandes génitales. Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. le rapporteur dans l'étude de ces diverses applications des plus suggestives. Quelques-unes de ces applications devraient même rester à jamais inconnues du grand public, nous voulons parler de l'azoospermie chez l'homme et de la stérilisation chez la femme. C'est donc à juste titre que le docteur Hennecart (de Sedan) a montré l'effroyable danger social que pouvait devenir un agent malthusien aussi secret, aussi insaisissable dans son application (1).

Quand on étudie de près la radiologie, on voit qu'à côté des bienfaits elle a ses dangers, et M. Béclère a eu raison de dire que « les rayons de Röntgen sont comme la lance d'Achille, ils blessent et ils guérissent ».

Voilà donc toute une science nouvelle créée par la collaboration du physicien, du médecin, de l'expérimentateur. Il semble qu'au médecin seul devrait appartenir le droit de manier cette arme si puissante et si redoutable dans ses effets. Il n'en est rien, et la radiothérapie est aujourd'hui pratiquée par tout le monde, par les empiriques les plus grossiers. M. Chauffard nous énumère ici tous les méfaits que commettent ces incompétents, tous les dangers que courent les malades qui vont se confier à eux, toutes les graves conséquences, tant au point de vue des accidents qu'au point de vue de la violation possible du secret médical. Que sera-ce quand nous arriverons au traitement des tumeurs? Les chirurgiens pourraient en dire long sur ce sujet. Il y a donc là un véritable danger social qu'il faut conjurer, et, dès maintenant, dangers individuels et péril social apparaissent comme des raisons décisives de réserver au seul médecin la pratique de la radiothérapie.

Nous laissons ici la parole à M. Chauffard et reproduisons textuellement cette importante partie de son excellent rapport :

« L'emploi médical de la radiologie devrait donc être réservé exclusivement aux médecins; au lieu de cela, elle est jusqu'à présent, contrairement à la loi sur l'exercice de la médecine, *une industrie libre*, c'est-à-dire ouverte au premier venu, sans garanties ni de moralité, ni d'aptitude professionnelle. C'est dire qu'elle peut prêter à tous les abus, à tous les dangers. Quels exemples, qui seraient comiques s'ils n'étaient au fond très tristes, ne pourrait-on pas citer! Voici une rhumatisante à qui un bandagiste (qui cumulait en outre les fonctions d'orthopédiste, d'opticien, de masseur et de radiologiste) montre la radiologie d'un os sésamoïde du pouce, et lui persuade qu'il s'agit d'un tophus goutteux. Voici une grande ville du Nord où un de nos confrères voit, à côté de son domicile, un marchand de vins faire ouvertement des radiographies. Dans une autre ville, c'est un photographe qui s'est improvisé radiologiste, et un de nos confrères nous cite le cas d'un malade atteint de chancre syphilitique de la lèvre, traité et guéri par le photographe pour un soi-disant cancer labial. Inutile de multiplier de tels exemples, ils ne nous montrent que trop en quelles mains ignorantes et immorales peut tomber actuellement la pratique radiologique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 56, p. 663.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 56, p. 665.

Sans doute, de tels abus sont surtout possibles dans les petites villes, dans des localités où souvent aucun médecin ne possède d'appareils radiologiques.

A Paris, dans les grandes villes, nous sommes à coup sûr bien mieux partagés, et nous serions inexcusables d'adresser nos malades à des empiriques alors que le nombre de nos confrères, aussi recommandables par leur délicatesse professionnelle que par leur parfaite compétence, peuvent nous apporter le concours le plus éclairé.

Il est cependant un point sur lequel, à Paris, la question devient très délicate et soulève, au point de vue des personnes aussi bien que des droits acquis par des services rendus depuis déjà longtemps, de sérieuses difficultés; je veux parler des conditions dans lesquelles se pratique la radiologie dans nos hôpitaux. La critique que j'en veux faire ici doit rester tout impersonnelle. »

M. Chauffard examine ici ce qui se passe dans les hôpitaux; il constate que la radiothérapie impose de nouvelles conditions et se demandant à qui devra être confié ce service, il conclut qu'il devra être confié à un chef de laboratoire médecin.

« Nous sommes donc, dit-il, toujours ramenés à la même conclusion : seuls les médecins ont qualité pour pratiquer la radiologie. En dehors de cette solution si fructueusement appliquée dans les hôpitaux de la plupart des grandes villes étrangères, tout devient irrégulier, dangereux, contraire en outre à l'esprit et à la lettre de la loi. Que dit, en effet, la loi sur l'exercice de la médecine, promulguée en 1892? L'article 16 est formel, et je vous en rappelle le texte : « Exerce illégalement la médecine : toute personne qui non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée. » Rien n'est plus décisif qu'un pareil texte. Déjà, en ce qui concerne le diagnostic, la jurisprudence admet que cette partie, la plus importante et la plus délicate de l'art médical, est exclusivement réservée au médecin. A plus forte raison, tout traitement radiothérapique pratiqué ou dirigé par une personne non munie d'un diplôme médical, constitue l'exercice illégal le plus avéré de la médecine.

Il y a donc là une situation irrégulière, ambiguë, dont la prolongation ne peut paraître que regrettable et dangereuse.

Si donc, comme nous l'espérons, l'Académie se rallie à la proposition de M. Debove, seuls les médecins, ou les dentistes diplômés en ce qui concerne la pratique odontologique, doivent être autorisés à appliquer les rayons Röntgen au diagnostic et au traitement des maladies. La radiologie leur appartient aussi indiscutablement que les autres branches des sciences médicales; leur en réserver la pratique exclusive, c'est prendre non seulement leurs intérêts, mais, ce qui importe beaucoup plus, les intérêts des malades et de la société.

L'Académie sera dans son rôle de protectrice de la santé publique en adoptant et en appuyant de sa haute autorité la proposition qui lui a été soumise par M. Debove.

En conséquence, votre Commission propose à l'Académie l'adoption des conclusions suivantes :

Considérant :

Que l'emploi médical des rayons Röntgen peut déterminer des accidents graves;

Que certaines pratiques peuvent créer un danger social;

Que seuls les docteurs en médecine, officiers de santé ou dentistes diplômés (en ce qui concerne la pratique odontologique) sont capables d'interpréter les résultats obtenus au point de vue du diagnostic et du traitement des maladies,

L'Académie est d'avis que :

L'application médicale des rayons Röntgen, par des personnes non pourvues des diplômes ci-dessus, constitue un acte d'exercice illégal de la médecine. »

Le choléra. — M. Chantemesse, en son nom et au nom de M. Borrel, fait une importante communication sur l'épidémie de choléra qui vient de sévir en Allemagne. Il montre d'abord la marche suivie par le choléra de la Russie en Allemagne; il a suivi les bords du Volga, du Dniéper, puis s'est étendu le long de la Vistule et, après être entré en Allemagne par la frontière de l'Est, venant de la Russie, il est retourné en Russie, à Varsovie.

Cette épidémie qui est venue ainsi jusqu'à Berlin, Strasbourg, semble complètement enrayée depuis le 22 septembre, grâce aux mesures très énergiques prises par les autorités allemandes, à la surveillance spéciale exercée sur l'armée, sur les émigrants russes, sur les mariniers qui transportent du bois de Russie en Allemagne par les divers canaux.

Déjà en 1900, l'Allemagne avait fait une loi d'exception concernant le choléra, la peste, la fièvre jaune, le typhus, la variole, la lèpre; cette loi comportait la déclaration obligatoire, la constatation précise, la surveillance et l'isolement obligatoires. Elle fut exécutée avec une rigueur impitoyable.

Une nouvelle loi fut adoptée, en 1904, exigeant la surveillance obligatoire, l'isolement obligatoire non seulement des malades, mais aussi de leur entourage, des porteurs de bacilles.

En ce qui concerne, par exemple, les mariniers, des instructions leur étaient remises, sous forme de commandement quasi-religieux, leur ordonnant de prendre un certain nombre de précautions dans le but de les mettre à l'abri de la contagion cholérique. Voici ce curieux document :

« Tu peux te protéger toi et ta famille contre le choléra;

Le poison cholérique est contenu dans l'eau avec laquelle ta profession te met en contact;

Ne bois pas l'eau des rivières. Ne t'en sers pas pour te nettoyer, ni toi ni les objets dont tu fais usage;

Ne puise de l'eau qu'aux fontaines munies d'un écriteau favorable;

Avant de prendre tes repas, lave-toi les mains avec de l'eau et du savon;

Ne mange que des aliments cuits;

Ne souille pas l'eau des rivières avec des déjections et fais cette défense à tous ceux qui dépendent de toi;

Emploie pour tes besoins des vases spéciaux qui te seront remis et qui contiennent du lait de chaux;

En cas d'indisposition, va trouver le médecin le plus proche. »

Traitement des névralgies faciales rebelles par les injections profondes. — M. le professeur Raymond présente sur ce sujet une note de MM. F. Lévy et A. Baudouin, internes de son service. Les auteurs abordent les trois branches du trijumeau par un procédé facile et sans danger. Pour les nerfs maxillaires inférieur et supérieur ils prennent comme point de repère l'arcade zygomatique. Pour le maxillaire inférieur, à l'aide d'un compas à pointes mousses on mesure 2c5 en avant du « heurtoir » de Farabeuf. Au point repéré, on enfonce normalement à la profondeur de 4 centimètres une aiguille graduée. Pour le maxillaire supérieur on prolonge verticalement le bord postérieur de l'apophyse orbitaire de l'os malaire jusqu'au bord inférieur du zygoma. A 1/2 centimètre en arrière on enfonce de 5 centimètres l'aiguille en la dirigeant légèrement en haut. On aborde par la face externe de l'orbite les deux branches externes de l'ophtalmique en pénétrant de 35 à 40 millimètres.

On évite les organes dangereux de ces régions à l'aide d'un mandrin introduit dans l'aiguille dès qu'on a piqué la peau et les muscles superficiels. L'aiguille est ainsi transformée en un stylet mousse non vulnérant. Les auteurs injectent 1 à 2 centimètres cubes d'alcool cocaïné ou non, à titres progressivement croissants : 70, 80, 90 degrés, puis l'additionnent de IV gouttes

de chloroforme par centimètre cube. En général il faut de 6 à 8 injections.

Les résultats obtenus sont des plus encourageants. Les auteurs se sont adressés à des tics douloureux rebelles durant depuis des années. 6 malades déjà traités ne souffrent plus, 4 encore en cours de traitement sont très améliorés.

Autosynoptomètre à miroirs. — M. Armaignac (de Bordeaux) présente un appareil d'une très grande simplicité, destiné à dévoiler rapidement la cécité monoculaire simulée, et à l'insu de l'observé, l'acuité visuelle de chacun de ses yeux.

Cet appareil trouvera souvent son application dans les cas d'accident du travail, où le médecin expert est parfois très embarrassé pour se prononcer avec quelque certitude sur l'acuité visuelle d'un blessé.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 1, janv. 1906.) Jules Bouygues : De l'hyperhidrose des extrémités dite essentielle. — E. Hirtz et H. Lemaire : Rétrécissement tricuspidien et cyanose. — R. Pichon : Quelques remarques à propos d'une observation de luxation métacarpo-phalangienne en arrière du cinquième doigt. — V. Thébault : De la consolidation chez les accidentés du travail. Essai d'une définition.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, n° 25, 21 déc. 1905.) Henry Jackson, Edward O. Otis et Edwin A. Locke : Rapport du comité chargé par la Société médicale du district de Suffolk de rechercher les améliorations à la croisade contre la tuberculose dans la ville de Boston (avec deux graphiques et deux cartes). — Louis Faugères Bishop : Les tables de pathologie clinique. Les relations de la pathologie clinique avec la pratique actuelle. — Frederic E. Sondern : La valeur présente de l'examen du sang pour le diagnostic des maladies. — E. E. Smith : Le secours du laboratoire dans le diagnostic des affections gastro-intestinales. — Louis Heitzmann : Les progrès récents en voies urinaires. — Eugène Coleman Savidge : De quelques avantages et causes d'erreurs des méthodes d'examen des voies urinaires.

Bulletin médical. — (N° 2, 6 janv. 1906.) Mauclaire : Dix cas de pseudarthrose.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 28 déc. 1905.) Rumpf : Traitement des névroses cardiaques. — Schick : Nouveaux succès du traitement sérothérapique de la scarlatine. — Schutz : Sur l'influence du chlore sur l'utilisation de la chaux chez le nourrisson. — Kovalewski : Chancre de la paupière avec démonstration de spirochètes.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Déc. 1905.) Looser : Altérations osseuses dans le scorbut et la maladie de Barlow. — Bernheim-Karrer : Contribution à l'étude des cas de mort dans l'eczéma. — Schütz : Dyspepsie chronique gastro-intestinale du premier âge. — Ballin : Etiologie et symptomatologie du stridor congénital. — Uffenheimer : Un nouveau symptôme dans la tétanie latente et manifeste du jeune âge : le facies tétanique. — Müller : Appareil pour faire chauffer ou pasteuriser le lait. — Vincent : Remarques sur l'angine à bacilles fusiformes (réponse : M. Eichmeyer).

Journal des praticiens. — (N° 1, 6 janv. 1906.) Broca : Bec de lièvre complet de la lèvre supérieure. — Molle et Jouty : Un cas d'arthrite crico-arythénoïdienne au cours du rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 52, 30 déc. 1905.) Top : Fracture par tassement du scaphoïde du pied avec subluxation du deuxième cunéiforme. Radiographie.

Lyon médical. — (N° 1, 7 janv. 1906.) Hugounenq : Les conquêtes récentes de la biologie dans le domaine du chimisme intestinal. — Collet : Héliothérapie dans une lésion tuberculeuse du larynx.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 2 janv. 1906.) Sauerbruch : Rapport sur les premières opérations faites dans la chambre pneumatique à la clinique de Breslau. — Von Dungern : Contribution à l'étude de la tuberculose fondée sur des recherches expérimentales chez les singes anthropoïdes. — Weichardt : Sur la toxine de la fatigue et son antitoxine. — Werner : Photo-activité acquise des tissus comme facteur de l'action biologique des rayons. — Mülver : Rapports entre les impressions psychiques et les troubles cardiaques. — Brüns : Etranglement herniaire d'une frange épiploïque. — Lotze : Nature et action du venin des serpents; exemples cliniques. — Fromme : Sur l'emploi prophylactique et thérapeutique du sérum antistreptococcique. — Winkelmann : Traitement de la pneumonie fibrineuse par le sérum de Römer. — Freund : Soude opaque flexible pour les rayons Röntgen.

Revue médicale de l'Est. — (N° 24, 15 déc. 1905.) Vautrin : Conservation de l'utérus et des ovaires dans les opérations pour annexites.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Janv. 1906.) A. Mouchet : Absence congénitale du péroné. — J. Roux et Ph. Josserand : La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant à Cannes. — Guinon et Pater : Un cas de paratyphoïde.

Semaine médicale. — (N° 1, 3 janv. 1906.) R. Blanchard : Spirilles, spirochètes et autres microorganismes à corps spiralés.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. 1er, janv. 1906.) A. Fraenkel : Traitement de la pneumonie. — F. Umber : Du traitement par la digitale. — Th. Ziehen : Affections syphitiques dans le territoire de la fosse cérébrale postérieure. — O. Hildebrand : Traitement du goitre. — A. Hoffa : Traitement de la coxalgie sénile (arthrite déformante de l'articulation de la hanche).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 52, 28 déc. 1905.) Société des médecins de Vienne : Principiis obsta. — Scheimpflug : Suppression de la morphine dans les douleurs chroniques intenses. — Frischauer : Paralysie récurrentielle dans la sténose mitrale. — Göllner : Sur un cas de crétinisme.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

ULCÉRATIONS GASTRIQUES [1]

En plus de ces trois symptômes : douleurs, vomissements et hématémèses, on observe des *troubles digestifs* variés.

Vient-on à faire le *cathétérisme*, on retire un liquide *très généralement hyperchlorhydrique*. Parfois le chlore organique est également augmenté. Il y a alors hyperpepsie générale (v. Hayem et Lion).

Quant aux *symptômes généraux*, ils varient selon le siège de l'ulcère, les troubles fonctionnels auxquels il donne lieu, la marche de la maladie. Chez les jeunes filles, l'apparition de l'ulcère est souvent précédée d'aménorrhée.

La **terminaison** varie selon les **formes** de l'ulcère. Les classiques décrivent : des formes *latentes* (cas de Cruveilhier); *complètes* ou *communes*, *incomplètes* ou *frustes*, et alors, ou dyspeptiques, ou vomitives, ou gastralgiques, ou hémorragiques. Dans ces dernières, il s'établit à un moment donné une anémie parfois très intense, avec de l'hypoglobulie, des globules rouges à noyaux, de la poïkilokitose, de la polychromatophilie; la valeur globulaire s'élève; consécutivement aux hémorragies, surviennent des crises hématoblastiques. Les téguments se décolorent, les extrémités supérieures s'œdématient, l'auscultation du cœur décèle des souffles caractéristiques de l'anémie. S'agit-il là d'anémie pernicieuse progressive ou non? La question est encore discutée. Ceux qui n'admettent pas qu'il s'agit d'*anémie pernicieuse vraie* font remarquer que, jusqu'à la fin, le nombre des hématoblastes reste élevé et le caillot conserve ses propriétés rétractiles (Hayem). Enfin certaines formes aboutissent à la *sténose du pylore*. On sait, en effet, qu'en pratique, il n'y a que deux causes de sténose pylorique : l'ulcère, ancien ou récent, et le cancer.

La terminaison varie encore selon les **complications** : LOCALES : 1. *péritonite*. Celle-ci peut consister simplement en adhérences entourant plus ou moins complètement l'estomac : cette périgastrite est à peu près constante, ou se caractérise par l'existence d'un épanchement. Ici encore, deux cas, selon qu'il s'agit de péritonite localisée ou généralisée. Dans le premier cas, il se forme un foyer purulent enkysté, donnant lieu à des signes variables, et aboutissant soit à la cachexie, avec ou sans pyohémie, soit à l'ouverture dans un organe voisin, la guérison est exceptionnelle. Généralisée, la péritonite se distingue par l'absence de vomissements, les liquides de l'estomac s'épanchant dans la cavité péritonéale au fur et à mesure de leur production. — 2. L'*estomac peut encore s'ouvrir dans un organe voisin* : d'où fistules gastro-duodénales ou gastro-coliques (lientérie), ou encore ouverture de l'ulcère duns la plèvre, le poumon, le péricarde, le cœur; — 3. Nous avons enfin signalé la *transformation cancéreuse*, fréquente (v. classiques, et th. Audistère, 1903).

Des complications GÉNÉRALES, il faut retenir : *a.* l'*anémie pernicieuse progressive*; *b.* la *cachexie*, due à la sténose du pylore, aux vomissements, aux troubles digestifs, à l'insomnie, et, très voisine, à ses dernières phases, de celle du cancer; *c.* la *tuberculose*; *d.* la *septicémie*, avec endocardite ulcéreuse, etc.

D'une façon générale, la **marche** de l'ulcère est essentiellement *chronique*, durant des années, trois à cinq en moyenne; elle est souvent coupée de *phases d'amélioration* plus ou moins longues; quelquefois, l'ulcère affecte des allures *rapides* aiguës, et alors il est précédé, pendant plusieurs semaines, de phénomènes analogues à ceux de la gastrite toxique, ou *foudroyantes*. Dans la moitié des cas, l'ulcère guérit; soit pour toujours, soit pour récidiver plus tard, soit en laissant après lui des suites plus ou moins fâcheuses : sténose du pylore, biloculation de l'estomac, adhérences au foie, etc. Dans l'autre moitié des cas, l'ulcère aboutit à la mort, qui peut être (23 p. 100) le fait d'une hémorragie, d'une perforation, de l'anémie progressive, de la cachexie, d'une transformation cancéreuse ou encore d'une affection intercurrente (27 p. 100).

PRONOSTIC. — Il varie selon les cas. Les ulcérations toxiques ou phlegmoneuses sont toujours excessivement graves; les ulcérations d'origine infectieuse, toxique, trophique, circulatoire, comportent un pronostic variable. De même, on doit toujours réserver le pronostic de l'ulcère, même guéri, puisque le cancer qui le complique si souvent ne peut apparaître qu'au bout de quelques années.

DIAGNOSTIC. — 1. Un certain nombre d'ulcérations et même d'ulcères restent complètement latents. — 2. Lorsqu'il existe des symptômes gastriques, on peut se demander *s'il y a ulcération gastrique*. Le diagnostic est surtout à faire avec les hématémèses des cirrhoses, de l'appendicite, et certaines gastrites hémorragiques (alcoolisme), où les hémorragies sont peu abondantes, et où l'examen du suc gastrique décèle une hypopepsie évidente. — 3. Lorsque le diagnostic d'ulcération gastrique est fait, il s'agit encore d'arriver à faire le *diagnostic étiologique*. Celui-ci s'impose dans la plupart des cas. Lorsqu'on se trouve en présence d'une affection stomacale chronique, et donnant lieu à des symptômes d'ulcération, il faut surtout penser à l'ulcère et au cancer. On examine attentivement les antécédents, l'évolution; on pèsera la valeur de chacun des symptômes (v. classiques), sans que l'on arrive toujours à dire s'il s'agit de cancer, d'ulcère simple ou d'ulcère transformé en cancer. — 4. Le *diagnostic du siège* n'est à faire que pour l'ulcère (v. classiques). — 5. Quant au *diagnostic des complications*, il devra surtout s'adresser, dans l'ulcère, à la péritonite et aux communications anormales avec un organe voisin.

TRAITEMENT. — En plus du traitement causal, et du traitement médical symptomatique (diète absolue, pansements au bismuth, etc.), on pourra, dans certains cas, exulceratio simplex en particulier, penser à un traitement chirurgical (v. les traités de chirurgie; la thèse de Savariaud; les cliniques de Dieulafoy).

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 142, p. 1703; n° 145, p. 1737, et 1906, n° 1, p. 10.

— Dans notre précédent article (1906, n° 1), une erreur typographique s'est glissée : p. 10, 2e col., 6e ligne, au lieu de « *élimination* de l'alcalinité » lire « *diminution* de l'alcalinité ».

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 5. — SAMEDI 13 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 13 JANVIER 1906. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — MÉDECINS DES HÔPITAUX. — *Le concours d'admissibilité* s'ouvrira le lundi 26 février 1906, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Le registre d'inscription sera ouvert à l'Administration centrale, du lundi 22 janvier au samedi 10 février inclusivement de midi à trois heures.

Le nombre des places d'admissibles sera annoncé aux candidats lors de la première séance.

Les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité.

— *Le concours de nomination* pour trois places de médecin des hôpitaux et des hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du concours d'admissibilité.

Seront admis à se présenter les candidats dispensés du concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles déclarés à la suite du concours du 26 février.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 10 janvier 1906 : MM. Chambard, 9; Dumas, 7; Crépin et Vaury, 5; Roullier, Mascarenhas et Jousset, 4; Riché (Louis), 2.

Séance du 11 janvier 1906 : MM. Chevallier (Albert), 13; Coryllas, 10; Marsan et Chandesris, 9; Pellot, 8; Bruel et Menard (Pierre), 7.

La prochaine séance aura lieu le samedi 13, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 11 janvier 1906 : MM. Chabrol, 14; Chastagnol, 13; Flurin, 12; Finault, 11; Charrier et Regnard, 10; Riberol, 9; Boncour (Paul), 8; Raulot-Lapointe, 6; Gras, 4.

La prochaine séance aura lieu le samedi 13, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE MEXICO met au concours, pour l'année 1905-1906, les questions suivantes :

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Mesures qu'il convient d'adopter contre la propagation de la maladie. — Prix : 500 dollars.

Fréquence de la lèpre dans la république mexicaine. Quels types revêt le plus souvent cette affection? Quelles sont les mesures à prendre pour éviter sa propagation? — Prix : 500 dollars.

Les bases du concours, prescrites par le règlement, sont les suivantes :

Les mémoires relatifs à ces questions devront être remis au secrétariat général de l'Académie, *avant le 1er octobre 1906, rédigés en espagnol*, sans signature, accompagnés d'un pli fermé contenant le nom de l'auteur, et sur la couverture desquels sera le titre ou signe particulier, placé en tête du mémoire.

Seront admis tous les travaux originaux, conduisant à la solution des demandes ci-dessus.

Les faits sur lesquels s'appuie l'auteur devront être originaux; il pourra utiliser les données étrangères; les uns et les autres seront dûment appréciés et rigoureusement vérifiés.

En désignant le mémoire qui aura obtenu le prix ou la récompense, on ouvrira le pli fermé correspondant pour proclamer l'auteur, et l'on mettra de côté les plis restants sans les ouvrir, à moins que les auteurs ne le permettent.

Tous les mémoires présentés à ce concours, récompensés ou non, resteront propriété de l'Académie, qui devra les publier, si le jury le demande et que l'Académie l'approuve, avec le nom de l'auteur, s'il le désire, ou sans nom.

Les plis fermés des mémoires non récompensés seront détruits au bout de six mois.

L'Académie supportera les frais d'impression de chaque mémoire récompensé, et dont les exemplaires, au nombre de 200, seront remis à leurs auteurs.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la première semaine, 969 décès, au lieu de 1009 pendant la semaine précédente (moyenne 1022). L'état sanitaire est donc normal. La rougeole continue à être fréquente.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 35, au lieu de la moyenne 44.

La variole a causé 1 décès (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 15 au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La rougeole a causé 21 décès, au lieu de 16 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 9; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 297, au lieu de 314 et 306 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 119.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 47, il s'élevait à 49 pendant la semaine précédente, la moyenne est 58. La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 5). La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 81, au lieu de 70 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 99.

La diarrhée infantile a causé 16 décès de 0 à 1 an, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 33 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 185 décès, au lieu de 210 pendant la semaine précédente (moyenne 208). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (moyenne 17); bronchite chronique, 22 (moyenne 28); pneumonie, 44 (moyenne 46); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 107 (moyenne 118), dont 31 sont dus à la congestion pulmonaire et 61 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 63 décès; les maladies organiques du cœur, 92; le cancer, 56; la hernie et l'obstruction intestinale, 9; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 36; enfin, 32 vieillards sont morts de débilité sénile.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, janv.-fév. 1906.) SOKALSKY : Les psychoses aiguës et leur classification. — Marcel BRIAND : Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. — GRINBAL : Les incendiaires (*suite*).

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 181, 10 janv. 1906.) C. ROBINOVITCH : Electrocution. Etude expérimentale avec un courant électrique de basse tension avec les tracés cardiographiques et respiratoires, critique de la méthode actuelle d'électrocution officielle. — LAQUERRIÈRE et DELHERM : Des méthodes électriques dans les maladies de l'intestin. — Wertheim SALOMONSON : Mesure des courants faradiques. — André BROCA : A propos de la mesure directe des courants faradiques. — CARÉ : Sinusoïdeur de courants (système Caré).

Archiv. für Kinderheilkunde. — (Vol. XLII, t. I et II.) NEUMANN. Traitement policlinique des affections infantiles. — JAPHA. Cuisine des nourrissons : résultats et but. — MAASS : Compte rendu du service de chirurgie. — SPIRO : Compte rendu du service d'ophtalmologie. — PELTESOHN : Compte rendu des services d'oto-rhinologie. — BISCHOFSWERDER : Compte rendu du service des enfants atteints de troubles de la parole. — BADT : Résultats du traitement des atrophiques et des prématurés de 1899 à 1904. — KOBRAK : Contribution statistique à la morbidité, la mortalité et au traitement du catarrhe intestinal du nourrisson. — BERGMANN : Maladies aiguës de l'intestin en 1904. — Ernst EWER : L'ictère catharral à Berlin. — OBERWORTH : Fréquence de l'hérédo-syphilis. — JAPHA : Fréquence, diagnostic et traitement du spasme de la glotte. — FOREST : Croup et diphtérie chez les nouveau-nés. — OBERWORTH : Crâne en forme de tour. — FOREST : Variations de la teneur en graisse du lait de femme; façon de recueillir le lait pour déterminer sa teneur en graisse. — NEUMANN : Arriération mentale chez les petits enfants. — (T. III et IV.) ENGEL : Pathogénie de l'hydrocéphalie interne congénitale; son influence sur le développement de la moelle. — ROSENHAUPT : Sur la question de la dégénérescence graisseuse du foie chez le nourrisson. — KORSAKOFF : Contribution à l'étude de la fièvre ganglionnaire. — DEVITZY et MOROSOW : Lymphangiome en forme de sac du grand épiploon. — RAHR : Un cas de sclérome chez une petite fille de six ans. — MOROSOW et CHATUNZEW : Rougeole et fièvre typhoïde évoluant simultanément. — LESCHZINER : Quelques considérations sur la méningite cérébro-spinale épidémique.

Bulgarie médicale. — (N° 1, janv. 1906.) — PÉTROFF : Le traitement chirurgical de la syndactylie par un procédé nouveau. — DOCTOROFF : Sur la présence des œufs de parasites intestinaux dans les matières fécales des typhiques.

Bulletin médical. — (N° 3, 10 janv. 1906.) CHAUFFARD : Sur les conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen. — CHASSEVANT : La responsabilité du médecin en cas de mort pendant la chloroformisation.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 1, 7 janv. 1906.) SABRAZÈS, MURATET et R. VIDAL : Le sang des aménorrhéiques par malformation génitale. Deux nouveaux cas. — SALIN : Serpent venimeux et rat infesté de trypanosomes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 1, 7 janv. 1906.) LALESQUE : Les injections d'eau de mer isotonique dans la thérapeutique infantile. — PITRES : Organisation et fonctionnement de la lutte antituberculeuse à Bordeaux et dans la région.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 1, 4 janv. 1906.) Paul DENIS : L'anesthésie générale à la scopolamine.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1906.) ALEZAÏS et WINKLER : Un cas de lèpre anesthésique.

Presse médicale. — (N° 3, 10 janv. 1906.) CHANTEMESSE et BORREL : La récente épidémie de choléra en Allemagne et ses renseignements. — CHAUFFARD : Coprologie clinique. Grains polléniques simulant des œufs de parasites dans les matières fécales. — NATTAN-LARRIER et André BERGERON : Du spirochæte pallida dans le sang des syphilitiques.

Semaine médicale. — (N° 2, 10 janv. 1906.) CHAUFFARD : La lithiase du cholédoque.

Tribune médicale. — (N° 1, 6 janv. 1906.) AGASSE, LAFONT et HARVIER : Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. — L.-H. PETIT : L'appendicite tuberculeuse.

REVUE GÉNÉRALE

LES PÉRIGASTRITES[1]

Par le docteur Albert CATZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

III

Symptomes et diagnostic. — La périgastrite est, nous venons de le voir, une lésion secondaire; aussi est-il souvent difficile, en clinique, de déterminer la part qui revient à la périgastrite et celle qui ressort à la lésion primitive. Nous n'aurons en vue, dans notre description, que la périgastrite *adhésive;* la périgastrite suppurée avec abcès simple ou gazeux a une symptomalogie spéciale et bien connue.

Il y a des cas où la présence des adhérences périgastriques ne se révèle par *aucun symptôme* appréciable; une intervention chirurgicale ou l'autopsie permet de constater l'existence d'adhérences que rien ne faisait soupçonner.

Lorsque la périgastrite se manifeste par des signes propres, son évolution permet de distinguer plusieurs formes cliniques. Tantôt, nous avons affaire à la *forme sténosante ;* dans ce groupe, il faut ranger tous les cas où les adhérences se développent surtout autour du *pylore;* ces adhérences, lorsqu'elles sont épaisses, scléreuses, engendrent, en même temps que la lésion causale, un rétrécissement du pylore. Le tableau clinique est alors celui de la *sténose pylorique* évoluant comme une sténose pylorique quelconque, ulcéreuse, cancéreuse, tuberculeuse, syphilitique ou autre. Aussi, laisserons-nous complètement de côté cette forme; elle ne présente rien de particulier du fait de la périgastrite.

La périgastrite adhésive des *faces* et des *courbures* succède dans l'immense majorité des cas à un ulcère de l'estomac; on retrouve donc, dans le passé clinique des malades, une époque où l'on a observé les signes classiques de l'ulcère. Puis, après une période plus ou moins longue, apparaissent de nouveaux troubles, imputables ceux-ci à la périgastrite proprement dite.

Ce sont, parmi les signes fonctionnels, *la douleur* et *les vomissements.*

La douleur est constante; le plus souvent *fixe*, siégeant à l'épigastre, elle irradie parfois vers l'épaule droite (adhérences gastrohépatiques) et surtout vers la région précordiale (adhérences gastrodiaphragmatiques). Son intensité varie depuis la simple gêne, jusqu'aux douleurs aiguës nécessitant l'emploi de la morphine. Ce qui caractérise surtout la douleur de la périgastrite, c'est sa *tendance à la continuité*, son exaspération *après les repas*, et l'influence de l'attitude du malade.

Au repos, la douleur est minime, mais, dès que certains malades se mettent debout, elle augmente; aussi, voit-on souvent les malades marcher, le corps ployé en avant, évitant les secousses, les fatigues; ils ne retrouvent le calme qu'étendus sur le lit.

Parfois, les douleurs augmentent pendant la *défécation*, particularité qui tient à des adhérences de l'estomac au côlon transverse (1). Des paroxysmes douloureux apparaissent fréquemment après les repas et ceci, quelle que soit la nature des aliments absorbés. C'est, qu'en effet, la douleur de la périgastrite est purement mécanique. Les adhérences suspendent l'estomac et le maintiennent en position élevée; il se trouve donc tiraillé par le poids des aliments; de même, dans la station debout, l'estomac, sollicité en bas par la pesanteur, lutte contre les adhérences; de cet antagonisme naît la douleur.

Les *vomissements* constituent, après les phénomènes douloureux, le signe le plus constant de la périgastrite; mais son intensité est très variable et, depuis le simple vomissement bilieux, ou muqueux, jusqu'à l'intolérance gastrique *absolue* et conduisant rapidement à la cachexie, on peut observer tous les degrés intermédiaires.

L'ictère dû à la compression du cholédoque par les adhérences est cité dans plusieurs observations (Hainebach, Merklen, Bouquet de la Jolinière, Mayo Robson). Le diagnostic entre la périgastrite et une sténose du pylore par calcul biliaire est alors particulièrement difficile. Mêmes douleurs, mêmes vomissements, l'ictère et jusqu'aux hématémèses qu'on voit parfois dans la périgastrite et que Bouveret, Alex, Schule, Gaillard ont signalées chez les malades ayant des calculs enchatonnés dans l'orifice pylorique ou dans le duodénum, donnent aux deux affections la même allure clinique. On tiendra grand compte surtout des antécédents du malade, l'ulcère plaidant en faveur de la périgastrite, alors que des coliques hépatiques antérieures indiquent une sténose d'origine biliaire.

En général, la périgastrite est *apryétique*, sauf aux moments des poussées *aiguës* au cours desquelles la fièvre monte à 38 et même à 39 degrés; mais les poussées sont rares et de courte durée.

Dupouy, Bouquet de la Jolinière ont insisté sur la fréquence de la dilatation de l'estomac dans la périgastrite et ils l'expliquent par les tiraillements incessants auxquels est soumis l'estomac. Mais à la lecture des observations on se rend facilement compte que *la dilatation* est toujours en rapport avec une périgastrite péripylorique, la dilatation est fonction *de sténose ;* dans les périgastrites des faces et des courbures, ce qui domine au contraire, c'est la *petitesse* de l'estomac. La grande courbure siège au-dessus de l'ombilic. Ce qui a donné lieu à la confusion, c'est que l'estomac, au cours de la périgastrite, est très souvent *insuffisant* sans qu'il y ait sténose, ni dilatation ; la sonde, mise à jeun, amène fréquemment des *débris alimentaires.* La périgastrite est une cause puissante de parésie gastrique, d'insuffisance de la motilité gastrique.

La percussion ou la simple chiquenaude, surtout chez les sujets maigres, fait parfois *contracter l'estomac en bloc.* On observe alors de fortes ondes péristaltiques,

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hopit.*, 1906, n° 2, p. 15.

(1) Westphalen et Frick. *Deuts. med. Woch.*, 28 déc. 1899.

bien qu'il n'y ait pas de sténose ; ce signe, quand il existe, est pour M. Hayem (1) d'une importance capitale pour le diagnostic. En général, l'onde est dirigée de haut en bas et de gauche à droite ; chez un malade, pourtant, Westphalen et Fick (2) ont vu les ondes se diriger constamment de droite à gauche, en sens inverse de la normale.

De tous les symptômes qu'on peut observer au cours de la périgastrite, les plus sûrs nous sont fournis par la *palpation*. Celle-ci peut cependant être négative dans les cas d'adhérences gastro-pancréatiques ; mais lorsqu'il s'agit de périgastrite antérieure, la palpation de la région épigastrique permet de constater ou des *frottements* comparables à ceux qu'on perçoit dans la péritonite tuberculeuse ou, plus souvent encore, une induration en nappe donnant la sensation d'un *blindage* sous-pariétal du creux épigastrique. Dans le cas où ce blindage existe, les sensations fournies à la main qui palpe, permettent de distinguer deux types cliniques de périgastrite antérieure avec tumeur.

Tantôt il s'agit d'une tumeur *gastro-hépatique sans participation de la paroi*. La palpation de la région épigastrique fait constater à *gauche* une résistance particulière du muscle grand droit, mais on ne peut pas délimiter la tumeur.

Tantôt il s'git d'une tumeнr *gastro-pariétale proprement dite*. Dans ce cas, la pression exercée sous les fausses côtes gauches provoque une douleur bien caractéristique ; de même le *soulèvement* du rebord costal gauche est très *douloureux*. La même exploration tentée au niveau des fausses *côtes droites* est sans effet.

C'est cette forme de périgastrite antérieure gauche à forme de tumeur gastro-pariétale, qui, de tout temps, a prêté à confusion avec le cancer.

Autrefois l'existence de troubles gastriques jointe à la présence d'une tumeur à l'épigastre était synonyme de tumeur maligne. Aujourd'hui on devrait presque dire que les cas où la tumeur épigastrique est très nettement perceptible à la main ne sont pas des cas de cancer. Il nous semble utile, à ce propos, de signaler avec Duplant, que les néoplasmes précardiaques pouvant faire saillie dans la zone épigastrique sont très rares. Les cancers de l'estomac occupant la partie préœsophagienne de la petite courbure sont profonds, le plus souvent inaccessibles à la palpation, et s'accompagnent ordinairement de signes de sténose cardiaque.

L'insufflation de l'estomac peut quelquefois mettre sur la voie du diagnostic ; au lieu d'une distension générale, l'estomac bridé, immobilisé, ne se distend qu'au niveau des portions restées libres ; mais cette méthode n'est pas exempte de dangers ; aussi faut-il la pratiquer avec prudence et s'arrêter à la moindre douleur (3) accusée par le malade.

Pour Ewald, le meilleur moyen de diagnostiquer la périgastrite serait l'éclairage électrique, la *gastrodiaphanie*, qui permettrait de voir les déplacements et les déformations de l'estomac. Mais ce moyen d'investigation exige une longue expérience et n'est pas à la portée de tous les cliniciens. Enfin on a cherché dans l'analyse du suc gastrique des éléments de diagnostic ; bien que, dans l'immense majorité des cas, l'hyperpepsie soit la règle, M. Hayem (1) a trouvé dans des cas nets de périgastrite l'hypopepsie et même dans un cas, l'apepsie. En somme, quoi qu'il n'y ait pas, comme nous venons de le voir, un signe pathognomonique de la périgastrite adhésive, on peut établir le diagnostic de cette affection sur une série de symptômes assez constants.

Chez un malade présentant depuis longtemps les signes d'un ulcère gastrique, l'apparition d'une douleur fixe, subcontinue, au niveau de la région épigastrique ; l'accentuation de cette douleur pendant la période digestive ou par le redressement du tronc ; sa persistance malgre un traitement diététique et médicamenteux, et l'existence d'une tumeur douloureuse sous-costale doivent faire songer à des adhérences de l'estomac.

Evolution. Pronostic. — L'évolution de la périgastrite est essentiellement variable ; elle est en rapport avec la localisation, l'étendue des adhérences, et l'état de l'ulcère causal.

En clinique, on distingue par ordre de gravité trois classes :

a. La périgastrite *bénigne* à petits accidents, dans laquelle les douleurs sont faibles et le malade peut se nourrir ; il vomit peu ou pas, et peut continuer à vaquer à ses occupations ; la santé générale n'est pas atteinte. C'est une infirmité plutôt qu'une maladie.

b. Les cas « moyens », où les sujets souffrent *constamment*. La souffrance est vive, les vomissements sont fréquents, souvent alimentaires. Le malade rationne son alimentation, dépérit et ne tarde pas à devenir *neurasthénique*. Cet état de dénutrition peut mettre sa vie en danger.

c. La périgastrite à accidents graves, où les douleurs sont incessantes, les vomissements fréquents, jusqu'à l'incoercibilité. Les malades maigrissent rapidement et la cachexie ne tarde pas à les enlever si une intervention opportune ne vient pas les sauver.

IV

Traitement. — Bien que la périgastrite soit essentiellement du ressort de la chirurgie, on doit toujours tenter, au début, un traitement médical. Le malade doit être mis au repos, au moins pendant la phase de la digestion gastrique ; on lui imposera un régime sévère et dans les cas où les manifestations cliniques de l'ulcère causal ne sont pas très anciennes, il est indiqué d'instituer un traitement médicamenteux approprié.

Les malades qui, guéris d'un ulcère de l'estomac, ont une périgastrite *légère* avec peu de troubles digestifs, bénéficient largement du traitement médical.

(1) In Th. Cabanne-Tellé. Loc. cit.

(2) Westphalen et Fick. *Deuts. med. Woch.*, 1899, p. 858.

(3) Vautrin. Loc. cit.

(1) In Th. Cabanne-Tellé. Loc. cit.

De même, les *poussées aiguës* cèdent ordinairement au traitement médical. Enfin dans les cas graves, on améliore l'état général des malades et l'intervention chirurgicale se fera dans de meilleures conditions. C'est tout ce qu'on peut obtenir par le traitement médical dans les cas graves; aussi ne faut-il pas le prolonger outre mesure; insister, ce serait exposer le malade à la gastrite médicamenteuse, et surtout à perdre un temps précieux, durant lequel il se cachectise, et court le risque d'une tuberculisation secondaire; l'échec du traitement médical, le retour des paroxysmes douloureux imposent l'intervention du chirurgien.

C'est pour avoir trop temporisé que Hainebach (1) a perdu ses deux malades. Il est, d'ailleurs, un fait admis pour la plupart des auteurs que les ulcères avec périgastrite étendue se cicatrisent très lentement, beaucoup plus lentement que l'ulcère simple, et qu'ils sont très rebelles à l'action du régime et des médicaments.

Schwarz a essayé l'*insufflation* de l'estomac dans le but d'assouplir et de déchirer les adhérences. Mais cette méthode ne peut rien sur les tractus durs des vieilles périgastrites et d'ailleurs elle peut être dangereuse en provoquant ou en favorisant la perforation d'un estomac dont les parois ont été amincies par l'ulcère causal.

L'indication *opératoire* dans les périgastrites est indiscutable :

a. Dans les cas où les adhérences ont un rôle nettement mécanique dans la genèse des troubles. Tels les cas de Mikulicz (2), de M. Segond (3) où les brides avaient produit une torsion de l'estomac ; tels les cas de Langerhans, de Pierheer (4) où une bride divisait l'estomac en deux poches ;

b. Dans les cas de périgastrite *sans tumeur* où les douleurs et les vomissements sont, par leur intensité, leur fréquence, leur résistance au traitement médical, une cause de dénutrition ;

c. Dans les cas où les adhérences, par la parésie gastrique qu'elles engendrent, provoquent la stase alimentaire et ce, en dehors de toute sténose du pylore ;

d. Dans les cas de périgastrites avec sténose vraie du pylore ;

e. Dans les cas de périgastrite avec *plastron épigastrique*.

Bien qu'on cite dans la littérature quelques cas rares de plastron épigastrique évoluant sans troubles, dans l'immense majorité des cas, les malades atteints de cette forme de périgastrite souffrent et dépérissent.

De plus, on doit prendre en considération, que fréquemment on trouve dans le plastron épigastrique de petits abcès comme cela est arrivé à Villar (5), à Feenwich (6); ces abcès sont une menace constante pour le péritoine.

(1) Hainebach. *Deuts. med. Wochens.*, 1897.
(2) Mikulicz, in Von Eisesberg. Loc. cit.
(3) Segond. Loc. cit.
(4) Langerhans, Peerher, in thèse Delay, Lyon 1904.
(5) Villar in Duplant. Loc. cit.
(6) Feenwick. *The. Lancet*, 1885, in th. Delay, Lyon 1904.

D'autre part, il faut songer à ceci, que les adhérences ne donnent qu'une sécurité trompeuse contre l'ulcère qui est sous le plastron. En effet, Delay cite trois observations où il existait au milieu des masses indurées des fistulettes faisant communiquer la cavité de l'estomac avec le plastron et où la perforation s'est accomplie par l'intermédiaire de ces fistules.

Enfin, ce qui doit toujours être présent à l'esprit, c'est que la périgastrite avec plastron est en général une complication des vieux ulcères ; or, ne sont-ce pas ces ulcères chroniques qui dégénèrent en cancer ?

Quelle sera cette intervention ?

Le nombre, l'étendue, l'épaisseur, les connexions des adhérences varient d'un cas à l'autre, et il est impossible de guérir toutes les périgastrites par un seul et même genre d'intervention. Mais quelle qu'elle soit, toute intervention exige une *laparotomie préalable* ; il y a même des cas où l'opération s'est bornée à la simple ouverture de l'abdomen.

Dans un cas de périgastrite intense, Brenner (1) constata à l'ouverture de l'abdomen une symphyse tellement étendue qu'il n'osa pas tenter la libération des adhérences ; la plaie abdominale fut fermée. Trois ans après cette laparotomie exploratrice, les douleurs avaient disparu, de même que l'intolérance gastrique. Il est probable qu'à la suite de la simple laparotomie, il y a eu résorption d'une partie des adhérences tout comme l'on voit la résorption des exsudats péritonéaux dans certains cas de péritonite tuberculeuse, à la suite d'une simple ouverture du ventre. Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels ; en général, on intervient directement sur les lésions.

L'intervention consiste selon les cas, soit dans la libération simple des adhérences, soit dans la gastroentérostomie, soit enfin dans la résection partielle de l'estomac avec ablation de l'ulcère calleux et de la tumeur inflammatoire qui l'entoure.

La *libération des adhérences* ou gastrolyse s'applique aux périgastrites avec adhérences *minces*, peu nombreuses, siégeant principalement au niveau de la face *antérieure* de l'estomac.

Pour éviter la récidive, Kelterborn recommande de toucher les surfaces cruentées au thermocautère (2). Guelliot, dans un cas, enduisit les surfaces cruentées de vaseline iodoformée ; mais leur enfouissement à l'aide d'un surjet séro-séreux après hémostase soignée est le procédé de choix. Lorsque la surface avivée de l'estomac est très étendue, Hartmann et Mayo Robson recommandent de la recouvrir avec le *petit épiploon* ; on peut aussi, comme l'a fait Guelliot, pour éviter tout contact, après l'opération, entre l'estomac et les organes voisins, fixer l'estomac, le foie, le côlon ; on fait une gastro, une colo ou une hépatopexie selon les circonstances.

Lorsque les adhérences siègent sur la face postérieure, la libération peut encore se faire, soit en

(1) Brenner. Ueber die chir. Behandlung des callosen Magengeschwurs, *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXIX, 1903, p. 737.
(2) Voir *Revue de chir.*, 10 oct. 1905.

pénétrant dans l'arrière-cavité par l'hiatus de Winslow, soit en faisant une brèche à travers le mésocôlon transverse, voie proposée par Vautrin. Mais l'intervention est alors pénible; elle peut être dangereuse : on n'opère pas sous le contrôle de la vue, on est dans l'impossibilité de péritoniser, l'hémostase est très difficile.

La gastrolyse n'est indiquée que dans les périgastrites *antérieures*; elle est alors une opération bénigne et ne mérite pas les reproches de Jaboulay, de Jonnesco, de Schwarz, d'être dangereuse et inefficace. En effet, l'ouverture de l'estomac au cours de la libération n'est pas un accident grave lorsqu'on opère sur la face antérieure. Tricomis, Brenner, Hofmeister, Korteweg et d'autres qui ont accidentellement déchiré l'estomac au cours de l'intervention ont facilement pu suturer la brèche ; il n'en résulta aucune suite fâcheuse pour les malades.

Quant aux résultats, ils sont excellents dans nombre de cas. Mais il y a des échecs; ils tiennent à plusieurs causes : chez quelques malades on est forcé de laisser un certain nombre d'adhérences parce qu'elles forment le fond d'un vieil ulcère ; chez d'autres, le défaut d'amélioration tient à une lésion concomitante, sténose du pylore (cas de Jaoboulay, de Loreta), estomac biloculaire (un cas de Hirschfeld) ; dans la plupart des cas, la persistance des troubles est due ou à *une récidive* de la *périgastrite*, ou enfin à l'existence d'un ulcère calleux contre lequel la gastrolyse ne peut rien.

La gastro-entérostomie et la résection sont les interventions indiquées dans les cas de périgastrite grave avec symphyse étendue ou dans les périgastrites avec tumeur.

La gastro-entérostomie a été pratiquée pour la première fois dans un cas de périgastrite par Doyen. Depuis, nombre de chirurgiens ont fait cette opération avec succès. Il suffit de libérer quelques centimètres seulement de la face postérieure de l'estomac pour établir l'anastomose. On ne touche pas aux adhérences. Eprouve-t-on des difficultés trop grandes pour libérer même la petite surface nécessaire de la paroi postérieure, ou bien l'état du malade commande-t-il d'aller vite, alors on peut se contenter d'une gastro-entérostomie antérieure.

Dans un cas, Hirschfeld (1) combina la gastro-entérostomie avec la gastrostomie. Au cours de l'abouchement, ce chirurgien introduisit, dans l'ouverture intestinale, un long tube en caoutchouc, le fixa par un catgut à la plaie gastro-intestinale; un des bouts libres plongeait dans l'intestin; l'autre, le supérieur, sortait par une plaie faite à l'estomac; il fut fixé à la paroi abdominale. Cette pratique, recommandée par Rutkowski (2) et Witzel (3) dans le but d'éviter le *circulus viciosus*, n'a pas été imitée dans des cas de périgastrite au moins. Hirschfeld pense que la pratique de Rutkowski-Witzel est surtout avantageuse parce qu'elle met l'estomac *au repos absolu*, bien que le malade puisse s'alimenter par le drain, aussitôt après l'opération.

(1) Hirschfeld. Loc. cit.

(2) Rutkowski. Zur Technik der Gastro-enterostomie, *Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 39.

(3) Witzel. Die Sicherüng der Gastro-enterostomie dürch Huntirfügung einer Gastrostomie, *Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 45.

Chez les malades avec périgastrite ancienne et cachectisés, cette considération a son importance; l'alimentation, par la fistule gastrique et le tube gastro-intestinal, est infiniment supérieure aux lavements alimentaires et même à l'alimentation faite à travers la *jéjunostomie*, opération exécutée par Maydl dans un cas de tumeur périgastrique (1).

En effet, dès que la fistule intestinale se ferme, l'estomac entre en fonction, la sécrétion gastrique et les mouvements péristaltiques irritent la face muqueuse de la tumeur, d'où danger de récidive; tandis qu'avec la gastro-entérostomie, le repos de l'estomac est complet.

Riedel (2), chez un malade atteint de périgastrite avec adhérences étendues au foie, n'osant pas faire une gastro-entérostomie, fixa le pylore à la paroi, et six jours après, il l'ouvrit, établissant ainsi une fistule pylorique par laquelle il alimenta son malade. Cinq semaines après, le malade est laparotomisé, le pylore fermé et libéré. Au cours de cette seconde intervention, on explora les parois de l'estomac; toute trace de tumeur avait disparu sans qu'on fût intervenu directement. Le repos de l'organe avait suffi à amener ce résultat.

En 1888, Billroth (3) exécuta la première résection partielle de l'estomac dans un cas de périgastrite avec tumeur. Depuis, cette opération a été pratiquée par Krogius (4), Klaussner (5), Faure (6), Mikulicz (7), Brenner, Schwarz et d'autres.

La technique n'a rien de particulier à la périgastrite, sauf en un seul point.

La tumeur gastrique pénètre parfois profondément dans les viscères voisins : foie, pancréas, etc. Après libération des adhérences, il reste de véritables cavernes, particulièrement au niveau du foie.

Lindner (8) cautérisa toute la surface de la cupule hépatique au thermocautère; Schwarz, dans plusieurs cas, se contenta de tamponner à la gaze iodoformée, la caverne hépatique ; la mèche sortait par le bout supérieur de la plaie abdominale. Fait intéressant : la surface cruentée de la cupule hépatique qui reste après l'isolement de la tumeur, ne *saigne pas* beaucoup. Cela tient, d'après Brenner (9), à ce que, tout autour de la tumeur, il se forme une couche protectrice de tissu conjonctif dur et, lors de la libération de la tumeur, ce n'est pas le tissu même du foie qui se trouve à nu, mais la couche conjonctive péritumorale de défense. Le choix entre ces deux interventions : gastro-entérostomie ou résection, est difficile à faire. Quelquefois il est imposé, dès le début de

(1) Maydl. *Mittheilüng aus d. Grentgib. d. Med. Ch.*, Bd. III, Heft. 4.

(2) Riedel. *Langenb. Arch.*, Bd. XLVII.

(3) Billroth, in Von Eisesberg. Loc. cit.

(4) Krogius. *Centralbl. f. Chir.*, 1896, p. 538.

(5) Klausner. *Munch. med. Woch.*, 1896, p. 863.

(6) Faure in Th. Dupouy. Loc. cit.

(7) Mikulicz. *Berlin. klin. Woch.*, 28 juin 1897.

(8) Lindner et Kuttner. *Die Chirurgie des Magens*, Berlin 1898.

(9) Brenner. Loc. cit.

l'opération, par les connexions mêmes de la tumeur.

En effet, lorsque la périgastrite fait adhérer l'estomac à la paroi abdominale, il arrive que, pendant l'incision pariétale, l'estomac est ouvert sur une grande étendue; ou encore, l'ouverture du péritoine s'est faite sans incident, lorsque, au moment de procéder à la libération de la tumeur, l'estomac est largement déchiré; dans ces cas, la résection est tout indiquée. Dans quelques cas, l'estomac faisait tellement corps avec la paroi abdominale, que la tumeur gastro-pariétale a été enlevée en bloc, comme une tumeur maligne. Mais, dans les autres cas, on ne peut édicter une ligne de conduite. La résection est l'opération de choix dans les périgastrites avec pénétration profonde de la tumeur, dans la paroi abdominale antérieure; la gastro-entérostomie est indiquée surtout dans les cas de symphyse étendue sans tumeur; dans les périgastrites avec tumeur, la gastro-entérostomie est indiquée toutes les fois que le mauvais état du malade commande d'aller vite et que la tumeur peut, de par son siège à la petite courbure ou à la région pylorique, être soustraite par la gastro-entérostomie à l'action irritante du contenu stomacal et des mouvements péristaltiques de l'estomac.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1906)

Hydronéphrose par coudure de l'uretère. — M. BAZY croit avoir trouvé l'explication étiologique de certains cas d'hydronéphrose par coudure de l'uretère dans le fait anatomique suivant : selon que l'uretère se trouve devant ou derrière une artère anormale, allant de l'aorte abdominale au rein, cet uretère, le rein venant à s'abaisser, se trouvera accroché par l'artère, s'il est derrière cette artère, en conséquence, se coudera et déterminera de l'hydronéphrose; au contraire, s'il se trouve passer devant l'artère, le rein pourra s'abaisser et l'entraîner avec lui sans qu'il soit retenu par l'artère et qu'il y fasse un coude.

Chirurgie des voies biliaires. — Dans la dernière séance, M. DELBET est entré dans des considérations anatomiques ayant pour but d'expliquer la rétraction de la vésicule biliaire dans un grand nombre de cas d'obstruction biliaire. Si, disait-il, le calcul ou le néoplasme, l'obstacle au cours de la bile siège dans le canal double, canal hépatico-cystique, la vésicule biliaire, devenue inutile, se rétracte.

M. HARTMANN revient sur cette question et ne croit pas qu'on puisse admettre l'explication fournie par M. Delbet, attendu qu'il a observé un grand nombre de cas de dilatation plus ou moins grande de la vésicule biliaire, alors que les calculs ou le cancer siégeaient dans le canal double, en amont de la vésicule biliaire. L'explication fournie par M. Delbet reposait donc, d'après M. Hartmann, sur une erreur.

M. Delbet ne manquera certes pas de répondre à M. Hartmann.

Prolapsus du rectum. — M. PICQUÉ rapporte l'histoire d'un malade plusieurs fois opéré de prolapsus rectal par l'opération de Gérard-Marchant et que son élève, M. Lenormand, a opéré avec succès, jusqu'ici, par le procédé de Kirsch. Toutefois dans les cas graves, M. Picqué estime que la colopexie reste l'opération de choix et il ne pense pas que la suture aux fils d'argent de Kirsch puisse y suppléer.

Enfin il fait remarquer qu'on a vu des récidives de prolapsus du rectum opérés après trois ou quatre ans. Il faut donc attendre pour se prononcer définitivement sur la valeur de la guérison obtenue chez le malade de M. Lenormand.

Perforation de l'estomac. — M. BAZY fait un rapport sur deux cas de perforation par ulcère rond de l'estomac communiqués par M. LAPEYRE (de Tours) et opérés par lui. Dans le premier cas, il s'agissait d'une perforation comme une pièce d'un franc; le malade était déjà en pleine péritonite. M. Lapeyre fit la suture, mais le malade succomba sept jours après.

Dans le second cas, il s'agissait d'un ulcère de la paroi antérieure avec fistule gastro-cutanée. C'était une femme de trente-deux ans qui, à dix-sept ans, après une chute, avait ressenti les premières atteintes de son mal. Elle ressentait des douleurs profondes, lancinantes, et présentait un empâtement qu'on attribua d'abord à une tuberculose costale. Elle se maria; deux ans après elle eut un enfant bien portant; puis elle fut reprise de douleurs atroces au niveau du creux épigastrique, et une tumeur se forma, à ce niveau, qui s'ouvrit spontanément et donna issue à un liquide corrosif; en même temps, la malade maigrit, on constatait des craquements aux sommets pulmonaires; l'orifice de la fistule était entouré d'une zone rouge, déterminée par l'écoulement continuel du suc gastrique. On pouvait voir, à travers cette fistule, la face interne de l'estomac.

M. Lapeyre pratiqua chez cette malade une opération; il fit une incision oblique, chercha un plan de clivage pour séparer la muqueuse, réséqua les bords de la fistule et fit une réunion à trois plans. La guérison opératoire fut facile; la malade engraissa et elle semblait devoir se remettre complètement quand elle fut emportée, dix mois après, par une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

Ces cas de fistules gastro-cutanées sont rares et les exemples de guérison de ces fistules sont également exceptionnels. A ce titre, l'observation de M. Lapeyre est intéressante.

Corps étrangers de l'estomac. — M. CHAPUT fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Ruysen (de Boulogne). Il s'agissait d'une femme qui avait avalé son dentier. On fit une gastrostomie et, en remontant dans l'œsophage, on put en extraire le dentier qui y était resté.

Drainage lombaire dans les péritonites appendiculaires. — M. VILLEMIN fait une intéressante communication sur le drainage lombaire après les opérations pratiquées dans les cas d'appendicites avec abcès ou avec péritonite. Chez plusieurs malades, M. Villemin a eu recours à ce mode de drainage qui lui a toujours donné les meilleurs résultats.

M. REYNIER, avec M. Chaput, préfère à ce drainage lombaire l'ouverture des abcès par la voie rectale et se sert, dans ce but, de la pince dilatatrice du col de Segond, à laquelle il a ajouté une sorte de troquart, qui permet d'ouvrir des abcès pelviens par la voie rectale sans risquer de léser les artères hémorroïdales.

Corps étranger du tube digestif. — M. Broca présente une épingle de cravate qui a été avalée par un enfant et rendue par l'anus sans accidents.

M. Le Dentu, à ce propos, rapporte l'histoire d'un enfant de trois mois qui avait avalé une épingle de nourrice ouverte et qui a rendu cette épingle, toujours ouverte, par l'anus soixante-douze jours après. Les radiographies successives avaient permis de se rendre compte que le corps étranger cheminait lentement à travers le tube digestif. Cet enfant ne présenta aucun accident.

M. Segond a eu à traiter en même temps deux enfants de sept ans, dont l'un avait avalé une plume à écrire et l'autre une épingle à cheveux.

La radiographie permit de s'assurer que les corps étrangers, arrivés à un certain point du tube digestif, n'en bougeaient plus. Ces deux enfants furent laparatomisés et les corps étrangers furent extraits. Chez l'enfant qui avait avalé l'épingle à cheveux, celle-ci se trouvait dans la deuxième portion du duodénum, dont il ne restait plus que la séreuse au niveau du corps étranger. Ces deux enfants ont bien guéri.

M. Le Dentu cite l'exemple d'un Arabe qui avait avalé une énorme quantité de clous et qui en est mort.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les anaérobies dans le pus des abcès dysentériques du foie et du cerveau en Egypte. (H. Legrand et E. Axisa. *Deut. med. Woch.*, 7 déc. 1905, n° 49, p. 1959.) — Legrand et Axisa étudiant à Alexandrie les abcès dysentériques du foie ont été frappés par deux faits : d'abord au point de vue anatomo-pathologique il existe constamment une nécrose tout à fait spéciale du parenchyme hépatique ; en second lieu l'examen direct du pus montre souvent l'existence de microbes alors que les cultures restent stériles.

Ils ont donc recherché la présence dans le pus de microbes anaérobies, chez quatre malades atteints d'abcès dysentériques du foie et dont deux présentèrent de plus un abcès du cerveau. Dans les quatre cas ils ont constaté, dans le pus des abcès tant hépatiques que cérébraux, la présence de microbes anaérobies à l'exclusion des aérobies ; de plus au niveau d'un abcès cérébral ils ont décelé la présence d'amibes.

A. LEMIERRE.

Bactériologie et épidémie de la dysenterie chez l'enfant. (Jehle. *Jahrb. f. Kind.*, oct. 1905.) — La dysenterie est beaucoup plus fréquente chez l'enfant qu'on ne l'a cru jusqu'ici, surtout si l'on envisage les cas sporadiques. Ceux-ci relèvent, le plus souvent, d'une infection d'origine alimentaire. Ils frappent surtout les nourrissons à l'époque du sevrage et de la substitution, au lait maternel, de lait de vache.

Les agents de la dysenterie infantile ne sont pas uniques, l'on doit au moins considérer actuellement comme tels le bacille type Kruse-Shiga, et le bacille type Flexner. Les infections à type Flexner se distinguent par leur extrême contagiosité. Les cas sporadiques dus au bacille de Flexner paraissent présenter une gravité variable : elle peut dépasser celle des infections à type Shiga. Dans les selles de malades, on retrouve exclusivement un type de bacille ; le sérum des mêmes malades agglutine l'une ou l'autre des variétés de bacilles précités, mais il agglutine aussi le bacille typhique à 1/20, et très souvent, le coli-bacille. Dans les autres affections intestinales (dyspepsie, diarrhée d'été, choléra infantile), jamais on ne trouve dans les selles les bacilles dysentériques, jamais le sang des enfants ne décèle une réaction positive.

L. BABONNEIX.

Les polynévrites de la coqueluche. (Georges Richaud, Th. de Bordeaux, 1905 ; Cadoret imprimeur.) — L'auteur conclut que les polynévrites sont, parmi les paralysies de la coqueluche, de beaucoup les plus rares. Cinq cas seulement lui paraissent indiscutables : ce sont ceux de Simionesco, Michel, Mœbius, Moussous, Moussous et Cruchet. Dans les observations de Piron et de Guinon l'origine serait vraisemblablement tuberculeuse, et dans celles de Mackey la rougeole aurait joué un rôle aussi important que la coqueluche. Ces polynévrites, qui ont pour point de départ pathogénique la toxi-infection, affectent trois formes cliniques : *localisée*, *généralisée*, *pseudo-tabétique*. Leur diagnostic présente les plus grandes difficultés ; il est même quelquefois impossible, au moins au début. Ces difficultés tiennent surtout : 1° au jeune âge des sujets ; 2° à la fréquence de l'association de la polynévrite avec la poliomyélite et la polioencéphalite ; 3° à la similitude des symptômes, principalement à la période de début, entre la polynévrite et la poliomyélite antérieure.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Colohépatopexie ou substitution colique dans le traitement des adhérences périgastriques après les opérations sur les voies biliaires. (E. Wyllys Andrews. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XLV, n° 12, 16 sept. 1905, p. 819-821.) — Les adhérences des voies biliaires sont inévitables après une affection de celles-ci et après une opération. Sauf dans un petit nombre de cas, elles ne causent pas de symptômes, n'ont pas d'inconvénients et sont même, jusqu'à un certain point, utiles. Dans les quelques cas où elles causent des troubles, ceux-ci sont dus à une mauvaise position des organes beaucoup plus qu'aux adhérences elles-mêmes. Le côlon, la vésicule, le duodénum et le pylore peuvent adhérer entre eux sans qu'il en résulte aucun trouble. Mais si l'adhérence se fait avec les parties de l'estomac autres que le pylore, la gastralgie persiste ou même s'aggrave après l'opération. Le côlon, lui, peut adhérer au foie, même par une large surface, sans que ses fonctions soient le moins du monde troublées.

Etant donné que les adhérences sont inévitables, qu'elles se reproduiront après opération, que l'interposition de membrane de Cargile ou de poudre d'aristol est un moyen totalement inefficace pour empêcher cette reproduction ; étant donné d'autre part que les adhérences gastriques donnent seules lieu à symptômes, que les adhérences coliques sont absolument inoffensives, il est absolument logique, selon Andrews, de diriger l'opération vers la production de ces adhérences coliques. Après avoir libéré les organes, il fixe le côlon au foie dénudé par plusieurs points de suture. Il a suivi cette technique avec excellents résultats dans six cas d'adhérences post-opératoires douloureuses ; et il croit que maint cas de gastralgie post-opératoire, traité par la gastro-entérostomie, eût été plus rationnellement et plus efficacement traité par cette méthode.

F. GARDNER.

Anastomoses et transplantations vasculaires. (Carrel. *Amer. Med.*, 12 août 1905.) — Carrel, expérimentant sur des chiens dans le but d'améliorer la technique opératoire des anévrismes a pu remplacer un segment d'artère réséqué par

un segment de veine de même longueur. Après résection d'un segment de carotide ou de fémorale, il sutura à la place un segment de jugulaire ou de veine fémorale. A la fin de l'opération, la circulation artérielle se rétablit immédiatement. La suture et la paroi veineuse résistent parfaitement à la tension intra-artérielle, et la circulation semble normale dans le segment sous-jacent à l'anastomose. F. GARDNER.

OBSTÉTRIQUE

Hémorragie soudaine d'origine ovarienne sans grossesse extra-utérine. (Wheelton Hind. *Brit. med. Journ.*, n° 29, p. 189.) — On est tenté d'admettre que toutes les hémorragies pelviennes ou intra-péritonéales qui ne sont pas causées manifestement par des ruptures de vaisseaux, par des tumeurs ou par des blessures vasculaires, sont dues à une grossesse extra-utérine. Cependant l'apoplexie ovarienne, habituellement limitée à la vésicule de Graafe, peut causer une rupture de l'ovaire avec hémorragie consécutive dans le péritoine; dans certains cas l'effusion de sang peut être très abondante.

Quelques faits de ce genre ont déjà été publiés. M. Wheelton Hind rapporte une observation des plus intéressantes complétée par l'examen histologique. Elle a trait à une femme d'ailleurs bien portante, habituellement bien réglée et mariée depuis six semaines. Elle fut saisie brusquement d'une douleur vive dans l'abdomen, accompagnée de pâleur, petitesse du pouls et lipothymie. Son état était si alarmant que la question d'une intervention fut écartée. Le lendemain matin, après une amélioration momentanée, il survint une nouvelle attaque de collapsus et l'auteur fut appelé à examiner la malade. Elle présentait tous les signes d'une hémorragie grave de la cavité abdominale. Par le vagin on constatait simplement que la sensibilité était plus grande à gauche qu'à droite.

Après avoir pratiqué une injection de sérum, on endormit la malade et l'abdomen fut ouvert. Après avoir enlevé de nombreux caillots et constaté que l'utérus et les trompes n'offraient rien d'anormal, on découvrit que l'ovaire gauche présentait un orifice de rupture d'où le sang suintait. Il fut extirpé avec la trompe correspondante et la malade guérit.

Le résultat de l'examen histologique de la pièce fut le suivant : la trompe était saine aussi bien à la coupe qu'à l'œil nu; l'ovaire renfermait un kyste hématique provenant d'un corps jaune récent. Il était rempli de fibrine mais ne contenait aucune trace de villosités choriales ni de tissu décidual.

Au début, malgré la régularité de la menstruation on avait diagnostiqué une rupture de grossesse ectopique et le chirurgien fut surpris de constater que les trompes étaient saines; on pensa alors à une grossesse ovarique mais l'examen histologique détruisit également cette hypothèse et démontra qu'il s'agissait d'une tumeur ovarique consécutive à une apoplexie folliculaire. A. HOUSQUAINS.

Un cas de grossesse intra-utérine et extra-utérine simultanée. (H. T. Miller. *Medical Record*, 7 oct. 1905, vol. LXVIII, n° 15, p. 580.) — Une femme de quarante ans, ayant eu deux enfants, voit ses règles devenir irrégulières pendant l'automne de 1904. En novembre la fosse iliaque droite devient proéminente. En janvier 1905, la menstruation manque. En février, hémorragie profuse, signes d'avortement imminent. Au milieu de mars, pelvi-péritonite très aiguë. Pendant toute la période d'octobre 1904 à mai 1905, douleur presque constante dans la région ovarienne droite. En mai 1905, Miller trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant et un utérus considérablement augmenté de volume. Le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé et à l'opération, on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur kystique composée d'une enveloppe membraneuse semblable à celle d'un kyste de l'ovaire. Quelques-unes des nombreuses adhérences autour de la tumeur sont d'origine récente. Le pédicule est formé par la trompe droite. L'utérus ressemble beaucoup à un utérus gravide. Parois de la tumeur épaisses de 3 millimètres, au pôle inférieur se trouve une masse ressemblant en tous points à un placenta : le centre de cette masse est épais d'environ 2 centimètres et demi, tandis que la périphérie se confond avec la paroi du kyste. Dans le pédicule, on trouve un caillot sanguin organisé qui vient faire saillie dans la cavité du sac. Cette dernière cavité est remplie de sang foncé, dans lequel flottent des masses ressemblant à des tissus désorganisés, probablement le fœtus ayant subi des changements régressifs.

L'opération dure vingt-cinq minutes. Le surlendemain matin, fausse couche de quatre mois, puis guérison sans incidents. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie interne (1), par M. G. Lemoine.

Les traités de pathologie interne se multiplient depuis quelques années. Les traités Charcot-Bouchard et Brouardel-Gilbert sont en cours de réimpression, l'ouvrage de M. Collet s'ajoute aux manuels classiques de MM. Dieulafoy et Laveran et Teissier, MM. Debove et Sallard viennent de publier un *Traité élémentaire de clinique médicale*. M. Lemoine, dont nos lecteurs connaissent déjà les recherches de thérapeutique, fait paraître à son tour un nouveau *Traité de pathologie interne*, composé de deux volumes. Le premier comprend les *maladies infectieuses*, les *maladies de la nutrition*, les *maladies du sang*, les *maladies des voies respiratoires*, les *maladies des organes de la circulation*, du *péricarde*, du *cœur* et des *vaisseaux*, le second, les *maladies des voies digestives* : bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestin, péritoine et glandes annexes, les *maladies du rein*, les *maladies nerveuses* : maladies des méninges, du cerveau, du cervelet, de l'isthme de l'encéphale, de la moelle, des nerfs, myopathies, névroses, et, enfin les *intoxications*. Il est difficile d'analyser un tel ouvrage. Ce qui nous a le plus frappé, en lui, c'est le souci qu'a eu l'auteur, d'être exact et complet. Toutes les questions qui intéressent le médecin y sont exposées, toutes y sont mises au courant des plus récentes recherches. Les plus modestes y sont suffisamment traitées et celles qui, d'habitude, sont écartées des ouvrages analogues, sous le prétexte qu'elles n'intéressent que les spécialistes, ont également trouvé place dans ce livre. Chaque chapitre forme un tout, et le traitement n'y est pas négligé. Le livre de M. Lemoine sera lu avec intérêt par tous ceux qui, sur un sujet donné de pathologie interne, veulent acquérir rapidement des notions précises. L. BABONNEIX.

(1) 2 vol. in-8° avec nombreuses figures. — Prix : 16 francs. — Paris, Vigot frères.

Electrothérapie clinique (1), par LAQUERRIÈRE et DELHERM, avec préface du professeur D'ARSONVAL.

L'excellent livre de MM. Laquerrière et Delherm est essentiellement destiné aux praticiens; il a pour but de donner à tous les médecins des notions simples et élémentaires d'électrothérapie, de leur expliquer les raisons de son emploi, de les renseigner sur les indications et les contre-indications des diverses méthodes.

Il se propose aussi de fournir à ceux d'entre eux qui veulent faire quelques applications, la technique détaillée des procédés simples n'exigeant ni un appareillage coûteux ni un long apprentissage.

L'électro-physique est réduite considérablement, les formules sont bannies de ce chapitre, et sa compréhension est facilitée par des comparaisons avec l'hydraulique.

Les auteurs, après avoir décrit les appareils simples, exposent la manière de les utiliser, en insistant sur les moyens à employer pour vérifier leur fonctionnement et obvier à leur dérangement.

L'électro-diagnostic est exposé d'une manière succincte et claire. Le système nerveux, le tube digestif sont décrits d'après les conceptions nouvelles auxquelles sont arrivés leurs auteurs d'après leurs travaux antérieurs sur ces questions. On y trouvera aussi, groupées en un chapitre, les différentes applications de l'électricité aux affections chirurgicales, et aux accidents du travail. La radiothérapie, ses indications, ses contre-indications, y sont également traitées. Le livre se termine par les applications gynécologiques.

En somme, cet ouvrage est essentiellement clinique, et, se gardant d'un enthousiasme excessif, il permet de préciser le champ d'action de l'électrothérapie et de la radiothérapie.

L. BABONNEIX.

L'acide formique et la force musculaire (2), par le docteur CLÉMENT (de Lyon).

Le docteur Clément consacre à l'acide formique une monographie que la maison Vigot frères a éditée de façon charmante avec de nombreuses reproductions de gravures anciennes dans le texte.

L'auteur revendique hautement la paternité des premiers travaux vraiment scientifiques sur l'acide formique et les formiates, et l'on sait de reste la faveur inouïe dont ces médicaments ont été entourés dans ces derniers temps. Sans vouloir en faire, comme certains intéressés, la panacée universelle, le docteur Clément tend à prouver par une étude physiologique bien conduite que l'acide formique exerce une action puissante et salutaire sur le système musculaire, le cœur, la respiration, le muscle vésical des vieillards et certains tremblements. Il est incontestable que ce médicament est un excellent tonique, et en cela nous sommes d'accord avec l'auteur, mais où nous nous séparons de lui, avec grand regret d'ailleurs, c'est quand il prédit que l'acide formique détrônera l'alcool et le remplacera. Il nous est douloureux de heurter les illusions généreuses de notre confrère, mais nous ne voyons guère la masse des consommateurs qui garnissent les tables des cafés ou qui stationnent devant le zinc reluisant des assommoirs, abandonner un jour l'absinthe pour le formiate de soude.

(1) In-18 jésus avec 21 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) In-8, 280 p. — Paris 1906, Maloine.

Cela n'empêche pas le livre du docteur Clément d'être agréable et instructif à lire. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Radioscopie, radiographie, radiothérapie (1), par L.-K. RÉGNIER.

L'auteur passe en revue dans ce manuel les applications techniques et cliniques de la découverte de Röntgen à la médecine, à la chirurgie, aux accouchements. L'ouvrage est clair et complet bien que concis. Il nous faut faire quelques réserves sur les chapitres relatifs à la radiothérapie : la radiodermite y semble trop souvent considérée comme un moyen ou comme un but. Les indications quantitatives formulées pour la provocation de ces radiodermites sont d'ailleurs prudentes, nous ne croyons même pas qu'il « suffise d'une séance où l'on fait absorber 4 H en sept ou huit minutes » pour obtenir la guérison de certaines affections « par une seule poussée de radiodermite aiguë du second degré ». Mais avant tout c'est un principe discutable que celui de la radiodermite utile ou nécessaire. G. LEGROS.

La responsabilité. Etude de socio-biologie et de médecine légale (2), par le docteur MORACHE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

On admet aujourd'hui que les déments ne sont pas seuls irresponsables, mais que toute une série de facteurs peuvent diminuer ou annuler la responsabilité. L'auteur étudie tous ces facteurs : hérédité, déchéance physique ou psychique; l'influence du milieu, des intoxications, des névroses; la sexualité féminine; le facteur misère est à l'origine de la criminalité; c'est lui qu'il faut, avant tout, combattre.

Enfin le docteur Morache montre combien il est difficile d'évaluer le degré de responsabilité d'un prévenu, et quelles règles il faut suivre pour porter son jugement.

L. ALQUIER.

Contribution à l'étude étiologique des othématomes, par Roger HORTELOUP. In-8° de 562 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Steinheil.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PLACE DE MÉDECIN A PRENDRE IMMÉDIATEMENT, par suite de décès, à Gaillon (Eure). — On céderait à bonnes conditions les livres et les instruments. — S'adres. au journal.

(1) 1 vol. in-12 de 210 p. avec fig. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

(2) In-16 de 275 p. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 6. — MARDI 16 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. MARDI 16 JANVIER 1906. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le service du personnel a l'administration centrale de l'Assistance publique. — A la suite de la désignation de M. Caillens comme chef du service du personnel en remplacement du regretté M. Lejars, le service vient d'être divisé en trois bureaux.

Premier bureau : Personnel administratif, M. Daumy, sous-chef.

Deuxième bureau : Personnel hospitalier, ouvrier, retraites et comptabilité, M. Durand, sous-chef.

Troisième bureau : Personnel médical, M. Aubert, sous-chef.

— Chirurgiens. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 26 mars 1906, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 19 février au samedi 3 mars inclusivement.

— Internes en pharmacie. — Le concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1906, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mercredi 14 mars 1906, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, quai de la Tournelle, 47.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er février jusqu'au samedi 24 du même mois inclusivement.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 13 janvier 1906 : MM. Brissaud et Fouraine, 13; Guyader, 12; Lyon-Caen, 11; Roux (Georges), 9; Pénard, 8; Bertier, 6; Pironneau, 4; Perrier, 2.

Séance du 14 janvier 1906 : MM. Roux (Jean), 13; Wolfromm, 10; Monnet et Vézard, 9; Laganne, 8; Faugeron, 7; Poirrier, 6; Ymonet, 5; Potelet, 3.

La prochaine séance aura lieu le mardi 16, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 13 janvier 1906 : MM. Deroide et Leconte, 12; de Brunet de Serbonnes et Mlle Debat-Ponsan, 11; MM. Lorin, 10; Dehelly, 9; Giraudeau, 8; Auguste et Canque, 7; Mornet, 6.

La prochaine séance aura lieu le mardi 16, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Benoit, ancien maire de Privas, médecin en chef de l'asile d'aliénés, chevalier de la Légion d'honneur.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Le chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix sera maintenu en exploitation pendant tout l'hiver 1905-1906, pour le transport des voyageurs, de leurs bagages et des marchandises à grande vitesse.

Des hôtels restent ouverts à Chamonix toute l'année.

— Le train de jour « Côte d'Azur rapide » (départ de Paris à 9 heures du matin, arrivée à Nice à 10 h. 50 soir), que la Compagnie a remis en marche, a repris sa vogue de l'hiver dernier.

Aussi, arrive-t-il quelquefois que des voyageurs n'y trouvent pas de places de leur choix, au moment du départ.

La Compagnie P.-L.-M. recommande aux personnes qui désirent emprunter ce train, d'avoir la précaution d'y faire retenir leurs places d'avance, soit à la gare de Paris-Lyon, soit aux bureaux de Saint-Lazare de la rue Sainte-Anne.

On rappelle, à ce sujet, que le train est accessible aux voyageurs de 1re classe ordinaires (sans supplément), qui se rendent à Toulon et au delà.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La question sexuelle exposée aux adultes cultivés, par Auguste Forel. In-8° de 6c8 p. — Prix : 10 francs. — Paris, Steinheil.

Physiologie de la lecture et de l'écriture, par E. Javal. In-8° cart., 296 p. — Prix : 6 francs. — Paris, Alcan.

Guide pour l'emploi de l'électricité en médecine (Principales applications de l'électrothérapie et de la radiothérapie), par le docteur H. Guilleminot, ancien chef du laboratoire d'électrobiologie du professeur Ch. Bouchard, à l'hôpital de la Charité. In-16 de 68 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Steinheil.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 2, 9 janv. 1906.) Er. Aievoli : Contribution à l'anatomie pathologique du nævus kératosique. — L. Thorel : Du prurit dans la syphilis. — J.-P. Tessier : Cas typique d'angine de poitrine. Pathogénie. — G. Tissserand : Luxations du nerf cubital. — F. Mazel : Le service de deux ans et les médecins.

Bulletin médical. — (N° 4, 13 janv. 1906.) Reclus : Plaies par instruments tranchants du conduit laryngo-trachéal.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 1, 6 janv. 1906.) Jessen : Un cas de cancer et de tuberculose du poumon diagnostiqué pendant la vie. — Massini : Un cas de fièvre typhoïde sans agglutination.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 4 janv. 1906.) Neisser : Recherches sur la transmission de la syphilis au singe. — Ribbert : Sur la tuberculose miliaire. — Stintzing : Traitement des paralysies. — Schlesinger : Pseudo-ostéomalacie syphilitique et hystérique. — Braun : Les indications et les limites de l'anesthésie locale. — Kühtner : Que ressort-il pour le praticien de la chirurgie rénale ? — Werner et Lichtenberg : Action des injections de choline sur le nombre des leucocytes du sang du lapin. — Schmidt Rimpler : Le traitement mercuriel dans les maladies des yeux. — Schultz : Lymphangite gonococcique et métastases gonococciques sans gonorrhée appréciable des muqueuses.

Journal des praticiens. — (N° 2, 13 janv. 1906.) Barth : Éléments du pronostic dans la pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 23, 2 déc. 1905.) Gerster : Le système américain de disposition des hôpitaux. — Morissey : Tachycardie essentielle et paroxystique. — Homer Wakefield : Mécanisme de la production des refroidissements. — Henrik Stern : L'examen des fèces ; sa valeur dans le diagnostic des affections intestinales ayant leur origine dans les autres parties du tube digestif. — Castelli : L'éducation médicale. — Rockey : Occlusion valvulaire de la vésicule biliaire après l'intervention chirurgicale. — (N° 24, 9 déc.) Stedman : Sur quelques formes de tuberculose oculaire. — Otto Lerch : Déplacement des organes abdominaux. — Pogue : Air frais et repos dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Benedict : Les principes moraux de l'association médicale américaine. — Bixby Hemenway : Incertitudes et erreurs de la médecine scientifique. — (N° 25, 16 déc.) Meltzer : Propriétés inhibitrices et anesthésiques des sels de magnésium. — Mc Williams : Remarques sur le traitement de quelques affections intéressant à la fois le médecin et le chirurgien. — Billings : Moyens usuels employés à la Clinique pour le traitement des affections pulmonaires transmissibles. — Samuel Visanka : Traitement de la broncho-pneumonie. — Faugeres Bishop : Insuffisance circulatoire ; nature et traitement. — Cushman Price : Valeur thérapeutique de l'électricité statique. — Mc Millan : Traitement de la constipation chronique. — Kommel : Observation d'un cas de fracture du tibia et du péroné ; consolidation retardée et son traitement. — (N° 26, 23 déc.) Woodruff : Les états neurasthéniques causés par la lumière très intense. — E. Page : Traitement curatif de la pneumonie ; hydrothérapie et jeûne thérapeutique dans les fièvres. — Faxton E. Gardner : Sténoses congénitales de l'urètre. — Frank De Witte Reese : Dysménorrhée de la puberté et tumeurs utérines. — Scranton : Amygdalite.

Medizinische Blatter. — (N° 1, 4 janv. 1906.) Frankel : L'avenir de la laryngologie. — Brings : Traitement des ulcères de jambe.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 9 janv. 1906.) Schwiedew : Sur les difficultés du décanulement. — Renner : Sur l'hyperémie de stase de Bier dans les maladies de l'œil. — Siegel : Nouvelles recherches sur l'étiologie de la syphilis. — Pirket et Schick : Sur l'hypersensibilité et la précocité de la réaction. — Müller et Graef : Recherche du bacille typhique dans les échantillons de sang envoyés. — Stadler : Influence de l'érysipèle sur les maladies du sang. — Cahu : Sur l'utilisation diagnostique des rayons Röntgen et de la sonde mercurielle dans les maladies de l'œsophage. — Lotheissen : Traitement des diverticules œsophagiens. — Heine : Nouvelles recherches sur la cyclodialyse fondées sur 56 opérations. — Schümann : Méthodes de diagnostic du pied plat.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 1, 7 janv. 1906.) Cziki : Le spirochaete pallida dans les formations syphilitiques.

Presse médicale. — (N° 4, 13 janv. 1906.) Lortat-Jacob et G. Vitry : Lésions nerveuses et tuberculose cavitaire chez le nourrisson. — J. Gourdon : Les modifications anatomiques après la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. — P. Ancel et P. Bouin : Insuffisance spermatique et insuffisance diastématique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 1, 6 janv. 1906.) De Stella : Le cholestéatome de l'oreille. — P. Jacques : Thrombo-phlébite otitique de la jugulaire avec abcès intraveineux sus-claviculaire. — Louis Vaquier : Cholestéatome latent de l'oreille gauche enveloppant les osselets ; extraction par le conduit.

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1906.) Zilgien : Rire et pleurer spasmodiques. Epilepsie jacksonienne accompagnée de crises de larmes et suivie d'aphasie et d'hémiplégie gauche avec ramollissement de la zone corticale motrice droite. — Parisot et P. Blum : Pendaison. Suicide et lésions de la colonne vertébrale (*fin*). — Marc Barthélemy : Considérations sur les arthrites chroniques et en particulier le rhumatisme noueux, à propos d'un cas de polyarthrite déformante progressive (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 1, 4 janv. 1906.) Wagner von Jaureg : Sur les tares héréditaires. — Halban : Sur un symptôme de grossesse non encore remarqué. — Braun-Fernwald : Un cas rare de tuberculose de l'utérus. — Hinkerstoisser : Sur le traitement de l'exstrophie de la vessie.

CLINIQUE MÉDICALE

LA SYPHILIS EXPÉRIMENTALE DES SINGES

SES CARACTÈRES

COMPARAISON AVEC LE CHANCRE SIMPLE EXPÉRIMENTAL

APPLICATIONS POSSIBLES A LA CLINIQUE (1)

Par le docteur Georges THIBIERGE,
Médecin de l'hôpital Broca.

Depuis longtemps l'idée d'inoculer la syphilis aux animaux avait hanté l'esprit d'un grand nombre d'expérimentateurs; les uns y étaient incités par une simple curiosité scientifique, n'y voyaient que la solution d'un intéressant problème de pathologie comparée, les autres espéraient trouver dans ces recherches le moyen de résoudre une série de questions afférentes à la clinique humaine, à l'étiologie et à la prophylaxie de la syphilis. Les espèces animales les plus variées, choisies pour la plupart au hasard, sans idée directrice, ont été soumises à des essais plus ou moins suivis d'inoculation.

Quelques-uns pensèrent avoir réussi, aucun ne put convaincre et, il y a deux ans, c'était un des dogmes de la syphiligraphie que la syphilis est une maladie propre à l'espèce humaine. A la vérité, quelques schismatiques pensaient que des singes, peut-être même quelques porcs, avaient été inoculés avec succès au moyen de produits syphilitiques : les expériences de Sperk, de Klebs, de Martineau et Hamonic avaient soulevé quelques doutes, même parmi les plus fervents; mais bientôt l'incrédulité était venue en présence du peu d'importance des lésions au point d'inoculation, de tout phénomène net d'infection générale, en raison aussi du peu de précision apportée à la description des lésions et de la rareté des faits publiés.

Au mois de juillet 1903, MM. Roux et Metchnikoff rapportèrent la première expérience vraiment démonstrative. Partant de cette notion que les singes anthropoïdes sont les animaux les plus rapprochés de l'homme, ils avaient pensé qu'ils étaient susceptibles de contracter les maladies qui passent pour spéciales à l'homme. Pour démontrer le bien fondé de cette opinion, ils avaient tenté d'inoculer au chimpanzé la maladie qui, de l'avis général, était la plus particulière à l'espèce humaine, la syphilis.

Le résultat de leur tentative fut le développement sur le pli clitoridien, au point d'inoculation, d'une vésicule qui se transforma les jours suivants « en une ulcération enfoncée au milieu d'un tissu très nettement induré. Le fond du chancre se présentait sous forme d'une plaque arrondie couleur d'ocre; mais au bout de peu de temps, l'ulcère s'est couvert d'une fausse membrane grise avec des contours très nets »; cette lésion était, a déclaré M. Fournier, en tous points semblable au chancre humain le plus caractéristique : comme celui-ci, elle s'accompagnait d'une adénopathie inguinale, dure, multiple et indolente. Pour compléter la ressemblance, la lésion n'était apparue que vingt-six jours après l'inoculation, précédée par conséquent d'une incubation prolongée, comme le chancre syphilitique de l'homme. Ultérieurement, ce chimpanzé présenta des lésions papulo-squameuses, comparables à celles de la syphilis secondaire de l'homme, une adénopathie généralisée, une tuméfaction de la rate.

Cette expérience, confirmée bientôt par celles de Lassar qui a obtenu un succès sur un chimpanzé et de Neisser qui en a inoculé avec succès plusieurs, est capitale dans l'histoire de la syphilis : d'elle date la démonstration de cette notion primordiale que la syphilis n'est pas spéciale à l'homme.

Les expériences ultérieures de Metchnikoff et Roux, lors de la publication de leur dernier mémoire, portaient sur 22 singes de cette espèce. Elles ont établi que le chimpanzé non seulement peut prendre la syphilis, mais encore la prend constamment lorsqu'elle lui est inoculée dans des conditions favorables, qu'il présente au point d'inoculation des lésions comparables au chancre de l'homme. Ces lésions apparaissent quinze à quarante-neuf jours, en moyenne trente jours après l'inoculation; elles débutent parfois par une vésicule herpétiforme d'apparence, d'autres fois par une saillie papuleuse qui s'étale les jours suivants, prend une coloration rose ou rouge, se recouvre d'une mince squame; la saillie papuleuse ne tarde pas à s'éroder; son fond rouge, régulier, luisant, est alors en tout semblable à celui du chancre humain le plus typique; sur les parties exposées à l'air, le chancre se recouvre de croûtes, comme le chancre des régions sèches de la peau humaine. La base de la lésion est indurée. Le chancre du chimpanzé évolue lentement, dure quelquefois deux mois, puis guérit en laissant une cicatrice tantôt pigmentée tantôt dépourvue de pigment.

Les ganglions lymphatiques correspondants sont durs, volumineux. L'adénopathie peut s'étendre à des ganglions éloignés.

Lorsque les animaux survivent un temps suffisant, on voit apparaître, chez un tiers d'entre eux au moins, de dix-neuf à soixante et un jours (en moyenne trente-trois jours) après le début du chancre, sur la peau ou sur les muqueuses, parfois à la fois sur la peau et sur les muqueuses, des accidents comparables à ceux de la syphilis secondaire de l'homme (1) : ce sont sur la peau des papules sèches ou ulcérées, sur la bouche des plaques muqueuses; les lésions cutanées sont d'ordinaire en petit nombre; dans un cas, elles étaient très abondantes, recouvertes de squames blanches, augmentèrent de nombre jusqu'à la mort qui survint par cachexie. Chez plusieurs animaux, survinrent des phénomènes de paraplégie, qui s'amendèrent spontanément.

L'autopsie des animaux ne montra aucune lésion viscérale pouvant être mise d'une façon certaine sur

(1) Leçon faite à l'hôpital Broca.

(1) Dans les expériences de Metchnikoff et Roux, les chimpanzés inoculés avec des produits provenant de macaques n'ont pas présenté d'accidents secondaires.

le compte de la syphilis. Il y a lieu cependant de noter, chez plusieurs d'entre eux, l'existence d'une hypertrophie de la rate.

D'autres espèces de singes anthropoïdes sont — Metchnikoff et Roux, Neisser l'ont démontré — susceptibles de faire, après l'inoculation de produits syphilitiques humains, des accidents comparables au chancre syphilitique tel que nous le connaissons chez l'homme.

Sur l'orang-outang, Metchnikoff et Roux ont parfait la démonstration de l'inoculabilité de la syphilis : ils ont vu se développer, au point d'inoculation, des vésicules herpétiformes, se transformant en peu de jours en chancres indurés tout à fait typiques, accompagnés d'adénopathies et guérissant spontanément. Chez un animal (sur trois orang-outangs inoculés), il survint des accidents secondaires, sous la forme de psoriasis palmaire des deux mains.

La syphilis de l'orang-outang s'éloigne, plus encore que celle du chimpanzé, de la syphilis de l'homme.

Sur le gibbon, Neisser n'a pas vu apparaître de lésion typique au point d'inoculation, mais un œdème dur du pénis, une tuméfaction indolore des ganglions lymphatiques, et une éruption papuleuse, qu'il considère comme le résultat de l'infection syphilitique. La syphilis de cet animal semble s'éloigner beaucoup plus que celle de l'orang-outang de la syphilis de l'homme.

Les singes dont il vient de nous entretenir sont tous des animaux de haute taille, difficilement maniables, nécessitant des aménagements et des soins qu'on ne peut facilement trouver dans un laboratoire; ils supportent mal la captivité, plus mal encore les climats froids; ils sont, en outre, rares sur les marchés européens et d'un prix très élevé, qui les met hors de la portée de la plupart des observateurs.

Si la syphilis n'avait été inoculable qu'aux anthropoïdes, nul doute que le champ de recherches ouvert par Metchnikoff et Roux aurait été singulièrement restreint.

Mais leur première communication, en ramenant l'attention sur la syphilis expérimentale du singe, remit en question l'interprétation des faits antérieurement observés, et des expériences qui avaient été jusque-là jugées sans valeur. On se dit que, puisque la syphilis des singes supérieurs était *presque semblable* à celle de l'homme, celle des singes inférieurs pouvait bien n'être qu'une syphilis *analogue* à celle des singes supérieurs, et que, par suite, elle pouvait n'avoir plus avec celle de l'homme que des ressemblances éloignées, qu'elle pouvait même en être, sous certains rapports, fort *différente*.

Sperk, Martineau et Hamonic, et, plus récemment Nicolle, qui jusque-là n'avait pas fait connaître ses recherches, avaient obtenu sur quelques-uns des animaux qu'ils avaient inoculés des lésions trop différentes du chancre syphilitique humain pour pouvoir lui être assimilées d'emblée; mais ces lésions, comme le chancre infectant de l'homme, avaient une période d'incubation fort longue, elles duraient un temps variable pour disparaître spontanément. L'absence d'adénopathie, l'absence d'accidents consécutifs comparables aux accidents secondaires de la syphilis humaine n'avaient pas permis de démontrer leur nature syphilitique.

La syphilis du chimpanzé, telle que venaient de la découvrir Metchnikoff et Roux, ne pouvait-elle être considérée comme un chaînon entre ces accidents et la syphilis humaine?

Metchnikoff et Roux ne tardèrent pas à en fournir la démonstration : reprenant sur plusieurs espèces de macaques les inoculations de produits syphilitiques, ils obtinrent, après une incubation de vingt-sept à vingt-huit jours, des lésions limitées et peu prononcées consistant en rougeur, tuméfaction, desquamation légère ou croûte mince.

Inoculée à un chimpanzé, la lésion du macaque donnait un chancre typique : la démonstration était complète.

Dès lors, on peut dire que le départ était donné. Il devenait possible d'utiliser pour l'étude de la syphilis des espèces de singes de maniement plus facile que le chimpanzé des espèces dont les laboratoires peuvent aisément se fournir sur les marchés européens. Certes les résultats obtenus chez ces animaux ne peuvent s'appliquer de tous points à la syphilis humaine; il est des questions qu'ils ne pourront servir à résoudre avec autant de probabilités que les anthropoïdes, mais la possibilité de répéter les essais pour ainsi dire à discrétion les rend précieux.

Des recherches ont été entreprises sur un grand nombre de catarrhiniens inférieurs : des cynocéphales (babouin, sphinx, hamadryas, mandril), des cercopithèques (fuliginosus, ruber, pathas, callitriche), macaques (cynomolgus, sinicus, rhesus, speciosus), par Neisser, par Finger et Landsteiner, par Roux et Metchnikoff. Ces diverses espèces se sont montrées très inégalement sensibles à la syphilis. En dehors des hamadryas qui ont servi aux recherches de Finger et Landsteiner et qui sont déjà moins maniables que la plupart des autres, les espèces qui, tout en étant sensibles à la syphilis, se prêtent le mieux aux recherches, sont surtout les macaques cynomolgus (m. japonais) et sinicus (bonnet chinois). Ce sont ces deux espèces que nous avons jusqu'ici presque exclusivement utilisées dans les recherches que nous avons faites dans cet hôpital avec M. Ravaut.

De toutes ces recherches, il résulte clairement que diverses espèces de singes inférieurs peuvent prendre la syphilis par inoculation, mais que cette syphilis ne se traduit que par une lésion locale au point d'inoculation, sans retentissement sur les ganglions lymphatiques correspondants, tout au moins dans la grande majorité des cas, et sans retentissement appréciable sur l'état général des animaux.

La syphilis de ces singes est essentiellement une syphilis à symptôme unique, arrêtée au premier acte de son évolution : elle traduit une immunité relative de ces animaux vis-à-vis de l'infection syphilitique, une résistance au virus syphilitique plus accentuée que celle des singes anthropoïdes.

Les premières recherches suivies, celles de Nicolle, de Metchnikoff et Roux, de Neisser, sembleraient devoir faire admettre pour certaines espèces de singes une immunité variable d'un individu à l'autre : les inoculations ne réussissaient que sur le tiers environ des animaux. Dans nos recherches, nous avions, M. Ravaut et moi, obtenu des résultats constants chez deux espèces de macaques, le bonnet chinois et le japonais, en inoculant les animaux par scarification au bord libre de la paupière. Finger et Landsteiner ont obtenu des succès constants grâce à un procédé un peu compliqué, l'inoculation « en poche », au moyen d'une lancette cannelée et en ayant soin d'insérer de petites particules de tissu morbide.

L'inoculation peut réussir sur les différentes régions du corps; cependant elle semble donner plus de succès à l'extrémité céphalique que sur le tronc et surtout qu'aux organes génitaux. Le bord libre de la paupière a l'avantage de rendre plus facile l'observation des lésions, et la préservation de la lésion contre les traumatismes extérieurs, et de faciliter la comparaison avec la région homologue.

Quel que soit le mode d'inoculation et quelle que soit la région choisie, le traumatisme expérimental guérit rapidement; au bout de peu d'heures ou de jours il n'en reste plus traces. Avant que devienne apparent le résultat de l'inoculation, il s'écoule toujours un temps fort long, de douze à quarante jours; dans nos expériences, la moyenne a été de vingt trois jours; c'est aussi celle que donne Metchnikoff.

Si l'inoculation a été faite sur une région glabre ou à peine velue, la réussite se traduit par l'apparition, après la période d'incubation, d'une tache rouge sur laquelle se développe une saillie d'apparence papuleuse, de coloration rouge ou rosée, qui se recouvre de squames blanchâtres ou grisâtres plus ou moins larges, rarement épaisses. Cette saillie papuleuse, peu saillante, tantôt nettement limitée, tantôt à contours diffus, est parfois légèrement infiltrée, ferme à la palpation, jamais elle ne présente une induration limitée, comparable à l'induration du chancre humain ou du chancre du chimpanzé ou de l'orang-outang. Dans quelques expériences, elle peut s'excorier, être le siège d'une érosion ou d'une ulcération peu profonde.

Finger et Landsteiner décrivent des lésions plus considérables, des ulcérations à bords taillés à pic, à contours anfractueux, rouges et couverts de croûtes, au-dessous desquelles se produit une sérosité rouge jaunâtre : ces lésions n'ont pas été signalées par d'autres observateurs.

Sur le bord libre de la paupière, où nous avons pu étudier la réaction syphilitique du macaque avec plus de précision, nous avons constaté, M. Ravaut et moi, les lésions suivantes :

Au début, apparaît un œdème, qui, d'abord limité au niveau des points d'inoculation, diffuse peu à peu en perdant de sa netteté. Les jours suivants, on voit l'infiltration augmenter, s'étendre parfois à toute la longueur du bord libre, qu'elle transforme en un véritable bourrelet. Plus souvent, l'œdème est moins diffus; mais il se produit au niveau des points d'inoculation un véritable nodule inflammatoire, de couleur rouge, quelquefois foncé, le plus ordinairement légèrement cuivré; ce nodule, brillant à sa surface, rappelle assez bien l'aspect de certaines syphilides papuleuses de l'homme. Jamais nous n'avons constaté nettement l'induration de ces nodules; la consistance de la paupière paraît seulement un peu augmentée à leur niveau. Une fois installée, la lésion persiste pendant un temps fort long; quelquefois on voit sa surface se recouvrir de légères squames lamellaires grisâtres; le plus souvent, elle ne présente d'autres modifications qu'un affaissement insensible, tellement lent qu'on en trouve encore les traces au cinquantième jour.

Quel que soit le siège de l'inoculation, les ganglions lymphatiques des singes inférieurs sont rarement influencés par elle, et lorsqu'ils en ressentent les effets, leur tuméfaction est toujours très peu prononcée.

Dans les inoculations assez nombreuses faites depuis deux ans aux macaques et aux autres catarrhiniens inférieurs, aucun observateur n'a constaté de phénomènes d'infection généralisée, rien sur les muqueuses ou sur la peau qui puisse être comparé aux accidents secondaires de la syphilis humaine.

Si peu considérable que soit la lésion du macaque, elle est cependant caractéristique de la syphilis.

Elle se rapproche du chancre syphilitique et se distingue de toute autre lésion par la longue durée de son incubation, par sa tendance à la guérison spontanée au bout d'un temps variable; elle se rapproche encore de la syphilis par ses caractères microscopiques, sur lesquels je ne puis insister ici et qui peuvent se résumer ainsi : infiltration cellulaire abondante se localisant de préférence autour des vaisseaux sanguins gros et petits et se composant uniquement de lymphocytes et de plasmazellen.

Enfin, elle a encore une des caractéristiques capitales de la lésion initiale de la syphilis : elle ne peut pas se reproduire chez le même animal; elle confère vis-à-vis du virus syphilitique une immunité que nous n'avons jamais trouvée en défaut et que nous avons nettement mise en lumière, M. Ravaut et moi, en inoculant simultanément avec les mêmes produits virulents des animaux neufs qui réagissaient et des animaux ayant déjà réagi, chez lesquels l'inoculation restait négative.

En résumé, la syphilis des catarrhiniens inférieurs se réduit à des lésions locales au point d'inoculation, lésions dont l'analogie morphologique avec le chancre syphilitique de l'homme est lointaine, mais qui présentent les caractéristiques essentielles de ce chancre : la longue durée de l'incubation, la guérison spontanée, la prédominance de lésions périvasculaires.

Des produits syphilitiques divers ont été inoculés à des singes inférieurs : les sécrétions du chancre syphilitique, des plaques muqueuses, des fragments de ganglions lymphatiques provenant de syphilitiques secondaires, du sang de syphilitiques secondaires, le sperme de sujets atteints d'accidents

secondaires (dans une expérience récente de Finger et Landsteiner), ont donné des résultats positifs. De même les accidents obtenus par une première inoculation de produits syphilitiques à un macaque ont pu être inoculés avec succès à un deuxième macaque, ou à un autre catarrhinien inférieur. Finger et Landsteiner ont, contrairement à Salmon, obtenu des résultats positifs par inoculation du produit de râclage de deux gommes syphilitiques.

Par contre, nous avons échoué, M. Ravaut et moi, lorsque nous avons tenté l'inoculation de liquide céphalo-rachidien de syphilitiques secondaires, alors même que ce liquide renfermait un grand nombre de lymphocytes.

L'inoculation au singe peut donc permettre de reconnaître la virulence de produits syphilitiques. Elle a permis d'entreprendre déjà des recherches sur la prophylaxie de la syphilis : je ne vous en entretiendrai pas aujourd'hui, me bornant à vous exposer ce qui, dans ces recherches, peut avoir trait au diagnostic des lésions syphilitiques et du chancre en particulier.

L'apparition, au temps voulu, d'altérations semblables après inoculation du produit d'une lésion ulcéreuse des organes génitaux, permet d'affirmer la nature syphilitique de celle-ci. Plaques muqueuses ou chancre infectant peuvent, seuls, en effet, parmi les affections des organes génitaux, provoquer une pareille réaction.

L'expérimentation permet, en outre, de reconnaître si une lésion donnée, sur la nature de laquelle la clinique pouvait laisser hésiter, est un chancre syphilitique ou un chancre simple.

En effet, le chancre simple est inoculable au singe : des expériences déjà anciennes d'Auzias-Turenne, celles plus récentes de Fournier, Krishaber et Barthélemy, et surtout celles de Ch. Nicolle avaient montré que, dans un nombre de cas plus ou moins élevé, l'inoculation du chancre simple à diverses espèces de singes peut réussir. Les expériences que nous avons poursuivies dans cet hôpital avec MM. Ravaut et L. Le Sourd nous ont permis d'établir que l'inoculation du pus de chancre simple au bord libre de la paupière des macaques donne constamment des résultats positifs. Il n'y a d'exception que dans les cas où on a multiplié les inoculations sur un même animal : au bout de deux ou trois inoculations, il s'est établi une sorte d'immunité locale qui empêche la réussite des inoculations ultérieures.

Mais si certains macaques réagissent aussi régulièrement au virus du chancre simple qu'au virus syphilitique, ils réagissent de façon très différente, et dans des conditions de temps très différentes.

Le chancre simple se développe, comme chez l'homme, sans incubation. Vingt-quatre à trente-six heures après une inoculation au front ou en tout autre point de la surface cutanée, il se traduit déjà par une petite saillie papuleuse rouge, bientôt centrée par une pustule qui se rompt, et laisse une petite ulcération, excavée et recouverte d'un exsudat blanc légèrement jaunâtre : c'est, en petit, mais avec les mêmes caractères, le chancre simple de l'homme, mais un chancre qui évolue rapidement et qui, à moins qu'on ne l'irrite, est réparé en six à dix jours.

Sur le bord libre des paupières, le chancre simple du singe est plus caractéristique encore et contraste avec le chancre syphilitique de même siège : il se traduit au bout de trente-six à quarante-huit heures par de l'œdème de la paupière et une légère rougeur du tégument, qui au bout de quarante-huit heures s'accompagne d'un degré accentué d'ectropion; sur le bord libre de la ligne d'implantation des cils, on voit une ou plusieurs pustules jaunâtres, allongées.

Vers le quatrième jour, les lésions atteignent leur maximum; la paupière inoculée est le siège d'un œdème considérable, tant au niveau de sa surface libre que dans sa profondeur; elle est en ectropion et laisse voir les ulcérations du bord libre et des taches crémeuses à la face muqueuse. Une couche de pus plus ou moins abondante est étalée sur la cornée.

Le pus des ulcérations renferme, outre divers microorganismes, de très nombreux bacilles de Ducrey.

Les jours suivants, les lésions restent stationnaires, puis elles s'atténuent peu à peu et guérissent en douze à vingt-quatre jours à partir du jour de l'inoculation.

Vous voyez, sur les animaux que je vous présente, le contraste entre les réactions palpébrales du singe aux deux grandes affections vénériennes de l'homme. Vous remarquerez que, chez le singe, les mêmes éléments que chez l'homme servent à les différencier : il n'y a de changé que l'intensité de la réaction, due à une diminution de la réceptivité chez le singe.

Les singes, et plus spécialement les macaques, peuvent donc fournir les éléments d'un diagnostic expérimental de ces deux affections.

Certes, ces données ne sauront jamais être appliquées à la clinique que dans des cas exceptionnels : on doit reconnaître le chancre syphilitique par les procédés cliniques, de même que la nature d'une pleurésie doit être recherchée tout d'abord par les méthodes cliniques; mais, de même que dans les cas douteux on s'adresse à l'inoculation au cobaye pour déterminer la nature d'un exsudat pleural, de même on peut dans un cas douteux s'adresser au macaque pour fixer la nature d'une affection ulcéreuse des organes génitaux.

Il est des cas où ce diagnostic peut présenter une importance telle qu'aucun doute ne doit rester sur lui, par exemple chez des sujets dont le mariage est imminent ou dans des expertises médico-légales où de graves intérêts peuvent se trouver en jeu : l'inoculation peut en vingt à vingt-cinq jours, c'est-à-dire dans un temps plus court que l'apparition d'une roséole, qui peut d'ailleurs manquer de paraître, fournir la réponse à cette question parfois si angoissante.

Certes, la découverte du parasite de la syphilis réduit les conditions d'emploi de l'expérimentation

pour le diagnostic des lésions syphilitiques. Il peut cependant se présenter des circonstances où l'inoculation au singe puisse rendre des services qu'on demanderait vainement à la recherche du parasite de Schaudinn.

En tous cas, il m'a paru intéressant de vous exposer, à l'occasion du diagnostic du chancre syphilitique, l'état d'une des questions les plus palpitantes de la syphiligraphie contemporaine et de vous montrer quelques-uns des progrès que l'expérimentation a permis de réaliser dans ce domaine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1906)

Observations faites au Mont-Blanc sur l'hyperglobulie des altitudes, par MM. GUILLEMARD et MOOG. — Les expériences faites par ces auteurs sur des cobayes, en juillet dernier au Mont-Blanc, leur ont montré que l'action des hautes altitudes sur le sang se traduit toujours, et dès le second jour au moins, par une hyperglobulie totale attestée par une diminution de sa valeur globulaire et coïncidant avec un déplacement considérable des hématies vers la périphérie.

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1906)

Sur l'hordénine, par M. LÉGER et par M. L. CAMUS. — M. Léger a pu extraire des touraillons d'*orge* un alcaloïde nouveau qu'il propose de nommer *hordénine* et dont il a fait l'étude chimique.

M. L. Camus a entrepris l'étude physiologique de ce nouvel alcaloïde. Il s'est demandé d'abord si les propriétés de cette substance n'avaient pas été entrevues par les expérimentateurs qui ont étudié l'orge au point de vue thérapeutique.

En 1890, M. G. Roux [de Lyon] (1) faisait, en effet connaître, dans un travail sur les touraillons d'orge, que ce produit employé comme milieu de culture est parfois très nuisible au développement de certains microbes et en particulier des vibrions cholériques. Cette remarque fut suivie d'un certain nombre d'applications médicales dans la dysenterie et les affections cholériformes.

M. Boinet a, d'ailleurs, bien résumé, en 1901, tous les travaux publiés sur cette question (2).

On se trouve aujourd'hui en face du problème suivant : Quelles sont les propriétés physiologiques de l'alcaloïde extrait des touraillons et dans quelles limites peut-on en essayer l'action thérapeutique ?

L'étude que poursuit M. L. Camus donnera, à brève échéance, la réponse à ces questions ; pour l'instant, il se borne à faire connaître les propriétés toxiques et le degré de toxicité de la substance.

Le sulfate d'hordénine, qu'il a employé, est une substance peu toxique ; elle donne lieu, quand elle est injectée ou ingérée à forte dose, à des manifestations d'origine corticale et bulbaire. Quand la mort se produit, elle est déterminée par un arrêt de la respiration. Si l'animal survit après avoir été fortement intoxiqué, il se remet complètement et très rapidement ; dans les jours qui suivent, son poids n'est pas sensiblement modifié.

(1) *Lyon médical*, 1890, p. 476.
(2) BOINET. Du touraillon d'orge en thérapeutique, *Marseille médical*, 15 nov. 1901, p. 673-681.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1906)

Première séance de l'an 1906. Discours d'usage. M. BALZER remercie en termes émus la Société, le bureau, le secrétaire général, d'avoir bien voulu lui faciliter sa tâche de président. M. BARTH, en lui succédant au fauteuil, lit une allocution très applaudie, au début de laquelle il rend un hommage pieux à la mémoire de son père, qui fut un des fondateurs de la Société médicale, et dans laquelle il loue comme il convient les distingués médecins du Val-de-Grâce qui ont su faire de cette École un centre d'études d'hygiène, de clinique et de bactériologie de premier ordre, et qui apportent régulièrement, à la Société médicale des hôpitaux, le fruit de leurs travaux et de leur expérience.

Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez le nouveau-né syphilitique. — MM. Paul RAVAUT et André PONSELLE apportent l'observation d'un nouveau-né syphilitique qui entra dans le service de M. Thibierge trois semaines après sa naissance, présentant des syphilides papuleuses très confluentes et une grosse hypertrophie du foie et de la rate. Cet enfant était atteint en outre de convulsions des muscles de la face, des globes oculaires, et de contractures de la nuque.

Une ponction lombaire révéla une grosse lymphocytose sans présence de microbes dans le liquide céphalo-rachidien. Les crises convulsives persistèrent jusqu'à la mort, déterminée quelques jours après par les progrès croissants de la cachexie syphilitique.

L'autopsie démontra l'existence d'un foie silex très net, et une énorme hypertrophie de la rate. Au niveau du cerveau on constate : de la congestion vasculaire et un peu d'épaississement des méninges au niveau du cortex. Au niveau de la base : il existe un exsudat séro-fibrineux dans la région du chiasma, recouvrant comme une toile d'araignée infiltrée de sérosité les nerfs et les vaisseaux de cette région.

Des coupes pratiquées sur les différentes régions et colorées par la méthode de Ramon y Cajal modifiée par M. Levaditi, permirent de constater la présence de spirochètes nombreux dans l'intérieur des vaisseaux, dans leurs parois et surtout dans les exsudats péri-vasculaires.

Dans l'intérieur des veines qui sont situées au milieu des foyers exsudatifs on constate des amas de leucocytes mononucléés, des globules rouges très altérés et des spirochètes. Ces derniers se retrouvent également dans les parois de quelques vaisseaux et atteignent leur complet développement dans l'exsudat péri-vasculaire. Ce dernier est formé d'un réticulum fibrineux infiltré de cellules uninucléées au milieu desquelles se trouvent des spirochètes très longs, très bien enroulés, caractéristiques.

La constatation de ces faits montre une fois de plus le rôle pathogène des spirochètes dans la syphilis et permet de suivre à la piste, pour ainsi dire, ce microorganisme dans ses différentes étapes.

On peut penser que, dans des manifestations moins aiguës de syphilis nerveuse, semblable constatation pourra être faite.

Intoxication mercurielle d'origine thérapeutique; mort; autopsie. — MM. Le Noir et Camus rapportent l'observation d'une malade adulte qui reçut quatre injections d'huile grise en l'espace d'un mois. Trois jours après la dernière injection, apparurent les premiers symptômes de la stomatite, puis successivement se manifestèrent de l'albumine, de la diarrhée et la malade mourut dans la cachexie.

Cette communication soulève une longue et vive discussion à laquelle prennent part les dermatologistes et les syphiligraphes surtout.

M. Brocq entame le feu; il fait remarquer que la dose de mercure correspondant à chaque injection n'étant pas indiquée par M. Le Noir dans son cas, celui-ci ne peut être exactement apprécié, attendu que la composition de l'huile grise et sa teneur en mercure sont extrêmement variables suivant les médecins qui la prescrivent; M. Brocq fait ensuite remarquer que, s'il est possible de voir survenir de la stomatite et des signes d'intoxication à la suite des injections d'huile grise, ces accidents sont cependant singulièrement rares, et que cette méthode, pour toute une catégorie de malades, obligés de continuer leur travail et empêchés de venir se soigner souvent, est extrêmement sûre et pratique, puisque ces injections ne sont pas douloureuses, puisqu'il suffit d'en faire une par semaine pendant quatre semaines, après quoi on peut s'arrêter et reprendre pendant une autre série.

M. Balzer s'associe complètement à l'opinion de M. Brocq et il affirme que les accidents dus à l'huile grise sont ou la conséquence d'une faute opératoire ou le résultat de l'absence des soins de la bouche.

M. Thibierge, à son tour, dit qu'il pratique plus de 5.000 injections d'huile grise par an et qu'il n'observe presque jamais d'accidents.

C'est aussi l'opinion de M. Queyrat.

En somme, tous les syphiligraphes paraissent d'accord pour affirmer l'innocuité ordinaire de l'huile grise et en préconiser l'emploi dans presque tous les cas.

Il n'y a qu'au cas de néphrite qu'il vaut peut-être mieux avoir recours aux préparations de sels solubles; c'est au moins l'opinion de MM. Le Gendre et Faisans, dont l'avis est partagé par le plus grand nombre des spécialistes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 13 janvier 1906)

Action de l'urée sur le cœur isolé et survivant des mammifères. — M. Beckmann. De ses expériences faites avec la méthode de Langendorff-Locke, M. Beckmann conclut que l'action de l'urée sur le cœur isolé et survivant des mammifères ne doit pas être regardée comme celle d'un moyen de nutrition, mais bien comme celle d'un moyen de stimulation possédant une force efficace et amenant un effet assez persistant.

Influence des extraits des organes et des tissus animaux soumis à l'autolyse sur la production de l'adrénaline. — Continuant leurs recherches sur ce sujet, MM. Abelous, Soulié et Toujan admettent qu'il existe dans les extraits des organes, surtout dans les extraits musculaires, préalablement soumis à l'autolyse, et plus encore dans les extraits de muscles ayant subi un certain degré de putréfaction, des substances qui peuvent agir sur les extraits surrénaux pour augmenter notablement leur teneur en adrénaline.

Modification de la tétanie par l'application d'un courant alternatif de la bouche à la nuque. — M. Prévost et Mlle Stern concluent : 1° La crise épileptiforme provoquée par l'application d'un courant alternatif, de la bouche à la nuque, chez un animal atteint de tétanie, est capable de faire cesser la tétanie ou de l'atténuer; 2° elle peut éloigner l'apparition des crises de tétanie; 3° elle peut prolonger la survie de l'animal; 4° chez les animaux affaiblis par la maladie, la phase clonique de la crise épileptiforme est souvent très affaiblie et manque quelquefois complètement.

Procédé simple de coloration des plaquettes du sang chez l'homme. — M. Vallet colore les hémotoblastes avec du bleu de Marino ou du liquide de Giemsa. Il insiste sur deux caractères qui mettent en évidence ces colorants : petites dimensions, attributs du noyau, dont les éléments paraissent épars dans le protoplasma.

Une réaction colorante des acides gras. — M. Jacobson a remarqué que les acides gras libres se colorent parfaitement bien par les couleurs d'aniline diluées. Ce fait, que MM. J. Camus et Pagnier ont signalé récemment à la Société de biologie (voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 147, p. 1758), permet de différencier, dans les selles des nourrissons, les acides gras des graisses neutres et des savons.

Pancréas et glycosurie. — M. Pariset présente les résultats de ses expériences établissant :

1° Que l'injection de suc pancréatique dans le système veineux produit de l'hyperglycémie et de la glycosurie;

2° Que l'injection de sécrétine dans la veine porte ne produit pas d'hyperglycémie dans la veine sus-hépatique, ce qui est un argument en faveur de l'indépendance de la fonction biliaire et de la fonction glycogénique du foie.

Autres communications :

Sur les moustiques de la division d'Oran. — M. Niclot;

Des lignes dites de ciment du tissu osseux. — M. Retterer;

Nature et origine des fibres de Sharpey. — M. Retterer;

De la présence et du rôle du chlorure de sodium dans le lait. — M. Porcher;

Sur la nucléine de la substance nerveuse. — M. Lache;

Sur les cellules rhuagiocrines libres du liquide des diverses séreuses. — MM. Renaut et Dubreuil;

Polypnée stertorique avec ventilation insuffisante. — MM. Garrelon et Langlois.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 11 janvier 1906)

Polynévrite arsenicale. — Discussion sur les caractères cliniques propres à la polynévrite arsenicale, à propos d'un malade présenté par MM. Raymond et Lejonne. A la suite d'une intoxication aiguë par l'arsenic (empoisonnement accidentel), le malade fut pris de phénomènes cholériformes, puis de démangeaisons et de douleurs articulaires. Puis est venue la paralysie, débutant par les extrémités, avec atrophie des petits muscles des mains et des pieds. Ces caractères diffèrent de ceux de la polynévrite alcoolique. Chez une autre malade de Gilles de la Tourette, ajoute M. Raymond, après une tentative d'empoisonnement par l'arsenic, se développa une polynévrite avec amaigrissement généralisé, mais, cependant,

avec une prédominance nette de l'atrophie aux extrémités. — Pour M. Marie, cette atrophie localisée, avec l'intensité des douleurs, donneraient une physionomie particulière à la polynévrite arsenicale. — Dans deux cas personnels M. Ballet a, en effet, été frappé de l'intensité des douleurs. — M. Déjerine dénie toute valeur diagnostique aux particularités dont parle M. Marie : la polynévrite alcoolique peut être aussi douloureuse que la polynévrite arsenicale ; cette dernière, dans deux cas observés par lui, s'accompagnait d'une atrophie sans localisation spéciale, très marquée, par exemple, aux mollets, comme dans la polynévrite alcoolique. — En somme, fait observer M. Raymond, si on se reporte aux faits publiés, notamment à l'épidémie de Manchester où deux cents individus furent atteints d'arsenicisme, après avoir bu de la bière arseniquée, les symptômes de la polynévrite arsenicale sont les suivants : après l'intoxication, phénomènes cholériformes ; au bout de quinze à vingt jours, démangeaisons, douleurs, puis la polynévrite.

Paralysie faciale et hémiatrophie linguale du côté droit, séquelle de méningite ou de polio-encéphalite inférieure.— MM. Huet et Lejonne. Jeune fille de quinze ans présentant, depuis l'âge de trois ans, une paralysie flasque du facial droit, avec prédominance dans les muscles innervés par les branches moyennes du nerf et, de temps à autre, secousses fasciculées et crises de spasme. Pas de troubles de la sensibilité. La paralysie s'accompagne d'hémiatrophie linguale droite. Peu de troubles des réactions électriques dans les muscles atteints. Ces phénomènes ont succédé à de la fièvre avec convulsions (méningite ou polio-encéphalite aiguë). Depuis, la paralysie est toujours restée stationnaire.

Syringomyélie bulbaire. — MM. Raymond et Guillain. En 1896, le malade fut pris de dysphagie, d'enrouement, avec, quelques mois plus tard, hésitation des mouvements de la main droite. En 1897 ou 1898, le malade présentait en outre une grosse exagération des réflexes des membres inférieurs, sans troubles de la sensibilité, si bien qu'on put alors penser à une sclérose en plaques fruste. Depuis sont apparues de la contracture des trois derniers doigts de la main gauche, et la dissociation syringomyélique de la sensibilité. Le syndrome d'Avellis est réalisé grâce à l'existence actuelle de paralysie du récurrent droit et d'atrophie de la moitié correspondante du voile du palais. Cette atrophie semble indiquer, puisque le nerf facial est ici indemne, que le voile du palais est innervé non par le facial, mais par le vago-spinal.

Sclérose en plaques à forme médullaire, avec amyotrophie. — M. Thomas. Cliniquement, contracture avec rétraction en flexion des quatre membres, incontinence des sphincters, atrophie des muscles thénariens et du groupe antéro-externe de la jambe, très léger nystagmus.

Anatomiquement, sclérose en plaques médullaire avec absence totale de plaques dans la protubérance, le bulbe supérieur, le cerveau et le cervelet ; l'atrophie des muscles de la main était expliquée par des lésions cellulaires des cornes antérieures, au niveau des huitième racines cervicale et première dorsale, mais il n'existait rien de semblable au renflement lombaire. Si, dans sa remarquable thèse, le docteur Lejonne a pu rapporter dans les cas autopsiés par lui, l'atrophie musculaire aux lésions cellulaires, il n'en est pas toujours ainsi, M. Déjerine n'ayant, dans un cas semblable, constaté aucune lésion de la moelle ou des nerfs. Les atrophies musculaires qu'on observe au cours de la sclérose en plaques n'ont donc pas une pathogénie univoque.

Euphorie délirante et onirisme chez un phtisique. Double tubercule cérébro-méningé symétrique. — MM. Dupré et Camus. Après avoir présenté des signes méningitiques (signe de Babinski, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien), un phtisique tomba dans un état d'euphorie inconsciente, puis, dans un délire onirique, qui persistèrent pendant deux mois jusqu'à la mort.

A l'autopsie, double et symétrique noyau tuberculeux au pied des deuxièmes frontales. Altérations nécrotiques diffuses des cellules de l'écorce pariétale. Cette euphorie s'observe surtout dans les formes subaiguës chez les phtisiques.

Cellulo-névrite probable. — M. Moutier. Tableau clinique permettant d'hésiter entre le diagnostic de névrite et celui de sclérose latérale amyotrophique. Cette dernière semble peu vraisemblable, à cause de l'absence de troubles sensitifs, de douleurs à la pression des nerfs, de l'absence de parallélisme entre l'impotence musculaire et l'atrophie. Réflexes abolis aux membres inférieurs, exagérés aux membres supérieurs. Les phénomènes morbides ont présenté une amélioration, avec diminution des réflexes exagérés.

Syndrome pseudo-bulbaire névritique. — M. Comte. Deux observations de troubles bulbaires de la parole et de la déglutition, enfin crises cardiaques et respiratoires ayant amené la mort : la paralysie totale du facial, l'abolition du réflexe massétérin permettent de rapporter ces troubles à une lésion des nerfs bulbaires. Les deux malades présentaient d'ailleurs les signes habituels d'une polynévrite.

Lésions cérébelleuses post-mortem. — M. Roussy présente une pièce anatomique avec deux petites masses cérébelleuses dans la région cervicale dont il attribue la présence en ce lieu à une lésion cadavérique indéterminée.

Lésions de la moelle dans la démence précoce. — MM. Klippel et Lhermitte. Les auteurs qui ont, dans un travail antérieur, étudié les lésions des cellules ganglionnaires de la moelle (atrophie, état granulo-pigmentaire du protoplasma) ont constaté dans deux cas nouveaux un processus de désintégration très accusé de plusieurs racines lombaires avec lésions systématisées des fibres radiculaires des cordons postérieurs, avec, dans un cas, lésion des cordons antéro-latéraux. Les symptômes médullaires étaient très réduits, ainsi que cela s'observe, en général, dans les cas de tabès juvénile ; d'ailleurs, la démence précoce contribuait à rendre obscurs les signes médullaires. — M. Déjerine insiste sur l'intérêt de ces constatations, au point de vue de la pathogénie de la démence précoce. Elles sont à rapprocher des lésions similaires observées dans la paralysie générale.

M. Ballet fait observer que ces lésions semblent en faveur de la théorie toxi-infectieuse de certaines formes de démence précoce et, en particulier, de la catatonie.

HYGIÈNE SOCIALE

TUBERCULOSE ET BICYCLETTE

M. le docteur Basset, professeur honoraire à la Faculté de Toulouse, a remarqué que, depuis quelques années, la mortalité était en décroissance à Toulouse. A quelle influence attribuer cet heureux résultat ? Ce n'est certes pas à l'hygiène de la ville, qui, jusqu'à une époque tout à fait récente, a été des plus déplorables. Ce qui fait que l'on vit mieux et que l'on meurt moins, à Toulouse, c'est qu'un

grand nombre d'ouvriers font usage de la bicyclette. Au lieu d'habiter, dans la ville, des bouges et des taudis, ils occupent, dans la banlieue, de jolies petites maisons saines et ensoleillées ; au lieu de traîner dans tous les cabarets, leur journée une fois finie, ils rentrent au plus tôt chez eux ; au lieu d'avoir une famille étiolée et misérable, ils élèvent, au grand air, de beaux et de nombreux enfants. Ainsi, comme le montre très clairement le professeur de Toulouse dans l'étude très documentée qu'il vient de publier (1), la bicyclette contribue, dans une large mesure, à l'hygiène et à la prospérité des habitants des villes. Il est donc illogique de la taxer d'un impôt relativement élevé. Cet impôt devrait être diminué, ou, mieux, complètement supprimé. Nous ne doutons pas que les arguments d'une si haute portée fournis par notre éminent confrère ne soient utilisés d'une façon décisive par tous ceux qui ont entrepris depuis quelques mois de faire abaisser cet impôt antidémocratique qu'est la taxe sur la bicyclette.

L. BABONNEIX.

(1) Toulouse 1905.

FORMULAIRE

CONTRE L'HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE

Gargarisme :

Acide phénique pur	1	gramme.
Résorcine	8	—
Alcool de menthe	20	—
Glycérine pure	30	—
Eau distillée	450	—

CONTRE LA PHARYNGITE GRANULEUSE

Employer le gargarisme suivant qu'on peut diluer :

Iode métallique	0g40	
Iodure de potassium	0g80	
Sirop de menthe	50	grammes.
Eau distillée	250	—

(*Bull. gén. de thérap.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 JANVIER 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Proust ; — M. Cunéo, suppléant.

Mardi 23 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Faure et Marion ; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin ; — (2e partie) : MM. Robin, Achard et Carnot ; — M. Launois, suppléant.

Mercredi 24 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Gosset et Cunéo.

2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca ; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Potocki et Pierre Duval ; — (2e partie) : MM. Blanchard, Déjerine et Teissier ; — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Landouzy, Balthazard et Marcel Labbé ; — M. Legueu, suppléant.

Jeudi 25 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Marion et Morestin.

2e : MM. Pouchet, Launois et Langlois.

3e (1re partie, oral) : MM. Le Dentu, Retterer et Demelin ; — (2e série) : MM. Berger, Thiéry et Brindeau.

4e : MM. Robin, G. Ballet et Guiart ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 26 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Sébileau et Potocki ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Roger et Claude.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 27 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Troisier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Gilbert, Achard et Méry ; — (3e série) : MM. Robin, Renon et Jeanselme ; — M. Bezançon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 24 janvier 1906, à une heure. — M. Fradin. Contribution à l'étude de la résistance électrique du corps humain. (MM. Gariel, président ; Brissaud, André Broca et Claude.) — M. Bruel. Le traitement des chorées et des tics de l'enfance. Alitement et isolement. Discipline psycho-motrice. (MM. Brissaud, président ; Gariel, André Broca et Claude.) — M. Halberchtadt. Contribution à l'étude de la folie par contagion mentale. (MM. Brissaud, président ; Gariel, André Broca et Claude.) — M. Clenet. Contribution à l'étude des salpingites dans leur rapport avec la grossesse et la puerpéralité. (MM. Pinard, président ; Segond, Lepage et Proust.) — M. Lecharmant. Contribution à l'étude des ostéo-périostites mastoïdiennes. (MM. Segond, président ; Pinard, Lepage et Proust.) — M. Dorleans. Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec les tabes et la paralysie générale. (MM. Gaucher, président ; Roger, Legry et Macaigne.) — M. Verani. Etude sur la leucoplasie vulvo-vaginale et le kraurosis vulvæ, et leurs rapports avec la syphilis. (MM. Gaucher, président ; Roger, Legry et Macaigne.)

Jeudi 25 janvier 1906, à une heure. — M. Bonsant. Contribution à l'étude des états démentiels et de leur substratum organique. (MM. Joffroy, président ; Raymond, Dupré et Jeanselme.) — M. Touchard. Recherches anatomo-cliniques sur la sclérodermie généralisée. (MM. Raymond, président ; Joffroy, Dupré et Jeanselme.) — M. Chardin. Rechutes de rougeole. (MM. Hutinel, président ; Chantemesse, Gilbert et Méry.) — M. Taube. Ozène des bronches. (MM. Chantemesse, président ; Hutinel, Gilbert et Méry.) — M. Guyot. Contribution au traitement des arthropathies blennorragiques. (MM. Gilbert, président ; Hutinel, Chantemesse et Méry.) — M. Bourretère. Contribution à l'étude du pronostic du placenta prævia. Résultats statistiques recueillis à la Maternité de Saint-Antoine. (MM. Budin, président ; Pozzi, Bar et Faure.) — M. Verdier. De l'hématométrie dans le cancer du corps utérin. (MM. Pozzi, président ; Budin, Bar et Faure.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 7. — JEUDI 18 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 18 JANVIER 1906. — Nº 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A PROPOS DE L'AGRÉGATION. — Le vendredi 3 novembre dernier, l'Université de Montpellier célébrait sa séance solennelle de rentrée. M. le recteur Benoist, dans un rapport général dont la publication est récente, déplorait le départ d'un agrégé d'anatomie, M. Mouret, bien connu des spécialistes par ses travaux anatomiques dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie. M. Benoist a tenu à saisir cette occasion de commenter, devant le public d'élite qui l'écoutait, le règlement sous lequel vivent nos facultés de médecine.

« On est reçu au concours d'agrégation en moyenne vers trente ans, a dit M. le recteur de l'Université de Montpellier, quelquefois plus tôt, souvent plus tard. Et alors l'Etat dit à l'heureux candidat : « Pendant neuf ans, nous allons te donner 3000 francs ; au bout de ce temps, si tu n'as pas l'heureuse chance qu'un professeur titulaire soit mis à la retraite ou emporté par une épidémie propice, nous te prierons de chercher fortune ailleurs; en te voyant, si jeune, officier de l'Instruction publique, il n'est pas douteux que les clients affluent dans ton cabinet. » Remarquez, Messieurs, qu'au bout de son terme, l'agrégé remercié a une quarantaine d'années; remarquez de plus qu'il peut s'être distingué soit par des travaux originaux, soit par son talent de professeur ; tout cela ne compte pas s'il n'y a pas de chaire vacante. Il est vrai qu'il a la consolation de se dire que d'autres agrégés, qui ne le valaient pas, sont devenus tout naturellement et comme automatiquement titulaires ; mais il y a des esprits si mal faits qu'ils trouvent cette consolation insuffisante. Tel est le système. Comment a-t-il pu durer un siècle, alors que nous avons vu crouler tant de choses et se succéder tant de réformes ? Je l'ai quelquefois demandé à des hommes du métier, ils ne m'ont rien répondu ; je pense donc tout simplement que les Français, quoiqu'ils aient fait la Révolution de 1789, sont un peuple essentiellement conservateur ; quand on leur a bien démontré qu'une institution est absurde, ils se font un point d'honneur de n'y pas toucher. »

On ne saurait mieux dire, et je me garderai bien d'atténuer par un long commentaire l'importance du passage que je viens de citer textuellement. L'opinion de M. le recteur Benoist est celle de la majorité des hommes compétents et les lecteurs de la *Gazette* n'ont peut-être pas entièrement perdu le souvenir des articles dans lesquels j'essayais de démontrer l'absurdité des statuts de l'agrégation. Mais on me permettra d'ajouter que M. le recteur Benoist est, à ma connaissance du moins, le premier administrateur qui ait cru devoir exprimer publiquement cette opinion; on peut espérer qu'il sera suivi et que les réformes si attendues, si nécessaires, de l'agrégation se réaliseront quelque jour — pas trop tard.

Dr LÉON IMBERT,
Professeur de clinique chirurgicale
à l'École de Marseille.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 16 janvier 1906 : MM. Dubosc, 12 ; Laroche 11 ; Grasset, 10 ; Trocmé, 9; Boucaut, 8 ; Couton, 7 ; Magnin, 5 ; Mignard, 4 ; Molina, 2.

Pathologie. — La séance du 16 est remise au jeudi 18, à huit heures trois quarts du soir, à la Charité.

PRIX DE LA FACULTÉ POUR 1906. — La Faculté de médecine propose les sujets suivants pour les prix à décerner en 1906 :

Prix Corvisart : L'hémoptysie.

Prix Saintour : Des rapports de l'alcoolisme et des accidents saturnins.

Prix Behier : Syphilis hépatique.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des médailles de bronze sont attribuées à MM. les docteurs Sandras, Mondot et Brégeat (d'Oran).

MARINE. — M. le médecin en chef de deuxième classe Jan est désigné pour occuper la prévôté de médecin résidant à l'hôpital de Saint-Mandrier.

— M. le médecin principal Bourit est désigné pour embarquer sur le *Bouvet*.

NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE. — Nous recevons le premier numéro des *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, revue *régionale* mensuelle publiée à Poitiers par nos amis Morichau-Beauchant et Pouliot (de Poitiers), Jean Petit et Georges Renon (de Niort). Nous leur adressons nos meilleurs vœux.

HÉMATOLYSE

PIGMENTS BILIAIRES ET CELLULE HÉPATIQUE

Par le docteur G. FROIN,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,

Il est indiscutable aujourd'hui que les pigments biliaires proviennent des matières colorantes du sang, hémoglobine et oxyhémoglobine. D'ailleurs, rien ne pourrait mieux démontrer ce fait que les liquides hémorragiques retirés des séreuses. Dans 178 liquides céphalo-rachidiens, pleuraux et péritonéaux sanglants, j'ai constaté, 53 fois, après centrifugation, la réaction de Gmelin. Les pigments biliaires avaient certainement pris naissance au niveau de ces hématomes, car le sérum sanguin des malades, examiné dans tous les cas, contenait une quantité bien moins considérable de pigments ou même ne présentait aucune des réactions employées journellement pour la recherche des pigments biliaires.

Dans ces hématomes liquides, la destruction des globules affecte deux aspects fondamentaux et très différents. Lorsque la séreuse est normale et la constitution chimique physiologique du liquide peu modifiée, les globules rouges sont détruits très lentement et presque toute leur hémoglobine, au fur et à mesure qu'elle s'échappe des stromas globulaires, est transformée en pigment jaune. Si l'hématome est peu dilué, c'est-à-dire si l'on compte plus de 500 000 globules rouges par millimètre cube (chiffre approximatif), on constate en général les réactions des pigments biliaires : extinction de la partie droite du spectre, réaction de Gmelin, réaction de Grimbert, etc. Si l'hématome est très dilué, et contient moins de 500 000 globules rouges par millimètre cube, la couleur du liquide est ordinairement moins jaune que précédemment, analogue à celle du sérum sanguin normal, et ne présente pas les réactions précédentes, caractéristiques des pigments biliaires.

Un second groupe de faits concerne des liquides cancéreux ou tuberculeux, ou bien des liquides contenant une proportion considérable d'urée. Dans ces sérosités hémorragiques, très modifiées au point de vue chimique, la destruction hématique ou globulolyse est ordinairement plus rapide et provoque une diffusion tellement massive de l'hémoglobine hors des stromas que celle-ci, dissoute dans le liquide, n'est pas immédiatement transformée en pigment jaune : elle colore la sérosité en brun plus ou moins foncé. Il y a très nettement disproportion entre la force qui disloque le globule et met en liberté l'hémoglobine et celle qui la transforme : la globulolyse et l'hémoglobinolyse n'ont pas une évolution parallèle. Aussi, j'oppose ces faits, que je désigne sous le nom d'hématolyse anormale, à ceux énumérés plus haut et qui caractérisent l'hématolyse normale ou hématolyse dans un milieu chimique peu ou pas modifié (1).

Il était important d'établir quels sont les agents de la transformation hémoglobinique. On ne devait pas songer à incriminer la cellule hépatique dans ces processus locaux, puisque le sérum sanguin ne montrait pas de pigments biliaires. D'ailleurs les physiologistes ont constaté des pigments biliaires dans les extravasats sanguins et signalé qu'ils ne sont point caractéristiques, à l'inverse des acides biliaires, par exemple, de la bile secrétée par le foie.

L'étude attentive des 178 liquides que j'ai examinés, m'a permis d'incriminer dans l'hémoglobinolyse, une action leucocytaire dévolue aux polynucléaires neutrophiles et aux mononucléaires (1). Ces éléments seraient capables de détruire l'hémoglobine et de la transformer en pigment biliaire ou bilirubine.

En somme, mes études sur l'hématolyse m'ont conduit à la conception qu'il faut deux conditions primordiales, en dehors du foie, pour que l'on puisse déceler des pigments biliaires dans un liquide : d'abord de l'hémoglobine dissoute en quantité plus ou moins considérable, ou bien un grand nombre de globules rouges rassemblés sous un petit volume, globules situés hors de leur milieu vital habituel, et en état de souffrance très prononcée; ensuite, présence au milieu de ces hématies, de polynucléaires neutrophiles et de mononucléaires. Lorsque les hématies sont peu nombreuses sous un petit volume, si la globulolyse n'est pas activée par une cause très cellulicide, leur hémoglobine transformée colore le liquide en jaune, mais sans éteindre le spectre, ni donner la réaction de Gmelin.

Il est difficile de spécifier à quoi est due entièrement cette dernière coloration jaune, sans Gmelin, qui succède très souvent à une coloration nettement biliaire. En effet, si l'on prend un liquide contenant des pigments biliaires, il suffit de le diluer pour faire disparaître les réactions caractéristiques de ces pigments en même temps que la teinte jaune s'atténue graduellement. Cependant, grâce à des méthodes plus sensibles, on décèle fréquemment les petites quantités de bilirubine, et on sait que, dans le sérum sanguin, le champ des pigments biliaires s'est singulièrement élargi depuis les recherches de MM. Gilbert, Lereboullet et Herscher : ces auteurs considèrent comme physiologique un certain degré de cholémie. En employant leur méthode et leurs mensurations si précises, il sera possible peut-être de déceler encore plus souvent la bilirubine au niveau des foyers hémorragiques.

Pour en revenir à la création de ces pigments, il est surprenant qu'une fonction aussi importante que la mutation de l'hémoglobine en pigment biliaire puisse être réalisée, dans des conditions si diverses et au milieu de tissus si différents, constitués par le foie d'une part et les membranes séreuses de l'autre. De plus on n'a pas cherché à se rendre compte comment la cellule hépatique réalise l'hématolyse, c'est-à-dire comment il y a d'abord globulolyse avant que puisse se faire l'hémoglobinolyse.

Quand le sang traverse le foie, les conditions de la circulation y sont comparables à celles de tout autre viscère. Dans les capillaires hépatiques, les

(1) G. Froin. L'hématolyse anormale, Soc. de biol., janvier 1906.

(1) G. Froin. Evolution générale des actes hématolytiques, Soc. de biol., janvier 1906.

hématies animées du même mouvement d'impulsion qui les entraîne dans l'ensemble du torrent circulatoire, se déplacent rapidement le long des cellules de l'organe. Je me suis assuré que le sérum sanguin prélevé dans la veine porte d'un chien, ne contenait pas d'hémoglobine en solution et je crois que l'hémoglobine n'a pas été signalée à l'état de dissolution dans certains départements vasculaires. Si les globules rouges, non phagocytés par la cellule hépatique, en subissaient néanmoins l'action, il faudrait qu'ils soient impressionnés par une substance émise hors du corps cellulaire, mais cette substance globulicide serait immédiatement entraînée par le courant sanguin et disséminée dans tout le système vasculaire. Il est impossible de concevoir le mécanisme de l'action globulicide de la cellule hépatique : or, on sait aujourd'hui que les globules rouges ne laissent diffuser leur hémoglobine que si leur stroma est modifié, altéré, en état de déchéance vitale.

On pourrait prétendre que, dans le système vasculaire, des hématies se trouvent en état de désorganisation progressive, se parachevant au niveau du foie, sous l'influence de conditions physiques et chimiques particulières. Et l'hémoglobine en solution dans le plasma sanguin peut s'éliminer parfaitement par l'intermédiaire de la cellule hépatique. Mais si le foie absorbait et transformait parallèlement l'hémoglobine du sang, il est probable que cette fonction devrait se trouver quelquefois en défaut, surtout quand la cellule hépatique, plus ou moins altérée, se montre insuffisante pour toutes ses autres fonctions. Or, l'ictère est ordinairement très prononcé dans les hépatites et nous constatons chaque jour cette contradiction : une cellule hépatique créant, pendant qu'elle dégénère, plus de pigments biliaires que jamais, mais se montrant insuffisante pour la glycogénie, l'uréopoïèse, etc. D'une façon générale, les pigments, éléments non caractéristiques de la bile, varient dans les proportions les plus extraordinaires et les plus imprévues tandis que la quantité des acides biliaires par exemple se montre relativement immuable. On a bien signalé la disparition de la jaunisse, au cours de l'ictère grave (Jaccoud); mais ce sont des cas exceptionnels et qui n'enlèvent pas à la remarque précédente toute sa valeur.

L'accumulation des pigments biliaires dans le sang, résultant d'une hématolyse exagérée, est parfaitement démontrée. Toute la question est de savoir si les pigments prennent naissance dans le sang circulant lui-même, ou dans le foie.

En supposant qu'ils se produisent dans le sang circulant, par les mêmes actions que dans un foyer hémorragique, nous y constatons d'abord la présence de polynucléaires neutrophiles et de mononucléaires, éléments indispensables à la transformation de l'hémoglobine. De plus, si le sang ne contient pas d'hémoglobine dissoute, nous y trouvons par contre un nombre considérable d'hématies par rapport à un petit volume de plasma sanguin. Or, ces conditions nécessaires à la création des pigments biliaires et qui me sont uniquement suggérées par mes travaux sur l'hématolyse, ont été complètement négligées dans les expériences qui prétendent établir d'une façon indiscutable l'attribution de la bilirubigénie à l'organe hépatique. Je rappelle que l'une des expériences fondamentales, consiste à provoquer une déglobulisation massive par inhalation d'hydrogène arsénié et à lier le cholédoque, ainsi que tous les vaisseaux hépatiques (Stern, Minkowsky et Naunyn); on voit disparaître rapidement le pigment biliaire du sérum et de l'urine.

Je passe sur ces expériences qui, pour démontrer un phénomène normal ou physiologique, détruisent brusquement le sang et le foie, en provoquant sans doute une hémorragie opératoire plus ou moins abondante. Jamais le plus violent des processus pathologiques ne pourrait réaliser de tels dégats dans un organisme. L'animal survit seulement quelques heures à cette maladie expérimentale toute particulière qui consiste dans la destruction d'un nombre considérable d'hématies avec suppression brusque du foie, ce qui prouve à quel point ses tissus, ses humeurs et ses autres organes peuvent être rapidement modifiés. Est-il surprenant, dans de telles conditions, si d'autres cellules que celles contenues dans le foie créent les pigments biliaires, que leur fonction soit annihilée ou suspendue? N'a-t-on pas modifié profondément l'équilibre leucocytaire en faisant cette véritable extirpation du foie et en introduisant dans le sang de l'hydrogène arsénié? Conserve-t-on aussi l'hématome, figuré par l'ensemble du sang circulant, dans les conditions de la désorganisation hématique idéale pour la création des pigments biliaires? Il est inutile, d'ailleurs, de provoquer la mise en liberté de tant d'hémoglobine, car le rein, véritable soupape de sûreté, élimine rapidement ce trop plein hémoglobinique. La formation de pigments biliaires coïncide plutôt avec les hématolyses lentes qu'avec les hématolyses subites et massives.

Enfin, si l'hémoglobine est mise au contact des cellules hépatiques, celles-ci forment « à ses dépens, entre autres substances, un pigment spécial différent du pigment biliaire, de la bilirubine, dont il a les autres caractères (de solubilité, par exemple), par l'absence de la réaction de Gmelin (Anthen) » (1). Ce pigment, voisin de la bilirubine, ne présente donc pas la réaction caractéristique de cette substance.

En somme, il n'existe pas, à l'heure actuelle, une expérience indiscutablement démonstrative de la fonction bilirubigénique de la cellule hépatique. Mais si cette cellule ne crée pas les pigments biliaires, il est certain qu'elle constitue la voie d'excrétion normale de ces pigments. Ces derniers, dilués en plus ou moins grande abondance dans les 5 ou 6 litres de sang circulant, s'éliminent par le foie comme tant d'autres matières colorantes. La cellule hépatique semble en effet un élément d'absorption tout particulier pour les substances pigmentaires, introduites dans le sang : la bilirubine

(1) DASTRE. *Dictionnaire de physiologie* de Richet, art. BILE, p. 192.

(Tarchanoff, Vossius), l'hémoglobine (Wertheimer et Meyer), la cochenille et la fuchsine (Prévost et Binet), l'indigo-sulfate de soude (Chrzonczewsky), la matière colorante verte des végétaux injectée dans le sang à l'état de phyllocyanate alcalin.

Le foie se montre, comme une véritable éponge, s'imbibant plus ou moins de bile, à cause de cette propriété spéciale à la cellule hépatique d'absorber les pigments. L'imprégnation du tissu hépatique peut être considérable, parce que c'est la voie d'élimination naturelle. Bien que d'origine directement sanguine, le pigment, même dans les cas de production anormale et considérable, pourra se trouver en plus grande quantité dans le foie que dans le sang, parce qu'il s'accumule sur la voie de l'élimination physiologique. Il faut donc comprendre qu'il peut exister une grande disproportion, au point de vue de la quantité de bilirubine contenue dans le parenchyme d'une part et le système sanguin de l'autre, de même qu'on voit plus d'eau dans un lac que dans les rivières qui l'alimentent.

On va penser immédiatement qne si la cellule hépatique absorbe la bilirubine préformée, il est facile de le démontrer, en dosant le contenu pigmentaire du sang à l'entrée et à la sortie du foie, de répéter en un mot une expérience comparable à celle de Claude Bernard, prouvant la glycogénie hépatique. Mais avant d'entreprendre une expérience visant la recherche de substances parfaitement déterminées, il est une règle en physiologie qui consiste à la discuter d'abord et à présumer si elle peut conduire à un résultat, enfin, à savoir si ce résultat pourra être judicieusement interprété. Or, il nous semble que, dans le cas particulier, le but de l'expérience est impossible à atteindre. En effet, nos méthodes de recherche et surtout de dosage des pigments biliaires sont trop grossières pour nous donner un résultat valable. Afin de bien le faire comprendre, partons d'un fait connu et raisonnons sur ce fait, pour envisager la question des pigments biliaires. On sait que le sang de l'homme contient environ 0,30 centigrammes d'urée par litre et qu'il s'en élimine par vingt-quatre heures, dans 12 à 1500 grammes d'urine, environ 25 grammes. Si l'on supposait que ces 25 grammes d'urée filtrent entièrement au fur et à mesure qu'ils circulent dans le rein, on verrait qu'il suffit de 83 litres de sang, passant dans le rein, pour laisser échapper les 25 grammes qu'ils contiennent. Mais l'acte physiologique est loin d'être aussi grossier. En réalité, des milliers de litres de sang circulent dans le rein en l'espace de vingt-quatre heures et c'est par milligrammes que chaque litre de sang abandonne l'urée qui filtre avec l'urine. Quelle est la méthode de dosage assez précise qui pourrait montrer la différence du contenu, en urée, dans le sang de l'artère d'une part, et dans celui de la veine rénale d'autre part ?

Il en est de même pour le foie qui sécrète de 600 à 1200 grammes de bile par vingt-quatre heures. Dans cet organe, passent dans le même temps, des milliers de litres de sang et il suffit qu'une très petite quantité de bilirubine soit à chaque instant absorbée, pour que puisse être constituée une humeur extrêmement colorée aux dépens d'une autre l'étant légèrement, de même que nous avons vu 25 grammes d'urée concentrés par le rein dans 1200 grammes d'eau, aux dépens d'un liquide n'en contenant que 0,20 à 0,50 centigrammes par litre.

Déceler la différence en bilirubine du sang de la veine porte de celui des veines sus-hépatiques est donc impossible : nous ne possédons pas de réactif assez sensible pour doser les traces de ce pigment en plus ou en moins. Aussi ne peut-on pas démontrer directement, par l'expérimentation, que la cellule hépatique absorbe la bilirubine circulant normalement dans le système sanguin.

C'est souvent d'ailleurs par une voie détournée que l'on se trouve amené à suspecter les faits qui paraissent les plus solidement établis. En étudiant l'hématolyse dans les séreuses, nous nous sommes trouvé dans des conditions plus avantageuses qu'au niveau du système circulatoire lui-même pour apprécier toutes les variantes et toute la complexité du phénomène.

Nous espérons que la pathologie humaine nous aura permis d'élucider ce point de physiologie. Bien plus, c'est encore par l'intermédiaire de la pathologie, que nous verrons peut-être la confirmation de ces faits. S'ils sont vrais, on serait autorisé, dans certains cas de pléiochromie, à incriminer une hématolyse exagérée dans le système sanguin. Si on pouvait ralentir ou arrêter cette destruction globulaire par une substance ou un sérum antihématolytiques, nous aurions du même coup la confirmation indiscutable des idées suggérées par les phénomènes que nous avons étudiés.

TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES

GRIPPE, ÉRYSIPÈLE, FIÈVRE PUERPÉRALE

COQUELUCHE, BRONCHO-PNEUMONIE

Par le docteur Émile PILLIÈRE,
Médecin de l'hôpital de Charleville.

Il est un médicament que je crois encore relativement peu connu, et qu'il est bon de porter à la connaissance du corps médical ; sa valeur m'a été démontrée par dix années d'expérience sur un nombre considérable de malades. Je veux parler de l'Eucalyptine Le Brun, au gaïacol iodoformé.

Ce médicament se présente sous forme d'huile d'un vert émeraude d'une limpidité parfaite et d'une odeur fortement empyreumatique ; comme son nom l'indique c'est une huile essentielle extraite des feuilles de l'eucalyptus globulus, à laquelle on a incorporé une certaine quantité de gaïacol et d'iodoforme.

Elle s'emploie exclusivement par la méthode souscutanée, et les injections bien faites sont aussi peu douloureuses que possible ; dans tous les cas, infiniment moins que toutes les solutions d'eucalyptol employées jusqu'à ce jour.

L'eucalyptus et les solutions d'eucalyptol ont d'abord été préconisées et employées contre les

bronchites et en particulier contre la tuberculose pulmonaire.

J'ai, comme la plupart des praticiens, employé ces médicaments dans les affections sus-nommées et je les avais trouvés tellement inefficaces que j'y avais renoncé.

L'Eucalyptine Le Brun, employée dans ces mêmes cas, ne donne qu'un résultat peu appréciable qui consiste simplement en une certaine diminution de la sécrétion pulmonaire.

Tout autre est son action dans la grippe aiguë, où, employée dans les deux premiers jours, elle semble avoir une action aussi nette qu'un véritable sérum anti-streptococcique. Dans ces conditions, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle subjugue cette affection, et il n'est pas rare qu'un malade, avec une température axillaire à 40 degrés, ne se retrouve le lendemain avec 36°5.

Cette médication peut être suivie à tous les âges et empêche constamment la grippe de prendre des allures infectieuses.

Lorsqu'on est en présence, particulièrement chez le jeune enfant, soit d'une broncho-pneumonie grippale, soit d'une pneumonie franche de même nature, qui est toujours une pneumonie centrale, c'est-à-dire débutant par le hile du poumon, une de ces pneumonies qui ne donnent rien à l'auscultation au début que par la température très élevée, 41 degrés en général, et à la percussion par une légère submatité; il est urgent de pratiquer immédiatement une injection d'Eucalyptine et, si vingt-quatre heures après la température n'a pas fait une chute presque totale, une seconde injection doit être pratiquée, en y ajoutant toutefois l'application sur la base du poumon malade, d'un vésicatoire de dimension appropriée à l'âge du sujet, ou, bien entendu, de deux vésicatoires si les deux bases sont prises.

Dans ces conditions, la pneumonie ne suit pas son cycle complet, et la température redevient normale au bout de quarante-huit heures.

Il m'est arrivé maintes fois d'être appelé près d'enfants atteints, pendant une épidémie de grippe, de la toux coqueluchoïde spéciale à cette affection et d'avoir arrêté cette toux sans retour avec une seule injection.

Ce que je viens de dire repose sur une expérience d'un nombre considérable de malades et ce traitement ainsi posé est d'une efficacité telle qu'à part quelques vieillards, ou quelques personnes atteintes de tuberculose, on peut dire qu'il n'échoue presque jamais.

Frappé de l'efficacité réelle et indéniable de l'Eucalyptine Le Brun dans la grippe, j'en ai conclu que ce médicament devait logiquement avoir la même efficacité dans les deux autres affections à streptocoques, l'érysipèle et la fièvre puerpérale.

Observations. — Mme G..., entrée à l'hôpital le 23 octobre 1900, était atteinte d'un érysipèle ayant débuté à la naissance du cuir chevelu et au front, et descendant jusqu'à l'arcade zygomatique.

Ce jour-là, la température matin et soir était de 40°1.

Je mis la malade à la diète, au bouillon froid, avec comme boisson du sirop de groseilles, étendu d'eau fraîche, et ne fis rien autre chose.

Le lendemain 24 octobre, l'érysipèle atteignait toute la face, jusqu'au niveau des commissures labiales, à la manière du masque appelé « loup », le gonflement était intense, les yeux ne pouvaient plus s'ouvrir; la température était de 40°1.

Je pratiquai alors une injection d'Eucalyptine et je fis continuer le même régime de boissons.

Le troisième jour 25 octobre, la température était le matin de 39°4, le processus inflammatoire n'avait pas augmenté d'un millimètre, le gonflement était beaucoup moindre, la rougeur avait beaucoup diminué; la céphalalgie avait disparu, et le soir, la température n'était plus que de 39°2.

Je pratiquai ce jour-là, le matin, la deuxième injection d'eucalyptine.

Le 26 octobre, au commencement du quatrième jour de l'entrée à l'hôpital, et quarante-huit heures après la première injection d'Eucalyptine, vingt-quatre heures après la seconde, je trouvai la malade avec une température de 37 degrés, la rougeur et le gonflement avaient disparus, la malade était en pleine desquamation et complètement guérie.

Je fis ce matin-là une troisième injection qui fut la dernière. Le 26 au soir la température était de 36°6 et s'est maintenue à ce niveau, jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Depuis lors, j'ai eu à soigner quatorze ou quinze érysipèles, qui ont été traités de la même façon et avec les mêmes résultats.

Encouragé par mes expériences sur l'érysipèle, je me suis décidé à expérimenter l'Eucalyptine Le Brun, dans un cas de fièvre puerpérale, le seul que j'aie eu à traiter, cette affection étant plus rare que les deux précédentes.

Il s'agit d'une femme de vingt-six à vingt-huit ans, près de laquelle j'ai été appelé en consultation par le médecin traitant, pour une fièvre puerpérale, survenue quelques jours après la naissance de son second enfant.

La température qui était de 40 degrés tomba à la normale après une injection intra-utérine d'eau phéniquée à 1/200, que nous avons pratiquée sur-le-champ.

Je fus appelé quarante-huit heures après pour une nouvelle élévation de température de 40 degrés et quelques dixièmes.

Je trouvai ce jour-là à l'auscultation un foyer de pneumonie, évidemment métastatique, dans le lobe moyen du poumon droit. Je priai le médecin traitant de faire le jour même et le lendemain une injection sous-cutanée d'Eucalyptine.

Le surlendemain lors d'une troisième et dernière consultation, la température était de 36°5 et toute trace de pneumonie avait disparu, la guérison fut complète, sans autre médication.

J'ai vu pour la première fois cette année une nouvelle manifestation de streptocoque; voici dans quelles circonstances :

Une dame de quarante-trois ans soignait depuis plusieurs jours ses enfants, atteints successivement de grippe, je la trouvai un jour ayant l'œil droit rouge, symptomatique d'une conjonctivite avec un peu d'iritis, affection que je jugeai de nature rhumatismale, cette dame se plaignant en même temps de quelques douleurs articulaires.

J'instituai le traitement approprié, sans aucun résultat, car le surlendemain l'œil gauche se prenait. Les conjonctives étant devenues granuleuses, je fis pendant deux jours un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent à 1/30 et n'obtins qu'une amélioration insignifiante; lorsque la malade se plaignit d'un malaise général sans fièvre; cependant, je lui fis une injection d'eucalyptine Le Brun.

Mon étonnement fut grand, le lendemain, de voir que les yeux étaient revenus à l'état normal et le malaise général avait, bien entendu, disparu.

Deux enfants de cette même famille ont été pris après leur mère de cette manifestation oculaire, et ont été guéris avec deux injections d'Eucalyptine.

J'ai retrouvé dans deux autres familles des conjonctivites de même nature et j'ai obtenu les mêmes résultats. J'ai également traité avec un succès analogue et avec le même médicament un certain nombre de bronchites fétides.

Nous avons depuis lors traversé une épidémie de coqueluche dans laquelle tous les cas que j'ai eu à traiter ont subi le même traitement par l'Eucalyptine Le Brun, à la dose de 1/4 de seringue à 1/2 seringue de Pravaz, par jour.

Dès le premier jour les quintes ont commencé à se modifier; après la seconde injection, elles sont devenues plus rares et plus courtes, beaucoup moins suffocantes, et la guérison a été obtenue en une huitaine de jours.

La seule exception a été constatée chez un enfant que je n'ai commencé à soigner qu'au bout de trois mois de coqueluche et pour lequel il a fallu une dizaine d'injections.

La coqueluche est bien plus facilement curable en la traitant dès le début; cela est d'autant plus important que la rapidité de la guérison permet d'éviter les complications du côté des voies respiratoires et des méninges, ces complications se manifestant en général assez rapidement.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 16 janvier 1906)

Après un court rapport de M. Chauvel sur la présentation faite, dans la dernière séance, par M. Armagnac (de Bordeaux) d'un autosynoptomètre de son invention, M. le président déclare ouverte la discussion sur le rapport de M. Chauffard relatif aux conditions légales de l'emploi médical des rayons de Röntgen. En ouvrant cette discussion, M. le président tient à faire remarquer qu'il s'agit d'une question scientifique générale, dans laquelle les personnalités disparaissent. On verra plus loin, au cours de la discussion, que cette remarque avait son utilité.

De l'emploi médical des rayons de Rœntgen. — La parole est donnée à M. Pinard qui félicite tout d'abord M. Chauffard de son rapport dans lequel, dit-il, tout est à louer. Dans ce rapport, M. Chauffard, étudiant l'action des rayons X sur les glandes en général et sur les glandes génitales en particulier, fait une discrète allusion aux terribles conséquences sociales qui pourraient résulter de la production possible, par les rayons de Röntgen, de l'azoospermie chez l'homme, de la stérilisation chez la femme. C'est donc avec juste raison que M. Hennecart (de Sedan) a signalé l'effroyable danger social que pourrait devenir un pareil agent malthusien qui, passant à travers l'individu, annihilerait l'espèce. Cette question était bien de nature à faire concevoir à la fois bien des craintes et bien des espérances, des craintes pour le médecin qui n'osera plus se servir des rayons de Röntgen pour le diagnostic des affections pelviennes chez la femme qu'il risquera de transformer en un écrin vide et qui, pour soulager l'individu, va annihiler l'espèce; des espérances, on conçoit lesquelles, pour toute une catégorie de femmes, ces réfractaires à la maternité qui, lisant le rapport de M. Chauffard, ont pu croire qu'elles allaient être à jamais délivrées de ce cauchemar de la maternité.

Or il ne s'agit jusqu'ici que d'expériences sur les animaux et il faut savoir si les choses se passeront de même dans l'espèce humaine et si l'on peut conclure du rat à l'homme et de la lapine à la femme.

M. Pinard tient à apporter sa contribution au débat qui, nous l'espérons du moins, va dissiper à jamais ces craintes et ces espérances.

Depuis 1896, M. Pinard, avec la collaboration de M. Varnier, soumet constamment, jour et nuit pourrait-on dire, des femmes de la clinique Baudelocque à l'action des rayons de Röntgen. Ces femmes sont soumises trois et quatre fois à des poses de trente ou quarante minutes, soit au début, soit au cours, soit à la fin de la grossesse, soit après l'accouchement. MM. Pinard et Varnier ont revu un grand nombre de ces femmes, à plusieurs reprises, après ces épreuves destinées à procurer des radiographies pelviennes. Ont-ils observé chez elles le moindre inconvénient? Jamais, n'hésite pas à répondre très catégoriquement M. Pinard. Ni les femmes, ni les enfants n'ont paru souffrir des rayons de Röntgen, même après trois et quatre poses de trente à quarante minutes. Avions-nous atteint l'espèce en pratiquant ces radiographies? Si peu, dit M. Pinard, que beaucoup de ces femmes sont revenues accoucher de nouveau dans le service. L'une d'elles qui avait

un bassin vicié est même revenue mettre au monde un enfant pesant 4k500 et cette femme avait subi quatre séances de rayons X.

On peut donc, conclut M. Pinard, impunément pour la femme enceinte comme pour l'enfant qu'elle porte, comme pour l'espèce, se servir de la radiographie.

M. Reynier rappelle que pour faire sa proposition M. Debove s'est appuyé sur le Congrès de radiologie de Berlin; que M. Chauffard, en appuyant cette proposition, a négligé de dire par qui serait enseignée aux médecins la radiologie. En effet, ce serait une erreur de croire que tout danger serait écarté par le fait seul que l'emploi des rayons X ne sera plus confié qu'aux médecins. Pour M. Reynier les physiciens sont bien plus à même que les médecins de manier les rayons de Röntgen sans danger pour les malades ou pour eux-mêmes. Ils ont d'ailleurs déjà fait leurs preuves, et M. Reynier estime que ce serait un acte d'ingratitude que de les expulser de leurs laboratoires sous le prétexte qu'ils ne sont pas docteurs en médecine.

Il faut tout d'abord établir une distinction entre la radiographie et la radiothérapie. Il est bien entendu que cette dernière ne doit être pratiquée que sous un contrôle médical. En va-t-il de même pour la radiographie ou la radioscopie? M. Reynier ne le pense pas. Il faut, pour manier ces appareils, connaître la physique, la chimie, la géométrie dans l'espace. Il ne suffit pas d'être médecin pour pouvoir manier, sans accidents, ces terribles engins. M. Reynier nous donne pour preuves, non seulement les radiodermites thérapeutiques, mais aussi celles des expérimentateurs eux-mêmes. D'autre part quel sera le malade qui ne sera pas terrorisé, si l'expérimentateur prend pour lui toutes les précautions de blindage dont on a parlé? Il y a donc un danger réel à manier les rayons de Röntgen. Toutefois on est arrivé à pouvoir éviter ce danger, mais à la condition d'une technique toute spéciale. M. Reynier demanderait donc la création d'une école de radiologie, la création d'un diplôme qui permettrait d'écarter tous les industriels et tous les charlatans qui se sont jetés sur la radiothérapie. En terminant, M. Reynier faisant allusion à la situation actuelle de quelques collaborateurs radiographes précieux qui ne sont pas médecins, demande que l'on respecte des droits acquis et que l'on tienne compte des services rendus et qu'on ne mette pas ces physiciens à la porte de leurs laboratoires. Il propose à l'Académie d'émettre un vœu dans ce sens, que personne, pas plus les médecins que d'autres, ne pourra se servir des rayons de Röntgen sans être muni d'un diplôme spécial.

M. Chauffard répond à M. Pinard que les faits qu'il vient d'apporter sont très utiles à connaître et très consolants. Ils brisent aussi certaines espérances criminelles et c'est en cela surtout qu'il est bon de les répandre le plus possible dans le public. A ce propos, M. Chauffard, parmi plusieurs lettres, en a reçu une d'un médecin qui se dit franchement malthusien et qui, à ce titre, se propose de faire profiter le plus possible sa clientèle de l'heureuse découverte révélée par les expériences dont il est question dans son rapport. Les faits très probants révélés par M. Pinard sont la seule réponse à faire à cette lettre.

M. Chauffard répond ensuite à M. Reynier en lui disant qu'il n'a jamais été dans sa pensée de vouloir exclure de leurs laboratoires les précieux collaborateurs dont il parle, que bien au contraire il est d'avis qu'on leur donne tous les encouragements possibles pour continuer leur œuvre scientifique, perfectionner les appareils, etc.

Mais M. Chauffard maintient que, seul, le médecin est indiqué pour faire un diagnostic, pour interpréter une radiographie.

Nous ne nions pas, ajoute M. Chauffard, que des accidents de radiodermite aient été produits par des médecins, mais l'accident est une contingence toujours possible de la pratique de la médecine, comme de la chirurgie, comme de la radiologie. Si l'on acceptait la proposition de M. Reynier, il faudrait tout refuser aux médecins et tout accorder aux physiciens. M. Chauffard n'accepte pas cette proposition.

M. Cornil apporte au débat quelques résultats histologiques de maladies traitées par la radiothérapie. Ainsi que l'ont démontré M. Béclère et ses élèves, la radiothérapie produit d'excellents effets sur certaines affections superficielles, ainsi que le prouve l'étude de certains fragments pris sur le vivant au cours de la cure radiothérapique. Il ressort de cette étude que l'épithélioma cutané est attaqué et détruit par les rayons X. Mais cela ne s'applique qu'aux épithéliomas superficiels à évolution lente. La radiothérapie est, pour ces cas, le traitement de choix. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit d'épithéliomas de la lèvre, de la langue, des orifices muqueux, épithéliomas se propageant rapidement aux ganglions et se généralisant. Dans ces cas, les effets des rayons de Röntgen sont des plus mauvais; ils déterminent de véritables nécroses des tissus.

Arrivant aux dermites, aux radiodermites des opérateurs, M. Cornil rapporte l'histoire de ce physicien très estimé, fabricant d'instruments de radiologie, chez lequel une radiodermite de l'index a dégénéré en véritable épithélioma qui a nécessité l'amputation du doigt. M. Cornil a examiné ce doigt; il a vu qu'il s'agissait d'un véritable épithélioma à globes épidermiques, ayant envahi les couches profondes. Le chirurgien qui a opéré ce malheureux a dû enlever un ganglion épithrocléen qui lui-même était dégénéré.

Cette observation n'est pas isolée; il y en a eu d'autres identiques en Amérique. M. Gaucher a cité deux faits analogues.

C'est surtout le cancer du sein qui est traité par la radiothérapie. M. Cornil a étudié les fragments d'épithéliomas traités par les rayons X comparativement avec d'autres fragments de tumeurs non soumises à ces rayons. Il a constaté des lésions nécrosiques profondes sur certaines tumeurs qui avaient été traitées par la radiothérapie. Celle-ci doit être évitée dans les cas d'épithéliomas profonds à marche rapide. Elle est sans action sur les ganglions lymphatiques et n'empêche pas la généralisation. En terminant, M. Cornil estime que l'emploi des rayons de Röntgen pour le traitement des tumeurs ne peut être confié qu'aux médecins. Il ajoute qu'il est bon de rappeler que l'emploi de ces rayons est souvent dangereux pour les opérés comme pour les opérateurs.

M. Reynier est d'accord avec M. Cornil sur la gravité possible des accidents de la radiothérapie; mais il s'empresse d'ajouter qu'avec une bonne technique on peut éviter les accidents...

— Comme pour le chloroforme, s'écrie à ce moment M. Brouardel.

— ... Comme pour le chloroforme, reprend M. Reynier, qui déclare n'avoir pas plus d'accidents chloroformiques avec son appareil anesthésique qu'il n'a d'accidents des rayons X avec sa technique de radiothérapie. Comme on le verra plus loin, cette affirmation de M. Reynier soulèvera d'énergiques et de légitimes protestations.

M. Reynier conclut en disant de nouveau qu'un enseignement spécial de la radiologie est nécessaire, qu'il faut laisser

les physiciens à leurs laboratoires, et qu'en demandant un diplôme spécial pour le radiothérapeute, il est convaincu de défendre l'intérêt des malades.

M. Gariel résume très heureusement toute la question en discussion en disant qu'il est beaucoup plus facile à un médecin d'apprendre les notions de physique nécessaires pour faire de la radiologie qu'il n'est facile à un physicien d'apprendre les notions de médecine nécessaires pour faire de la radiothérapie.

M. Brouardel proteste contre l'assertion de M. Reynier qui, suivant lui, a été trop loin en disant qu'avec une bonne technique on n'avait pas d'accidents radiothérapiques, comme avec un bon appareil anesthésique on n'avait pas d'accidents chloroformiques. Tout le monde sait qu'entre les mains du chirurgien le plus habile, le plus soigneux, le plus attentif, un accident par le chloroforme peut se produire. Il en est de même de l'emploi des rayons Röntgen.

Toutefois, M. Brouardel comprend très bien la préoccupation de M. Reynier quand il défend ainsi les physiciens. Mais sait-il ce qui se passe en province? Sans doute il y a, à Paris, des droits acquis. Ce sera l'affaire de l'Assistance publique que de les reconnaître; de même que pour l'instruction des médecins radiographes, ce sera l'affaire de la Faculté. L'Académie doit envisager la question de plus haut et se placer au point de vue d'une conclusion générale et, se plaçant à ce point de vue, elle doit accepter les conclusions de la commission.

M. Labbé proteste à son tour, et non pour la première fois, contre l'opinion soutenue par M. Reynier, qui tendrait à faire croire qu'on ne doit plus enregistrer de mort par le chloroforme. Il serait vraiment dangereux qu'une semblable opinion parût être acceptée par l'Académie.

Nous joignons notre protestation personnelle à celles de MM. Brouardel, Labbé et Le Dentu qui, tout à l'heure, va protester à son tour. Une fois pour toutes, les orateurs devraient se méfier de ces formules retentissantes : « On ne doit pas mourir d'appendicite; » — « On ne doit pas mourir du chloroforme. » Avant de lancer une pareille opinion dans une enceinte académique, on devrait un peu penser au malheureux collègue qui, n'ayant rien à se reprocher, a vu mourir entre ses mains un malade du chloroforme.

M. Debove insiste, à nouveau, sur les grands dangers de l'emploi des rayons de Röntgen, surtout entre des mains incompétentes. Car il y a tout un groupe de radiographes non médecins dont on n'a pas assez parlé. On a bien parlé des accidents produits par les médecins, mais que peut-il se passer quand cet engin terrible est entre les mains d'un instituteur, d'un marchand de vins ou d'un photographe? On ne saurait se faire une idée de la spéculation à outrance qui s'est faite sur cette nouvelle industrie de l'emploi des rayons X.

Pour répondre au vœu exprimé par M. Reynier, M. Debove rappelle que la radiologie est parfaitement et complètement enseignée à la Faculté de médecine de Paris.

M. Le Dentu s'associe à M. Labbé pour protester contre l'assertion de M. Reynier. Quant aux accidents de radiodermite obtenus par les radiographes, M. Le Dentu les explique et les excuse par le désir qu'ils ont d'obtenir quelques résultats sur les cas désespérés que leur envoient les chirurgiens. Enfin, d'accord en cela avec M. Reynier, M. Le Dentu ne voudrait pas que le vote de la conclusion de la commission brisât certaines situations très légitimement acquises et privassent les médecins et chirurgiens des hôpitaux de collaborateurs qui, pour n'être que physiciens, ne leur en sont pas moins précieux. M. Le Dentu se rallie aux conclusions de la commission avec la réserve qu'il formule à l'égard de certains droits acquis.

M. le Président met aux voix les conclusions de la commission (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 4, p. 44), qui sont adoptées à l'unanimité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1906, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — 5° *Médecine thermale*, par le docteur Macrez.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

De l'imprégnation maternelle ou infection maritale, par le docteur J. Reynal. In-8° de 53 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Steinheil.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PLACE DE MÉDECIN A PRENDRE IMMÉDIATEMENT, par suite de décès, à Gaillon (Eure). — On céderait à bonnes conditions les livres et les instruments. — S'adres. au journal.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE

GÉNÉRALITÉS. DIVISIONS. — Le rétrécissement pulmonaire peut être *congénital* ou *acquis*. Le premier, de beaucoup le plus fréquent, s'accompagne presque toujours de malformations cardiaques; le second résulte de la localisation, sur l'orifice pulmonaire, d'un processus d'endocardite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le rétrécissement peut siéger:

A. **Au niveau des valvules.** — C'est le cas le plus habituel. Il résulte : 1° ordinairement : de la soudure latérale des valves, et prend la forme d'un diaphragme rigide, dont le pourtour s'implante sur les parois de l'artère, dont la face convexe regarde l'artère, et la face concave, le cœur, et dont la partie moyenne est percée d'un orifice (comparaison avec le col utérin); 2° plus rarement, de végétations localisées à la face convexe des valvules.

Le plus souvent, la partie moyenne des valvules reste saine, de sorte que le rétrécissement ne se complique pas d'insuffisance; quelquefois, au contraire, elle est fibro-cartilagineuse ou calcifiée, ou encore elle est détruite sur une étendue plus ou moins considérable; le rétrécissement se double alors d'insuffisance.

Les lésions qui causent cette variété de rétrécissement sont habituellement des lésions d'endocardite banale; quelquefois, des tubercules, des gommes, etc. L'anneau orificiel est intact.

B. **En amont des valvules** (*R. préartériel*, *infundibulaire*). — Il siège alors au-dessous de l'insertion des valvules sigmoïdes, parfois absolument normales. Certains auteurs lui décrivent deux variétés : une *préartérielle*, localisée à la partie immédiatement sous-jacente aux valvules, et constituée par un anneau fibreux très dur; une *infundibulaire*, où le rétrécissement gagne l'intérieur de l'infundibulum, qu'il transforme en un canal étroit, à parois indurées. Ce canal peut se dilater au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et prendre l'aspect d'un sablier.

Dû à une endomyocardite de la région infundibulaire, le rétrécissement préartériel peut être rapproché, de par ses causes et ses lésions, du rétrécissement sous-aortique.

C. **En aval des valvules.** — Cette dernière variété est, le plus souvent, liée à une endartérite pulmonaire, exceptionnellement à une cause extrinsèque (adénopathies, tumeurs médiastines, etc.).

Lésions concomitantes et secondaires. — CŒUR. — Le ventricule droit s'hypertrophie et se dilate; ultérieurement l'oreillette droite s'ectasie à son tour. Le cœur prend un aspect spécial, le ventricule droit débordant le gauche, la cloison interventriculaire proéminant dans ce dernier. Le cœur gauche et l'aorte sont atrophiés.

L'ARTÈRE PULMONAIRE est, le plus souvent, *dilatée* : elle avait 12 centimètres de circonférence dans un cas de Traube. Cette dilatation, surtout marquée dans le rétrécissement *acquis*, a été attribuée : α. à une stase sanguine permanente; β. à une tuberculose pulmonaire; et, surtout (Potain et Rendu), à une endartérite.

Les POUMONS sont presque toujours atteints de **tuberculose**, fait que l'on attribue au ralentissement et à la réduction de la circulation pulmonaire. En effet, la tuberculose s'observe aussi dans les cas où l'artère pulmonaire est comprimée par une tumeur ou un anévrisme; elle est exceptionnelle dans les affections mitrales, dont l'action, sur le poumon, est opposée à celle du rétrécissement pulmonaire.

En plus de ces lésions cardiaques, artérielles et pulmonaires qui sont la conséquence de l'affection, il faut citer des malformations cardiaques multiples : perforation des cloisons interventriculaire et interauriculaire, persistance du canal artériel, abouchements artériels anormaux, etc.

Peut-on, au simple examen des lésions, affirmer leur origine congénitale ou acquise? En faveur de la première hypothèse, on fait valoir : α. la *coexistence d'autres lésions cardiaques*. Mais on a signalé des cas de rétrécissement acquis coïncidant avec diverses malformations cardiaques; β. la *persistance du canal artériel*; γ. l'*atrophie de l'artère en aval du point rétréci*. Quelle que soit la valeur de ces deux derniers éléments, la question est toujours difficile à résoudre.

ÉTIOLOGIE. — Le rétrécissement pulmonaire est dû à une endocardite, à l'origine de laquelle on a invoqué : la tuberculose héréditaire, le rhumatisme, la goutte, la syphilis, diverses infections aiguës, le traumatisme, etc. Le rétrécissement préartériel serait plus fréquent chez la femme.

SYMPTOMATOLOGIE. — **Les phénomènes fonctionnels et généraux** sont souvent très peu marqués. A signaler cependant : 1° l'*attitude des malades*, que soulagerait la position horizontale (N. Chevers), signe discuté et, en tout cas, éphémère; 2° l'*apparence extérieure d'infantilisme*, et surtout; 3° la *cyanose*, d'ailleurs inconstante, et que les uns attribuent au mélange des deux sangs, les autres au seul rétrécissement, d'autres encore à l'insuffisance de l'hématose. Pour sa description, v. classiques; 4° on a encore observé des troubles *pulmonaires* : crises hémoptoïques, dyspnée, etc.; *circulatoires* : refroidissement des extrémités; *nerveux* : apathie, inaptitude au travail intellectuel; *digestifs* : dyspepsie flatulente, etc.

Signes physiques. — L'*inspection* révèle quelquefois : 1° une *voussure de la région*, due à la dilatation du cœur droit; 2° un *soulèvement ondulatoire de la paroi*, soulèvement systolique, localisé à la base, et traduisant les battements de l'artère exceptionnellement dilatée.

La *percussion* dénote la dilatation du ventricule droit.

A la *palpation*, *frémissement cataire*, rude, râpeux, exactement systolique, siégeant le long du bord gauche du sternum, vers le deuxième espace intercostal, se propageant vers la région sous-claviculaire gauche.

A l'*auscultation*, *souffle* rude, râpeux, exactement systolique, couvrant le petit silence, masquant en partie le second bruit, maximum à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche ou à la troisième articulation chondro-sternale du même côté (Vilmont); entre cette articulation et la pointe du cœur, dans le rétrécissement infundibulaire (Barié). Ce souffle ne se propage pas du tout vers la droite; il se propage *un peu* vers la pointe et *beaucoup* vers le milieu de la clavicule gauche. Lorsqu'il existe, du côté gauche, de la tuberculose pulmonaire ou de l'adénopathie trachéo-bronchique, le souffle peut se propager dans le dos, dans la région sous-épineuse, vers les carotides. Pour C. Paul, le souffle s'affaiblit lorsque le malade fait un violent effort ou passe, du décubitus dorsal, à la station verticale. — Quelquefois le souffle est précédé d'un claquement net, dû au refoulement brusque, par l'ondée sanguine, du dôme membraneux parcheminé.

Le *pouls* est *régulier*, assez *fort*.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La période de compensation peut être fort longue, si le rétrécissement est peu accentué et si le ventricule droit se contracte bien. Lorsqu'il faiblit, l'asystolie s'installe. Subite, la mort peut être due à une syncope (thrombose de l'artère pulmonaire?). Lente, elle est le fait de l'asystolie, et, surtout, de la tuberculose pulmonaire. Le pronostic est donc fort grave.

DIAGNOSTIC. — 1. Les *frottements* : α. donnent plus l'impression du va et vient; β. ne se propagent pas; γ. ne sont pas exactement systoliques; δ. augmentent dans la situation assise. — 2. Les *souffles infundibulaires* peuvent être : α. *anorganiques* : ils sont alors doux, mésosystoliques, ne se propagent pas, s'atténuent dans le décubitus dorsal; β. *dus à une compression extrinsèque de l'artère pulmonaire*. Ceux-ci s'entendent surtout lorsque le malade est couché (Potain); sont maxima dans le dos, entre la colonne vertébrale et l'omoplate (Leube); s'accompagnent (*id.*) de retentissement du deuxième bruit; γ. les *souffles de la pleurésie gauche* disparaissent après thoracentèse; δ. les *souffles sous-claviers*, dus aux inflexions de l'artère pulmonaire emprisonnée dans des adhérences, sont surtout inspiratoires. — 3. Dans les *souffles systoliques organiques*, celui du rétrécissement aortique se propage vers la clavicule droite et s'accompagne d'hypertrophie du ventricule gauche; celui de l'insuffisance mitrale, vers l'aisselle; celui de la maladie de Roger est maximum au troisième espace intercostal gauche et, de là, rayonne en tous sens. — 4. Pour le *diagnostic topographique*, v. Barié, *Maladies du cœur*. — 5. Enfin, relativement au *diagnostic de la nature*, on a invoqué, en faveur du rétrécissement congénital, la rudesse du souffle, l'intensité de la cyanose, la dilatation considérable du ventricule droit, l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire. Ce ne sont là que des signes de probabilité.

TRAITEMENT. — V. classiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 8. — SAMEDI 20 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 20 JANVIER 1906. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 17 janvier 1906 : MM. Binet du Jassonneix, 10; Chamard-Bois et Jumentié, 9; Boyé, Lemarignier et Maillet, 7; Lerat (Georges) et Périer (Romain), 6.

Séance du 18 janvier 1906 : MM. Duval, 11; Stern, 9; Houdard, 8; Ménard (Louis), 7; Salin, 7; Hirtz, 4; Douay, 3; Morand et Tanzi, 2.

La prochaine séance aura lieu le samedi 20, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 18 janvier 1906 : MM. Bazy, 13; Railliet, 12; Duchet-Suchamp, 11; Barbet, Barré et Petiteau, 10; Gautier (Jean) et Maurios, 7; Couput et Gérard, 6.

La prochaine séance aura lieu le mardi 23 janvier, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — A la suite du concours ouvert le 15 décembre 1905 pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application du service de santé miliaire, ont été nommés audit emploi par décision du 17 janvier 1906 : MM. Barthès, Vincent, Wickersheimer et Homolle.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE TENU A LONDRES (5-10 AOUT 1907). — Le succès du Congrès international, tenu à Nuremberg en 1904, a fait décider qu'on organiserait tous les trois ans pareille réunion. La prochaine aura lieu à Londres, du 5 au 10 août 1907. Etant donné d'une part la façon dont les Anglais savent recevoir, et d'autre part la notoriété de sir Lauder Brunton, président de ce Congrès, sa réussite est d'ores et déjà assurée.

Le Comité anglais d'organisation est ainsi composé : président, sir Edward Bradbrook; trésorier, sir Richard Biddulph Martin; secrétaires généraux, MM. James Kerr et E. White Wallis. Bureaux : Parkes Museum, Margaret street, W. Le premier soin du bureau a été de solliciter la création de comités nationaux étrangers.

Le Comité français central d'action est présidé par M. le docteur Mathieu, président de la Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire; le secrétaire général, M. le docteur Binet, rue Cernuschi, 11 *bis*, et le trésorier, M. le docteur J.-Ch. Roux, rue de Grenelle, 46.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — L'Association de la Presse médicale française nous prie d'insérer l'avis suivant :

« Tout médecin sollicité de venir s'établir à Louviers est prévenu qu'il n'y est appelé que pour entrer en guerre, à l'occasion d'une demande de relèvement de tarifs pour les sociétés de secours mutuels avec tous les médecins, sans exception, de l'arrondissement groupés en syndicat.

Le corps médical à Louviers et aux environs est déjà encombré, et le confrère qui pourrait être appelé fera bien, dans son intérêt, de se renseigner soit près du président du syndicat de Louviers, soit près du président de l'Association des médecins de l'Eure. »

HOTEL-DIEU. — M. le docteur A. Guinard commencera un cours de clinique annexe à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 25 janvier à dix heures et demie (amphithéâtre Desault), et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Première leçon sur « Les devoirs des élèves dans les hôpitaux ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des maladies du pharynx, par le docteur C. Chauveau. In-8 de 768 p. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La vérité sur la tuberculose, par F. Aurigo. In-8°. — Paris, A. Maloine.

Hygiène de l'oreille, par le professeur Haug. Traduction et annotation par les docteurs Chauveau et Menier. Broch. de 96 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LA SYPHILIS DU FOIE

Par M. J. MILHIT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il est classique de diviser l'étude de la syphilis du foie, en deux grands chapitres suivant qu'il s'agit de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise : cette division qui s'appuie sur des raisons d'ordre pathogénique, clinique, anatomo-pathologique, n'est cependant pas aussi tranchée qu'il semblerait à première vue : la clinique de la syphilis du foie est loin d'être représentée par un cortège symptomatique bien caractéristique, autant en ce qui concerne la syphilis héréditaire que la syphilis acquise, et l'on peut même dire que très souvent dans un cas comme dans l'autre cette affection est méconnue, et n'est diagnostiquée qu'à l'autopsie ou même à l'examen des coupes histologiques. Seule, la gravité de la lésion hépatique, plus grande chez le fœtus et le nouveau-né, gravité pouvant s'expliquer d'ailleurs, non par une modification du mode d'inoculation du virus syphilitique, mais par une résistance moindre du tissu hépatique, pourrait à la rigueur autoriser une distinction nette entre la syphilis héréditaire et la syphilis acquise.

Mais ni la pathogénie ni l'étude des lésions anatomo-pathologiques ne peuvent permettre de les opposer : l'anatomie pathologique, qui est dans la syphilis hépatique le chapitre le mieux connu et le plus complet, peut autoriser, il est vrai, à un premier examen, une opposition assez nette entre le foie silex et le foie ficelé, mais elle ne tarde pas à révéler surtout dans l'étude des lésions microscopiques tous les intermédiaires, elle permet de retrouver le même processus, ou plus exactement de suivre l'évolution de ce processus toujours identique à lui-même et dont les détails varient suivant l'intensité plus ou moins grande du virus, et l'état de résistance de l'organisme.

Aussi Fournier et Barthélemy ont-ils pu facilement, entre la syphilis hépatique héréditaire et la syphilis hépatique acquise, décrire une forme de syphilis hépatique héréditaire tardive qui représente en quelque sorte tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique, la transition entre ces deux modalités de la syphilis hépatique.

Dans cette étude la division classique sera conservée, mais il importait dès le début de mettre en garde contre un antagonisme qu'une division trop tranchée aurait pu faire supposer, division néanmoins commode au point de vue descriptif et surtout clinique, mais nullement justifiée, ainsi qu'on le verra tant par la pathogénie que par l'anatomie pathologique.

I

Historique. — Soupçonnée en 1813 par Portal, la syphilis hépatique est connue depuis les travaux de Rayer, Oppolzer, et surtout depuis ceux de Dittrich (de Prague), et enfin de Gübler qui en 1847 et en 1852 décrit le foie syphilitique chez l'enfant et lui donne le nom qui lui est resté de foie silex. Puis viennent les travaux de Wedl, Bamberger, Virchow, ce dernier décrivant les gommes et montrant leur analogie avec les grains de semoule signalés par Gübler. Ce sont ensuite les descriptions bien connues de Lancereaux, Leudet, Hutchinson et résumées dans le mémoire de Barthélemy ; enfin plus récemment les recherches de Cornil et Ranvier, de Hutinel et Hudelo, Senator, Talamon, ont permis d'ajouter de nombreux détails intéressants, à nos connaissances sur la syphilis hépatique et ses diverses manifestations.

II

Etiologie. Pathogénie. — L'étiologie de la syphilis hépatique héréditaire n'offre aucune particularité intéressante à signaler, et se résume à l'étiologie de la syphilis héréditaire en général. Dans la syphilis acquise il est également difficile d'assigner une cause aux manifestations hépatiques de cette syphilis, qu'il s'agisse d'un ictère précoce apparaissant dès la période secondaire, d'un ictère grave ou des manifestations cirrhotiques, tertiaires, le plus souvent au moins : on a constaté cependant que l'ictère se rencontre plus fréquemment chez la femme, et la cirrhose chez l'homme, et cela aussi bien dans les syphilis bénignes que dans les syphilis graves : on a invoqué pour expliquer l'atteinte hépatique, l'alcool, l'impaludisme, un ictère antérieur (Chauffard), le traumatisme. Quant à la syphilis héréditaire tardive il est difficile d'expliquer pourquoi la lésion qui a sommeillé longtemps, se réveille à un moment : peut-être à cause d'une affection intercurrente ou peut-être plus simplement à cause d'une atténuation considérable de la virulence de la syphilis, dont l'action s'est produite sans cesse, mais d'une façon très ralentie, et ne s'est révélée que tardivement, tels ces cardiaques insoupçonnés dont le myocarde cesse à un moment de compenser la lésion, et qui ne sont reconnus cardiaques qu'à l'occasion d'un accident aigu mais chez lesquels depuis longtemps la lésion sommeillait.

Faut-il avec Léon Bernard (1) admettre la possibilité d'une infection surajoutée. Il ne semble pas, car ce serait enlever toute spécificité à ces lésions hépatiques, et méconnaître l'anatomie pathologique qui ne nous révèle jamais ou bien rarement ce processus infectieux.

Frappés d'autre part par la différence des lésions macroscopiques observées et chez le fœtus et chez l'adulte, les auteurs ont essayé d'établir des théories pathogéniques, rendant compte de ces différences.

Pour Chauffard, il se fait chez le fœtus une infection massive et uniforme du foie par la veine ombilicale : chez l'adulte cette infection est réalisée par l'artère hépatique, qu'il s'agisse d'une syphilis acquise, ou d'une syphilis héréditaire tardive : cette différence dans le mode d'inoculation suffisant pour Chauffard à expliquer la différence des lésions chez l'enfant et chez l'adulte.

Pour Darier, au contraire, il n'y aurait pas à tenir compte du mode différent d'inoculation, si tant est qu'il existe entre eux de différences si profondes, mais simplement du degré dans la virulence du germe.

Pour Hanot, enfin, la pathogénie des lésions hépatiques syphilitiques n'offrirait rien de très particulier si l'on veut envisager les faits d'une façon plus générale ; en présence de la syphilis le foie se comporte comme en présence de tous les processus toxi-infectieux : que ce processus soit très rapide

(1) BERNARD. Société médicale des hôpitaux, nov. 1904 : Ictère syphilitique splénomégalique tardif.

et l'on assistera à une destruction rapide de l'organe, qu'il soit moins violent et on aura une réaction du tissu conjonctif; qu'il soit très atténué et le foie réagira suivant le mode hyperplasique ou régénératif.

Il faut ajouter enfin, avec Hutinel et Hudelo, que la diffusion de l'infection se fait avec d'autant plus d'énergie chez le fœtus et l'enfant que, surprenant l'organisme en plein travail de formation et d'évolution, elle emprunte à cette activité formatrice, une énergie que l'on ne retrouve jamais à un autre âge.

L'étude des lésions anatomo-pathologiques viendrait assez naturellement à cette place comme confirmation des quelques idées générales qui viennent d'être émises, mais l'on s'expose en les étudiant d'abord à créer ensuite des types cliniques calqués sur les types anatomo-pathologiques, et ne répondant que de fort loin à la réalité.

Syphilis hépatique héréditaire précoce. — 1° *Chez le fœtus.* — Si le plus souvent dans les avortements dont la cause est une syphilis plus ou moins active des parents, l'on peut invoquer simplement des lésions placentaires, il est néanmoins un grand nombre de cas, par exemple lorsque le fœtus cesse de vivre vers le huitième ou le neuvième mois, où l'on est obligé d'invoquer une lésion des organes mêmes du fœtus : parmi ces organes c'est le foie qui est atteint le plus souvent, autant qu'il est possible de l'affirmer après la macération que subit le fœtus et qui rend ces recherches fort difficiles.

La clinique dans ces cas est réduite à bien peu de faits; cependant Bar fait jouer à la syphilis hépatique un rôle prépondérant dans la production de l'hydramnios, véritable ascite extra-fœtale; pour cet auteur l'existence d'hydramnios permettrait de poser le diagnostic non seulement de syphilis, mais d'une façon plus précise de syphilis hépatique; il suffit de signaler cette théorie sans entrer dans la description de l'hydramnios, tout en en rappelant la gravité considérable; d'après Bar on observe dans 25 p. 100 des cas la mort du fœtus, dans 45 p. 100, l'accouchement avant terme; enfin l'hydramnios est souvent une cause de dystocie.

2° *Nouveau-nés.* — Bien plus riche en considérations cliniques est la syphilis hépatique des nouveau-nés. Les manifestations de la syphilis chez le nouveau-né pourront revêtir différentes allures : l'enfant peut succomber dès les premiers jours qui suivent l'accouchement et c'est à peine si quelques bulles de pemphigus à la paume des mains ou à la plante des pieds, ou bien une roséole légère, révèleront la syphilis : dans ces cas il est inutile de parler d'une symptomatologie révélant la lésion hépatique; que si déjà à cette époque le foie est dur, hypertrophié, on pourra soupçonner une localisation hépatique, sans qu'il soit permis de tirer un argument de la teinte ictérique que peut présenter l'enfant et qui n'est nullement en rapport avec la syphilis. Dans d'autres cas la syphilis ne se révèle que plus tardivement, surtout avant la fin du troisième mois, ainsi qu'il ressort d'une statistique de Roger. Il existe alors, à côté de l'ensemble des accidents de la syphilis héréditaire, toute une série de symptômes qui peuvent permettre de soupçonner l'atteinte du foie : tout d'abord ce qui frappe c'est une coloration assez caractéristique du petit malade, un teint bistré terreux nullement comparable à celui de l'ictère qui est au contraire très rare, et ne se produit que s'il y a une compression des voies biliaires; c'est également l'existence de troubles gastro-intestinaux tels que vomissements, diarrhée, etc.; c'est encore la fréquence des hémorragies (nasales, ombilicales, purpura); les symptômes physiques sont parfois tellement accentués que Chauffard a pu décrire une syphilis héréditaire à forme spléno-hépatique; le ventre est ballonné, météorisé, l'ascite est rare; il existe un développement considérable des veines sous-cutanées abdominales; la percussion du foie est douloureuse par suite d'une périhépatite intense; elle permet d'apprécier une hypertrophie considérable du foie, dépassant l'ombilic, descendant dans la fosse iliaque droite; le foie est dur d'une dureté presque ligneuse, sa surface est régulière, lisse. La rate est hypertrophiée, elle est douloureuse également par suite de la périsplénite : elle est lisse, régulière. Que ces symptômes physiques soient très accusés ou qu'au contraire la lésion hépatique ne se révèle que par des manifestations assez discrètes, si le traitement n'intervient pas, l'état général assez rapidement s'aggrave, la cachexie s'accentue et la mort arrive au bout d'un temps assez variable, à moins que le petit malade ne soit enlevé auparavant par une péritonite due, selon Gübler, à des poussées de périhépatite, par une broncho-pneumonie ou une infection surajoutée.

D'autres fois, enfin, la syphilis héréditaire va sommeiller longtemps et ne se révélera que plus tard, très tardivement même quelquefois : c'est alors la syphilis héréditaire tardive que Fournier et Barthélemy ont bien décrite et dont on va comprendre toute l'importance en clinique.

Syphilis hépatique héréditaire tardive. — Les symptômes de cette forme semblent calqués absolument sur ceux de la syphilis acquise; aussi est-ce s'exposer à des répétitions inutiles que d'en dresser un tableau clinique qu'il faudra renouveler à propos de la syphilis acquise, et vaut-il mieux renvoyer à la description qui va suivre pour insister seulement sur les faits caractéristiques de cette forme. Le plus souvent, elle s'observe entre huit et quinze ans, mais peut ne se manifester que d'une façon beaucoup plus tardive : aussi est-il facile d'en comprendre l'importance, l'hypothèse d'une syphilis hépatique soupçonnée chez un malade ne devant pas être rejetée, malgré la non-existence d'une syphilis acquise, par suite de la possibilité d'une forme *héréditaire* tardive. L'importance du diagnostic rétrospectif de la syphilis se révèle une fois de plus, et l'on devra rechercher successivement tous les groupes de stigmates de cette syphilis héréditaire bien décrite par Fournier : 1° particularités tirées du facies et de l'habitus; 2° développement physique tardif et incomplet; 3° déformations craniennes et nasales, lésions osseuses; 4° cicatrices de la peau et des muqueuses; 5° vestiges de kératite et d'iritis; 6° troubles ou lésions de l'appareil auditif; 7° lésions testiculaires et malformations dentaires. Il faudra faire également une enquête sur la santé des ascendants, les grossesses antérieures, les fausses couches, etc.; enfin, dans les cas douteux, l'hypothèse d'alcool et d'impaludisme étant éliminée, on devra essayer le traitement spécifique; d'ailleurs ce traitement sera parfois inefficace, partiellement, au moins, à cause des infections surajoutées qui auront pu jusqu'à un certain point aider au développement de la cirrhose.

Syphilis hépatique acquise. — La syphilis hépatique acquise peut se révéler cliniquement par des

manifestations aiguës comme l'ictère simple et l'ictère grave, ou chroniques comme les cirrhoses et l'amylose.

Ictère simple précoce. — Contrairement à Engel Reimes, qui prétendait ne l'avoir rencontré que dans les syphilis graves, on le retrouve également dans les formes bénignes : il est précoce, suivant d'environ cinq semaines le chancre, apparaissant en même temps que les phénomènes de la période secondaire; cependant, il peut ne se produire que très tardivement (dix ans après le chancre dans le cas de Léon Bernard). Il est plus fréquent chez la femme. La pathogénie en est obscure : Gübler, à cause de sa coïncidence avec la roséole, l'expliquait ingénieusement, mais sans preuves, par une roséole des conduits biliaires; pour Lancereaux, il serait dû à une compression des canaux biliaires par des ganglions hypertrophiés; pour d'autres auteurs, enfin, il s'expliquerait par l'apparition de plaques muqueuses siégeant au niveau du cholédoque. Devant cette indécision dans une pathogénie satisfaisante, on a pu se demander si cet ictère existait bien réellement en tant qu'ictère syphilitique (Cornil), et s'il ne devait pas être considéré comme un simple ictère catarrhal. Cependant, Rendu, se basant sur l'apparition concomitante de l'ictère et de la roséole, fait de cet ictère une manifestation vraiment spécifique : ce fait n'a rien qui doive nous surprendre, et il cadre d'ailleurs parfaitement avec les autres lésions viscérales de la période secondaire, que l'on connaît de mieux en mieux, comme la néphrite syphilitique secondaire bien étudiée par Dieulafoy : rien n'empêche le processus syphilitique de porter ses premières atteintes sur le foie, aussi bien que sur la peau et les muqueuses, et de cette localisation hépatique plus ou moins diffuse, découle la possibilité d'un ictère simple ou d'un ictère grave, primitif.

L'ictère syphilitique peut affecter les allures de l'ictère catarrhal et, comme lui, être précédé de troubles gastro-intestinaux; mais, le plus souvent, ces symptômes font défaut : il s'accompagne de céphalée, d'adénopathie, de splénomégalie, d'albuminurie comme dans le cas de Rendu. Delavarenne a signalé l'hypertrophie du foie avec endolorissement de la région : ce symptôme n'est pas constant. L'ictère met quelques jours à atteindre son apogée : à la période d'état, les symptômes sont tout à fait ceux de l'ictère catarrhal, et le diagnostic d'ictère syphilitique ne sera posé qu'à cause des accidents secondaires concomitants. La durée de cet ictère est d'environ trois semaines. Le pronostic immédiat en est bénin, cependant le pronostic éloigné en est plus réservé : il indique que la syphilis a lésé le foie et peut être avant-coureur d'ictère grave ou de cirrhose, ou s'accompagner de lésions rénales.

Ictère grave. — Mauriac niait la possibilité d'un ictère grave syphilitique et ne voulait voir, dans les cas signalés, qu'une simple coïncidence, ne consentant à faire jouer à la syphilis dans la production de cet ictère grave qu'un rôle indirect, celui de débiliter l'organisme. Il semble bien cependant, avec Leber, Gubler, et en particulier avec Talamon, Devic, que l'on peut décrire sans conteste un ictère grave syphilitique. C'est encore chez la femme qu'il est le plus fréquent : il est remarquable par sa précocité et s'observe le plus souvent dans les six premiers mois de l'infection syphilitique; il s'annonce par une anorexie presque absolue, s'accompagnant d'asthénie très marquée, puis apparaissent en même temps que la teinte spéciale de la peau les accidents ataxo-adynamiques, l'albuminurie, l'urobilinurie, la glycosurie. La mort arrive le plus souvent au milieu de phénomènes hémorragiques et anuriques.

Cirrhoses syphilitiques. — Les manifestations chroniques de la syphilis hépatique sont connues sous le nom de cirrhoses syphilitiques : elles sont comprises plutôt dans le nombre des manifestations tertiaires de la syphilis, s'observent surtout après la troisième ou la quatrième année qui suivent l'inoculation, mais quelquefois beaucoup plus tardivement ou par contre d'une façon beaucoup plus précoce. Si l'ictère était plus fréquent chez la femme, les cirrhoses le sont davantage chez l'homme, et il semble que l'on puisse faire jouer, pour expliquer cette particularité, un rôle assez important au surmenage, aux travaux pénibles et surtout aux intoxications, l'alcool en particulier. Grouper d'une manière vraiment clinique les symptômes qui permettront de poser le diagnostic de syphilis hépatique, est à peu près impossible, car nombreuses sont les modalités de ces cirrhoses et très variables leurs manifestations. Néanmoins il est possible, un peu schématiquement il faut le reconnaître, de réaliser un type clinique, résumant à peu près toute cette symptomatologie : ceci fait, il sera facile de décrire des formes cliniques.

Le début de l'affection s'annonce par des troubles légers, gastro-intestinaux, anorexie, vomissements, diarrhée ou constipation : à ces troubles ne tarde pas à s'ajouter un symptôme de la plus haute importance, la douleur : vive, siégeant au niveau du foie, due sans aucun doute à la périhépatite intense, elle est remarquable par son absence d'irradiations; diurne aussi bien que nocturne, elle s'accompagne dès cette époque d'une légère hypertrophie du foie. Il faut encore signaler une dépression nerveuse considérable, à caractère surtout nocturne, ce symptôme ayant pour Boix une très grande importance. Cette période de début peut durer longtemps, les symptômes gastro-intestinaux précédant les autres manifestations de plusieurs mois, de deux ans même, le malade n'étant considéré que comme un dyspeptique. L'évolution peut aussi être plus rapide.

A la période d'état, l'*hypertrophie* du foie et de la rate est le plus souvent considérable : leurs variations de volume seront étudiées dans les formes cliniques.

L'*ascite* est fréquente; elle peut cependant faire défaut, excepté dans la période terminale, où elle est constante; elle est due beaucoup plus aux lésions péritonéales qu'à la gêne de la circulation porte : l'on sent, en effet, facilement des froissements péritonéaux dus à des dépôts pseudo-membraneux à la surface du péritoine; ces réactions péritonéales généralisées, comme d'ailleurs la périhépatite et la périsplénite, sont portées au maximum dans la syphilis hépatique. Le liquide ascitique est le plus souvent jaune citrin, quelquefois hémorragique, ou plus rarement encore chyliforme; il se renouvelle assez souvent après la ponction. Avec Caire, l'on peut ainsi caractériser cette ascite : « Apparition tardive, évolution particulière, avec allure subaiguë et poussées irrégulières de l'épanchement. » Il peut exister une circulation veineuse collatérale, mais jamais très prononcée. La diarrhée persiste et, pour certains auteurs, semble due à la dégénérescence amyloïde de la muqueuse intestinale : l'on peut

observer quelquefois des hémorragies intestinales ou gastriques.

L'*ictère* est rare : pour Lacombe, quand il existe, il est dû à la compression des voies biliaires par une gomme, une bride fibreuse rétractile ou des ganglions du hile hypertrophiés. Dans ces cas l'ictère peut être intense, sans qu'il influe cependant beaucoup sur l'état général. Pour Gerhardt, l'ictère urobilinique serait assez fréquent.

Cette syphilis hépatique s'accompagne le plus souvent de néphrite : les urines sont albumineuses, il y a de l'oligurie, la quantité d'urée est fortement abaissée, peu d'urates également; l'urobilinurie et la glycosurie alimentaire sont presque constantes. Les examens de sang n'ont pas fourni jusqu'ici de grands renseignements; pour Einhorn il existe de l'éosinophilie; l'on peut avoir parfois un véritable état anémique; en résumé hypertrophie hépato-splénique, ascite, absence d'ictère, selles normalement colorées, tels sont les symptômes importants. La fièvre fait le plus souvent défaut : cependant il peut exister des poussées thermiques sans que rien ne permette d'affirmer si l'on assiste à un réveil de la « fièvre syphilitique » ou à un incident dû à une infection secondaire.

Cette période peut durer longtemps avec des variations de l'état général, du volume du foie et de la rate, ou quelquefois être considérablement abrégée par un accident intercurrent, soit une manifestation syphilitique autre, cérébrale surtout, bien que pour Boix il semble y avoir un antagonisme entre ces localisations, soit une infection secondaire, la tuberculose pulmonaire en particulier; les néphrites, les endocardites, les dégénérescences amyloïdes des divers viscères, peuvent encore hâter le dénouement. Dans les cas où le diagnostic aura été posé le traitement pourra modifier ou retarder cette évolution, sinon le malade ira en se cachectisant progressivement et pourra mourir de consomption ou d'ictère grave avec hémorragies profuses.

Tels sont groupés pour le besoin de la description l'ensemble des symptômes que l'on peut observer au cours d'une cirrhose syphilitique, mais il s'en faut que ces symptômes se présentent toujours au complet avec cette netteté : aussi faut-il décrire un certain nombre de formes cliniques.

III

Formes cliniques. — Mais comment édifier ces formes cliniques, la difficulté en est grande par suite de la pénurie des symptômes pathognomoniques : aussi les auteurs ont-ils multiplié ces formes les faisant reposer les uns sur l'anatomie pathologique, les autres sur un mélange d'anatomie pathologique et de clinique. Barthélemy distingue une forme congestive, une hépatite interstitielle diffuse, une variété mixte, scléro-gommeuse, une forme gommeuse, une forme amyloïde. Avec Gerhardt un essai est fait vers la clinique; il distingue cinq formes : 1° gros foie; 2° pseudo-cancéreux; 3° forme atrophique et hypertrophique; 4° foie lobé et 5° cirrhose syphilitique. C'est à peu de choses près à cette classification que nous nous en tiendrons.

L'on peut décrire tout d'abord une forme *fruste*, c'est celle que Barthélemy comprenait sous le nom de congestive et qu'il a décrite dans la syphilis hépatique héréditaire tardive : cette congestion du foie sous l'influence de la syphilis est légère, sans grande augmentation de volume de l'organe, s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux persistants, avec une teinte subictérique permanente. Le diagnostic de syphilis est le plus souvent fait à cause d'un autre stigmate, et si le traitement est appliqué, tous les symptômes énumérés disparaissent, ce qui prouve sans conteste une atteinte hépatique légère due à la syphilis.

La forme que l'on a le plus souvent l'occasion de rencontrer, il serait peut-être plus exact de dire, le plus souvent l'occasion de diagnostiquer, est la forme classique se révélant à l'examen du foie par l'apparence du foie FICELÉ. La palpation du foie hypertrophié permettra de sentir une surface dure, marronnée, avec des encoches nombreuses, un bord antérieur inégal, présentant des échancrures. L'hypertrophie atteint surtout le lobe droit, et Lancereaux insiste beaucoup sur ce caractère : d'ailleurs cette disposition atropho-hypertrophique peut être tellement accentuée que dans certains cas le diagnostic de tumeur du foie a pu être posé, et Steiner a résumé dans sa thèse un certain nombre de cas dans lesquels l'erreur avait été commise. Quelquefois encore la disposition du foie ficelé est telle que le diagnostic posé est celui de cancer nodulaire; tout contribue à donner l'illusion du cancer dans cette forme qui mérite bien le nom de pseudo-cancéreuse : la cachexie rapide, l'amaigrissement du malade. Dans certains cas c'est le lobe gauche du foie qui est surtout hypertrophié et l'on a pu le prendre pour une rate volumineuse : cependant, à un examen plus attentif on peut constater que la déchéance n'est pas aussi complète que dans le cancer; il n'existe pas de ganglions ni de cancer d'autres organes, enfin l'ictère fait le plus souvent défaut; néanmoins c'est en présence de ces cas où la palpation permet de sentir un foie ficelé que le diagnostic de foie syphilitique sera surtout posé.

Il faut insister maintenant sur une autre forme clinique dont la caractéristique est l'hépato-splénomégalie et dans laquelle peuvent rentrer les cas de Hanot, c'est-à-dire la forme décrite par lui sous le nom d'hépatite interstitielle syphilitique avec ictère chronique, la forme hypersplénomégalique décrite par Ménétrier, à laquelle tout récemment MM. Caussade et Milhit (1) ont ajouté une particularité intéressante, à savoir un début splénique avec état anémique, c'est-à-dire à type de maladie de Banti.

Non sans justesse, Boix propose de réunir ces cas sous le nom de *syndrome hépato-splénomégalique* avec *ou sans ictère*. Ce qui domine c'est l'hypertrophie considérable de la rate : à noter dans un cas le début par la splénomégalie précédée elle-même d'ailleurs de troubles gastro-intestinaux, et suivie par l'hypertrophie hépatique, sans qu'aucune lésion de la veine splénique ne permît de saisir le lien entre ces deux lésions.

Cette hypertrophie splénique est considérable. La rate remplit tout l'hypocondre gauche et descend jusqu'à la crête iliaque; l'hypertrophie du foie peut être moins prononcée; dans les cas de Hanot et de Ménétrier, le foie est au contraire très volumineux; s'il a subi la dégénérescence amyloïde, il peut être énorme et se révèle à la palpation dur et lisse. Chez les malades de Hanot il existait de l'ictère; le plus souvent il fait défaut, ou bien est dû à des compressions des voies biliaires. L'ascite est rare ou n'ap-

(1) Soc. méd. des hôpit., 26 oct. 1905.

paraît que tardivement. Peu de circulation collatérale.

Il reste enfin à signaler une dernière forme clinique affectant absolument la symptomatologie de la cirrhose de Laënnec, et dont le diagnostic, soupçonné quelquefois si le malade présente d'autres accidents spécifiques, ne sera le plus souvent qu'une trouvaille d'autopsie. Il ne semble pas qu'il faille étudier à part l'amylase syphilitique qui peut être un aboutissant de toutes les formes qui viennent d'être décrites.

Ces formes cliniques sont absolument celles que Fournier et Barthélemy ont isolées dans la syphilis héréditaire tardive, et l'on se rappelle que Chauffard a mis en relief dans la syphilis héréditaire précoce un syndrome hépato-splénique analogue à peu de chose près à celui décrit dans la syphilis acquise : c'est là une preuve de plus qu'il n'y a pas de différences si tranchées entre ces diverses manifestations de la syphilis acquise ou héréditaire et si, ni la pathogénie, ni la clinique n'ont pu permettre de les opposer, l'anatomie pathologique, par contre, va montrer leur unité, ou pour mieux dire l'identité de leur processus.

IV

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique des ictères simples syphilitiques est à peu près inconnue par suite du manque d'autopsie. L'on est donc obligé de s'en tenir aux hypothèses les plus variées et qui ont été énumérées à propos de leur pathogénie. Quant aux lésions de l'ictère grave, elles sont mieux connues. Dans une observation de Roque et Devic il s'agissait d'une hépatite généralisée. Le plus souvent (Senator) il s'agit d'hépatite aiguë, diffuse, interstitielle : macroscopiquement (Talamon), le foie présente l'aspect de l'atrophie jaune aiguë généralisée : les lésions histologiques révèlent des hémorragies en lac avec phénomènes nécrobiotiques multiples.

Beaucoup plus intéressantes sont les lésions cirrhotiques : chez le fœtus, le foie macéré prend une teinte feuille morte caractéristique; il est très congestionné, mais la macération qu'il a subie « in utero » rend presque impossible l'étude des lésions de détail.

Le foie syphilitique du nouveau-né a été bien décrit par Gübler : « La glande offre une coloration jaune fort différente de l'état normal et que je ne puis mieux comparer qu'à l'apparence de certaines pierres à fusil. » C'est le foie silex. Il est très volumineux représentant 1/12 du corps au lieu de 1/25 comme à l'état normal; sa surface est lisse, le parenchyme est dur, élastique, difficile à entamer avec les doigts; la capsule de Glisson est très épaissie; il existe de la périhépatite. A la coupe le foie laisse écouler une sérosité albumineuse jaunâtre; à la surface de section, l'on voit de petits points blanchâtres comparés par Gübler à des grains de semoule : ce sont les gommes miliaires de Virchow.

Au lieu de l'aspect du foie silex, on peut retrouver des lésions de cirrhose commune, ou, bien que cela soit rare (Hutinel), des productions gommeuses sans aucune lésion de sclérose; le foie peut présenter une teinte verdâtre due dans certains cas à l'oblitération complète des canaux hépatiques, plus rarement à de la péripyléphlébite (Schüppel), à de la périangiocholite (Chiari), à de la péricholécystite (Beck).

Chez l'adulte, le plus souvent, le foie se présente sous l'aspect classique du foie ficelé, scléro-gommeux, avec une périhépatite intense surtout au niveau du ligament suspenseur et de l'épiploon gastro-hépatique. De larges bandes de sclérose semblent étrangler le parenchyme qui par places subit l'hypertrophie compensatrice de Ponfick.

Le lobe gauche est atrophié, le droit par contre est hypertrophié ainsi que l'a montré Lancereaux. Le bord antérieur est épaissi et présente des échancrures; dans les bandes de sclérose on trouve des gommes en assez grande abondance, de volume variable (d'un pois à une noisette ou même davantage), dont quelques-unes ont subi une véritable caséification. A la coupe, le parenchyme crie sous le couteau, et la surface de section révèle à l'intérieur de nouvelles travées scléreuses et de nouvelles gommes. Mais d'autres fois, l'on n'a plus cet aspect ficelé; s'il existe encore de l'épaississement de la capsule de Glisson et de la périhépatite, l'on ne peut décrire ces larges bandes de sclérose étranglant le parenchyme. A la coupe, on peut retrouver à l'intérieur du parenchyme de petites travées scléreuses disposées sans ordre apparent, et de petits nodules. Rarement l'on trouvera des formes uniquement gommeuses ou d'hépatite diffuse; quelquefois l'aspect du foie est totalement modifié par la dégénérescence amyloïde.

Les lésions histologiques ont été étudiées chez le fœtus et le nouveau-né par Hutinel et Hudelo. Chez le fœtus l'on ne constate qu'une congestion intense avec stase leucocytique et commencement de diapédèse; un degré de plus et l'on assiste chez le fœtus plus âgé, à un essaimage de ces petites cellules rondes surtout au niveau des espaces portes : c'est l'infiltration embryonnaire diffuse. Chez le nouveau-né les travées cellulaires sont brisées, méconnaissables; il existe un tissu de sclérose jeune, diffuse, disséquant une à une les cellules et qui est la caractéristique même du foie silex : les espaces portes sont élargis, dilatés, et tout autour se voient les syphilomes miliaires de Gubler; ils sont constitués par un grand nombre de noyaux tassés, provenant des cellules hépatiques désintégrées, et résultant de la fusion de plusieurs amas microscopiques. S'ils peuvent arriver à s'accroître ils constitueront le type de l'hépatite nodulaire gommeuse, assez rare chez l'enfant où elle n'a pas le temps d'évoluer.

« Ce qui est propre à la syphilis, ce qui permet toujours de distinguer ses produits de ceux que font éclore d'autres agents irritants, c'est d'une part la tendance de ces lésions à subir la transformation fibreuse, d'autre part la propansion qu'elles ont à s'étendre graduellement de telle sorte qu'un nodule microscopique devient peu à peu un syphilome miliaire, que plusieurs syphilomes coalescents constituent un noyau gommeux et qu'un noyau gommeux peut devenir une gomme massive sans qu'il existe autre chose que des différences de degré ou des modifications secondaires » (Hutinel et Hudelo).

C'est d'ailleurs ce même processus que nous retrouvons chez l'adulte moins diffus que chez l'enfant, au moins dans la majorité des cas; le tissu hépatique présente au maximum d'intensité les lésions de sclérose fibrillaire. Cette sclérose est riche en éléments cellulaires fusiformes étoilés, et en cellules migratrices leucocytiques : par places les cellules hépatiques sont détruites; ailleurs, elles sont conservées et forment un réseau de dentelles à mailles lâches séparées par une sclérose presque monocellulaire; les espaces portes sont comblés par des

disques de tissus scléreux au travers desquels artères, veines et canaux biliaires se creusent une route; il existe une endartérite et une périartérite très prononcée; peu de réactions au niveau de la veine sus-hépatique; pas de néo-vaisseaux ou de néo-canalicules. En résumé sclérose fibrillaire très riche et surtout monocellulaire.

Les gommes affectent une disposition périportale; il est rare, bien que cela soit signalé, de rencontrer la forme gommeuse pure. Les gommes sont constituées par un tissu caséeux magmateux, au sein duquel il est impossible de reconnaître une forme cellulaire. A la périphérie l'on voit une couronne de cellules géantes et une bordure de cellules migratrices, petites, rondes, à noyau fortement coloré; ce nodule gommeux est isolé du parenchyme par une gangue de tissu conjonctif fibrillaire tassé qui permet de différencier ce nodule syphilitique d'un nodule tuberculeux. Cette cirrhose par maints côtés revêt en effet les caractères de cet autre processus chronique, froid et lent, qu'est la tuberculose, et bien souvent entre ces deux affections, le diagnostic histologique sera hésitant : et cette constatation qui vient à l'esprit surtout après les recherches récentes de Blondin (1) sur le rôle du bacille de Koch dans certaines cirrhoses dites alcooliques, avait déjà bien été faite par Hanot : « N'est-il pas légitime d'admettre que la syphilis est très comparable à la tuberculose et qu'elle produit des infiltrations embryonnaires en dehors des manifestations admises classiquement : il est souvent difficile de distinguer un tubercule caséeux du foie d'une gomme » (*Presse médicale*, 1896).

Quelquefois le tissu de sclérose pourra affecter la disposition de la cirrhose atrophique, mais ici la sclérose fibrillaire en pinceaux conservera son caractère monocellulaire tout à fait typique, et si dans ces cas un diagnostic macroscopique est difficile, le diagnostic histologique se fera facilement. Il faut signaler enfin les lésions de l'amylose.

L'histologie de la rate n'offre rien de bien caractéristique; elle est le siège d'une sclérose diffuse avec raréfaction des éléments cellulaires, et phénomènes d'artérite très prononcés, sans modifications hématologiques. L'on voit ainsi qu'il y a loin d'un antagonisme parfait entre le foie silex de l'enfant et le foie scléro-gommeux de l'adulte, le processus est seulement diffus dans un cas, il est partiel dans l'autre.

V

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilis hépatique est de la plus grande difficulté, soit que la nature syphilitique de la lésion soit méconnue et rapportée à une autre cause, soit au contraire que la syphilis étant avouée par le malade on rattache à cette syphilis des lésions qui ne sont pas spécifiques : c'est ainsi que dans un certain nombre de cas rapportés par Lacombe et cités par Boix, le diagnostic de syphilis hépatique étant posé en raison des antécédents syphilitiques, on trouva à l'autopsie un kyste hydatique, un anévrisme de l'artère pancréatico-duodénale. La clinique d'ailleurs ne nous ayant pas apporté de symptômes pathognomoniques faisait prévoir cette difficulté du diagnostic.

Chez l'enfant le diagnostic doit surtout être étudié dans les cas où le syndrome hépatosplénique est réalisé : les maladies s'accompagnant de splénomégalie sont nombreuses : le rachitisme pour Luzet peut causer l'hypertrophie splénique; Marfan sur 40 cas de splénomégalie rencontre 6 fois le rachitisme seul, 12 fois le rachitisme associé à la syphilis; la tuberculose de la rate serait pour Barthez et Sanné assez fréquente chez l'enfant, pour Marfan elle serait une rareté. Mais les diagnostics les plus importants sont ceux où le syndrome hépatosplénique est réalisé parfaitement, comme c'est le cas dans la cirrhose tuberculeuse de Hutinel, dans la cirrhose alcoolique hypertrophique, enfin dans les gros foies liés aux hépatites graisseuses, paludéennes, dysentériques, et dans certaines formes de leucocytémie. Sans insister longuement sur ces diagnostics, il va sans dire que l'étiologie sera d'un précieux secours, surtout en ce qui concerne les gros foies paludéens, alcooliques, dysentériques. L'examen du sang permettra d'éliminer le foie leucémique; la cirrhose hypertrophique graisseuse, tuberculeuse, se caractérisera par le volume du foie douloureux à la pression, la continuité de l'état fébrile, la rapidité de l'évolution.

Chez l'adulte le diagnostic des ictères est en général facile : celui de l'ictère simple se fait par sa coïncidence avec les autres accidents secondaires, celui de l'ictère grave par la notion d'une syphilis assez récente ou quelquefois d'un ictère simple syphilitique qui l'aura précédé.

Quant aux modifications cirrhotiques, elles peuvent donner lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic, surtout quand elles affectent la forme de tumeur, et l'on trouvera l'énumération de ces erreurs de diagnostic dans le mémoire de Cumston et dans la thèse de Steiner.

Le diagnostic des formes frustes ne pourra jamais être absolument affirmé; tout au plus sera-t-on en droit de le soupçonner chez un hérédo-syphilitique. Lorsque ces cirrhoses affectent le syndrome hépato-splénomégalique avec ictère, le diagnostic devra surtout être fait avec la maladie de Hanot : il se fera par la fixité du volume du foie dans la syphilis opposée à sa variabilité dans la maladie de Hanot, par la présence de troubles gastro-intestinaux absents dans la maladie de Hanot.

Avec la cirrhose biliaire hypersplénomégalique de Gilbert et Fournier le diagnostic est impossible. Certaines cirrhoses syphilitiques réalisent admirablement ce type, à ce point que l'on a pu, dans un cas, édifier un syndrome identique, mais d'origine syphilitique comme le montra l'anatomie pathologique, et que l'on peut ainsi opposer à la forme biliaire de Gilbert et Fournier.

S'il n'y a pas d'ictère, il faudra songer aux cirrhoses alcooliques hypertrophiques, et dans le cas rapporté par Ménétrier comme foie syphilitique hypersplénomégalique, le diagnostic fait pendant la vie fut celui de cirrhose alcoolique hypertrophique.

Le diagnostic de foie paludéen sera surtout étiologique, mais la difficulté sera grande s'il y a dans l'étiologie en même temps malaria et syphilis et l'on ne pourra faire mieux que d'instituer en même temps un traitement arsenical et mercuriel.

Le foie leucémique par l'hypertrophie concomitante des ganglions, l'examen du sang permettra le plus souvent le diagnostic.

Dans le cancer massif du foie, l'ictère est rare, l'acholie progressive, l'augmentation de volume de l'organe très rapide, la cachexie précoce.

(1) Blondin. Thèse de Paris, 1905.

C'est à peine si dans cette énumération des gros foies l'on doit signaler le foie cardiaque dont le diagnostic sera toujours facile.

L'on devra encore songer. en présence d'une hypertrophie hépatique, à la possibilité d'un grand abcès du foie; mais ici l'on aura des antécédents dysentériques, et des symptômes généraux antérieurs à la tumeur hépatique, à un kyste hydatique dont le diagnostic se fera par la recherche des petits signes de Dieulafoy, l'examen de la rate et du sang.

Dans la forme métasplénomégalique le diagnostic sera au début à peu près impossible avec la tuberculose primitive de la rate, la maladie de Gaucher, et toutes les splénomégalies primitives.

Dans les formes sclérogommeuses où la palpation permet de sentir un foie ficelé, marronné, le diagnostic sera parfois difficile avec le cancer nodulaire, la pyléphlébite adhésive, le foie tuberculeux et dans certains cas prononcés d'atrophie avec la cirrhose de Laennec : dans le cancer nodulaire le liquide ascitique est le plus souvent hémorragique, l'ictère est plus fréquent que dans la syphilis; enfin un examen attentif peut permettre de trouver un cancer d'un autre organe, de l'estomac surtout. L'évolution est en outre plus rapide.

Le foie ficelé tuberculeux de Hanot se distingue par une marche extrêmement rapide, une fièvre assez marquée et la coexistence constante d'une tuberculose pulmonaire.

Dans certains cas un développement gommeux exagéré d'une portion du foie a pu faire porter le diagnostic de cancer de la vésicule biliaire ou de vésicule biliaire distendue, mais ce sont là des diagnostics d'exception.

Il est enfin des cas où le diagnostic avec la cirrhose alcoolique atrophique est impossible et dans lesquels l'on peut tout au plus invoquer en faveur de la syphilis des douleurs vives de périhépatite et la présence plus ou moins facile à constater de brides péritonéales très développées se traduisant parfois à l'auscultation par des frottements, et qui plaident plus pour la syphilis. Quelquefois même le diagnostic n'est fait qu'après l'examen histologique, la macroscopie ne fournissant pas de renseignements suffisants.

La présence de dépôts péritonéaux pseudo-membraneux signalés au cours de la description pourra aussi en imposer pour des lésions de péritonite tuberculeuse, qu'un examen plus attentif permettra de rejeter.

VI

Pronostic. — Le pronostic de la syphilis hépatique est éminemment variable suivant le plus ou moins de généralisation des lésions. Il est subordonné ainsi qu'il est de règle dans les lésions hépatiques à l'intégrité plus ou moins grande des cellules restantes : et avant de se prononcer, il faudra rechercher la quantité d'urée éliminée, la présence ou l'absence d'urobiline dans les urines, la glycosurie alimentaire, l'épreuve du bleu. Ce pronostic doit encore être réservé à cause des lésions (rénales en particulier) qui bien souvent accompagnent et compliquent la syphilis hépatique, ainsi d'ailleurs que des autres manifestations syphilitiques qui assombriront à leur tour le pronostic.

Ces réserves faites, le pronostic peut ne pas toujours être aussi grave, et sous l'influence du traitement, l'on peut voir, surtout dans les débuts, rétrograder des lésions qui s'étaient révélées comme très avancées.

VII

Traitement. — Le traitement de la syphilis hépatique se résume en un traitement mercuriel intensif (injections de biodure) et en l'association d'iodure à haute dose. Certains auteurs ont recommandé l'application de pommade mercurielle sur le foie.

Sous l'influence du traitement spécifique, les congestions légères, les ictères simples disparaissent assez rapidement; dans l'ictère grave le traitement est sans aucun effet. Dans les cirrhoses on peut obtenir des réductions considérables du volume de l'organe; mais bien souvent le traitement est impuissant à enrayer la lésion ou à la modifier, ou bien parce qu'il est trop tard et que la sclérose est par trop organisée, ou qu'il existe déjà de la dégénérescence amyloïde, ou que peut-être des infections secondaires se sont surajoutées. Ce traitement mercuriel devra être poursuivi longtemps, et de son insuccès l'on ne devra pas en conclure nécessairement que l'on a fait une erreur de diagnostic. On sait combien les manifestations viscérales tardives de la syphilis sont réfractaires au traitement spécifique, et cette constatation utile à répéter ne peut qu'engager à faire suivre un traitement mercuriel sérieux et prolongé dès l'apparition du chancre ou des manifestations secondaires.

Il faudra, en même temps que l'on institue ce traitement mercuriel, soumettre son malade au régime des affections hépatiques, et l'on tirera un grand profit en particulier du régime lacté prolongé pendant un certain temps. Contre les complications rénales, les révulsions locales, les grands bains chauds : si l'ascite augmente dans de trop grandes proportions, il faudra ponctionner le malade. Enfin le traitement chirurgical, qui n'a d'ailleurs été tenté que dans les erreurs de diagnostic signalées par Cumston et Steiner, est absolument à rejeter.

BIBLIOGRAPHIE

1839. Rayer. *Maladie des reins*, t. II, Paris.

1849. Gübler. Altérations du foie chez les individus atteints de syphilis, Soc. de biol., mars. — Dittrich. *Prag. Viertelj.*, t. XXI.

1851. Ricord. *Iconographie de l'hôp. des vénériens*, Paris.

1852. Gübler. Soc. de biol., t. IV. — Diday. *Gaz. méd. de Paris*, p. 312.

1853. Blachez. *Essai sur la syphilis du foie*. Th. de Paris.

1860. Virchow. *La syphilis constitutionnelle.* — Leudet. *Moniteur des sc. méd.*, p. 1131.

1861. Frerichs. *Syphilica hepatis*, Berlin. — Pihan-Dufeuillay. *Soc. anat.*, p. 458. — Murchison. *The Lancet*, vol. II. — Cornil. *Bulletin de la Soc. anat.*, p. 455.

1862. Lancereaux. Soc. anat. — Martineau. *Bulletin de la Soc. anat.*

1863. Falligan. Th. de Paris. — Oppolzer. Syphilis der Leber, *Wien. Mediz.*, Halle.

1864. Lancereaux. *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, t. XXIX. — Hérard. *Ann. méd.*, 31 mai.

1865. Lancereaux. *Traité de la syphilis.*

1873. Barié. Soc. anat., fév.

1874. Lacombe. Th. de Paris. — Raymond. *Bull. de la Soc. anat.*

1875. Malassez. Soc. anat.

1877. Frerichs. *Traité des maladies du foie.*

1879. Delavarenne. Th. de Paris. — Julien. *Maladies vénériennes*, Paris. — Gaucher. Soc. anat.

1881. CHVOSTECK. *Viertelj. Bericht für Dermat.*
1882. BARTH. *France méd.*
1884. BARTHÉLEMY. *Arch. gén. de méd.* — BOURREL. Th. de Paris.
1885. LEROUX. Soc. anat.
1886. A. FOURNIER. *La syphilis héréditaire tardive.* — CRÉQUY. Th. de Paris. — LEUDET. *Arch. gén. de méd.* — RENDU. *De l'ictère syphilitique*, leçons de clinique médicale. — CHIARI. *Centralbl. für med. Vissenchaft.* — SÉGLAS. *Bull. de la Soc. anat.*
1888. MAURIAC. *Journ. des prat.* — DRÜHE. Th. de Münich. — POTHERAT. *Bull. de la Soc. anat.*
1889. A. FOURNIER. *Arch. gén. de méd.*
1890. HUTINEL et HUDELO. *Arch. de méd. expér.* — HUDELO. Th. de Paris. — MAURIAC. *Syphilis tertiaire*, Paris.
1891. DARIER et FEULARD. *Ann. de dermatol. et de syphil.* — CHAUFFARD. *Semaine méd.*, juillet. — DELBET. Soc. anat., 1892.
1892. BOZZOLO. *Clinica moderna* (in *Presse méd.*, avril). — COLLINET. *Bull. de la Soc. anat.*
1893. SENATOR. XII[e] Cong. de méd. int., avril. — DARIER. *Bull. de la Soc. anat.*
1894. BENSAUDE. *Bull. de la Soc. anat.* — ROQUE et DEVIC. Cong. de méd. de Lyon.
1895. GALLOT. Th. de Lyon. — NEUMANN. *Wien. med. Press.* — HIRSCHBERG et RAICHLINE. *Bull. gén. de thérap.*, juin. — LVII[e] réunion de médecins et naturalistes allemands tenue à Lübeck.
1896. HANOT. Hépatite hypertrophique syphilitique avec ictère chronique, *Presse méd.*, sept. — MAURIAC. *Traitement de la syphilis.* — Ch. MONGOUR. *Presse méd.*
1897. TALAMON. Syphilis hépatique précoce avec ictère grave et atrophie jaune aiguë du foie, *Médecine mod.*, fév. — Siegmund WERNER. *Munch. med. Wochens.*, juillet. — SURMONT et PATOIR. *Echo méd. du Nord.* — CHAUFFARD. Cong. intern. de méd. de Moscou, août.
1898. A. PLICQUE. *Gaz. des hôpit.*, janv. — GERHARDT. *Semaine méd.*, n° 34. — MIGLIORATO. *Settimana medica dello Sperimentale*, nov.
1899. MILLIAN et DU PASQUIER. *Bull. de la Soc. anat.*, juin. — POLJANOW. *Medicinsk obosrenge*, déc.
1900. MÉNÉTRIER. Foie syphilitique, gommes et cirrhose avec hypersplénomégalie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, n° 22. — GALVAGNI. *Clinica moderna*, avril. — GAUTHIER. *Province méd.*
1901. JOUSSET. Th. de Paris. — V. CAIRE. Th. de Lyon. — EINHORN. *Medical Record*, août. — MARSOO. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, n° 9. — TERRIER et AUVRAY. *Chirurgie du foie et des voies biliaires.* — René MARIE. *Bull. de la Soc. anat.*
1902. STEINER. Th. de Paris. — FLEXNER. *New-York med. Journ.*, janv.
1903. Ch. G. GUMSTON. *Arch. gén. de méd.*, avril. — E. BOIX. *Arch. gén. de méd.*, juin.
1904. SIREDEY-LEMAIRE. Soc. méd. des hôpit., 4 mars. — Léon BERNARD. Soc. méd. des hôpit., nov. — LESNÉ et LÆDERICH. Soc. méd. des hôpit., déc.
1905. LÉVI-SIRUGUE. *Gaz. des hôpit.*, fév. — ROBERT. *Syphilis de la rate*, Th. de Paris. — GAUCKLER. *De la rate dans les cirrhoses et des cirrhoses de la rate*, Th. de Paris. — BLONDIN. *Sur le rôle du bacille de Koch dans la genèse de certaines cirrhoses du foie dites « alcooliques »*, Th. de Paris. — CAUSSADE et MILHIT. Cirrhose syphilitique, hypersplénomégalique, à début splénique, Soc. méd. des hôpit., oct. — WEIL et CLERC. Les splénomégalies chroniques, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, déc. — *Traités de médecine* : Chauffard, in Charcot-Bouchard; Darier, in Debove et Achard; Gilbert et Surmont, in Brouardel et Gilbert.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

SUR UN MOYEN ÉNERGIQUE DE MODIFIER LES EXPECTORATIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Par le docteur TEILLET.

Les nombreux auteurs qui ont publié sur le thiocol le résultat de leurs recherches expérimentales et cliniques ont, à notre avis, insuffisamment insisté sur l'action asséchante de ce succédané de la créosote.

Ils se sont occupés plutôt de déterminer son pouvoir bactéricide et d'examiner le résultat de son action sur l'état local et l'état général.

Or il est un fait d'expérience clinique absolument indiscutable, c'est que les comprimés de thiocol exercent sur les lésions pulmonaires, tuberculeuses ou non, un effet anti-sécrétoire très net.

Toutes les fois que nous avons affaire à des tuberculeux qui crachent et même qui vident leurs cavernes, nous ordonnons sans hésiter ce remède et presque constamment l'expectoration se fluidifie et disparaît en quelques jours.

A la période de coction et de déclin des bronchites, dans la gangrène pulmonaire, la bronchectasie, les affections catarrhales chroniques, les expectorations laryngées, cette action asséchante se manifeste également et d'une façon bien plus sûre que s'il s'agissait des basalmiques habituels.

Tout en reconnaissant au thiocol une action directement favorable sur les muqueuses, il faut selon nous attribuer encore ce résultat, au pouvoir antiseptique du médicament sur les agents d'infections secondaires. Ce fait a d'ailleurs été démontré dans les thèses de Gripon (1) et de Grunberg (2). Mais ces auteurs ne paraissent pas avoir tiré de leurs expériences la conclusion pratique qui nous interesse avant tout. Car, s'il faut admettre que l'action des balsamiques ordinaires est due principalement à l'obstruction des canaux excréteurs, enfermant aussi dans les glandes les microbes virulents, le fait pour le thiocol d'agir non seulement sur les muqueuses, mais aussi sur les agents infectieux, doit attirer l'attention du praticien.

On remarque en outre que les comprimés de thiocol en diminuant les expectorations font disparaître le réflexe de la toux et arrêtent dans une certaine mesure la fonte purulente du poumon.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de pharmacothérapie [t. III] (3), par STOKVIS. Traduction française de MM. DE BUCK et DE MOOR.

Le livre de M. Stokvis est consacré à l'étude de cinq groupes différents de substances médicamenteuses. Les *hématokinétiques* (de αἷμα, sang, et κίνεω, je mets en mouvement) sont constitués surtout par la digitale, et, accessoirement, par des apocynées : strophantus hispidus, urechites suberecta; des renonculacées : helleborus viridis, adonis vernalis; des liliacées : bulbus scillæ, convallaria maïalis; des cactées : cactus grandiflorus; des mimosées : érythrophlœum guinense; des artocarpacées : antiaris toxicodendron; des célastracées : euonymus purpureus, coronilla scorpioides; des asclépiadées :

(1) Th. de Paris, 1903.
(2) Th. de Paris, 1905.
(3) In-8 de 900 p. avec fig. — Prix : 24 francs. — Paris, O. Doin.

periploca græca. De ces divers agents thérapeutiques, M. Stokvis ne garde que les principaux. Il décrit surtout la digitales, dont il étudie successivement l'action physiologique, l'emploi thérapeutique et le mode d'administration; et, dans une autre leçon, il réunit les combinaisons et les succédanés de celle-ci : scille, adonis, muguet, strophantus, etc. Des médicaments *cardiotoniques* proprement dits, l'auteur rapproche les médicaments *angiotoniques* : seigle ergoté, hydrastis canadensis, et les *angioplégiques* : nitrite d'amyle, nitrite d'éthyle, nitroglycérine, nitrites alcalins, hydroxylamine.

Les *altérants* sont des substances à action générale par lesquelles nous essayons de produire une modification, un changement dans la nutrition parenchymateuse de certains organes. Ils ont surtout pour but de rétablir le nutrition normale dans les tissus qui sont le siège de troubles nutritifs et de processus inflammatoires chroniques. Après avoir exposé leurs caractères généraux, M. Stokvis les étudie une à une en commençant par les mercuriaux et en écrivant sur le traitement mercuriel « haud fallax medicamen » un chapitre des plus curieux et des plus intéressants. Puis viennent l'arsenic, le phosphore, les iodiques. Iode et iodures ne sont que des altérants indirects, dont M. Stokvis analyse minutieusement toutes les propriétés. En ce qui concerne leur action pharmacodynamique, il admet, avec M. Pouchet, que l'effet final des iodures résulte principalement de l'état de l'individu auquel on administre le remède. S'il s'agit d'une personne saine, et de doses thérapeutiques, l'effet sur les échanges est à peu près nul; si, au contraire, il s'agit d'un individu malade, on constate fréquemment une amélioration des échanges organiques, qu'on peut d'ailleurs interpréter parfaitement par l'exagération de la vitesse du courant sanguin et de la lymphe ainsi que de la diurèse. Relativement à leur action thérapeutique, l'iodure de potassium doit être considéré comme très supérieur à tous les autres iodures; il jouit de propriétés multiples. Quant à l'iode, c'est un des meilleurs résolutifs, lorsqu'on l'emploie à l'extérieur. A l'intérieur, son action est douteuse.

Aux altérants inorganiques font suite les altérants organiques que l'on peut diviser en antisyphilitiques : salsepareille, essence de sassafras, bois de gaïac; antiscrofuleux : fenilles de noyer, glands torréfiés; antiarthritiques : semences de colchiques; anticarcinomateux : essence de condurango; antidiabétiques : syzygium jabolanum.

Les *adéniques* sont des médicaments dont l'action porte surtout sur les appareils glandulaires, que les uns excitent (adénotoniques, hydragogues), que les autres paralysent (adénoplégiques, anhydragogues). Parmi les premiers, se rangent les *diaphorétiques* : sureau, tilleul, camomille, acétate d'ammoniaque, jaborandi, boldo; les *diurétiques* : alcool, genévrier, bucco, persil, angélique, caféine, théobromine, diurétine, sels inorganiques et organiques divers; les *cholagogues*; les *expectorants*, les *sialagogues*, les *sternutatoires*, les *galactogogues*. Les seconds sont constitués par les *antidiaphorétiques* : atropine, agaric, acide camphorique; les balsamiques, *antipyrétiques*, que l'auteur divise en antimalariques (quinine), et antithermiques, ceux-ci étant soit spécifiques (acide salicylique et salicylate), soit analgésiques : kairine, thalline, acétanilide, et surtout antipyrine.

La dernière catégorie de substances étudiées, ce sont les *neurotiques*, qui se divisent en neurotiques excitants et neurotiques paralysants. Le type de ces derniers est représenté par le cumen, la vératrine, la ciguë. A côté d'eux, se placent les neurotiques dépresseurs : atropine, jusquiame, cocaïne et ses dérivés. Quant aux neurotiques excitants, ce sont le tabac et la nicotine, la physostigmine, la strychnine, l'ammoniaque et ses combinaisons. L'alcool et les boissons alcooliques ne sont que de faux excitants, c'est-à-dire que leur action est à la fois irritante locale et excitante générale; de même le camphre, le musc, le castoreum, l'asa fœtida, la valériane, l'arnica. Au contraire, le chloroforme, les narcotiques divers, opium, morphine, les bromures, l'aconit etc., sont des névrotiques encéphaliques dépresseurs, c'est-à-dire qu'ils agissent sur l'organisme déprimant d'abord et surtout les fonctions cérébrales.

Tel est, brièvement analysé, le livre de M. Stokvis. Ce qui nous a le plus frappé en lui, c'est la mise au point des questions, les remèdes dont la valeur n'est pas prouvée étant très sommairement étudiés, au plus grand profit des autres; c'est aussi le souci de la documentation, qui n'enlève rien d'ailleurs à la clarté de l'exposition. L. BABONNEIX.

Traité de médecine clinique (diagnostic, pronostic et traitement des maladies) à l'usage des étudiants et des praticiens (1), par M. le docteur Thomas SAVILL.

Ce manuel est conçu dans un esprit essentiellement pratique. Il est destiné à servir de guide méthodique pour l'examen des malades; les différents syndromes y sont décrits d'une façon très claire et, à propos de chacun d'eux, l'auteur expose les méthodes classiques de l'investigation clinique. Le diagnostic différentiel fait l'objet d'une étude très détaillée et très complète. Ce qui distingue cet ouvrage des manuels analogues c'est que l'auteur fait suivre le diagnostic clinique d'un chapitre concernant le pronostic et les indications thérapeutiques, réunissant dans une suite logique les diverses opérations d'esprit que le praticien doit effectuer, dans la réalité des choses, pour reconnaître et soigner utilement les maladies. Le premier volume comprend les maladies propres aux différents appareils (circulatoire, respiratoire, digestif, etc.) et les maladies infectieuses; dans le second on trouvera les maladies générales telles que l'anémie, la chlorose, la leucémie, etc., les affections qui intéressent les membres, la peau et enfin les affections du système nerveux. L'ouvrage se termine par l'exposé des méthodes d'examen des liquides pathologiques et un chapitre de bactériologie clinique.

A. HOUSQUAINS.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PLACE DE MÉDECIN A PRENDRE IMMÉDIATEMENT, par suite de décès, à Gaillon (Eure). — On céderait à bonnes conditions les livres et les instruments. — S'adres. au journal.

(1) 2 vol. reliés, 1150 p., nombreuses illustrations. — London, J. et A. Churchill, éditeurs.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 9. — MARDI 23 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. MARDI 23 JANVIER 1906. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — Le lundi 12 mars aura lieu à l'Hôtel-Dieu, à 4 heures la séance d'ouverture du concours.

Le jury est composé comme suit : MM. Barié, Lamy, Comby, Béclère et Routier qui ont accepté.

Treize mémoires ont été déposés par MM. Taon, Verliac, Halbron, Chiray, Darré, Faure-Beaulieu, Laederich, Lemaire (Henri), Flourens, Villaret, Ramon, Roussy, Trémolières.

MÉDAILLE D'OR (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENT). — Le jeudi 8 mars aura lieu à l'Hôtel-Dieu, à 4 heures, la séance d'ouverture du concours.

Sont désignés pour faire partie du jury : MM. Cunéo, L. Fournier, Brindeau, qui ont accepté, et Nélaton, Poirier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Dix mémoires ont été déposés par MM. Martin, Okinczyc, Capette, Muret, Decomps (Pierre), Le Sourd (Étienne), Desmarets, Rottelstein, Bréchot, Lardennois.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 20 janvier 1906 : MM. Bailly et Schaeffer, 12; Boudet, Guggenheim et Worth, 10; Fortin, 8; Ferran et Moch, 6; Rembert, 5; Rol, 4.

Séance du 21 janvier : MM. Combier, 14; Vigneron d'Eucqueville, 13; Macé de Lépinay, 12; Pottet et Robert, 11; Ancibure et Bécus, 8; Labourdette et Loubeyre, 5; Prost, 4.

La prochaine séance aura lieu le mardi 23, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — THÈSES RÉCOMPENSÉES. — *Médailles d'argent.* — MM. André (J.-Marc), Andrieu, Aubertin, Cantonnet, Cathala, Courtellemont, Desjardins, Gaultier, Grenet, Jomier, Marais de Beauchamp, Nicaise, Rathery, Sabareanu, Rollin, Sée, Tanret, Wickersheimer.

Médailles de bronze. — MM. Baumgartner, Clergier, Delmer, Dreyfus-Rose, Dumont, Gaultry, Huguier, Lapeyre, Liouville, Lemanissier, Mignoi, Mlle Pascal, MM. Patry, Pietkiewicz, Piettre, Piquand, Rostaine, Tillaye, Vitry.

Mentions honorables. — MM. Absand, Aitoff, Auffret, Bayle, Benon, Bing, Bloch (Maurice), Chesneau, Coustaing, Daniel, Mme Darcanne-Mouroux, MM. Delespine, Dubreuil-Chambardal, Fertineau, Gautherin, Gravelotte, Hédouin, Henry (René), Jacquot, Jesson, de la Hoz, Lachèze, Mauban, Mayer (Lazare) dit Mayersohn, Peyrache, Radiguier, Renouf, Sircoulon, Sixier, Troller.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle aura lieu le mercredi 24 janvier, à quatre heures très précises.

Orde du jour : Discours de M. Paul Segond, président, au nom de M. Schwartz; — Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1905, par M. Picqué, secrétaire annuel; — Éloge de Tillaux, par M. Ch. Nélaton, secrétaire général; — Proclamation des prix décernés par la Société.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 25 janvier, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

La conférence sera faite par M. Calmette sur « Les venins et l'envenimation ».

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. (*Lisbonne, 19-26 avril 1906.*) — A l'occasion du Congrès international de médecine, qui se tiendra à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906, la Compagnie *Orient-Pacific Line* organise une croisière sur le bateau *Ophir*, à laquelle pourront participer les médecins français, qui se rendront à Lisbonne.

Le bateau quittera Londres le 12 avril et s'arrêtera le vendredi 13 avril à 7 heures du matin à Cherbourg, où pourront s'embarquer les médecins français, qui prendront part à la croisière. De Cherbourg, l'*Ophir* fera escale à Vigo, Tanger, Gibraltar et arrivera à Lisbonne le mercredi 18. Pendant la durée du Congrès, le bateau stationnera à quai à Lisbonne et les passagers continueront à y loger et à y prendre leurs repas.

Le Congrès fini, l'*Ophir* quittera Lisbonne le 24 avril au

soir et, après un arrêt à Oporto, débarquera les médecins français à Cherbourg le samedi 28 à midi.

Le prix de la croisière, comprenant la nourriture à bord pendant le voyage et pendant les escales et le séjour à Lisbonne est de 370 à 900 francs, suivant la position de la cabine occupée.

On peut retenir des cabines : à l'agence Cook (1, place de l'Opéra, à Paris); à Marseille, chez MM. Worms, 16, place Beauvais; à Bordeaux, chez M. Henry Danis, 6, quai Louis-XVIII.

Une autre Compagnie anglaise, *Travel-Bureau*, organise une autre croisière, avec départ de Liverpool et arrêt au Havre, pour embarquer les Congressistes français. Prix du billet Liverpool-Lisbonne et retour : 290 francs.

Pour retenir les cabines, s'adresser à *The Travel-Bureau*, 9, B. Banks. Cookspen street, 26, Londres.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la deuxième semaine, 982 décès, au lieu de 969 pendant la semaine précédente (moyenne 1022). L'état sanitaire est donc normal. Les maladies épidémiques sont rares, sauf la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 25, au lieu de la moyenne 44.

La variole a causé 1 décès (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 17 au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La rougeole a causé 18 décès, au lieu de 21 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 9; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 323, au lieu de 297 et 314 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 119.

La scarlatine a causé 1 décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 55, il s'élevait à 47 pendant la semaine précédente, la moyenne est 58. La coqueluche a causé 2 décès (moyenne 5). La diphtérie a causé 5 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 68, au lieu de 81 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 99.

La diarrhée infantile a causé 18 décès de 0 à 1 an, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 195 décès, au lieu de 185 pendant la semaine précédente (moyenne 211). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (moyenne 18); bronchite chronique, 28 (moyenne 28); pneumonie, 31 (moyenne 47); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 125 (moyenne 118), dont 44 sont dus à la congestion pulmonaire et 68 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 205 décès; la méningite tuberculeuse, 23; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 55 décès; les maladies organiques du cœur, 68; le cancer, 50; la hernie et l'obstruction intestinale, 13; la cirrhose du foie, 16; la néphrite, 23; enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Grandmoursel, médecin principal de la marine en retraite, et Claude Laugier, ancien chirurgien de l'hôpital de Vienne, décédé à Pont-Evêque (Isère), dans sa quatre-vingt-huitième année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 29 JANVIER AU 3 FÉVRIER 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

Mardi 30 janvier, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Faure et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Dupré et Carnot; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 31 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Legueu et Cunéo.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Retterer et Wallich; — (2e série) : MM. Segond, Potocki et Pierre Duval.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — M. Richaud, suppléant.

Jeudi 1er février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Maillard.

2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pozzi, Bar et Marion; — (2e série) : MM. Poirier, Faure et Brindeau; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 2 février, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Proust; — M. Branca, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Legry, suppléant.

Samedi 3 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Desgrez et Guiart.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Bonnaire et Launois.

4e : MM. Gilbert, Dupré et Méry; — M. Morestin, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 31 janvier 1906, à une heure. — M. SÉJOURNET. De la forme syncopale de l'avortement et de l'accouchement prématuré. (MM. Pinard, président; Landouzy, Lepage et Marcel Labbé.) — M. BOUCHOT. Contribution à l'étude du syndrome scorbutiforme des jeunes enfants. (MM. Landouzy, président; Pinard, Lepage et Marcel Labbé.)

Jeudi 1er février 1906, à une heure. — M. TASSIN. Des lésions infectieuses du rein d'ordre chirurgical (étude diagnostique). (MM. Guyon, président; Berger, Budin et Demelin.) — M. COUETOUX. Contribution à l'étude du développement et de la structure des épulis sarcomateuses. (MM. Berger, président; Guyon, Budin et Demelin.) — M. BENOIST. Des rapports entre l'embryon et le placenta dans l'avortement. (MM. Budin, président; Guyon, Berger et Demelin.) — M. LECOQ. Contribution à l'étude des empoisonnements par les gâteaux à la crème. (MM. Brouardel, président; Pouchet, Guiart et Richaud.) — M. BESNIER. Intoxication par le gaz d'éclairage à doses massives et à doses réduites, étude expérimentale. Observations cliniques, applications à l'hygiène. (MM. Brouardel, président; Pouchet, Guiart et Richaud.) — M. LEGRAS. Contribution à l'étude physiologique et chimique du bornéol et des éthers du bornéol. (MM. Pouchet, président; Brouardel, Guiart et Richaud.) — M. LEDROIT. Les inégalités pupillaires dans les pleurésies avec épanchement. (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Rénon et Bezançon.) — M. FAGART. Contribution à l'étude de la pression artérielle dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. (MM. Chantemesse, président; Dieulafoy, Rénon et Bezançon.)

PIÈCES DE MONNAIE ARRÊTÉES DANS L'ŒSOPHAGE

CHEZ LES ENFANTS

LEUR EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES

Par le docteur Henri CAUBET (de Toulouse),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les corps étrangers déglutis et arrêtés dans l'œsophage sont, chez l'enfant, d'une fréquence extrême; on sait, en effet, que les enfants ont la déplorable habitude de porter à leur bouche tous les objets qui leur tombent sous la main; qu'il se produise une déglutition réflexe, et le corps étranger pénètre brusquement dans l'œsophage; en raison des petites dimensions de ce conduit chez l'enfant, il s'y arrête facilement, même s'il est peu volumineux.

Ces corps étrangers peuvent être de sortes très diverses, mais les plus communément observés chez l'enfant sont les *pièces de monnaie*. Les observations rapportées par mon maître, M. le professeur Lannelongue, à la Société de chirurgie, en 1880, sont démonstratives à cet égard : sur 18 cas de corps étrangers de l'œsophage chez les enfants, il s'agissait 13 fois de pièces de monnaie (1). La statistique que rapporte M. Georges Gross (de Nancy) dans un récent mémoire (2) parle dans le même sens : sur 57 cas, dans lesquels l'œsophagotomie externe a été pratiquée chez l'enfant, on est intervenu 28 fois pour des pièces de monnaie.

Ces pièces de monnaie arrêtées dans l'œsophage ont fait l'objet de nombreux travaux, surtout dans ces dernières années, et l'on a particulièrement insisté sur les accidents que pouvait provoquer leur séjour prolongé dans l'œsophage; ces dangers sont réels et tous les auteurs sont unanimes à les reconnaître. Mais où l'accord semble n'avoir pas été fait encore complètement entre les chirurgiens, c'est lorsqu'il s'agit de déterminer à quel mode de traitement l'on doit avoir recours pour extraire cette sorte particulière de corps étrangers. C'est ce point spécial de la question que je voudrais tâcher d'élucider : aussi, je limiterai à dessein mon travail à l'étude des *pièces de monnaie* arrêtées dans l'œsophage et je les envisagerai uniquement *chez l'enfant*.

Pendant les seize mois que j'ai passés, comme interne, à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai eu très souvent l'occasion d'extraire des pièces de monnaie de l'œsophage des enfants; j'ai toujours pratiqué, dans des circonstances diverses, cette extraction *par les voies naturelles* avec une très grande facilité et je n'ai jamais eu à déplorer le plus léger accident. Ce sont les réflexions que m'ont suggérées ces différents cas qu'il m'a paru intéressant de réunir dans ce travail. Les récentes discussions à la Société de chirurgie montrent, en outre, que cette question mérite qu'on s'y attache.

(1) Lannelongue. Sur 18 cas de corps étrangers de l'œsophage chez les enfants, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1880, p. 309.

(2) G. Gross. De l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage chez les enfants, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1903, p. 49.

I

Pour pouvoir discuter avec fruit les moyens les plus propres à extraire une pièce de monnaie arrêtée dans l'œsophage, il me paraît utile de rappeler, tout d'abord, les conditions dans lesquelles ces corps étrangers se trouvent retenus dans le conduit musculo-membraneux de l'enfant.

Il est un point que la radiographie a permis d'élucider d'une façon certaine, c'est la région de l'œsophage où s'arrêtent les pièces de monnaie. Leur siège est, en effet, à peu près constant; elles s'arrêtent au niveau de l'orifice supérieur du thorax; sur les radiographies, on voit la pièce affleurer le bord supérieur du sternum; la ligne prolongée des clavicules la coupe en son milieu; elle répond en arrière à l'insertion vertébrale des deux ou trois premières côtes et cache la dernière vertèbre cervicale et la première vertèbre dorsale. Telle est la situation habituelle, on pourrait presque dire constante, des pièces de monnaie chez l'enfant. La radiographie qui est reproduite ci-après montre ces détails avec la plus grande netteté. On peut constater, en outre, sur cette radiographie, que la pièce de monnaie fait nettement saillie *à droite* de la ligne médiane, et cependant tous les anatomistes sont d'accord pour décrire que l'œsophage en cette région (au niveau des trois premières vertèbres dorsales) est dévié *à gauche* de la ligne médiane. La même remarque a été faite récemment par M. Leriche [de Lyon (1)], et il explique cette contradiction apparente en disant que « sur le vivant, l'œsophage, à son origine, fait saillie à volonté à gauche ou à droite ».

Quelles sont les raisons de cette localisation?

L'œsophage présente, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, un rétrécissement normal dû au sillon transversal creusé sur la paroi gauche du conduit par la crosse de l'aorte; au-dessus existe une dilatation fusiforme : c'est dans celle-ci que se loge la pièce de monnaie.

Le rétrécissement aortique est peu dilatable; d'après M. le professeur Kirmisson, le calibre de l'œsophage à ce niveau ne doit pas dépasser 10 millimètres chez l'enfant. Au-dessus du rétrécissement, la lumière du conduit peut atteindre des dimensions beaucoup plus considérables. D'après les recherches de Lesbini rapportées par Jonnesco (2), le calibre de l'œsophage pourrait atteindre :

15 millimètres,	chez l'enfant de deux à cinq ans;
16 —	chez l'enfant de cinq à huit ans;
18 —	chez l'enfant de huit à treize ans.

Il est ainsi aisé de comprendre qu'une pièce de monnaie, ne pouvant franchir le rétrécissement aortique, s'arrête au-dessus de lui dans une partie plus dilatable du conduit œsophagien.

Il est cependant important de remarquer que le diamètre des pièces de monnaie habituellement déglutiés est bien supérieur aux chiffres mentionnés

(1) Leriche. *Lyon méd.*, 12 fév. 1905, p. 344.

(2) Jonnesco. *Anatomie de P. Poirier et A. Charpy*, 1re édit., t. IV, p. 179.

ci-dessus et qui représentent les calibres d'œsophages artificiellement distendus. Voici, en effet, les pièces de monnaie que l'on peut rencontrer dans l'œsophage des enfants :

La pièce de 1 franc, qui mesure 23^{mm} de diamètre;

La pièce en nickel de 0^{f}25, qui mesure 24^{mm} de diamètre;

Le sou de 5 centimes, qui mesure 25^{mm} de diamètre;

La pièce de 2 francs, qui mesure 27^{mm} de diamètre;

Le sou de 10 centimes, qui mesure 30^{mm} de diamètre.

On a pu trouver exceptionnellement une pièce en or de 20 francs (A. Broca), qui mesure 21 millimètres de diamètre, et, chez les très jeunes enfants, des pièces de 50 centimes (d'Œlsnitz), de 10 francs (Barnsby), de 2 centimes (Nové-Josserand).

Le cas le plus fréquent est le sou de 5 centimes.

Il est bien évident que le séjour dans l'œsophage de corps étrangers de ce volume ne va pas sans une distension considérable du conduit, puisque l'œsophage d'un enfant de cinq ans, qui mesure, déjà distendu, 16 millimètres de diamètre, doit recevoir un sou de 25 millimètres de diamètre. Mais, en raison de la faible épaisseur des pièces de monnaie, la distension s'exercera uniquement sur les bords du conduit; elle sera nulle sur ses parois antérieure et postérieure, et c'est ce qui explique comment l'œsophage d'un enfant peut admettre un objet aussi volumineux qu'une pièce de monnaie.

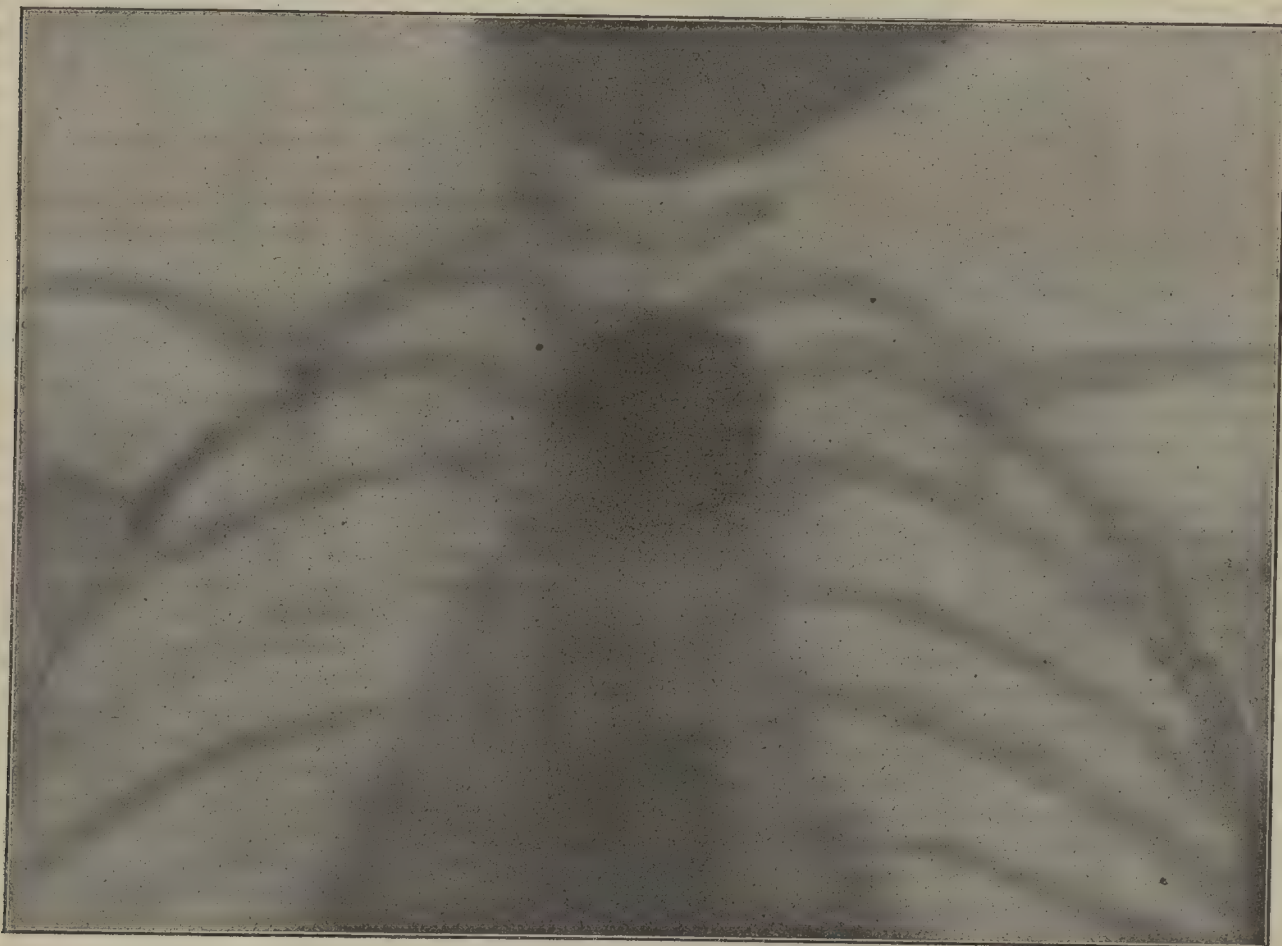


Fig. 1. — Radiographie.

Ainsi que l'a montré M. le professeur Kirmisson, « la dilatation considérable du canal œsophagien maintient la pièce de monnaie appliquée contre sa paroi antérieure, tandis qu'*en arrière* il reste une voie assez largement ouverte pour que les aliments puissent aisément la franchir (1). » C'est ce qui explique que, le plus souvent, les enfants puissent encore déglutir les aliments liquides, malgré la présence d'un sou dans leur œsophage.

J'ai cherché à déterminer à quelle distance se trouvait dans l'œsophage la pièce de monnaie déglutie. J'ai pris dans mes mesures comme points de repère d'une part les incisives supérieures, d'autre part le bord inférieur de la pièce de monnaie. Les mensurations que j'ai pratiquées sur plusieurs cadavres d'enfants âgés de deux à six ans m'ont donné comme distance moyenne : *15 centimètres*. J'ai eu l'occasion de vérifier ces mesures sur deux enfants âgés l'un de trois ans, l'autre de quatre ans, qui avaient avalé un sou; au moment où j'ai senti que la pièce était accrochée, j'ai marqué sur la tige de l'instrument le point correspondant aux incisives supérieures; le sou retiré, ce point se trouvait, dans les deux cas, à 15 centimètres de l'extrémité inférieure du crochet.

(1) Kirmisson. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1904, p. 1070.

II

Appelé auprès d'un enfant qui a avalé une pièce de monnaie, le chirurgien doit résoudre deux questions :

1° *La pièce est-elle arrêtée dans l'œsophage et à quel niveau?*

2° *Par quel moyen faut-il l'extraire?*

1° La réponse à la première question est aujourd'hui fournie par la radiographie. Il est inutile d'avoir recours à l'exploration de l'œsophage au moyen d'une sonde ou d'une olive qui, d'ailleurs, peut ne donner aucun renseignement; plusieurs observateurs ont, en effet, montré que la sonde ou l'olive peut passer sans révéler la présence du corps étranger. On emploiera avec fruit dans tous les cas la *radioscopie*; en plaçant l'enfant devant l'écran, il sera toujours facile d'apercevoir l'ombre très visible de la pièce de monnaie et l'on vérifiera sa situation dans la région qu'elle occupe le plus habituellement : au niveau de l'orifice supérieur du thorax, sur la ligne prolongée des clavicules.

Quant à l'*œsophagoscopie*, c'est une méthode délicate, dont l'emploi réclame l'anesthésie du sujet et nécessite une technique et une instrumentation particulières; c'est pourquoi elle doit céder le pas à la *radioscopie*, que l'on trouve aujourd'hui installée dans la plupart des villes et qui est d'une application simple et rapide.

2° *L'extraction du corps étranger.* — Cette question donne lieu à de nombreuses discussions et, même pour ce qui concerne le cas particulier des pièces de monnaie chez les enfants, l'accord est loin d'être fait entre les chirurgiens. Il a cependant paru, dans ces tout dernières années, un grand nombre de travaux dans lesquels les auteurs ont cherché à résoudre le problème en limitant leur étude aux *cas observés chez l'enfant*; malgré cela, il est difficile d'en tirer une conclusion formelle.

On se trouve en présence de plusieurs opinions. Dans sa thèse de 1901, Channac (1) étudie un des premiers les corps étrangers de l'œsophage considérés uniquement chez l'enfant; il conseille *de pratiquer l'œsophagotomie externe, lorsque le corps étranger est en place depuis plus de trois jours*; l'auteur expose là l'opinion de M. Nové-Josserand, dont il est l'élève.

En janvier 1903, M. Sébileau présente à la Société de chirurgie (2) les observations de quatre petits malades chez lesquels il a pratiqué avec succès l'œsophagotomie externe pour extraire des pièces de 5 centimes. M. Sébileau condamne *dans tous les cas* les procédés d'extraction par les voies naturelles et n'hésite pas à conseiller d'avoir recours *toujours et d'emblée à l'œsophagotomie externe*.

M. Georges Gross (de Nancy), dans son mémoire de février 1903 (3), étudie l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage spécialement chez l'enfant; il conclut que l'œsophagotomie externe est une opération d'urgence, qui doit être pratiquée aussitôt après l'examen radioscopique, *si la première tentative d'extraction par les voies naturelles n'a pas réussi.*

(1) F. Channac. *Considérations sur l'œsophagotomie externe et les corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant*, Th. de Lyon, 1901

(2) Sébileau. L'œsophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction des pièces de monnaie, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1903, p. 43.

(3) G. Gross. Loc. cit.

Enfin, dans une étude récente, MM. Bérard et Leriche [de Lyon (1)] rapportent les réflexions que leur ont suggérées neuf cas de pièces de monnaie avalées par des enfants; ils appliquent aux pièces de monnaie la conclusion générale formulée par Channac : l'extraction par les voies naturelles doit être réservée aux *cas récents, datant de moins de trois jours*; dans les autres cas, il faut pratiquer d'emblée l'*œsophagotomie externe*.

Contrairement à l'opinion de ces auteurs, un grand nombre de chirurgiens recommandent expressément de pratiquer l'extraction des pièces de monnaie par les voies naturelles. Parmi ceux-ci, il faut citer MM. Kirmisson, A. Broca, Félizet, Jalaguier, Piéchaud, etc., tous chirurgiens d'enfants expérimentés.

Mais, où la difficulté commence, c'est lorsqu'il s'agit de s'entendre sur le choix de l'instrument à employer.

M. A. Broca préconise le *panier de Graefe* : « Il faut enlever chez les enfants les sous de l'œsophage par les voies naturelles et non par l'œsophagotomie externe. » Si le panier accroche le cricoïde (ce qui est fréquent), M. Broca le dégage en introduisant son index dans le pharynx et l'extraction se fait alors sans difficulté (2).

Pour M. Félizet, « une pièce de monnaie est le corps étranger idéal pour l'emploi du panier de Graefe (3). » Pour faciliter l'extraction, il introduit une éponge montée sur une tige flexible; puis il retire à la fois le panier et l'éponge : celle-ci, en dilatant l'œsophage au-devant du panier, lui prépare la voie et empêche les déchirures du conduit.

M. Jalaguier, en retirant le sou avec le panier de Graefe, fait décrire à l'instrument un quart de tour, afin de ne pas accrocher le cricoïde.

Enfin, M. le professeur Kirmisson recommande l'emploi d'un instrument spécial qu'il a fait construire : le *crochet* qui porte son nom.

III

De ces diverses méthodes, quelle faut-il employer? Quelle est celle qui donne le plus de garanties? Quelle est la plus simple et la plus sûre?

Je laisse de côté, à dessein, l'extraction des pièces de monnaie à l'aide de l'*œsophagoscope*; la méthode est délicate, réclame une instrumentation et une technique qui ne sont pas à la portée de tous.

L'*œsophagotomie cervicale externe* doit être une opération d'exception pour l'extraction des pièces de monnaie; elle ne saurait s'appliquer à tous les cas, comme certains chirurgiens ont voulu en faire admettre le principe.

(1) L. Bérard et R. Leriche. De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant, *Semaine méd.*, 15 fév. 1905, p. 73. — Voir aussi Leriche. Œsophagotomie chez une enfant de trois ans pour un sou resté dans l'œsophage, *Lyon méd.*, 12 fév. 1905, p. 344.

(2) A. Broca, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1904, p. 1077, et *Presse méd.*, 15 avril 1905, p. 236 (Un sou dans l'œsophage).

(3) Félizet. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1904, p. 1072.

Les auteurs qui la préconisent font ressortir que c'est une opération simple et facile chez l'enfant. Mais encore faut-il, pour l'entreprendre, avoir quelque peu l'habitude du bistouri; il faut être chirurgien pour la mener à bien. Or, les cas qui nous occupent sont d'observation particulièrement fréquente et j'estime que tout médecin doit pouvoir, lui-même et le plus rapidement possible, extraire un sou de l'œsophage dans les conditions habituelles. Le médecin est, dans la plupart des cas, consulté peu de temps après l'accident et, s'il a à sa disposition une méthode simple et sûre, il pourra rendre de grands services à ses petits malades, en évitant une perte de temps très préjudiciable à tous les points de vue.

D'autre part, ce qui me fait rejeter absolument l'œsophagotomie externe précoce, c'est qu'elle n'est pas sans dangers. M. Lejars, dans sa *Chirurgie d'urgence*, émet cet avis et tous les auteurs qui ont fait le bilan des observations publiées relèvent des cas de mort indiscutablement dus à l'opération.

La statistique de MM. Balacesco et Cohn (1), portant sur tous les cas d'*œsophagotomie pour pièces de monnaie chez les enfants* que ces auteurs ont pu recueillir dans la littérature médicale (38 cas), donne une mortalité de 13 p. 100. De même, l'étude récente, déjà citée de MM. Bérard et Leriche (2) à l'occasion de 8 cas personnels *observés dans ces deux dernières années* accuse, pour des faits analogues (œsophagotomie pour pièces de monnaie chez les enfants), une mortalité de 12,5 p. 100. Et je ne cite que les deux statistiques les plus récentes, les plus favorables à l'intervention. Ce n'est donc pas une opération qui peut passer pour absolument bénigne.

A mon avis, l'œsophagotomie externe doit être réservée aux corps étrangers pourvus d'aspérités et aux pièces de monnaie depuis longtemps arrêtées dans l'œsophage. Pour les cas récents, il faut, d'une façon constante, pratiquer l'extraction par la bouche; et, par *cas récents* j'entends : les pièces de monnaie dégluties *depuis moins de quinze jours*.

J'ai eu la curiosité de faire un relevé des observations de pièces de monnaie retirées chez les enfants par l'œsophagotomie externe, dans lesquelles le jour de l'accident et la date de l'opération étaient mentionnés.

Sur 43 cas publiés :

3 fois l'accident remontait	à moins de	24 heures;	
3	—	—	2 jours;
1	—	—	3 —
5	—	—	4 —
4	—	—	5 —
3	—	—	6 —
1	—	—	7 —
3	—	—	8 —
1	—	—	9 —
3	—	—	10 —
3	—	—	11 —
1	—	—	13 —
1	—	—	15 —

(1) BALACESCO et COHN. L'œsophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'œsophage, *Revue de chir.*, fév. 1905, p. 266.

(2) BÉRARD et LERICHE. Loc. cit., p. 77.

Soit : 32 cas, dans lesquels le temps écoulé depuis l'accident ne dépassait pas quinze jours.

Dans les 11 autres cas, l'accident remontait à plus de quinze jours (minimum : vingt-quatre jours; maximum : trois ans).

J'estime, par conséquent, que *dans les trois quarts de ces cas*, les petits malades auraient pu être débarrassés de leur pièce de monnaie sans opération, par une manœuvre toute simple, en pratiquant l'extraction du corps étranger par les voies naturelles. Sans compter que cette conduite mettra sûrement à l'abri de désastres analogues au cas rapporté par Gross dans son mémoire déjà cité (1) : celui d'un enfant de trois ans, ayant avalé un sou *la veille*, mort quarante-huit heures après l'opération de l'œsophagotomie externe.

Comment faut-il pratiquer l'extraction des pièces de monnaie par les voies naturelles? — L'instrument le plus universellement connu et jusqu'ici le plus employé est le *panier de Graefe*; c'est aussi le plus dangereux et je ne ferai que rappeler les accidents qu'il a causés et qui ont été publiés : cas de Piéchaud (2); cas de Briais (3); cas de Créquy (4); cas de Sébileau (5); cas de Walther (6), etc., pour ne citer que les plus célèbres.

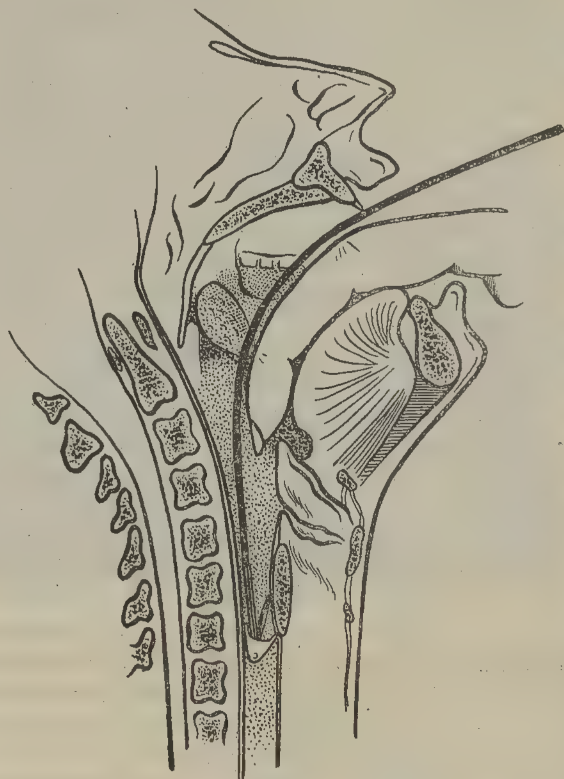


FIG. 2, montrant le panier de Graefe accrochant le cricoïde.

Le panier de Graefe me paraît mériter deux graves reproches :

1° Il est trop volumineux; son diamètre antéro-postérieur mesure 10 millimètres; un tel instrument

(1) G. GROSS. Loc. cit., p. 54.

(2) PIÉCHAUD. *Précis de chir. infant.*, Paris 1900, p. 361.

(3) BRIAIS. *Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac chez l'enfant*, Th. de Paris, 1897, p. 28.

(4) CRÉQUY. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1er nov. 1861, p. 701.

(5) SÉBILEAU. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 1060.

(6) WALTHER. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 1074.

ne peut que contusionner l'œsophage d'un enfant; il pénètre à frottement dur et, fréquemment, produit des déchirures graves. Souvent, ses grandes dimensions l'empêchent de franchir l'obstacle du corps étranger; souvent aussi, chez les très jeunes enfants, l'introduction de l'instrument est absolument impossible. C'est pour corriger, en partie, ces inconvénients que l'on a construit des paniers de Graefe moins volumineux, pour les enfants.

2° Le panier est articulé et bascule sur la tige qui le porte. Or, dans l'extraction d'une pièce de monnaie, voici ce qui se passe : le panier passe entre la pièce et la paroi postérieure de l'œsophage ; en retirant l'instrument, la pièce est accrochée dans le bras antérieur du panier et celui-ci bascule en avant; cette bascule a pour effet de lui faire accrocher le bord inférieur du cricoïde ; l'extraction devient impossible et, si l'on commet l'imprudence de tirer violemment, on ne manque pas de déchirer le conduit. Le fait est souvent arrivé et c'est une des raisons pour lesquelles le panier de Graefe est, entre les mains d'opérateurs inexpérimentés, un instrument dangereux. La figure n° 2 représente bien comment le panier, en basculant, accroche le cricoïde.

Cet accident est bien réel ; il est reconnu par ceux-là mêmes qui défendent le panier de Graefe contre les attaques dont il est l'objet ; et chaque chirurgien conseille ce qu'il appelle « un truc » pour franchir le cricoïde. M. Broca dégage l'instrument d'un coup de doigt introduit dans le pharynx; M. Félizet emploie une éponge montée; M. Jalaguier fait décrire à la tige un quart de tour.

C'est pour ces diverses raisons que je repousse absolument l'emploi du panier de Graefe pour l'extraction des pièces de monnaie chez les enfants.

L'instrument qui me paraît, à tous les points de vue, le meilleur pour réaliser l'extraction des pièces de monnaie chez les enfants est le *crochet œsophagien* que M. le professeur Kirmisson a présenté à la Société de chirurgie dans sa séance du 23 novembre 1898 (1).

C'est une tige métallique aplatie qui, à l'une de ses extrémités, se recourbe en crochet en s'élargissant (fig. 3). Les contours du crochet sont mousses et arrondis, de façon à ne pas déchirer les parois de l'œsophage. Son diamètre antéro-postérieur est de 5 millimètres; sa largeur mesure 10 millimètres. L'instrument a une longueur totale de 45 centimètres ; il se termine à l'autre extrémité par un anneau dans lequel on peut introduire l'index pour exercer une traction.

Le *crochet de Kirmisson* présente sur le panier de Graefe les avantages suivants :

1° Il est moins volumineux : son diamètre antéro-postérieur est la moitié de celui du panier de Graefe. Ses petites dimensions permettent de l'employer même chez les très jeunes enfants ;

2° Ses bords sont arrondis et mousses, de sorte qu'il ne peut risquer de déchirer l'œsophage;

3° Le crochet est fixe sur la tige qui le porte; il ne peut pas basculer.

(1) Kirmisson, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1898, p. 1047.

M. Sébileau lui reproche le peu de flexibilité de sa tige, mais il suffit de l'incurver pour lui faire épouser la courbe des cavités qu'il doit traverser.

Mode d'emploi. — L'anesthésie est inutile (bien que certains auteurs la recommandent); tout au plus serait-elle indiquée chez les tout jeunes enfants (Jalaguier).

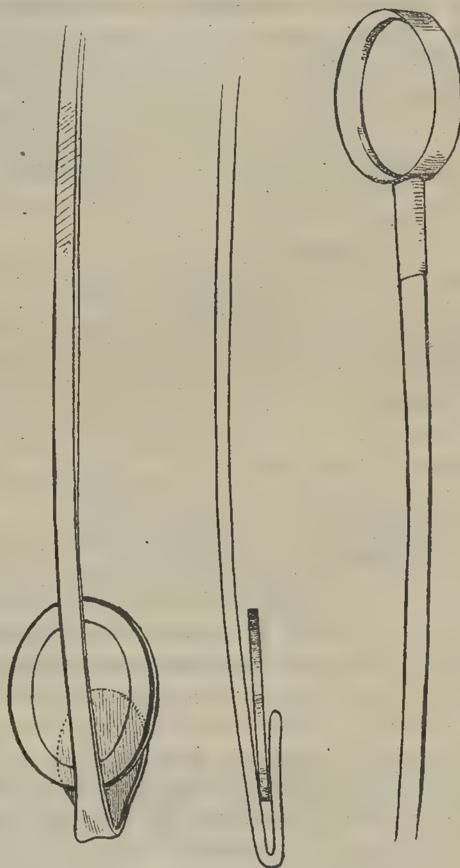


Fig. 3. — Crochet de Kirmisson (grandeur naturelle).

Il faut savoir bien immobiliser l'enfant dans une bonne position. On aura recours, pour cela, au procédé que l'on emploie dans le tubage du larynx : l'enfant est enroulé dans un drap ou une alèze; un premier aide, assis sur une chaise, le maintient solidement, tandis qu'un second aide, debout derrière le premier, fixe la tête dans la rectitude. La bouche sera tenue ouverte au moyen d'un ouvre-bouche d'O'Dwyer, ou, tout simplement, grâce à un gros bouchon de liège placé entre les molaires.

L'instrument sera introduit, le crochet regardant en avant; il sera bon d'incurver un peu la tige, afin qu'elle s'adapte mieux à la courbe du trajet qu'elle doit suivre. Le chirurgien introduit son index gauche dans la bouche de l'enfant et la tête de l'instrument est guidée sur cet index jusqu'à la paroi postérieure du pharynx; il enfonce progressivement la tige en faisant suivre à la tête la paroi postérieure du pharynx et de l'œsophage. Pour être assuré que le crochet suivra bien cette paroi, M. Kirmisson recommande d'interposer l'index gauche entre la tige et la paroi postérieure du pharynx : de cette façon, le crochet passe toujours en arrière de la pièce de monnaie. On introduit la tige de 20 centimètres environ, puisque la pièce se trouve en général à 15 cen-

timètres des incisives supérieures; le crochet dépasse la pièce, mais il ne faut pas s'attendre à en être averti par un choc ou par un contre-coup; le plus souvent, on ne sent rien. L'instrument sera retiré lentement; M. Kirmisson conseille alors de changer l'index gauche de place, de le mettre devant la tige que l'on applique ainsi contre la paroi postérieure du pharynx : de cette façon, le crochet suit la paroi antérieure de l'œsophage et accroche la pièce au passage. On perçoit très bien la résistance exercée par la pièce au moment où le crochet la saisit. L'extraction, enfin, sera faite avec précaution, sans force, sans brutalité : par de petits mouvements de traction, on désenclavera la pièce; puis, quand on sentira que la résistance cède, on tirera lentement et doucement pour la ramener au dehors.

En suivant ce manuel opératoire, il est rare qu'on ne réussisse pas dès la première tentative.

Ce procédé est d'une grande facilité; l'instrument nécessaire pour le réaliser est simple et à la portée de tous; de sorte que j'estime que tout praticien devrait avoir dans son arsenal un crochet de Kirmisson, qui peut rendre de très signalés services, dans un très grand nombre de cas, en permettant d'intervenir très peu de temps après l'accident.

Ce procédé est, de plus, exempt de dangers. Entre les mains de MM. Kirmisson, Michaux, Schwartz, Félizet, etc., il n'a occasionné aucun accident. Pendant que j'étais interne à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai retiré ou vu retirer par mes collègues un grand nombre de pièces de monnaie avec cet instrument; l'extraction s'est toujours faite de la façon la plus simple, sans le moindre incident. J'ai eu l'occasion de ramener un jour deux pièces de 5 centimes qui étaient collées ensemble; M. Félizet (qui est cependant un adepte du panier de Graefe) a rapporté récemment à la Société de chirurgie (1) un cas identique tout à l'honneur du crochet de Kirmisson. M. d'Œlsnitz (de Nice) a communiqué à la Société de chirurgie (2) l'observation d'un enfant de quatorze mois chez lequel il put extraire une pièce de 50 centimes au moyen du crochet de Kirmisson; le cas est intéressant en raison du jeune âge de l'enfant et aussi de ce fait qu'un habile chirurgien avait précédemment échoué avec le panier de Graefe. M. Barnsby [de Tours (3)] a, de même, extrait une pièce de 10 francs de l'œsophage d'un bébé de seize mois. J'ai moi-même, il y a quelques jours, retiré très simplement un sou qu'un enfant de *quinze mois* avait avalé la veille.

Tout récemment enfin, M. Kirmisson communiquait à la *Société de chirurgie* (4) une observation de M. Gaudier (de Lille), qui put retirer avec succès au moyen du crochet une pièce d'un sou déglutie *depuis un mois* par un enfant de six ans, et celle, plus intéressante encore, du professeur Massei (de Naples), qui réussit à extraire, chez un enfant de trois à quatre ans, un sou avalé *depuis six mois*. Ces deux dernières observations méritaient d'être citées, car elles montrent que la limite un peu théorique de *quinze jours* peut être dépassée sans inconvénients.

Au reste, nombre de chirurgiens qui recommandent l'usage du panier de Graefe (MM. A. Broca et Jalaguier notamment) reconnaissent que le crochet de Kirmisson est préférable chez les très jeunes enfants; M. Broca le réserve aux nourrissons. Pourquoi donc ne pas en généraliser l'emploi? Pourquoi ne pas avoir toujours recours à cet instrument qui s'est toujours montré inoffensif et qui réussit si parfaitement et si simplement à l'extraction des pièces de monnaie chez les enfants? Car, si le crochet de Kirmisson avait provoqué des accidents, on les aurait publiés, tout comme on a publié les accidents causés par le panier de Graefe; or, je n'ai trouvé aucun fait de ce genre; et cependant, cet instrument a dû être employé un très grand nombre de fois depuis plus de sept ans qu'il a été présenté par son auteur. On est donc autorisé à penser que les chirurgiens qui l'ont utilisé n'on eu, comme moi-même, qu'à s'en louer.

Aussi, je conclurai en retournant la phrase de M. Félizet : *Le crochet de Kirmisson est l'instrument idéal pour l'extraction des pièces de monnaie chez les enfants.*

IV

Conclusions. — 1° Appelé auprès d'un enfant qui a avalé une pièce de monnaie, le chirurgien doit, tout d'abord, avoir recours à l'*examen radioscopique*, pour s'assurer que la pièce est bien arrêtée dans l'œsophage et à quel niveau elle se trouve;

2° Dans tous les cas où le temps écoulé depuis l'accident ne dépasse pas *quinze jours*, il est indiqué de pratiquer l'*extraction par les voies naturelles* (cette limite de quinze jours n'est, du reste, pas absolue, comme le montrent les observations récentes de M. Gaudier et du professeur Massei);

3° L'emploi du *panier de Graefe* doit être abandonné : c'est un instrument dangereux, qui a donné lieu à de nombreux et graves accidents;

4° Le *crochet de Kirmisson* sera employé dans tous les cas, quel que soit l'âge de l'enfant. C'est un instrument simple, d'un maniement facile; il n'a jamais occasionnné d'accidents. Il a été spécialement construit pour l'extraction des pièces de monnaie (ou autres objets plats analogues, tels que jetons, boutons de vêtements, etc.);

5° L'*œsophagotomie externe* est une opération d'exception que l'on réservera aux pièces de monnaie enclavées depuis longtemps dans l'œsophage, et aux corps étrangers autres que les pièces de monnaie, en particulier les corps pourvus d'aspérités.

(1) Félizet. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1905, p. 553.

(2) Extraction d'un corps étranger de l'œsophage chez un enfant de quatorze mois, par M. d'Œlsnitz (de Nice). Rapport de M. Kirmisson. *Bull de la Soc de chir.*, Paris 1905, p. 211.

(3) Rapport de M. Kirmisson. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1905, p. 527.

(4) Kirmisson. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1905, p. 529.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1906)

La syphilis a depuis deux séances les honneurs de la Société. Elle n'a pas provoqué moins de quatre communications.

Pseudo-rhumatisme syphilitique. — MM. Griffon et Dehérain rapportent une observation de pseudo-rhumatisme syphilitique chez un homme de vingt-neuf ans, survenu en pleine période secondaire. Le rhumatisme se localisa au niveau du genou qui devint le siège d'une hydarthrose volumineuse, indolente, à allure froide. On pensa au pseudo-rhumatisme tuberculeux, mais la formule leucocytaire vint contredire cette hypothèse. En effet, l'examen cytologique du liquide épanché a donné les chiffres suivants : polynucléaires 62, lymphocytes 22, mononucléaires 16 p. 100. En plus, l'inoculation aux cobayes fut négative, on peut donc conclure à l'existence d'une manifestation syphilitique.

La communication de M. Galliard a trait au même sujet.

En 1898, M. L. Galliard a inspiré à un de ses élèves, le docteur Steinberg, une thèse sur le pseudo-rhumatisme syphilitique. Cette thèse contient trois observations de son service, relatives à des malades qui, n'ayant pas souffert de rhumatisme avant l'infection syphilitique, eurent des désordres polyarticulaires, en même temps que des déterminations muqueuses et cutanées, à la période secondaire de la syphilis. Ces trois malades guérirent assez rapidement sous l'influence des pilules de protoiodure ou de la liqueur de van Swieten.

L'observation qu'il a recueillie en 1903 chez un homme de vingt-cinq ans se distingue de celles-là. D'abord le sujet avait souffert, à l'âge de vingt-trois ans, d'une crise grave et prolongée (deux mois et demi de séjour à l'hôpital) de rhumatisme polyarticulaire aigu banal. Ensuite le rhumatisme, qui coïncidait avec les manifestations cutanées de la syphilis secondaire et datait déjà de quinze jours, avait, au moment de l'admission à l'hôpital Lariboisière, les allures d'une maladie grave : 39°1 le premier soir, 39°5 le second soir, céphalalgie violente, endolorissement de toutes les articulations des membres inférieurs, hydarthrose des deux genoux.

Cependant, sous l'influence des injections intramusculaires de benzoate de mercure à la dose de 2 centigrammes par jour, la maladie tourna court. Dès le troisième jour de l'observation la fièvre cédait, et le quatrième jour, les jointures s'amélioraient à tel point qu'on pouvait prévoir la rapide guérison. Le neuvième jour, après huit injections de benzoate la guérison du rhumatisme était complète, les syphilides cutanées pâlissaient, le malade demandait à quitter l'hôpital. Il n'a pas eu, à ma connaissance, de récidive.

Détail à noter : ce rhumatisant avait contracté deux fois la blennorragie sans complication articulaire.

Intoxication mercurielle d'origine thérapeutique par injections insolubles. Radiographie des nodosités. Ablation chirurgicale. Guérison. — M. Sicard, à l'occasion de la communication de MM. Lenoir et Camus faite à la dernière séance, rapporte l'observation d'un jeune malade chez lequel survinrent des symptômes très graves d'intoxication mercurielle à la suite de quatre injections d'huile grise. Les injections avaient été faites classiquement de huit en huit jours, et la dose totale ne s'élevait qu'à 35 à 40 centigrammes de mercure métallique. L'examen des régions fessières permit de constater d'un côté une volumineuse nodosité, et la radiographie, pratiquée à ce niveau, montra un reliquat dermo-musculaire des plus nets de mercure métallique. L'ablation chirurgicale de cette masse fut suivie de succès, les phénomènes toxiques s'amendèrent et la guérison survint. Il y aurait sans doute intérêt dans certains cas analogues, et en présence de nodosités fessières, à renouveler cette tentative.

Le formiate de quinine. — M. Hirtz rapporte une série d'expériences faites avec le formiate basique de quinine ou « quinoforme » en injections sous-cutanées, comparativement avec d'autres solutions de sels de quinine.

C'est M. Lacroix qui a signalé l'existence d'un formiate basique très facilement cristallisable, et soluble dans dix-neuf fois son poids d'eau à 15 degrés et huit fois à 35 degrés. Les expériences de M. Hirtz ont démontré que les solutions aqueuses de formiate de quinine peuvent être injectées sous la peau, sans aucune réaction douloureuse, alors que tous les autres sels de quinine sont d'un emploi dificile en injections sous-cutanées parce qu'ils provoquent des réactions inflammatoires pénibles.

Ce sel peut être d'autant plus précieux qu'il renferme 87,56 p. 100 de quinine.

MM. Claisse et Lemoine ont aussi expérimenté le formiate de quinine chez des paludéens à estomac intolérant; ils ont constaté qu'en injection sous-cutanée ce sel est indolore.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1906)

Drainage lombaire dans les suppurations appendiculaires. — A propos de la communication faite dans la dernière séance, sur ce sujet, par M. Villemin, M. Routier estime que ce procédé de drainage complique inutilement le traumatisme. Il préfère s'en tenir au drainage abdominal avec grand lavage à l'eau bouillie, qui lui a donné de bons résultats, puisque, sur 29 cas de suppurations appendiculaires ainsi traités, il n'a eu que 9 décès.

M. Chaput pense, avec M. Routier, que le drainage lombaire n'est pas sans inconvénients. Il lui préfère de beaucoup l'incision rectale ou la rectotomie, qu'il a déjà préconisée, qui se fait le plus simplement du monde, sans anesthésie, et qui assure un drainage idéal.

M. Segond, chez la femme adulte, combine fréquemment le drainage abdominal avec le drainage vaginal. Ce dernier ne lui paraît pas applicable chez des jeunes filles ou chez des vierges. Chez l'homme, l'effondrement inférieur, proposé par plusieurs chirurgiens, n'est pas sans l'effrayer. Il se contente, dans ces cas, de drainer largement par l'abdomen. Quant à l'incision lombaire, elle lui paraît avoir ses indications dans certains cas particuliers, quand il s'agit, par exemple, de collections rétro-cæcales. Elle peut rendre des services, combinée ou non au drainage abdominal. Dans les péritonites généralisées, où il faut agir vite et largement, rien ne vaut le lavage avec double incision et double drainage latéral.

M. Villemin proteste contre cette opinion que l'incision lombaire complique l'intervention et en augmente la durée. Rien n'est plus simple, ni plus rapide.

Kystes hydatiques du foie. — M. Quénu s'étonne que, dans la discussion sur le rapport de M. Delbet relatif à la communication de M. Marion, il n'ait pas été parlé de la stéri-

lisation préalable du kyste, à laquelle il attache, quant à lui, une grande importance. Selon M. Quénu, il n'est pas permis de traiter un kyste hydatique du foie, par la méthode de Delbet, sans s'appliquer d'abord à tuer tous les germes et à s'opposer à la généralisation des échinocoques dans le péritoine. M. Quénu craint que cette notion de toute importance ne soit pas suffisamment répandue.

M. Quénu reproche précisément à la méthode employée par M. Marion, non seulement de ne pas comprendre cette précaution, mais de favoriser, au contraire, l'ensemencement qu'elle est appelée à éviter. En effet, si on voulait ensemencer le péritoine on ne s'y prendrait pas autrement. C'est donc une mauvaise méthode : sans parler des infections banales, il y a, dans ces cas, des chances d'infection particulière que, contrairement à ce que dit M. Marion, il est parfaitement possible d'éviter. M. Quénu emploie une injection de 200 à 300 grammes d'une solution de formol au centième.

M. Quénu passe en revue plusieurs faits de sa pratique personnelle deux, entre autres, dans lesquels il s'agissait de kystes hydatiques de la face convexe du foie qu'il a traités par la méthode de Delbet après formolage préalable et dans lesquels, cependant, il s'est fait deux ou trois épanchements bilieux secondaires qui ont nécessité des ponctions successives. Ces épanchements peuvent être aseptiques ou septiques et c'est à éviter cette septicité possible que tend le formolage préalable auquel M. Quénu attache une grande importance.

M. Reclus cite un exemple où il n'a pas craint de fermer une poche qui avait antérieurement suppuré. Le résultat a été très bon. Toutefois il serait bien éloigné de proposer cette conduite comme une règle générale. Il s'agit là d'un cas particulier dans lequel on pouvait tenter cette fermeture après suppuration de la poche.

M. Rochard cite un cas de kyste hydatique de la face convexe du foie qu'il a traité par la suture et la fermeture. Le liquide s'est reproduit, le malade a eu de la diarrhée, s'est infecté et a fini par succomber.

Pour M. Ricard il n'y a pas de règle générale, applicable à tous les cas ; on doit, dit-il, traiter les kystes hydatiques d'après la façon dont ils se présentent.

M. Ricard nous rapporte l'histoire d'une femme qui lui fut envoyée d'un service de médecine avec le diagnostic de syphilis hépatique probable. Cette malade présentait au niveau du foie une tumeur dure, bosselée, inégale, sur laquelle il était difficile de se prononcer ; le diagnostic restait incertain ; M. Ricard fit la laparotomie et trouva sur le foie trois kystes hydatiques distincts les uns des autres. Après avoir traité par l'énucléation un premier kyste, qui était presque pédiculé, il ferma la laparotomie latérale, fit une laparotomie médiane, trouva un second kyste, à contenu septique, le draina, puis découvrit un troisième kyste se rapprochant de la ligne médiane, l'ouvrit, fit le formolage, mais il y eut une hémorragie qui l'obligea à le laisser ouvert et à tamponner, si bien que cette unique malade représente à peu près toute la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du foie, puisqu'elle avait trois kystes, dont l'un fut réduit après suture, le second marsupialisé et drainé et le troisième tamponné. La malade a bien guéri.

M. Broca pense, avec MM. Delbet et Quénu, que la méthode de choix du traitement des kystes hydatiques du foie est la réduction après suture de la poche. M. Broca n'oserait jamais réduire une poche sans la fermer. Le seul ennui de cette méthode est la possibilité d'épanchements bilieux secondaires. Il est un petit symptôme qui peut avoir son importance au point de vue de la production possible de ces épanchements bilieux : c'est une légère tache jaunâtre sur le fond de la poche qui indique qu'un peu de bile a déjà transsudé ; dans ces cas, M. Broca continue à drainer. Enfin M. Broca a observé plusieurs cas dans lesquels il y eut de la fièvre après le traitement des kystes par la réduction avec suture de la poche, sans que rien puisse expliquer cette fièvre. Ainsi, il cite l'exemple d'une fillette de treize ans, qu'il avait opérée d'un kyste du foie par cette méthode et qui eut ensuite des accidents fébriles pendant plus de deux mois. M. Broca fit alors une nouvelle laparotomie et ne trouva absolument rien, mais, chose curieuse, la fièvre tomba après cette opération à blanc.

En terminant, M. Broca déclare qu'il n'aurait jamais osé réduire, comme l'a fait M. Reclus, une poche qui avait suppuré.

La cholerragie, dit M. Tuffier, est un phénomène fréquent dans les kystes hydatiques du foie. Aussi lorsque apparaît le moindre signe qui indique déjà une certaine transsudation de la bile, M. Tuffier n'hésite pas à revenir au drainage, soit de la poche elle-même, soit en dehors de la poche, suivant les cas.

M. Walther a toujours fait la stérilisation préventive dans la cure des kystes hydatiques du foie. Quant aux accidents fébriles consécutifs, comme ceux auxquels a fait allusion M. Broca, ils répondent, selon M. Walther, à une congestion infectieuse du foie, très bien étudiée par Hanot et ressemblant un peu à l'hépatite des pays chauds.

Paralysie du cubital, suture du nerf. — M. Potherat présente un homme qui a été autrefois opéré par Péan pour une fracture de l'olécrâne. Cet homme, à la suite d'une chute de bicyclette, s'est trouvé atteint de paralysie du nerf cubital et du nerf radial. M. Potherat ouvrit le bras et trouva le nerf cubital comme englobé dans un massif osseux de nouvelle formation ; il fit sauter ce massif osseux et trouva le nerf cubital complètement sectionné ; il put en retrouver les deux bouts et les suturer. La sensibilité est revenue le soir même de la suture et la paralysie radiale a disparu elle aussi, par le simple fait de la suture du cubital.

Election. — Sont nommés membres associés étrangers : MM. Ziembicki, Horsley et Kelly ; sont nommés membres correspondants étrangers : MM. Willems, Depage, Trendelenburg, Buscarlet et Ballance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale, par L. Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine. Prix Civrieux 1904.) In-18 jésus de 256 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les applications médico-chirurgicales de l'adrénaline, par Yvert. In-8 de 323 p. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 23 janvier 1906 : M. Chaudron et Mlle Déchaux, 10; MM. Basset et Cruet, 9; Lerat (Henri), Rafinesque et Vaucher, 8; Delapchier, 7; Gauthier (Louis), 6.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 25, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 23 janvier 1906 : MM. Moulu, 13; Senlecq, 11; Metzger, 10; Jumon, Lévy-Bruhl et Rousselot, 9; Levant, 8; Foy et Le Noble (Edouard), 7; Leroy, 2.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 25 janvier, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

Séance supplémentaire le 26, à huit heures trois quarts du soir, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Peyrot, sénateur, membre de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — M. le docteur Josias, médecin des hôpitaux.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Coudray, Ritti et Tollemer (de Paris).

M. May, directeur de l'hospice des Enfants-Assistés.

Ministère de la justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Carles (de Montélimar).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A M. le docteur Huguier pour sa thèse sur le traitement des ankyloses par l'interposition musculaire.

Prix Laborie (1 200 francs). — A M. le docteur Guibé, prosecteur, chef de clinique à la Faculté.

Prix Demarquay (700 francs). — A M. Louis Tixier, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur « les indications opératoires dans les traumatismes anciens du crâne ».

Le prix Gerdy n'est pas décerné; il sera de 4 000 francs en 1907; le sujet proposé reste : « Des abcès sous-phréniques. »

CONGRÈS INTERNATIONAL LARYNGO-RHINOLOGIQUE. — (Jubilé de Türck-Czermak, Vienne, 1908.) — Dans le courant de l'année 1908, il y aura cinquante ans que la laryngologie et la rhinologie cliniques furent fondées à Vienne, par Türck et Czermak. Guidé par un sentiment de patriotisme légitime, la *Wiener laryngologische Gesellschaft* a pris l'initiative d'organiser un Congrès international laryngo-rhinologique pendant la semaine de Pâques de l'année 1908, du 21 au 25 avril. Ce sera l'occasion de célébrer dignement le jubilé de Türk-Czemark.

HOPITAL BROCA. — M. le docteur J. Darier commencera le samedi 3 février, à dix heures et demie, une série de conférences sur les *maladies de la peau* (avec présentations de malades et projections microscopiques) et continuera les samedis suivants à la même heure.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice.* — Train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris, de Dijon et de Lyon à Nice. Séjour facultatif à Marseille, à l'aller; 7 à 15 jours à Nice.

Départ : de Paris, le 21 février à 11 h. 55 du matin; — de Dijon, à 6 h. 22 du soir; — de Lyon, à 11 h. 26 du soir.

Arrivée à Nice, le 22 février à 9 h. 20 du matin.

Prix du voyage, aller et retour, de Paris à Nice : 2e classe, 90 francs; 3e classe, 60 francs; — de Dijon à Nice : 2e classe, 64 francs; 3e classe, 42 francs; — de Lyon à Nice : 2e classe, 50 francs; 3e classe, 30 francs.

Retour : au gré des voyageurs, par tous les trains ordinaires comportant des voitures de la classe du billet, à partir du 1er mars, jusqu'au dernier train de la journée du 9 mars.

Pour plus amples renseignements, voir les affiches.

LES DÉFORMATIONS
DE LA
NOUVELLE BALLE FRANÇAISE D

Par les docteurs G. MATHIEU,
Médecin-major de deuxième classe de l'armée,
et Ed. LAVAL,
Ancien médecin-major de l'armée.

On sait que la balle du fusil modèle 1886, dite balle Lebel, est constituée par un noyau de plomb recouvert d'une chemise de maillechort. Cette structure devait être la source de déformations variées, sous l'influence du choc contre des objets résistants. Grâce à l'écrasement de la pointe, à des coudures, des éraflures, l'enveloppe du projectile devait pouvoir éclater, se déchirer et le plomb s'épanouir au dehors sous des aspects particuliers.

Ces prévisions théoriques ont été complètement confirmées par l'expérience. De nombreux travaux ont paru, en leur temps, sur les divers types de déformations et leur mode de production. Nous y renvoyons le lecteur que la question intéresse (1) pour n'en retenir que les conclusions importantes :

La balle modèle 1886 peut se déformer à toutes les distances, particulièrement aux distances inférieures à environ 1500 mètres.

Cette déformation peut arriver jusqu'à l'éclatement et à la fragmentation en un nombre relativement considérable de parcelles. Le projectile ainsi divisé est très dangereux, à cause de sa double texture : plomb se déformant d'un côté, lamelle de maillechort se déchirant, d'un autre côté, en éclats coupants affectant les formes les plus inattendues. Il va de soi que les lésions produites par ceux de ces projectiles qui arrivent abîmés ainsi par un ricochet sont très étendues et très graves.

Ce qui est vrai pour notre balle Lebel s'applique également à la balle du Mauser allemand, qui n'a été, en somme, qu'une copie de la première. Le calibre est le même : 8 millimètres; la forme cylindro-ogivale également la même ; la constitution double avec noyau de plomb au centre et enveloppe métallique à la périphérie est, elle aussi, analogue. La seule différence entre les deux projectiles réside dans la nature de l'enveloppe qui, dans la cartouche allemande, au lieu d'être en maillechort, est en acier nickelé. Aussi est-il tout naturel que la balle de nos voisins soit soumise, dans des circonstances semblables, à des déformations exactement superposables à celles que nous venons d'esquisser pour la balle Lebel.

Or, depuis quelques années, la France a amélioré son fusil de guerre. La réduction du calibre n'était pas possible en raison du peu de puissance d'arrêt qu'ont les projectiles de moins de 8 millimètres. Tout le monde a présents à la mémoire la campagne d'Abyssinie et les reproches adressés alors par les Italiens à leur propre fusil dont le calibre était de 6mm5; les individus frappés continuaient à combattre. Ne pouvant, sans inconvénient, réduire le calibre, les officiers de l'Ecole normale de tir songèrent à améliorer les qualités balistiques du projectile, c'est-à-dire à augmenter sa vitesse et par suite à accroître sa portée, en même temps que sa force de pénétration.

On ne pouvait arriver à ce résultat qu'en modifiant la forme et la structure de la balle. C'est ce qui fut fait, et depuis tantôt sept ans, nous possédions dans le plus grand mystère — jusqu'en 1904 — un nouveau projectile, la balle D, dont les avantages sur l'ancien étaient des plus remarquables.

Sa forme particulière de double fuseau très allongé, raccordé à une portion centrale cylindrique d'un centimètre et demi environ, et à partie arrière tronquée; sa longueur de 40 millimètres au lieu de 32 (balle Lebel); son poids plus léger, 14 grammes au lieu de 15 ; sa constitution en une seule et même substance, le laiton, d'une grande dureté, et enfin, l'emploi d'une poudre légèrement modifiée, tout cela devait entraîner d'excellents résultats balistiques; c'est ainsi que la portée du nouveau projectile est accrue de plus de 1000 mètres, atteignant actuellement 4400 mètres. La vitesse initiale a passé de 610 mètres à 705 mètres. Enfin, la force de pénétration a été augmentée dans des proportions notables, puisqu'à de petites distances, la balle traverse 0,95 centimètres d'épaisseur de bois de sapin, 7 millimètres d'acier, et on dit même six hommes à la file.

De son côté, la trajectoire est beaucoup plus tendue. Jusqu'à 600 mètres, la balle peut être tirée sans changer la hausse et sans que la trajectoire s'élève au-dessus du sol à plus de 1m70, ce qui est la hauteur moyenne de l'homme. Au delà de 700 mètres la zone dangereuse est presque doublée.

Comment se comporte ce nouveau projectile en présence des obstacles résistants ? Telle est la question que nous avons cherché à résoudre, en faisant des recherches dans les champs de tir. *A priori*, étant donné la massivité du projectile, il était à prévoir que sa déformation devait être très difficile. C'est ce que nous avons pu vérifier. Nous avons réuni dans un tableau les divers types de déformations que nous avons observées. On remarquera le nombre restreint des projectiles très déformés, et encore ces derniers le sont-ils relativement peu lorsqu'on les compare aux balles modèle 1886.

On peut ranger les projectiles en quatre catégories suivant que : 1° la pointe est restée intacte et que, par suite, le choc a été tangentiel; 2° la pointe a heurté directement l'obstacle; 3° le projectile a frappé en se présentant sur son travers, comme cela arrive forcément lorsque, par suite d'un ricochet, la balle se met à faire le mouvement de pirouette; 4° le projectile, après ricochet, se présente sur l'obstacle base en avant.

1° Dans le premier cas on voit que le choc latéral a déterminé à peine quelques sillons hélicoïdaux,

(1) Delorme et Chavasse. *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1891. — Aureggio. *Rec. d'hyg. et de méd. vétér.*, 1891. — Von Coler et Tchjerning. Congrès de Rome, 1893. — Demosthen. Rapport à l'Acad. de méd., 5 décembre 1893. — Laval. *Revue de chir.*, 1894. — Lagarde. *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1894, etc.



LÉGENDE

Fig. 1. — Balle de plomb de 11 millimètres (fusil Gras).

Fig. 2. — Balle Lebel de 8 millimètres.

Fig. 3. — Balle Mauser (allemande) de 8 millimètres.

Fig. 4. — Balle roumaine de 6 millimètres.

Fig. 5. — Balle française D de 8 millimètres.

Fig. 6, 7, 8, 9, 10, 11. — Déformations de la balle D par choc de pointe.

Fig. 12, 13. — Balles Lebel déformées par pénétration dans un mur.

Fig. 14, 15, 16. — Balles D déformées par pénétration dans le même mur.

Fig. 17, 18, 19, 20. — Balles D ricochées et ayant frappé l'obstacle base en avant.

Fig. 21, 22. — Balles D trouvées dans un mur, base en avant.

Fig. 23. — Balle ayant frappé de la pointe et ayant subi ensuite une déformation par choc tangentiel.

Fig. 24, 25, 26, 27. — Déformation par choc de la balle se présentant sur le travers.

c'est-à-dire orientés de gauche à droite dans le sens des rayures. Ces déformations étant très peu marquées, nous n'avons pas cru devoir reproduire des types de balles de ce genre. Pourtant celle qui porte le n° 23 et dont la pointe est un peu aplatie montre un de ces sillons hélicoïdaux assez prononcé.

2° Le type le plus fréquent de déformation est le type où la pointe a heurté directement l'obstacle. Cette pointe s'est incurvée plus ou moins et on peut voir tous les intermédiaires entre le simple infléchissement jusqu'à l'enroulement en hameçon (fig. 6 à 11 inclusivement).

La pénétration à travers des corps durs mais inégalement résistants, tels que des murs, donne naissance à des incurvations avec aplatissement de la pointe et en même temps à des sortes d'ulcérations, avec hérissements de la surface du projectile (fig. 14, 15, 16). Dans les mêmes conditions, des balles Lebel donnent lieu à des déformations considérables accompagnées de déchirements de l'enveloppe (fig. 12 et 13).

Ces cinq projectiles, trois balles D et deux balles Lebel, ont été trouvés dans un même mur. On saisit ainsi la différence radicale qui sépare les deux balles au point de vue déformation. Tandis que l'une s'aplatit un peu et s'écorche sans grande modification de sa forme générale, l'autre éclate et devient plus ou moins difforme, avec des inégalités et des surfaces coupantes dues au déchirement de l'enveloppe.

3° Le troisième type caractérisé par des chocs de champ, pourrait-on dire, montre des dépressions, des sillons et même des écrasements profonds du corps de la balle, sans présenter, d'ailleurs, de modifications des parties qui n'ont pas participé au choc (fig. 24, 25, 26, 27).

4° Les figures, 17, 18, 19, 20, 21 et 22 sont des exemples de ricochets. La balle a frappé de la pointe, puis s'est retournée et est allée porter sur un autre obstacle base en avant. Cette base montre sous forme de dépression la trace de ce second choc. Les balles 21 et 22 ont été trouvées dans un mur où elles étaient fixées la base en avant. On voit le peu de déformation subie par cette partie du projectile ayant frappé première.

La presse a parlé, dans ces derniers temps, d'une balle allemande S (Spitzgeschoss, en raison de sa partie antérieure en pointe) dont la forme et les constantes seraient à peu de choses près celles de notre balle.



Profil de balle D (française).



Profil de balle S (allemande).

Nous sommes relativement peu éclairés sur ce nouveau projectile qui semble bien, en effet, une contrefaçon de la balle D. Sa vitesse initiale serait même supérieure (puisqu'elle dépasserait 850 mètres) et son poids bien inférieur (on parle de 10 grammes).

Aux courtes distances, ce projectile aurait donc une force de pénétration plus grande que notre projectile, mais aux distances supérieures à 700 mètres, notre balle reprendrait franchement le dessus. Ce qui nous intéresse particulièrement dans ce nouveau projectile, est que sa structure est la même que celle de la balle 1888, et qu'au lieu d'être tout entier en une même substance, il serait à noyau de plomb durci, recouvert d'une enveloppe d'acier, simplement un peu plus forte que celle de la balle du Mauser 1888-91.

Dans ces conditions, alors que nous avons un projectile très peu déformable, les Allemands posséderaient un projectile qui, ayant une vitesse bien plus grande que leur balle précédente, serait aussi et même plus déformable qu'elle, en raison de l'accroissement de la force vive.

Il semble bien que ce soit — du moins en regard des déformations — une infériorité au point de vue balistique, car de cette façon les ricochets sont moins dangereux.

En effet, une balle massive très allongée touchant le sol sous un angle très ouvert se déforme à peine; se relevant aisément, elle porte encore très loin. Au contraire, les balles à chemise dès qu'elles heurtent le sol se déforment plus ou moins. Le projectile devenu irrégulier, informe, perd sa vitesse de translation, ainsi que sa force de pénétration, et la trajectoire qu'il décrit est relativement très courte. Or, il ne faut pas oublier que l'on estime à 30 p. 100 le nombre des balles qui frappent le but après avoir ricoché. Plus la valeur et l'amplitude de ces ricochets diminue, plus faible devient l'efficacité d'un tir.

Il serait prématuré de vouloir tirer des indications médicales au sujet de la nouvelle balle dont vont être dotées toutes nos troupes. Néanmoins on peut émettre l'avis que les blessures dues à ce projectile *déformé* seront moins graves que celles dues aux balles à double texture déformées. On a vu que les altérations de forme de la balle D sont relativement peu accusées. Une seule, celle en hameçon, peut offrir des difficultés particulières au point de vue de l'extraction. Mais ces difficultés ne sont rien en comparaison de celles qui résultent de la déformation avec déchirement ou division en fragments multiples du plomb et du maillechort, constatée dans certaines blessures de la balle Lebel. A ce point de vue, notre balle D paraît devoir présenter une réelle supériorité humanitaire sur la nouvelle balle allemande S.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1906)

Sur le débit urinaire, par MM. Henry LAMY et André MAYER. — Lorsqu'on fait des injections de solutions très concentrées de sucres ou de saccharose, on constate un certain parallélisme entre le débit de l'eau du sang dans le rein et le débit de l'urine. Mais même dans ces cas de parallélisme apparent un certain nombre d'observations s'imposent :

1° Il n'y a pas de rapport entre les chiffres absolus de l'accélération du débit de l'eau du sang à travers le rein et du débit urinaire;

2° Les différentes substances qui accélèrent également le débit du sang n'accélèrent pas également le débit urinaire;

3° Une heure après l'injection du sucre, le débit de l'eau du sang et le débit urinaire diminuent mais non parallèlement. Le débit du sang diminue beaucoup plus vite.

A la suite d'injections de concentration moyenne (1 gramme par kilogramme d'animal) de NaCl ou de saccharose et à la suite d'injection, même à haute dose, d'urée, le débit de l'eau du sang à travers le rein diminue, le débit urinaire augmente. Aussi l'auteur conclut-il de ses expériences que le débit urinaire ne dépend directement ni du débit du sang, ni du débit de l'eau du sang dans le rein. Les cellules rénales jouent dans l'excrétion de l'eau un rôle actif.

Sur la vitelline de l'œuf, par M. HUGOUNENQ.

Nouvelles recherches sur les oxydations produites par les tissus animaux en présence des sels ferreux, par M. F. BATELLI et Mlle STERN.

Sur le dosage de l'oxyde de carbone dans l'air par l'anhydride iodique, par MM. ALBERT-LÉVY et PECOUL.

Dosage de petites quantités de chloroforme. Dosage dans l'air et dans le sang ou dans un liquide aqueux, par M. Maurice NICLOUX.

Proportionnalité directe entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonates et la composition de cette eau exprimée en sels anhydres et en monocarbonates, par M. Lucien GRAUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1906)

De la mortalité par tuberculose en France et en Allemagne. — De toutes les statistiques qui ont été publiées jusqu'ici, il semblait résulter que la mortalité par tuberculose était bien plus considérable en France qu'en Allemagne. Tandis, en effet, que, d'après ces statistiques elle n'était, en Allemagne, que de 22 décès pour 10000 habitants, elle était de 39 décès, en France, pour le même nombre d'habitants. Notre pays était donc, à ce point de vue, en bien mauvaise posture vis-à-vis de l'Allemagne. Or, d'une enquête minutieuse à laquelle vient de se livrer M. ROBIN, il ressort que ces chiffres, pour être officiels, sont loin d'être exacts. Comme membre de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, M. Robin a cru devoir saisir l'Académie de cette importante question, avant même d'en saisir cette commission, et c'est sur des documents inédits que repose cette communication.

Tout d'abord, M. Robin fait remarquer qu'il est absolument impossible de connaître exactement le taux de la mortalité tuberculeuse en France. Mais on peut arriver, en comparant entre eux des documents comparables, à prouver aisément que les chiffres globaux publiés en France ne répondent pas aux mêmes faits, en France qu'en Allemagne. Les statistiques allemandes, par exemple, ne comprennent pas, dans les tables de la mortalité tuberculeuse, les bronchites chroniques pas plus que les méningites tuberculeuses, ni les tuberculoses locales. Elles ne comprennent que la tuberculose pulmonaire. M. Robin a fouillé tout particulièrement les statistiques officielles, en France, des années 1901, 1902 et 1903. Alors que, dans une seule année, sur un certain nombre de départements on accuse, en comptant toutes les tuberculoses, un chiffre de 45896 décès, soit 32,8 pour 10000 habitants; en ne prenant que les tuberculoses pulmonaires, on arrive au chiffre de 38,085 décès, soit 27 pour 10000 habitants. Il ressort des recherches de M. Robin que le chiffre de 150000 décès annuels donné dans le rapport de M. Brouardel, en 1900, est très exagéré.

Il en résulte aussi ce fait important, mais auquel on devait s'attendre, que la mortalité tuberculeuse décroît avec la densité de la population. Prenant, par exemple, successivement Paris, puis certaines villes dont la population varie de 20 à 100000 habitants, puis de 5 à 10000, puis de 1 à 5000, on arrive aux chiffres suivants :

Pour Paris, 45,2 décès pour 10000 habitants.

Pour les villes de	100 à 500000 âmes	34,4 p.	10000 habitants.
—	20 à 100000 âmes	32,8	—
—	10 à 20000 âmes	30,8	—
—	5 à 10000 âmes	23,4	—
—	1 à 5000 âmes	20,4	—

On voit qu'il existe une décroissance graduelle du chiffre de la mortalité avec la décroissance du chiffre de la population.

En résumé, en faisant une moyenne de tous ces chiffres, en ne comptant que les décès par tuberculose pulmonaire, en se plaçant dans les mêmes conditions de recensement que l'Allemagne, M. Robin arrive au chiffre de 21,3 décès pour 10000 habitants, alors qu'en Allemagne, ce chiffre est de 21,1. On le voit, la différence entre les deux pays est bien minime, et nous sommes loin de l'écart considérable qui résulte des statistiques officielles.

En terminant cet intéressant exposé, M. Robin rappelle que le système allemand basé sur les sanatoriums populaires n'a pas donné les résultats annoncés et n'a pas eu toute la valeur qu'on lui attribue.

La France ne possédant pas des éléments de statistique suffisants, M. Robin demande que l'Académie émette le vœu que le ministre de l'Intérieur prenne les mesures nécessaires pour que la statistique des causes de décès soit étendue à toutes les communes de France.

M. BROUARDEL qui a fait un rapport sur les statistiques officielles de la mortalité par tuberculose en 1900, déclare avec M. Robin, qu'il est absolument impossible d'avoir les chiffres exacts de cette mortalité. Mais des documents qu'il a pu se procurer, il a fait ce qu'il a pu. Il se défend, toutefois, d'avoir compté les bronchites chroniques parmi les décès par tuberculose. Si imparfaite qu'elle soit, la statistique présentée par M. Brouardel fournit cependant des indications. Pour donner une idée des nombreuses causes d'erreur, M. Brouardel signale le fait que, d'après les statistiques, dans certaines villes de France, on ne mourrait de tuberculose qu'à l'hôpi-

tal. Pourquoi? parce que les décès de la ville par tuberculose ne sont pas notifiés. Dans d'autres statistiques, bien des décès sont notés comme étant de causes inconnues. On admettra bien que, parmi ces décès, il en est un certain nombre qui doivent être dus à la tuberculose. M. Lesage (de Rennes), qui a été élève de l'école normale primaire et qui, à ce titre, a conservé des relations avec plusieurs de ses collègues, instituteurs, a fait avec eux une enquête dans un certain nombre de communes. Il résulte de cette enquête qu'il y a des communes dans lesquelles la mortalité par tuberculose est supérieure à celle de Paris et qu'il en est d'autres dans lesquelles cette mortalité est nulle.

M. Brouardel ne croit pas qu'on puisse réunir en un seul bloc toutes les mortalités tuberculeuses. Il cite, pour exemple, ce qui se passe, par exemple, dans le quartier de Plaisance, comparativement à ce qui se passe dans le quartier des Champs-Elysées. Il croit aussi qu'il importe, dans ces relevés statistiques, de séparer la population militaire de la population civile. Cette séparation a la plus grande importance dans certaines villes où la population militaire dépasse de beaucoup la population civile.

Comme conclusion définitive, M. Brouardel estime qu'il est de toute nécessité d'en venir à la déclaration obligatoire des causes de décès. Dans un rapport qu'il a fait en collaboration avec M. Lagneau, il avait indiqué le moyen d'obtenir cette déclaration obligatoire tout en respectant le secret médical. Tant qu'on n'aura pas obtenu l'obligation de la déclaration des causes de décès, on ne pourra pas donner de chiffres exacts de la mortalité tuberculeuse. S'il est des départements, comme, par exemple, ceux de la Seine et du Nord, dans lesquels, grâce au zèle des préfets, les statistiques sont bien faites; il est certaines villes, comme, par exemple, Angers, Poitiers, Quimper, où il est impossible d'obtenir le moindre renseignement statistique.

La discussion de l'important travail de M. Robin se poursuivra dans la prochaine séance.

Vaccine et variole. — M. Kelsch fait un rapport sur un travail historique de M. Goldschmidt (de Strasbourg) qui renferme des documents inédits très intéressants d'où il ressort que des esprits avisés ont proposé la vaccine obligatoire dès l'aurore de l'ère vaccinale. La vaccination obligatoire a été décrétée pour la première fois en Bavière au mois d'août 1807. Mais dès 1805, Napoléon Ier avait prescrit que tous les soldats n'ayant pas eu la variole fussent revaccinés. Ce serait donc à Napoléon que reviendrait l'idée première de la revaccination obligatoire.

Influence de la rate sur la sécrétion biliaire. — M. Lancereaux fait un rapport sur un travail de M. Paulesco (de Bucarest) relatif à l'influence de la rate sur la sécrétion biliaire. De nombreuses expériences faites par l'auteur sur des chiens, il résulte que la rate n'exerce pas une influence manifeste sur la sécrétion de la bile.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 20 janvier 1906)

Hémolyse et cholémie expérimentales chez le chien. — M. Froin a réalisé expérimentalement une destruction lente des hématies et des leucocytes dans le système circulatoire du chien en injectant à cet animal une petite quantité d'un sérum hémolytique de lapin.

Il avait constaté au microscope, dans la chambre humide, que le sérum de lapin détruisait d'une façon absolument parallèle les hématies et les leucocytes. Dans l'organisme du chien, l'action n'a pas été identique. Au début, pendant quarante-huit heures d'action hémolytique marquée, le chiffre des globules blancs détruits est comparativement aux hématies deux fois plus élevé. Ensuite, avec l'atténuation de l'action toxique, il s'est fait une légère hyperleucocytose sans hyperglobulie.

Ces variations des leucocytes en moins et en plus indépendantes de l'action toxique du sérum résultent sans doute de la désintégration de la globuline : en effet des milliards et des milliards d'hématies se sont détruits dans le sang.

Avec de la globulolyse intra-vasculaire il y a eu hémoglobinolyse et cholémie avec cholurie. Le pigment biliaire a été très abondant, surtout pendant la phase hémolytique biliaire.

Note sur la nature graisseuse de l'opalescence du sérum sanguin. — MM. A. Gilbert et J. Jomier ont appliqué avec succès à tous leurs sérums opalescents en expérience, au nombre de huit, le procédé suivant : après agitation avec une certaine proportion d'éther, le sérum est centrifugé; deux couches se séparent rapidement, une inférieure constituée par le sérum clarifié, une supérieure ayant l'apparence d'un disque gélatineux. Ce disque est formé par l'agrégation des granulations de sérum gonflées par l'éther; étendu d'eau distillée, il donne naissance à un liquide d'opalescence analogue à celle du sérum étudié, et qui présente, au microscope, une foule de granulations réfringentes comparables aux globules du lait. Ces granulations brunissent sous l'influence de l'acide osmique, après un contact de quelques minutes.

Les auteurs, ayant réussi à colorer par l'acide osmique les granulations qui, séparées du sérum par centrifugation, lui rendent sa translucidité, concluent à la nature graisseuse du principe opalescent du sérum sanguin.

Procédé rapide pour la coloration des spirochètes sur coupes. — Le procédé de Ramon y Cajal modifié et recommandé par Levaditi pour la coloration des spirochètes de la syphilis sur coupes donne des résultats satisfaisants, mais ne saurait être considéré comme parfait. D'une part, il nécessite une imprégnation prolongée des pièces par le nitrate d'argent et d'autre part il ne met pas en évidence tous les spirochètes contenus dans les lésions syphilitiques prélevées par biopsie. MM. Levaditi et Manouélian ont remédié à ces inconvénients en employant la *pyridine*, substance pénétrante qui permet l'imprégnation rapide et intégrale des spirilles de Schaudinn. La pyridine ajoutée au bain de nitrate d'argent, puis au réducteur dans la constitution duquel entrent l'acétone et l'acide pyrogallique, raccourcit sensiblement le temps de l'imprégnation et de la réduction, en le réduisant à quelques heures seulement. Cette méthode, appliquée à l'étude histologique de plusieurs chancres, a donné des résultats excellents.

De l'hypertrophie langerhansienne dans les cirrhoses alcooliques. — MM. P. Carnot et Amet ont observé que, tandis que les îlots de Langerhans normaux contiennent en moyenne de 50 à 150 éléments cellulaires, on trouve dans les cirrhoses alcooliques, hyper ou atrophiques, des nombres beaucoup plus considérables : de 200 à 450 dans un premier cas, de 300 à 400 dans deux autres, enfin, dans un troisième, concernant une cirrhose de Laënnec, on trouve des îlots gigantesques contenant jusqu'à 1150 et même 1500 noyaux distincts. Ces constatations histologiques cadrent bien avec ce que l'on sait depuis le travail de Lefas et de l'augmentation de volume du pancréas en pareil cas. L'hypertrophie des îlots de Langerhans, organes à sécrétion interne, au

cours des cirrhoses du foie, est peut-être à rapprocher de l'hypertrophie splénique que l'on observe dans les mêmes conditions.

Rôle de l'oralité dans l'enseignement. — M. P. BONNIER a examiné la capacité auditive des élèves des deux sexes, de cinq à quinze ans, et la capacité vocale des élèves professeurs des écoles normales de la Seine. Il a constaté que 53 p. 100 des filles et 65 p. 100 des garçons doivent, pour entendre, doubler leur effort intellectuel pour comprendre sans effort sensoriel, double effort qui ne peut être longtemps soutenu.

D'autre part, 69 p. 100 des élèves maîtresses et 78 p. 100 des élèves maîtres n'ont pas, d'emblée, la capacité orale qui leur permet de parler sans effort. Ils arrivent néanmoins facilement à atteindre cette capacité dès qu'on leur indique la façon utile de porter leur voix.

Titrage du chloroforme dans le sang. — M. NICLOUX a titré, avec un appareil de son invention, les quantités de chloroforme que contient le sang au cours de l'anesthésie. De ses dosages, il conclut que les doses anesthésiques varient avec les différents animaux, et qu'il en est de même des doses mortelles. Fait très important : celles-ci sont souvent très voisines de celles-là, de telle sorte qu'il est aisé, lorsqu'on a atteint la dose anesthésique, de la dépasser et d'arriver à la dose mortelle.

La communication de M. Nicloux soulève une intéressante discussion. M. DASTRE rappelle que, d'après certains expérimentateurs, la mort survient toujours lorsque le sang contient une quantité déterminée de chloroforme. Si donc l'on pouvait, par un procédé quelconque, fixer à tout moment la quantité de chloroforme contenue dans le sang, on arriverait, peut-être, à supprimer les cas de mort par le chloroforme. M. CAMUS invoque la tension superficielle du chloroforme dans le sang; M. GRÉHANT propose aux expérimentateurs d'introduire le chloroforme directement dans le sang veineux; M. Victor HENRI, à la notion de tension superficielle, demande que l'on substitue celle d'homogénéité du sang : la quantité de chloroforme contenue dans une masse de sang donnée varie peut-être selon les quantités respectives de globules et de sérum qu'elle contient. MM. Dastre et Nicloux remarquent, en effet, que, comme le montrent des faits déjà anciens, le chloroforme se fixe surtout sur les globules.

Autres communications :

Colorations intra-vitales, M. RETTERER;

Mode de transmission et d'évolution des trypanosomes des poissons, M. BRUMPT;

Sur quelques espèces nouvelles de trypanosomes de poissons d'eau douce; leur mode d'évolution, M. BRUMPT;

Moyen de déterminer le point cryoscopique de petites quantités de liquide, M. HAMBURGER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

FORMULE D'UN SIROP A L'IBOGAINE

Chlorhydrate d'ibogaïne....... 0g10 centigr.

Faire fondre dans 30 grammes d'eau alcoolisée au quart. Ajouter 120 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères. Chaque cuillerée à bouche contient 0g01 d'ibogaïne.

1 à 2 pendant les repas. Le goût étant peu agréable, lui préférer l'emploi des dragées Nyrdahl à l'ibogaïne qui se prescrivent à la dose de 2 à 4 par jour.

Indications : atonies nerveuses, musculaires, cardiaques.

ANALYSES

MEDECINE

La cure de déchloruration chez les cardiaques. (J. DIGNE. Th. de Paris, 1905; Steinheil, édit.) — La rétention chlorurée est un phénomène constant au cours de la période d'asystolie; l'ingestion de chlorure de sodium pendant la crise détermine l'augmentation de l'œdème et l'accentuation de tous les troubles présentés par le malade; après la crise, elle peut provoquer la réapparition des œdèmes. La rétention chlorurée a donc un rôle pathogénique important dans la genèse des accidents cardiaques, ce rôle variant d'ailleurs selon les malades. Elle est l'expression d'une véritable insuffisance cardiaque, dont elle peut, parfois, être le premier symptôme. Nulle à la phase d'eusystolie, elle apparaît à la période d'hyposystolie pour atteindre toute son intensité lorsque les troubles asystoliques s'accentuent. Son étude peut donc fournir de très utiles indications sur le fonctionnement du cœur.

Pour en conjurer les effets, il importe d'instituer une thérapeutique qui permette l'élimination des chlorures retenus : régime hypo ou déchloruré, diurétiques dans les cas de sclérose rénale, digitale lorsqu'il s'agit de mitraux avec hypotension. Une fois rétabli, le cardiaque devra suivre un régime très sévère et dont la quantité de chlorures aura été fixée après examen méthodique et minutieux du bilan de ces substances.

Des observations très nombreuses et très complètes appuient les conclusions de l'auteur. L. BABONNEIX.

Recherche des bacilles typhiques dans des échantillons de sang envoyés. (R. MÜLLER et H. GRÄF. *Münchener mediz. Wochens.*, 9 janv. 1906, n° 2, p. 69.) — Müller et Gräf ont cherché à déceler par culture le bacille typhique dans des échantillons de sang envoyés au laboratoire de Fischer à Kiel. Ces recherches ont porté sur des quantités variables de sang; tantôt le sang n'était pas coagulé, tantôt il était coagulé.

Sang non coagulé. — La coagulation du sang prélevé soit par piqûre du lobule de l'oreille, soit par ponction d'une veine a été empêchée de la façon suivante : le sang a été versé immédiatement dans des tubes contenant une solution d'extrait de sangsue (hirudine de Sachsse-Leipsig) dans de l'eau physiologique; 0g01 d'hirudine dans 2cc5 d'eau physiologique suffit à empêcher la coagulation de 75 centimètres cubes de sang.

Le mélange ainsi obtenu a été envoyé au laboratoire et réparti à la surface d'une série de plaques de gelose de Drigalski-Conradi.

Sang coagulé. — Le caillot porté sur une plaque de gélose de Drigalski-Conradi a été longuement broyé et dissocié à l'aide d'une spatule de verre sur la surface de la gélose.

En utilisant des échantillons de sang coagulé ou non coagulé, ensemencés quelquefois vingt-quatre heures après le prélèvement, Müller et Gräf ont pu obtenir un certain nombre de fois des cultures de bacilles typhiques et paratyphiques.

Ils pensent donc que les propriétés bactéricides du sang des typhiques sont incapables de faire disparaître le bacille d'Eberth, ce qui permet d'ensemencer tardivement, avec toutes les chances de succès, les échantillons de sang recueillis sur place et envoyés dans des laboratoires éloignés.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

De l'établissement d'une hernie cérébrale comme moyen de décompression dans les cas de tumeurs cérébrales inaccessibles. (H. Cushing. *Surg. gynecol. and obstetr.*, oct. 1905.) — Les symptômes d'une tumeur cérébrale sont dus à la compression exercée sur le cerveau par ce corps étranger grossissant peu à peu. Par conséquent, il doit être possible de les pallier dans une certaine mesure en permettant au cerveau comprimé de faire hernie à travers une ouverture artificielle du crâne. Chez les jeunes sujets, ainsi que Cushing l'a vu trois fois, la décompression se produit par disjonction spontanée des sutures craniennes. Chez l'adulte, il serait idéal de pouvoir faire de même, mais il faut se contenter d'une ouverture artificielle qui ne répond pas aussi bien au but, car elle ne compense pas l'augmentation de pression d'une manière aussi parfaite. Cushing pratique l'ouverture cranienne au-dessous du muscle temporal. Il est facile de pratiquer là une ouverture de 5 à 6 centimètres sur 10, sans dépasser la crête temporale. L'os est facilement enlevé à la pince coupante, car il s'agit d'une portion mince et peu vasculaire du crâne. L'ouverture d'un seul côté est généralement suffisante, mais en cas de nécessité on peut ouvrir l'autre côté. La hernie est maintenue par le muscle temporal, est recouverte par les cheveux et n'occasionne pas de difformité choquante. La partie du cerveau exposée comprend les circonvolutions sous-sylviennes et seulement la partie tout inférieure de la zone motrice, de telle sorte qu'en cas de voussure extrême unilatérale, les seuls inconvénients sont un embarras des fonctions de la langue, de la partie inférieure de la face d'un côté et des mouvements de la moitié correspondante de la mâchoire. L'auteur décrit minutieusement sa technique et déclare que dans tous les cas où il a employé sa méthode, les résultats lui ont donné pleine satisfaction. F. GARDNER.

Intervention pour fermer les fissures de la voûte palatine pendant les trois premiers mois qui suivent la naissance. (Brophy. Acad. de méd. d'Irlande, séance du 12 mai 1905, in *The Dublin Journ. of med. sc.*, septembre 1905, 3e série, n° 405, p. 221.) — Sir Thornley Stoker a eu l'occasion d'exécuter l'opération de Brophy (de Chicago) dans 3 cas, et les résultats ont été tels qu'il adopte dorénavant cette méthode.

Elle ne peut être appliquée pendant les trois premiers mois, avant une ossification avancée. Elle consiste à rapprocher les deux massifs osseux jusqu'au contact de façon à obturer la fissure. On obtient ce résultat en rapprochant de force les deux maxillaires. Au besoin on sectionnera les deux arcades malaires. Les os sont maintenus au contact par deux fils métalliques passés l'un au niveau l'autre en arrière de la saillie malaire. Ces deux fils passent au-dessus des arcades alvéolaires, traversant les fosses nasales au-dessus de leur plancher. Ils sont noués l'un à l'autre à la surface externe des arcades alvéolaires sur deux plaques métalliques. On les laissera en place pendant un mois.

On complète l'opération par l'avivement et la suture des muqueuses et du voile du palais. S'il existe, on s'occupera de traiter le bec de lièvre dans une opération ultérieure.

L'auteur se loue des bons résultats de l'opération qui ne cause pas le gros traumatisme auquel on pourrait s'attendre et cause moins de shock que les opérations tardives classiques.

Une discussion suit cette communication et les auteurs qui ont pratiqué l'opération de Brophy partagent à son sujet l'opinion de Stoker. M. LANCE.

Chirurgie du cœur. (Alves de Lima. *Gazeta clinica*, n° 1, sept. 1905.) — L'auteur rapporte une intéressante observation de chirurgie du cœur qui montre une fois de plus la tolérance de cet organe.

On apporte à l'hôpital de São-Paulo un homme présentant une blessure dans la région latérale gauche du sternum, au niveau de la quatrième côte.

M. Alves de Lima espérant arrêter l'hémorragie intervint de suite; assisté de ses confrères les docteurs O. Mouro, O. Fausto, Ayres Netto et Pedroso, il commença par faire une incision dans le sens de la plaie, puis attaqua les troisième et quatrième côtes, de manière à arriver rapidement sur la plaie du péricarde. Agrandissant cette plaie, le cœur apparut noyé dans une grande quantité de caillots sanguins. A ce moment le cœur s'arrêta. Notre confrère vida le sac péricardique et fit le massage du cœur qui se remit à battre.

La plaie du cœur qui se trouvait sur le ventricule gauche et mesurait à peu près 14 millimètres dans le sens vertical, fut suturée au catgut.

Après une autre défaillance qui fut combattue utilement par le massage, on fit la suture du péricarde, sans drainage, puis la suture des téguments avec un drainage superficiel.

Des alternatives d'arrêt et de battements se produisirent pendant une heure, puis le malade succomba.

L'insuccès de l'intervention a été due, dans ce cas, d'une part à l'abondante hémorragie, d'autre part à l'étendue de la plaie qui, ainsi que le montra l'autopsie, traversait presque le ventricule gauche d'avant en arrière, coupant les deux piliers de la mitrale. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés (1), par O. Hertwig, traduit sur la deuxième édition allemande, par L. Mercier.

Tous les étudiants connaissent la première édition du *Précis d'embryologie* d'Hertwig. La deuxième édition, qui vient de paraître en Allemagne, a été mise par son auteur au courant des dernières conquêtes de la science, sans que les additions faites modifient l'aspect général du livre, qui est toujours divisé en deux parties: premiers processus de développement; organes dérivés des différents feuillets germinatifs : endoderme, mésoderme, ectoderme, mésenchyme. Le chapitre relatif au développement du système nerveux a été profondément remanié. L'ensemble du Précis n'en garde pas moins les qualités de clarté et de concision qui avaient fait sa réputation. En en donnant une traduction fidèle et élégante, M. Mercier a rendu aux étudiants un véritable service, et, comme le dit M. le professeur Prenant (de Nancy), ce livre, ainsi adapté exactement aux besoins des lecteurs auxquels il s'adresse, ne peut manquer d'avoir un légitime succès.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Steinheil. 1906.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

MALADIE D'ADDISON

DÉFINITION. — Addison a décrit, en 1855, une affection caractérisée par un ensemble de troubles dont les principaux sont les suivants : asthénie généralisée, troubles digestifs, douleurs gastriques et lombaires, mélanodermie. Cette affection, qui se termine généralement par la mort, a été attribuée, soit à une lésion des capsules surrénales, soit à une altération du grand sympathique abdominal.

SYMPTOMATOLOGIE. — A. **Forme commune.** — I. Les SYMPTOMES LOCAUX (tuméfaction de la région lombaire) sont absolument exceptionnels en dehors des lésions cancéreuses et des hématomes.

II. SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Quatre **cardinaux** : a. *Asthénie.* — Elle évolue progressivement : « Redoutant le moindre effort, impuissant d'ailleurs à le fournir, conscient, mais n'ayant plus la force de vouloir ni la volonté d'agir, le malade n'est plus qu'un être inerte, dépourvu de toute activité physique et morale » (Sergent et Bernard, *L'insuffisance surrénale*, coll. Léauté). Cette asthénie, qui ne consiste d'abord qu'en une simple sensation de fatigue, acquiert, à la fin, un degré extrême. Pour les détails, v. classiques.

b. *Troubles gastro-intestinaux.* — « Ne manquent pour ainsi dire jamais et sont, en général, très prononcés » (Sergent et Bernard). Ils débutent par de l'anorexie, puis surviennent des vomissements, fréquents, d'abord matutinaux et muqueux, puis alimentaires, parfois incoercibles. La constipation est la règle, sauf chez l'enfant. On note souvent des douleurs épigastriques. Quelquefois ces troubles digestifs acquièrent une telle intensité qu'ils font penser à un empoisonnement (Addison), à une attaque de choléra, à une péritonite.

c. *Douleurs.* — L'hyperesthésie est très inconstante ; les douleurs, au contraire, s'observent dans presque tous les cas. Elles siègent au creux épigastrique, aux hypocondres, aux flancs, sur le trajet des membres et *surtout dans la région lombaire*. Leurs caractères sont variables. Presque toujours fixes, irradiant rarement, elles peuvent aussi frapper les muscles ou les articulations. En plus de ces douleurs, dont l'intensité n'est jamais très considérable, il existe parfois des douleurs subites, atroces, diffusées à tout l'abdomen, et s'accompagnant de crampes dans les jambes.

d. *Mélanodermie.* — Elle a fait donner à l'affection le nom de *maladie bronzée* (Addison). Habituellement tardive, elle est d'abord peu accentuée et consiste seulement en quelques macules brunâtres, disséminées à la surface du corps, principalement sur les parties découvertes (face, cou, face dorsale des mains, avant-bras). Les parties qui sont normalement riches en pigments se prennent ensuite (mamelons, parties génitales, aisselles); de même les parties exposées à des frottements répétés (col, corset, jarretières), et les cicatrices superficielles : éruptions prurigineuses, excoriations, vésicatoires, fait qui peut servir au diagnostic précoce (Jacquet et Trémolières)

Les plaques initiales se fusionnent secondairement : les téguments prennent une teinte gris sale uniforme, qui brunit progressivement, en restant toujours plus accusée dans les régions où la pigmentation naturelle ou provoquée l'a localisée au début. Quelquefois, la mélanodermie se montre sous la forme de plaques séparées par des intervalles franchement décolorés (analogie avec la leucomélanodermie de la syphilis); d'autres fois, sur le fond brunâtre se détachent des macules plus pigmentées encore, siégeant à la base des poils. Les cheveux et la barbe se foncent. Habituellement, la pigmentation respecte la paume et la plante, et les ongles.

A la mélanodermie se joint de la pigmentation des muqueuses : taches brunes sur la face interne des joues, des lèvres, sur les gencives, la langue ; pigmentation du prépuce, du gland et des petites lèvres, exceptionnellement des conjonctives. La mélanodermie est d'autant plus accentuée qu'elle est plus ancienne.

Comme symptômes **accessoires**, à signaler : des *troubles respiratoires* : tuberculose pulmonaire, asphyxie terminale; *circulatoires* : pouls petit, dépressible, variable; palpitations; quelquefois tachycardie paralytique avec arythmie extrême (Chauffard), tendance aux syncopes; *nerveux* : encéphalopathie subaiguë ou aiguë (v. Sergent et Bernard, p. 67), etc.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La maladie d'Addison débute *insidieusement*, par de l'asthénie ; la mélanodermie ne vient que plus tard. A la période d'état, les *symptômes généraux* sont : de l'hypothermie, d'autant plus nette que la maladie progresse ; des modifications urinaires diverses (v. classiques), de l'anémie. Suivant une marche progressive, la maladie aboutit à l'amaigrissement, à la cachexie et à la mort dans le marasme. Les rémissions plus ou moins prolongées ont été quelquefois notées ; de même, la mort subite.

B. **Forme fruste.** — Les classiques désignent sous ce nom une forme où l'on observe tous les symptômes de la maladie d'Addison, *sauf la mélanodermie* et les douleurs lentes, chroniques, fixes. Pour Sergent et Bernard, il s'agit là d'un syndrome d'insuffisance surrénale pure (v. plus bas).

DIAGNOSTIC. — C'est celui de la *mélanodermie* : pour les mélanodermies de la tuberculose pulmonaire ou péritonéale, de la cachexie palustre, de la misère (maladie des vagabonds), de la phtiriase, des cirrhoses pigmentaires, les érythèmes de la pellagre, la teinte jaune paille des cancéreux, etc., etc., v. les classiques.

Lorsque la mélanodermie manque, le diagnostic est beaucoup plus difficile (v. Sergent et Bernard, p. 168).

Le *pronostic* est très grave : on aurait, cependant, publié quelques cas de guérisons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Lésions capsulaires.** — Elles peuvent être très variées (cancer, syphilis, hémorragies, etc.). Les plus fréquentes sont les *lésions tuberculeuses*, qu'il s'agisse de granulation, d'infiltration ou de caséification. Pour les détails, v. classiques.

Lésions du système nerveux. — Il existe parfois des lésions des ganglions semi-lunaires, du plexus solaire, des filets qui les unissent aux capsules surrénales, et même des ganglions péri-capsulaires.

Au niveau des *téguments*, le pigment se dépose dans les cellules du corps muqueux de Malpighi.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Maladie de l'âge adulte, atteignant surtout des hommes, la maladie d'Addison *n'a pas d'unité anatomique* : elle peut être la conséquence de lésions cancéreuses, syphilitiques, hémorragiques des capsules surrénales. Mais, le plus souvent, elle est d'origine tuberculeuse, que la tuberculisation des capsules surrénales soit primitive, ou, ce qui est plus fréquent, secondaire.

Au point de vue *pathogénie*, deux théories : la théorie *nerveuse* et la *capsulaire*. La première rattache la maladie d'Addison à une lésion du sympathique abdominal (Addison, Martineau, Jaccoud, Lancereaux) siégeant en un point quelconque de ce nerf. L'irritation sympathique est-elle légère : elle détermine de la douleur, de l'asthénie et des vomissements ; est-elle plus intense : elle aboutit à la mélanodermie.

La seconde invoque, à l'origine des troubles observés, une lésion des capsules surrénales. Rappelant les expériences de Brown-Séquard, Abelous et Langlois, etc., elle considère la maladie d'Addison comme un syndrome d'*insuffisance capsulaire*.

On a essayé de concilier ces deux théories. M. Chauffard distingue, dans la maladie d'Addison, des phénomènes d'ordre toxique, résultant d'une insuffisance rénale, et d'autres d'origine nerveuse : mélanodermie. MM. Sergent et Bernard décrivent de même : *a.* des *symptômes d'insuffisance surrénale* : *circulatoires*; d'hypotension artérielle, syncopes (mort subite); *digestifs* : vomissements, diarrhée, symptômes péritonéaux ; *nerveux toxiques* : encéphalopathie, asthénie, douleurs aiguës; *généraux* : hypothermie, anémie, cachexie; et *b.* des *symptômes d'irritation sympathique* : mélanodermie, douleurs chroniques. Les deux peuvent coexister : on a alors la maladie d'Addison classique; lorsque les premiers (*symptômes capsulaires*) existent seuls, on a ce que les classiques désignent sous le nom de maladie d'Addison fruste ; plus rarement, les seconds (*symptômes péricapsulaires*) constituent à eux seuls toute la maladie.

TRAITEMENT. — On a essayé, avec des résultats divers, l'opothérapie surrénale. Le plus souvent, il faut se contenter d'un traitement symptomatique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — SAMEDI 27 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 27 JANVIER 1906. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 22 janvier 1906 : MM. Cadenat, 11; Burnier, 10; Mlle Bouteil et M. Cremer, 8; MM. Blocq et Toulant, 6; Bilhaut, 4; Crémieu, 3; Chauveau (Paul), 2.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 26, à huit heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 25 janvier 1906 : MM. Bénard (Henri), 12; Olivier, 11; Josephson et Queille, 8; Berger (Jean) et Vermorel, 7; Bax, 6; Hermette, Morellet et Ségard, 5.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 26 janvier, à huit heures trois quarts, à la Charité.

Distinctions honorifiques.— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Marine. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Ernest Mosny, médecin des hôpitaux, et Brunschwig (du Havre).

Ministère des Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Brossard, médecin de l'Hôpital français du Caire; Phocas (d'Athènes) et Simon (de Buenos-Ayres).

Hopitaux de Paris. — Un concours pour deux places d'ophtalmologiste des hôpitaux sera ouvert le lundi 9 avril 1906, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à trois heures, du jeudi 1er mars au samedi 24 du même mois inclusivement.

Asiles d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, s'ouvrira à Paris, le lundi 19 mars 1906.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus le 1er janvier qui précède le concours; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Elle devra parvenir le lundi 19 février 1906 au plus tard, au ministère de l'Intérieur (1er bureau de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambécérès) qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Le *Journal officiel* du 25 janvier publie les conditions pour l'admission des candidats à ce concours.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Vilmain, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tours (service); — Pesme, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Nantes (service); — Vincent, pour le 120e d'infanterie; — Lalitte, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice de Toul (service); — Licht, désigné pour le 4e du génie (service); — Deumié, pour le 1er du génie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pierron, désigné pour le 39e d'infanterie (service); — Lenez, pour le 155e d'infanterie (service); — Armynot du Chatelet, pour le 151e d'infanterie (service); — Pourrat, pour le 10e chasseurs à cheval; — Dodieau, pour le 128e d'infanterie (service); — Bourlange, pour le 110e d'infanterie; — Marlier, pour le 8e dragons (service); — Bourcier, pour le 12e hussards (service); — Mendy, pour le 7e dragons; — Doumenc, pour le

4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique (service); — Ga dit Gentil, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Duguet, désigné pour le 156e d'infanterie (service); — Gaubert, pour le 64e d'infanterie (service); — Jeandidier, pour le 3e zouaves (service); — Gimazane, pour le 2e étranger (service); — Gruié, pour le 96e d'infanterie (service); — Dupuich, pour le 146e d'infanterie (service); — Brunetière, pour le 147e d'infanterie (service); — Petit, pour le 76e d'infanterie; — Bailliard, pour le 3e chasseurs à cheval (service); — Roudié, pour les hôpitaux de la division d'Alger (service); — Boussenot, pour le 89e d'infanterie; — Barthélemy, pour les hôpitaux de la division d'Alger (service); — Flach, pour le 23e bataillon de la division d'Alger (service); — Gaud et Darthenay, pour les hôpitaux de la division de Constantine (service); — Millet, pour le 18e dragons (service); — Guth, pour les oasis sahariennes, compagnie du Touat (service); — Artus, pour le 112e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Fontan, désigné pour le 134e d'infanterie (service); — Rigal, pour le 158e d'infanterie; — Balme, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied (service); — Rudier, pour le 4e d'infanterie (service); — Trèves, pour le 43e d'infanterie; — Moynet, pour le 9e dragons (service).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la troisième semaine, 897 décès, au lieu de 982 pendant la semaine précédente (moyenne 1022). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 39, au lieu de la moyenne 44.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 16 au lieu de 17 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La rougeole a causé 21 décès, au lieu de 18 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 9; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 267, au lieu de 323 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 119.

La scarlatine a causé 1 décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 50, il s'élevait à 55 pendant la semaine précédente, la moyenne est 58. La coqueluche a causé 2 décès (moyenne 2). La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 79, au lieu de 68 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 99.

La diarrhée infantile a causé 17 décès de 0 à 1 an, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 167 décès, au lieu de 195 pendant la semaine précédente (moyenne 211). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (moyenne 18); bronchite chronique, 16 (moyenne 28); pneumonie, 26 (moyenne 47); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 111 (moyenne 118), dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire et 63 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès; la méningite tuberculeuse, 15; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 50 décès; les maladies organiques du cœur, 76; le cancer, 69; la hernie et l'obstruction intestinale, 2; la cirrhose du foie, 11; la néphrite, 25; enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE (Professeur : M. CORNIL). — Une série d'exercices pratiques de bactériologie, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur, commencera le mardi 6 février 1906.

Les conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à deux heures et demie, les mardis, jeudis et samedis.

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram.

Deuxième leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations.

Troisième leçon : Analyse bactériologique du pus; microbes pyogènes aérobies.

Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux).

Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Bacilles acido-résistants.

Sixième leçon : Diagnostic bactériologique des angines.

Septième leçon : Séro-diagnostic. — Bacille d'Eberth et bacilles paratyphiques.

Huitième leçon : Analyse bactériologique du sang et des sérosités pathologiques.

Neuvième leçon : Analyse bactériologique de l'eau et des matières fécales.

Dixième leçon : Diagnostic des infections dues aux microbes anoérobies.

Onzième leçon : Diagnostic bactériologique de la peste et du choléra.

Douzième leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire; gonocoque.

Treizième leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Quatorzième leçon : Syphilis et chancre mou.

Le droit à verser pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — ENSEIGNEMENT COLONIAL. — Des conférences sur l'Indo-Chine française auront lieu à 2 heures de l'après-midi, les mardis et jeudis, dans l'amphithéâtre de la nouvelle galerie d'anatomie comparée.

Entrée directe par la porte de la place Valhubert.

23 janvier : M. Costantin. Le quinquina en Extrême-Orient.

25 janvier : M. Hamy. Anthropologie de l'Indo-Chine (les sauvages Khas, Moïs, Penongs).

8 février : M. Hamy. Anthropologie de l'Indo-Chine.

8 mars : M. Hamy. Anthropologie de l'Indo-Chine (Laotiens et Siamois).

22 mars : M. Hamy. Anthropologie de l'Indo-Chine (Annamites et Chinois).

15 mai : M. L. Bourgeois. Chimie végétale indo-chinoise (plantes tinctoriales et médicinales).

17 mai : M. Achalme, directeur du Laboratoire colonial. L'envenimation et son traitement, principalement dans les colonies indo-chinoises.

22 et 29 mai : M. Clarac, directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales. Maladies de l'Indo-Chine, principalement les maladies qui se transmettent par l'eau.

CLINIQUE MÉDICALE

LE SPIROCHAETE PALLIDA DE SCHAUDINN

AGENT PATHOGÈNE DE LA SYPHILIS

Sa recherche; ses habitats; applications à la clinique (1).

Par le docteur Georges THIBIERGE,
Médecin de l'hôpital Broca.

Depuis l'avènement de la bactériologie, il ne s'est pour ainsi dire pas passé d'année que quelque observateur plus ou moins autorisé n'ait annoncé la découverte du parasite de la syphilis.

Les recherches de contrôle ne tardaient pas à démontrer que l'auteur de la découverte avait été le jouet d'une illusion ou la victime d'une erreur de technique, ou encore que le prétendu parasite de la syphilis était un germe banal répandu à profusion sur les organes génitaux en dehors de toute infection syphilitique.

Fastidieuse et sans intérêt serait la description de tous les faux parasites de la syphilis, bientôt reniés par leurs auteurs eux-mêmes.

Pour avoir résisté à l'action de tous les colorants connus et de toutes les techniques bactérioscopiques, l'agent pathogène de la syphilis devait, semblait-il, se distinguer des micro-organismes connus par des caractères bien spéciaux.

On a pu se demander si ce n'était pas un de ces microbes dits invisibles que les objectifs les plus puissants ne permettent pas de voir et qui ne révèlent leur présence que par les amas qu'ils forment dans les cultures, microbes qui sont assez ténus pour traverser les bougies filtrantes les plus compactes.

Neisser inocula à un chimpanzé le produit d'accidents secondaires préalablement filtré à travers une bougie Berkefeld, ses élèves Klingmüller et Baermann s'inoculèrent à eux-mêmes des produits syphilitiques soumis au même traitement. Ces inoculations restèrent sans résultat.

Metchnikoff et Roux répétèrent l'expérience de Neisser sur un chimpanzé, en même temps qu'ils inoculaient à un autre chimpanzé le même virus humain dilué mais non filtré. Ce témoin présenta trente-huit jours plus tard des lésions caractéristiques aux points inoculés, tandis que le singe qui avait reçu le virus filtré resta indemne.

Il résultait de ces expériences que le parasite de la syphilis a des dimensions supérieures à celles des microbes invisibles. Un progrès dans la technique devait donc quelque jour en amener la découverte.

Au commencement de l'année 1905, un naturaliste de Berlin, Schaudinn, poursuivait des recherches sur les spirilles des organes génitaux dans le but de vérifier les travaux de Siegel sur un protozoaire, dans lequel ce dernier avait cru voir l'agent pathogène de la syphilis. Au cours de ces recherches, Schaudinn constata la présence de deux organismes microscopiques, que leurs caractères rangeaient dans le groupe des spirochètes : l'un, à larges spires irrégulières, se colorait facilement et fortement par les réactifs, auquel il donna le nom de spirochaete refringens; l'autre, à spires plus nombreuses, plus serrées et plus régulières, se colorait moins fortement, qu'il désigna sous le nom de spirochaete pallida.

Il ne tarda pas à constater que le spirochaete refringens se rencontre dans des lésions diverses, plaques muqueuses, chancre syphilitique, végétations des organes génitaux, herpès, que c'est en somme un parasite fort banal des lésions des organes génitaux externes.

Au contraire, le spirochaete pallida ne s'observe qu'à la surface ou dans la profondeur des lésions syphilitiques.

Le premier mémoire que Schaudinn, en collaboration avec Hoffmann, consacra à ce parasite fut publié dans le recueil des travaux de l'Office impérial d'hygiène de Berlin; il attira peu l'attention. Il n'en fut pas de même d'un deuxième mémoire paru le 4 mai 1905, dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, intitulé : « La présence des spirochètes dans le suc des ganglions lymphatiques chez les syphilitiques. »

Les conclusions, fort timides, de ce mémoire sont les suivantes : « Bien que nous ayons rencontré dans ces 8 cas une espèce particulière de spirochètes, le spirochaete pallida, nous sommes fort éloignés de formuler dès maintenant une opinion déterminée sur sa signification étiologique. »

De ce travail partent les recherches très nombreuses qui se sont succédé dans ces derniers mois et que je n'entreprendrai même pas de vous citer.

La découverte de Schaudinn ne tarda pas à être vulgarisée en France par MM. Roux et Metchnikoff. Schaudinn avait fait connaître à ces deux savants l'existence de son spirochète et les avait priés de le rechercher dans les lésions syphilitiques des singes. Ils virent chez plusieurs de ceux-ci des microorganismes répondant à la description de Schaudinn et dès le début déclarèrent que les faits plaidaient sérieusement en faveur de l'opinion que la syphilis était produite par le spirochaete pallida. Un tel patronage ne pouvait qu'appeler l'attention du monde savant sur le nouveau venu.

Le spirochaete pallida a pour caractères essentiels d'être constitué par un filament très fin et très long, enroulé sur lui-même sous forme de tours de spire réguliers.

Pour le rechercher et l'étudier, trois modes de préparation peuvent être employés, suivant qu'on a à sa disposition des spirochètes à l'état frais dans le liquide où ils ont été recueillis, ou bien des frottis étalés sur lames et fixés par les procédés appropriés ou encore des coupes de tissus ou d'organes.

Les produits liquides renfermant des spirochètes frais peuvent être examinés en goutte pendante, suivant la technique usuelle, soit purs soit dilués avec du sérum physiologique. Dans ces préparations, les spirochètes sont vivants; grâce à elles, on peut constater qu'ils sont très mobiles et se déplacent par

(1) Leçon faite à l'hôpital Broca.

rotation sur l'axe longitudinal, par progression en avant et en arrière, par flexion du corps dans son ensemble. Elles ne sauraient être employées pour la recherche courante du spirochète.

Celle-ci se fait toujours sur des préparations colorées. La technique de la coloration varie suivant qu'on a affaire à des frottis fixés sur une lame ou à des coupes.

Les frottis doivent être étalés en couche très mince sur une lame de verre; on les laisse sécher, puis on les fixe au moyen de l'alcool méthylique par qu'on dépose à leur surface et qu'on laisse agir pendant quinze à vingt minutes; on peut encore les fixer par exposition de quelques secondes à des vapeurs d'acide osmique; cette dernière technique, préconisée par Schaudinn, donne des préparations plus nettes.

Le spirochaete pallida peut être coloré par des réactifs très variés, violet de gentiane, bleu phéniqué, violet hexaméthyle. Il a peu d'affinité pour les colorants ordinaires, ainsi que l'ont fait observer Schaudinn et Hoffmann. Les méthodes de coloration qui donnent les meilleurs résultats sont celles qui sont employées pour l'étude des parasites les plus voisins, en particulier des trypanosomes.

Deux méthodes ont surtout été usitées, ce sont la méthode de Giemsa et la méthode de Marino.

La méthode de Giemsa est, de l'avis presque unanime, celle qui donne les meilleurs résultats.

Le réactif de Giemsa, composé 3 grammes d'azur II, éoxine, 0,8 d'azur II, 250 grammes de glycérine et de 250 grammes d'alcool méthylique, se trouve tout préparé dans le commerce, sous le nom de solution colorante de Romanowski-Giemsa.

Il peut servir à colorer le spirochète rapidement : dans ce cas, une fois la préparation fixée par l'alcool absolu, on dépose sur la lame quelques gouttes de solution de Giemsa étendue de dix fois son volume d'eau distillée. Au bout d'une heure, la coloration est suffisante; il n'y a plus qu'à laver à l'eau distillée puis sécher et monter.

Giemsa a proposé, pour les colorations rapides, un mélange un peu différent, contenant, pour un centimètre cube d'eau, une à dix gouttes de solution de carbonate de potasse à 1 p. 1000 et une goutte de sa solution; on a une coloration suffisante en une heure.

Il est de beaucoup préférable de colorer lentement, en se servant de solution de Giemsa étendue de vingt fois son volume d'eau distillée, soit une goutte de solution par centimètre cube d'eau; on laisse la préparation plongée pendant seize à vingt-quatre heures, dans un tube de Borel renfermant cette solution, et cela à la température du laboratoire, puis on lave à l'eau distillée, on sèche et on monte.

La méthode de Marino, qui n'est qu'un dérivé de la méthode de Giemsa, consiste dans l'emploi d'un mélange d'une solution de bleu d'azur dans l'alcool méthylique et d'une solution aqueuse faible d'éosine. Elle a l'avantage d'agir rapidement, de donner des préparations en quinze à vingt minutes, mais elle colore moins bien le spirochaete pallida que la méthode de Giemsa; de plus, les préparations sont souvent obscurcies par des précipités de matière colorante.

La méthode de Giemsa colore le spirochaete pallida en rose clair, tandis qu'elle donne au spirochaete refringens une couleur bleuâtre. Cependant cette différence de coloration n'a pas l'importance que lui accordait Schaudinn, et dans leur dernier mémoire, Roux et Metchnikoff disent avoir vu des spirochètes offrant tous les caractères du pallida se colorer en bleu clair.

Coloré par l'un ou l'autre de ces procédés, le spirochaete pallida se présente sous l'aspect d'un filament très allongé, sinueux ou plutôt contourné en spirales courtes et régulières; il peut être comparé à un tire-bouchon très allongé, ou encore à un serpentin à spires étroites et serrées; mais en raison de ses faibles dimensions, l'enroulement des spires autour d'un axe central est loin d'être toujours nettement visible et il donne peut-être mieux encore l'apparence d'une ligne légèrement et régulièrement ondulée.

Le nombre des tours de spire est variable suivant les exemplaires : on n'en observe jamais moins de trois ou quatre, ni plus de vingt-six, exceptionnellement moins de quatre et ordinairement de dix à quatorze.

Sur toute sa longueur, le filament conserve une largeur uniforme; ses deux extrémités sont pointues.

Le filament est extrêmement mince; il mesure 1/4 de μ de large; sa longueur varie de 4 à 10 μ et est en moyenne de 7 μ, c'est-à-dire, ce qui fixera mieux vos idées, qu'elle égale à peu près le diamètre d'un globule rouge, tandis que sa largeur est environ le vingtième du diamètre de ce même globule.

Le spirochaete pallida est, et c'est à ce caractère qu'il doit sa dénomination, très faiblement réfringent; il prend faiblement les matières colorantes. Il résulte de ce fait et de sa ténuité qu'il est particulièrement difficile à voir et qu'il est nécessaire, pour l'observer, d'employer des objectifs à immersion de grande puissance.

Tels sont les caractères essentiels du spirochaete pallida.

Il y a cependant lieu de signaler, à côté du type précédent, quelques variétés intéressantes et relativement assez communes.

Parfois, les tours de spire sont un peu moins serrés que sur le type précédent, tout en restant réguliers.

D'autres fois, la partie moyenne du spirochète est rectiligne ou presque rectiligne, tandis que les spires reparaissent vers les extrémités.

Sur certains spirochètes, une des extrémités décrit une large courbe, forme quelquefois même un anneau complet et l'ensemble du parasite rappelle tout à fait un tire-bouchon.

Quelquefois encore, le parasite semble bifurqué à une de ses extrémités, il prend la forme d'un Y; cet aspect peut être attribué soit à l'accolement de deux spirochètes, soit à la division longitudinale d'un parasite sur une partie de sa longueur.

Enfin, les spirochètes, au lieu de rester isolés, peuvent se réunir en amas plus ou moins volumineux et par leur enchevêtrement rappeler l'aspect d'un jeu de jonchets.

Ces caractères sont suffisants pour reconnaître le spirochaete pallida; chacun peut le voir s'il y met quelque attention et s'il a quelque pratique du microscope. Des bactériologistes très exercés ont pu reconnaître quelques détails de structure ultra-fine. Ainsi Schaudinn a décrit, dans ses premières publications, une membrane enveloppante dont il n'admet plus aujourd'hui l'existence; il a observé sur des préparations colorées par la méthode de Löffler, des cils dont l'existence reste douteuse pour la plupart des auteurs.

C'est sur ces détails que les naturalistes se basent pour séparer des autres spirochètes le parasite de Schaudinn et en faire un type nouveau, auquel conviendrait non plus le nom de spirochaete pallida, mais celui de spironema pallidum (Vuillemain) ou treponema pallidum.

Le spirochaete pallida se différencie nettement des spirilles par sa ténuité, par son peu d'affinité pour les matières colorantes, par la régularité de ses spires, par l'effilement de ses extrémités qui contraste avec l'aspect carré des extrémités des spirilles.

Le micro-organisme qui prête le plus à la confusion est le spirochaete refringens. Hôte fréquent des lésions les plus diverses des organes génitaux externes, ce dernier se colore beaucoup plus vivement et plus rapidement que le spirochaete pallida, il prend habituellement par le Giemsa une coloration bleuâtre, il est constitué par un filament plus large, à extrémités mousses; ses spires sont toujours moins nombreuses, elles sont plus espacées, moins régulières, de sorte que, dans son ensemble, il ne peut plus être comparé à un tire-bouchon ou à un serpentin, mais plutôt à un serpent. Lorsqu'on voit les deux parasites à côté l'un de l'autre, il est rare qu'on éprouve la moindre difficulté à les distinguer.

Sur les coupes, les méthodes précédentes ne donnent aucun résultat; il faut recourir à l'imprégnation par les sels d'argent, suivie de l'action d'un réducteur.

Cette imprégnation ne réussit que sur les pièces durcies au formol. Elle ne s'applique pas à celles durcies par l'alcool ou par les chromates.

Bertarelli, Vulpino et Bovero recommandent de faire des coupes très minces, qu'on place pendant vingt-quatre à quarante-huit heures dans une solution de nitrate d'argent à 0,2 ou 0,4 p. 100; on les plonge ensuite pendant quinze minutes dans le bain réducteur de van Ermengen (composé d'acide tanno-gallique et d'acétate de soude), on lave à l'eau et on immerge de nouveau les coupes dans la solution de nitrate d'argent jusqu'à ce qu'elles aient pris une teinte jaune foncé, on lave à l'eau distillée, on déshydrate et on monte dans le baume.

Levaditi a décrit un autre procédé d'imprégnation à l'argent qui s'emploie sur les fragments entiers de tissus et non sur les coupes : les fragments fixés d'abord par le formol à 10 p. 100, puis dans l'alcool à 95 degrés, sont lavés à l'eau distillée pendant quelques minutes, puis imprégnés par une solution de nitrate d'argent à 1,5 p. 100 dans l'eau distillée qu'on laisse agir pendant trois jours à 38 degrés; ils sont ensuite placés pendant vingt-quatre heures, à la température du laboratoire, dans un bain réducteur renfermant 2 p. 100 d'acide pyrogallique et 5 p. 100 de formol, enfin lavés à l'eau distillée, déshydratés et inclus dans la paraffine. Les coupes peuvent être colorées avec la solution de Giemsa.

Sur les préparations imprégnées à l'argent, les spirochètes, colorés en noir, se voient très nettement au milieu des éléments cellulaires colorés en jaune foncé; ils sont d'ailleurs rendus plus visibles encore par le dépôt à leur surface d'une couche d'argent qui augmente leur épaisseur comme le ferait une couche de métal déposée par la galvanoplastie; par suite de cet enrobement par l'argent, les spires paraissent plus serrées que dans les préparations colorées au Giemsa.

Le spirochaete pallida a été recherché dans un grand nombre de lésions syphilitiques et sa présence a pu être constatée dans la plupart d'entre elles; d'autres semblent ne le renfermer jamais, car les recherches poursuivies par plusieurs observateurs compétents sont restées constamment infructueuses, nous verrons quelles sont ces lésions.

Même dans les lésions et les tissus où le spirochète semble se fixer de préférence, sa présence ne peut pas être constamment reconnue, même par les observateurs les plus expérimentés, et les plus habitués à sa recherche.

On serait donc tenté de penser ou qu'il y peut manquer, ou que, dans certaines conditions encore insoupçonnées, il ne peut être mis en évidence par les réactifs actuellement usités.

Mais il faut tenir compte de ce fait que son abondance est des plus variables dans des lésions semblables même observées dans des conditions en apparences identiques; bien plus, elle varie d'un point à autre d'une même lésion; aussi des préparations faites simultanément, au moyen d'une même technique, en renferment-elles des proportions très différentes, voire même des proportions très différentes sur des points très voisins.

D'où la nécessité, lorsqu'on recherche ce parasite, d'examiner un certain nombre de préparations avant de conclure à son absence : en pratique, il convient, pour éviter autant que possible de passer à côté du spirochète dans des lésions où il est peu abondant, d'examiner six à huit préparations sur lames.

La recherche du spirochète, surtout dans les frottis, serait grandement facilitée si on avait des points de repère pour se guider, si les spirochètes se trouvaient surtout au voisinage de tels ou tels éléments faciles à retrouver par un examen rapide. Bodin a bien vu que les spirochètes siègent de préférence au voisinage des globules rouges; mais il est loin d'en être toujours ainsi, et il est nécessaire d'examiner toutes les parties des préparations.

Le *chancre syphilitique* est une des premières lésions dans lesquelles Schaudinn a constaté la présence du spirochaete pallida; c'est également à son niveau que le plus grand nombre des observateurs ont tenté de le retrouver.

Tous l'y ont rencontré, mais avec une fréquence variable : les uns l'ont vu rarement comme Queyrat

et Joltrain qui l'ont observé 10 fois sur 33 chancres examinés; Bodin l'a trouvé 10 fois sur 16; sur les 6 cas où il manquait, 3 ont trait à des malades ayant fait depuis plusieurs jours des applications de pommade au calomel sur leurs chancres et les 3 autres à des chancres non traités mais datant de deux mois et en voie de cicatrisation. M. L. Le Sourd, dans les recherches qu'il a faites dans mon service, a constaté sa présence 12 fois sur 15 chancres examinés.

Il semble bien que le chancre syphilitique renferme constamment le spirochaete pallida, quelle qu'en soit la durée, quelle qu'en soit la forme; mais pour le trouver plus sûrement il faut savoir exactement où on doit le chercher.

Les sécrétions de chancres fortement infectés, à surface suppurante ne renferment ordinairement pas de spirochète, de même les croûtes ou les squames qui recouvrent les chancres en voie de réparation. Il est donc nécessaire de nettoyer la surface du chancre, de la déterger soigneusement au moyen de tampons d'ouate imbibés d'eau bouillie. Après avoir enlevé ainsi les croûtes et les sécrétions, on gratte légèrement la surface du chancre et on étale le produit de grattage sur une lame de verre.

Il faut avoir soin, pour éviter les hémorragies qui gêneraient dans la recherche du parasite, de faire, à la surface du chancre, au moyen d'une spatule en platine ou au moyen d'un vaccinostyle, de légères frictions, plutôt qu'un véritable grattage; en répétant à plusieurs reprises cette friction, on voit apparaître sur le chancre une légère exsudation de liquide incolore. C'est une sorte de rosée séreuse, suivant l'expression de M. Nicolas (de Lyon) : le liquide ainsi exsudé renferme les spirochètes en nombre généralement plus élevé que la sécrétion même du chancre.

Plusieurs auteurs ont émis l'opinion que le spirochète fait défaut dans les chancres syphilitiques déjà traités. Cette règle n'est pas absolue; on peut le rencontrer chez des sujets soumis depuis longtemps déjà à la médication mercurielle et sur des chancres qui ont été traités par les topiques antiseptiques, mercuriels ou autres : c'est alors qu'il est nécessaire de provoquer l'écoulement de sérosité qui draine pour ainsi dire les spirochètes contenus dans les parties profondes du chancre.

La topographie des spirochètes dans le chancre a été étudiée par Burnet et Vincent : elle rend compte du mécanisme de l'entraînement des spirochètes par la sérosité : rares dans la partie centrale de l'ulcération chancreuse, ceux-ci fourmillent au niveau de la couche papillaire au-dessous de l'ulcération et sont très nombreux dans la couche conjonctive hypertrophiée du derme; dans ce dernier, elles occupent les espaces lymphatiques et les parois vasculaires épaissies.

Les *plaques muqueuses* des organes génitaux et de la bouche renferment également le spirochète d'une façon constante ou presque constante (Rille et Vockerodt, Bandi et Simonelli, etc.).

Pour l'y rechercher, il convient de prendre les mêmes précautions que dans le cas de chancre; ici aussi, la friction recommandée par Nicolas provoque une exsudation séreuse dans laquelle le spirochète se trouve plus facilement que dans le produit de grattage de la surface.

Schaudinn et Hoffmann ont trouvé le spirochaete pallida à l'état de pureté dans les *ganglions lymphatiques* symptomatiques du chancre syphilitique et en a tiré un argument important en faveur de sa spécificité. Ils supposaient que le ganglion lymphatique, contrairement aux lésions ulcéreuses des organes génitaux exposés aux infections les plus variées, est indemne de toute contamination fortuite.

Cette dernière conclusion est peut-être exagérée; on trouve en effet fréquemment la présence, dans le suc des ganglions lymphatiques correspondant au chancre syphilitique, d'autres micro-organismes, bactéries, etc. (Nicolas, L. Le Sourd).

Divers auteurs qui ont cherché à vérifier la présence du spirochète dans le suc extrait des ganglions lymphatiques ont été généralement moins heureux que Schaudinn. Launois et Lœderich ne l'ont pas trouvé dans un cas, Herxheimer et Huber l'ont vu manquer. Tschlenoff ne l'a constaté que dans un cas sur trois.

Les *lésions cutanées de la syphilis secondaires* n'ont pas été jusqu'ici l'objet de recherches suivies et précises et il y aurait lieu d'étudier comparativement au point de vue de la présence du spirochète les différentes formes cliniques de syphilides.

On sait seulement que les produits de grattage des syphilides papuleuses et papulo-squameuses renferment le spirochète en plus ou moins grande abondance (Bertarelli, Volpino et Bovero, Bodin). Veillon a constaté sa présence dans les vaisseaux, au niveau des taches de roséole.

Levaditi et Petresco ont constaté le spirochète dans le contenu des phlyctènes provoquées par l'application d'un vésicatoire au niveau ou au voisinage de lésions cutanées de la syphilis secondaire; leurs recherches ont porté sur des syphilides papuleuses qui semblent rentrer dans le type que Bazin désignait sous le nom de plaques syphilitiques de la peau.

Le *sang des syphilitiques secondaires* est — la clinique et l'inoculation à l'homme (P. Pellizzari) l'ont démontré — le vecteur du virus syphilitique. Il était donc naturel d'y rechercher la présence du spirochète, tout au moins dans la période de grande activité de la syphilis, au moment des poussées éruptives.

Des résultats positifs ont été obtenus par Raubitschek, par Nœggerath et Staehelin, par Bandi et Simonelli, par Richards et Hunt, par Nattan-Larrier et Bergeron, tandis que Paranhas a échoué complètement dans 8 cas. Wechselmann, Lévy-Bing, Herxheimer et Huber ne l'ont pas trouvé non plus.

Le *suc de la rate* devait avec d'autant plus de raison être examiné au point de vue de la présence du spirochète que cet organe est très souvent augmenté de volume dans la syphilis secondaire. Cependant les résultats positifs, obtenus par Schaudinn, n'ont pas été obtenus dans la plupart des recherches ultérieures.

Le *liquide céphalo-rachidien*, dans la syphilis

secondaire, renferme souvent des lymphocytes en grand nombre (Ravaut). Il y avait lieu de se demander si l'exsudation d'éléments figurés ne pouvait pas être accompagnée ou provoquée par la présence de spirochètes; la recherche de ces parasites a donné des résultats négatifs (Widal et Ravaut, Paranhas).

Les *lésions tertiaires* de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané peuvent, elles aussi, renfermer du spirochaete pallida, mais toujours en petite quantité. Jacquet et Sevin ne l'ont jamais rencontré dans 23 accidents tertiaires, de Sobernheim et Tomaczewski, dans 8 cas, Plæger dans 3, Spitzer l'a vu manquer dans 2 gommes, mais a, par contre constaté sa présence dans 2 autres cas de gomme. La rareté du parasite dans les lésions tertiaires concorde bien avec la virulence faible et inconstante de leurs produits.

Les lésions de la *syphilis héréditaire*, autant et même plus peut-être que celles de la syphilis acquise, renferment le spirochète.

S'il manque dans les sécrétions du coryza, probablement à cause de la présence de microbes pyogènes, on le trouve dans les plaques muqueuses, dans les lésions cutanées homologues de celles de la syphilis acquise.

Certaines lésions spéciales à la syphilis héréditaire le renferment en abondance.

Ce sont d'abord les syphilides papulo-exsudatives connues sous le nom de pemphigus hérédo-syphilitique; on l'y rencontre, ainsi que l'ont montré Levaditi, Nobécourt et Darré, Buschke, etc., dans le liquide des bulles, mais surtout dans les produits de raclage de leur base, c'est-à-dire au niveau même de la lésion en activité.

Chez le fœtus syphilitique, le foie et la rate sont de véritables sièges de prédilection pour le spirochète. On peut y constater sa présence soit par l'examen des frottis, soit sur les coupes, non seulement dans les cas où ces organes sont le siège de lésions macroscopiques considérables, mais encore dans ceux où ils semblent sains à l'œil nu et où les lésions microscopiques sont des plus minimes. Il manque généralement lorsque le fœtus est macéré; cependant, dans un cas récent de Queyrat et Levaditi, on le trouvait en abondance entre les cellules hépatiques, mais surtout dans les tuniques vasculaires et même dans l'intérieur des vaisseaux.

On a pu également constater la présence du spirochète dans les ganglions lymphatiques, dans les poumons et dans les reins de fœtus syphilitiques, dans le sang prélevé pendant la vie (Buschke et Fischer) chez un enfant hérédo-syphilitique.

Mes élèves, Ravaut et Pauselle, l'ont trouvé dans les lésions cérébrales et méningées de l'hérédo-syphilis.

Le spirochaete pallida a été constaté dans les *lésions syphilitiques des singes*, comme dans celles de l'homme.

Metchnikoff et Roux l'ont vu huit fois sur 10 chimpanzés, dans la lésion initiale; des deux animaux qui ont fourni des résultats négatifs, l'un est mort peu de jours après l'apparition du chancre et les recherches n'ont pu être poursuivies. Sur 6 cynocéphales, 4 avaient des accidents primaires renfermant du spirochète. Sur 11 macaques, la recherche du spirochète fut positive, tandis qu'elle fut négative chez 4 autres.

Le spirochète est donc, chez les singes, comme chez l'homme, l'hôte des lésions syphilitiques; chez lui aussi, sa répartition irrégulière en rend la recherche laborieuse.

Hoffmann, Kraus et Prautschoff ont également pu constater la présence du spirochaete pallida dans les lésions du singe, que ces lésions résultent de l'inoculation de produits humains ou de produits d'autres singes.

Nous l'avons aussi, M. Ravaut et moi, rencontré chez les macaques que nous avons inoculés avec des produits syphilitiques divers.

Je vous ai montré ce qu'était le spirochaete pallida de Schaudinn; je vous ai énuméré les lésions, les tissus, les organes dans lesquels sa présence a été constatée.

Quelles conclusions devons-nous tirer de cette étude?

Devons-nous considérer ce micro-organisme comme l'agent pathogène de la syphilis?

Devons-nous faire de sa présence ou de son absence dans une lésion donnée le critérium de la nature syphilitique ou non syphilitique de cette lésion?

Pour qu'un micro-organisme puisse être considéré comme l'agent pathogène d'une maladie, il doit répondre aux conditions suivantes :

1° Se trouver dans toutes les lésions de cette maladie, ou tout au moins dans celles de ces lésions qui sont les plus essentielles et pourvues de virulence;

2° Ne s'observer que dans cette maladie;

3° Pouvoir être obtenu en cultures pures en partant des lésions où il a été constaté;

4° Reproduire la maladie par l'inoculation de ses cultures pures, les lésions expérimentales ainsi obtenues renfermant elles-mêmes le parasite.

Voyons jusqu'à quel point la démonstration a été faite pour le spirochaete pallida.

Schaudinn et Hoffmann ont apporté la preuve qu'il existe dans les lésions syphilitiques virulentes, le chancre infectant et la plaque muqueuse; qu'il s'observe même dans les ganglions lymphatiques correspondant au chancre infectant.

Les observateurs qui ont suivi la voie tracée par eux ont confirmé sa présence dans ces lésions. A la vérité, plusieurs ne l'ont pas rencontré constamment; mais ce n'est pas là une objection capitale à sa valeur pathogène; je vous ai montré, en effet, qu'avec les techniques actuelles ce micro-organisme est difficile à observer, que sa constatation exige un certain entraînement, qu'il est, de plus, très inégalement réparti dans les lésions, de sorte que l'habileté de l'observateur et aussi, pour une grande part, le hasard doivent être invoqués bien plus que son absence dans les cas de plus en plus rares où il semble faire défaut.

Le spirochaete pallida n'est pas, nous l'avons vu,

limité aux lésions où Schaudinn et Hoffmann l'avaient primitivement reconnu : il se rencontre dans le sang des syphilitiques secondaires, dans quelques lésions cutanées de la syphilis secondaire, il est remarquablement abondant dans certaines lésions cutanées en rapport avec la syphilis héréditaire, dans les organes profonds des hérédo-syphilitiques; il s'observe, en somme, partout où la clinique avait fait reconnaître la présence du virus syphilitique actif. Il a même été trouvé dans des lésions, les gommes, dont la virulence a toujours été pour la plupart des cliniciens l'objet d'un doute.

On peut donc bien dire que sa distribution chez les syphilitiques concorde avec la répartition du virus, qu'il se retrouve dans toutes les lésions spécifiques de la syphilis, et cela dans tous les pays, aussi bien chez le singe inoculé expérimentalement que chez l'homme infecté accidentellement ou héréditairement.

Il est également prouvé que le spirochaete pallida ne s'observe pas dans les lésions qui n'ont pas de relation avec la syphilis. Il a été en vain cherché dans des dermatoses diverses, alors même qu'elles s'étaient développées chez des sujets syphilitiques, dans des ulcérations de tous ordres, dans le chancre simple, l'herpès, la balanite, les végétations des organes génitaux, le mucus vaginal normal, la blennorragie. Dans les cas rares où des observateurs ont cru le rencontrer à la surface d'ulcérations non syphilitiques soit des organes génitaux, soit de sièges divers, un examen plus attentif a toujours permis de relever une erreur d'interprétation et de démontrer qu'il ne s'agissait pas du spirochaete pallida, mais bien du spirochaete refringens, dont, dès le début, Schaudinn et Hoffmann avaient montré la banalité et l'absence de parenté avec le spirochaete pallida.

Ce parasite répond donc aux deux premiers termes de la définition des micro-organismes pathogènes.

Mais ici s'arrête la démonstration.

Il n'a pu jusqu'ici être cultivé en aucun milieu. Il partage d'ailleurs ce caractère avec tous les parasites dont il se rapproche morphologiquement. Les essais de culture des spirochètes, des spirilles, des trypanosomes pathogènes ont échoué entre les mains de tous les bactériologistes.

Il n'en est pas moins vrai que sa valeur pathogène a pour elle les présomptions les plus rationnelles.

L'expérimentation sur les animaux, en permettant de reproduire en série des lésions où la présence du spirochaete pallida peut être constatée, fournit un argument dont la valeur est bien près d'équivaloir à celle des cultures.

En somme, à l'heure actuelle, la question des rapports du spirochaete pallida avec la syphilis en est à peu près au point où en était la question des rapports du bacille de Koch avec la tuberculose avant la découverte des moyens de culture de ce dernier bacille. On n'hésitait pas cependant alors à considérer le bacille de Koch comme l'agent pathogène de la tuberculose.

Il est vrai que depuis lors les méthodes bactériologiques se sont perfectionnées. Il est vrai aussi qu'on a découvert des bacilles pseudo-tuberculeux morphologiquement semblables au bacille de Koch.

Peut-être aussi le souvenir des faux parasites de la syphilis et de leurs avatars contribue-t-il à rendre plus circonspects ceux qui s'intéressent à cette question.

La constance des résultats obtenus par les nombreux observateurs qui ont étudié depuis six mois le spirochète de Schaudinn, la multiplicité des tissus où il a pu être observé rendent de plus en plus probable, à mesure que le temps s'écoule depuis ces premières recherches, que ce spirochète est bien le parasite de la syphilis.

En attendant le jour, dont nul ne peut prévoir la date, où la culture pure de ce microorganisme pourra être obtenue et où son inoculation aux animaux complétera la démonstration de sa valeur pathogène, il est possible en clinique d'utiliser les données fournies par la recherche de ce spirochète.

La constatation dans les frottis d'une lésion ulcéreuse des organes génitaux est, dès maintenant, et de l'avis de tous ceux qui se sont occupés de la question, un élément formel de diagnostic et peut permettre de reconnaître la nature syphilitique de la lésion. Elle doit donc entrer dans l'exposé des moyens de diagnostic du chancre syphilitique. En fait, elle a, dans des cas déjà nombreux, permis d'affirmer un diagnostic que l'examen clinique le plus attentif laissait encore douteux et l'évolution ultérieure des accidents a confirmé ce diagnostic.

Pareille constatation a d'autant plus d'importance qu'elle peut être faite à un moment où les signes objectifs du chancre syphilitique sont encore peu nets; elle permettrait, dès les premières heures du chancre, de le reconnaître de façon formelle et de tenter, lorsqu'il se présente dans des conditions favorables, son ablation ou sa destruction par les caustiques.

On ne saurait accorder autant de valeur à un examen négatif. Inutile d'insister sur ce point après ce que je vous ai dit sur la difficulté qu'on éprouve dans certains cas à reconnaître l'existence du spirochète. Aussi son absence ne peut-elle être invoquée à l'encontre du diagnostic de syphilis.

Vous voyez quel appoint la bactériologie est venue apporter au diagnostic du chancre syphilitique.

Il convient de rappeler qu'elle avait déjà permis, depuis la découverte du bacille de Ducrey, le diagnostic du chancre simple dans des conditions de rigueur que ne donne pas le simple examen clinique.

En faut-il conclure que la recherche du spirochaete pallida est un élément nécessaire du diagnostic du chancre syphilitique — et des autres lésions contagieuses de la syphilis — et que la clinique perd tous ses droits du fait de l'avènement d'une nouvelle donnée bactériologique ?

Certes non. C'est par l'examen clinique direct que, dans l'avenir comme dans le passé, se fera le diagnostic de la grande, de l'immense majorité des chancres syphilitiques. Aussi est-il nécessaire de s'y exercer avec persévérance parce qu'il conduit très généralement à une conclusion diagnostique précise.

Mais, à côté de cas où le diagnostic est possible,

facile même, par la seule observation clinique, il en est où sa difficulté est extrême, où cependant les circonstances vous imposent de vous prononcer, et cela à bref délai, sur la nature d'une ulcération des organes génitaux. Dans ces cas, l'expérimentation, comme je vous le disais précédemment, peut vous fournir parfois un appoint des plus précieux; mais plus souvent encore, l'examen bactériologique, en vous renseignant en quelques heures sur la nature d'une ulcération, vous sera d'un secours inappréciable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1906)

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle sous la présidence de M. Segond; M. Schwartz, président sortant, étant éloigné de Paris par l'état de sa santé, heureusement en voie d'amélioration.

Dans une de ces charmantes allocutions dont il a le secret, M. Segond a transmis à la Société les regrets de M. Schwartz et se fait l'interprète de ses collègues pour transmettre à M. Schwartz les vœux de la Société pour son complet rétablissement, puis il a rendu un légitime hommage aux membres correspondants nationaux ou étrangers décédés et souhaité la bienvenue aux derniers élus.

La parole a ensuite été donnée à M. Picqué, secrétaire annuel, pour le rapport d'usage sur les travaux de la Société. Enfin, M. Nélaton, secrétaire général, a prononcé un éloge fort goûté de Tillaux.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA SYPHILIS DU FOIE

Complément à la Revue générale du 20 janvier.

Note bactériologique par M. MILHIT, interne des hôpitaux.

En ce qui concerne la syphilis hépatique, le spirochète est signalé pour la première fois parallèlement en Allemagne et en France au mois de mai dans le mémoire de Buschke et de Fischer (*Deutsche med. Woch.*, 1905, n° 18, et Soc. de méd. interne de Berlin, 24 mai) et par Levaditi (séance de la Soc. de biol. du 20 mai) dans des cas d'hérédo-syphilis.

Certaines recherches sont cependant négatives en ce qui concerne les viscères, foie, rate, alors qu'il existe du spirochète dans les bulles des pemphigus (Nobécourt, Levaditi, Darré, Soc. de biol., 17 juin). Le spirochète est à nouveau signalé dans le foie par E. Bodin (de Rennes) dans un cas d'hépatite interstitielle diffuse chez un nourrisson (Soc. de biol., 13 juillet).

Le 21 octobre, à la Société de biologie, Levaditi fait connaître son nouveau procédé de coloration du spirochète par le nitrate d'argent suivant la méthode de Ramon y Cajal pour les fibrilles nerveuses; il signale à nouveau le spirochète dans le foie (Nobécourt, Sauvages) dans des cas de syphilis héréditaire précoce et un peu plus tardive (deux mois). Puis ce sont, se multipliant, les observations de Salmon et Macé (Soc. d'obstét. de Paris, nov. 1905), Levaditi et Salmon (Soc. de biol., 25 nov. 1905), Buschke, Hoffmann (Soc. de méd. int. de Berlin, 18 déc.), ces derniers trouvant le spirochète dans des viscères, foie, rate, etc., ne présentant aucune lésion histologique.

Plus récemment encore, ce sont les observations de Ménétrier et Duval (Soc. méd. des hôpit., 29 déc. 1905), Paul Ravaut et André Ponselle (Soc. méd., 12 janv. 1906).

Nous empruntons à MM. Levaditi et Salmon la description suivante : « Sur certaines coupes on retrouve les spirilles disposés de façon irrégulière, on distingue ces micro-organismes renfermés nettement dans l'intérieur du protoplasma des cellules hépatiques, d'autres fois dans les espaces intercellulaires... La disposition périvasculaire dans le foie est par places très nette; les microbes ne se trouvent pas dans la lumière du vaisseau, on les voit dans l'endothélium et la paroi vasculaire ainsi que le long des espaces séparant les fibrilles conjonctives autour des vaisseaux sanguins : les spirilles constituent aux vaisseaux une gaine microbienne. » Même description dans l'observation de Ménétrier et Duval : on rencontre les spirochètes par groupes accolés à la paroi vasculaire. « Au niveau d'une grosse branche porte, nous en avons vu plusieurs qui traversaient la paroi de la veine, et pénétraient dans les tissus adjacents. » Ces auteurs émettent en outre l'hypothèse d'une pullulation des germes après la mort.

Telles sont à l'heure actuelle les données que l'on possède sur la bactériologie de la syphilis hépatique. La présence du spirochète dans ces cas de syphilis héréditaire, réalisant parfois même le type d'une septicémie, est un sérieux argument en faveur de la spécificité du spirochète. Ces recherches ont montré en outre, que l'infection, chez le fœtus, au point de vue hépatique, se fait par le sang, réalisant une infection massive par la veine ombilicale, ainsi que l'avait pensé Chauffard. Peut-être également à cause de sa répartition périportale, peut-on expliquer la prédominance des formations scléreuses, au niveau des espaces portes.

Grâce sans doute à des recherches ultérieures le mécanisme intime des actions et réactions de l'organisme contre ce microbe sera connu, et alors s'éclairciront les données histologiques, pathogéniques et sans doute aussi thérapeutiques.

Dans la Revue générale sur « la syphilis du foie » parue le 20 janvier dernier dans la *Gazette des hôpitaux*, on lit, à propos des cirrhoses syphilitiques (p. 89), la phrase suivante :

« Il faut encore signaler une dépression nerveuse considérable, à caractère surtout nocturne, le symptôme ayant pour Boix une très grande importance. »

C'est par erreur que M. Milhit attribue à M. Boix la description de ce symptôme, qui est due à M. Simon (voir *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 19).

Si M. Boix attache une grande importance à quelque signe, dans la syphilis hépatique scléreuse, c'est assurément à la *périhépatite* et aux douleurs qu'elle provoque (*N. d. l. R.*).

UN CAS DE TÉTANOS TYPIQUE OBSERVÉ SUR UN SINGE LE 17 JANVIER 1906

J'ai acheté il y a quatre ans un macaque plutôt vigoureux puisqu'il couchait nuit et jour dans une niche à chiens, il paraissait avoir à cette époque un an, car il eut de suite ses dents de remplacement; sa mort arrive donc vers cinq ans et au cours d'un *tétanos* absolument semblable à celui de l'homme. Voici en quelques lignes la description de ce cas qui certainement paraîtra intéressant à tous les chirurgiens.

Dimanche dernier, je m'aperçus que mon macaque portait à l'*ombilic* une plaie suppurante causée par un fer de la courroie qui l'attachait. Je fis un pansement avec du menthol que j'avais sous la main et le lundi elle était fermée, mais je trouvai le singe malade, refusant ses mets préférés : carottes, pommes ou noix; de plus il était mélancoliquement assis la face tournée vers sa niche; à midi, le trismus se montrait et la raideur des mâchoires était telle que je ne pouvais lui introduire une cuiller entre les incisives que par force. A quatre heures les muscles de la nuque se raidirent en opistothonos et péniblement il se traîna au fond de sa boîte.

A partir de ce moment, les moindres secousses lui donnaient des paroxysmes de violentes contractures, sa tête semblait mue comme par un trembleur électrique, un thermomètre mis dans l'anus atteignit 42 degrés; il succomba le surlendemain mardi, en pleine intelligence, car il me regardait si je l'appelais; ses pupilles étaient tantôt rétrécies, tantôt dilatées. Son corps tout entier formait l'arc rigide classique, ne reposant à terre que par ses deux extrémités.

Si l'on veut bien se rappeler que le tétanos des négrillons par plaie consécutive à la section du cordon ombilical est très fréquent, on trouvera que le cas du macaque en devient plus intéressant encore.

J'ai moi-même déjà publié une étude citée par Elisée Reclus sur le *trismus neonatorum* observé durant une mission en Islande et aux Fœroë. En l'île de Saint-Kilda le *eight day's siekness*, la maladie de huit jours, tue huit enfants sur neuf.

D[r] HENRY LABONNE,
Licencié ès sciences naturelles.

— Je n'ai pas de chevaux; mais le singe mangeait assez volontiers la terre végétale restée aux racines, de plus il en a sûrement porté dans sa plaie en la grattant avec ses ongles.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIII, nº 26, 28 déc. 1905.) L. R. G. GRANDON et David D. SCANNELL : La discision musculaire ou l'incision de Mac-Burney dans l'appendicite aiguë avec ou sans abcès. La marche et les résultats de 75 cas consécutifs. — Edward O. OTIS : L'action des municipalités dans la lutte contre la tuberculose. — Samuel ROBINSON : Deux cas d'anomalies anatomiques du gros intestin (avec 3 fig.). — (Vol. CLIV, nº 1, 4 janv. 1906.) Edward H. NICHOLL et Homer B. SMITH : Considérations médicales sur le foot-ball tel qu'il est pratiqué en Amérique (avec 12 fig.). — Howard A. LOTHROP : Sur les fractures du maxillaire supérieur causées par choc direct sur l'os malaire. Une méthode de traitement de ces fractures (avec 7 obs.). — E. H. STEVENS : Sur la septicémie puerpérale (avec 2 obs.).

Bulletin général de thérapeutique. — (Nº 2, 15 janv. 1906.) A. ROBIN : Régime et traitement fonctionnels dans les maladies du foie (*suite*). — BOUQUET : Les contre-indications et les impossibilités de l'allaitement maternel. — SAUNAL : Essai sur l'évolution et la thérapeutique de certaines tuberculoses.

Bulletin médical. — (Nº 5, 17 janv. 1906.) J. COMBY : L'encéphalite aiguë chez les enfants. — (Nº 6, 20 janv.) F. DUMAREST : Des névroses et névrites du pneumogastrique chez les tuberculeux et particulièrement de l'asthme tuberculeux.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (Nº 2, 14 janv. 1906.) SABRAZÈS, MURATET et R. VIDAL : Le sang des aménorrhéiques par malformation génitale. Cinquième observation. — ROCHER : Ostéomyélite aiguë du pubis.

Journal des sciences médicales de Lille. — (Nº 1, 6 janv. 1906.) BOUCHAUD : Deux cas d'arthralgie hystérique. — (Nº 2, 13 janv.) BONNET-LABORDÈRE : Note sur un cas d'achondroplasie observé chez un nouveau-né. — AUGIER : Tuberculose étendue du tarse; résection atypique; guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (Nº 2, 11 janv. 1906.) ROUFFART et WALRAVENS : A propos de la narcose scopolamique. Étude de soixante-cinq observations personnelles. — (Nº 3, 18 janv.) L. VILAIN : Plaie pénétrante de l'abdomen. Nombreuses perforations intestinales, guérison, considérations cliniques. — ROUFFART et WALRAVENS : A propos de la narcose scopolamique. Etude de soixante-cinq observations personnelles (*suite*).

Presse médicale. — (Nº 5, 17 janv. 1906.) SAVARIAUD : Le traitement chirurgical de l'anévrisme sous-claviculaire. — HARTENBERG : La migraine des arthritiques. Pathogénie et traitement. — (Nº 6, 20 janv.). FOLLET et SACQUÉPÉE : Sur les septicémies en général et les septicémies méningococciques en particulier. — E. VIDAL : Quelques points de la séméiologie urinaire des opérés.

Province médicale. — (Nº 2, 13 janv. 1906.) RAUZIER : Traitement de l'helminthiase (vers intestinaux). — PINATELLE, RIVIÈRE et LECLERC : Cinq observations de tétanos céphalique. — (Nº 3, 20 janv.) J. TEISSIER : Des albuminuries acéto-solubles. Pathogénie. Valeur séméiologique et pronostique d'après vingt-huit observations personnelles.

Revue de chirurgie. — (Nº 1, 10 janv. 1905.) E. QUÉNU et ET. LE SOURD : Des opérations conservatrices dans le traitement des utérus didelphes à corps indépendants. — F. TERRIER et Ch. DUJARRIER : De la cholerragie dans les kystes hydatiques du foie. — A. GOSSET : L'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. — E. SCHWARTZ et CHEVRIER : Des lipomes ostéo-périostiques. — A. VALENCE : Abcès du foie et cholerragie précoce. — E. VILLARD et J. COTTE : De l'hydropisie intermittente de la vésicule par oblitération du canal cystique.

Revue neurologique. — (Nº 24, 30 déc. 1905.) J. INGEGNIEROS : Classification clinique des syndromes paralytiques généraux. — G. ROUSSY : Un cas de cholestéatome de la base de l'encéphale.

Tribune médicale. — (Nº 2, 23 janv. 1906.) L. DEVÈZE et J. SARRADON : Relation de deux épidémies d'oreillons. Particularités cliniques et complications. — VILLEMIN : Du drainage lombaire dans la péritonite d'origine appendiculaire chez l'enfant.

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 12. — MARDI 30 JANVIER 1906. 79e ANNÉE. MARDI 30 JANVIER 1906. — N° 12

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 26 janvier 1906 : MM. Lamy, 12; Fimbel, 11; Marquet et Porée, 10; Benazet, 9; Sevestre, 8; Boulland (Léon), 7; Dequidt et Houlmann, 6.

Séance du 27 janvier : MM. Hamel, 13; Cesbron et Duverger, 11; Buizard et Eliot, 9; Murit, 8; Prélat, 7; Clarac, 6.

La prochaine séance aura lieu le mardi 30, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 26 janvier 1906 : MM. Debré, 13; Chenot, 12; Garban et Mallein, 10; Ekluckdjan, Gougelet et Haller, 7; Gauducheau et Huguet, 4; Guillon, 2.

Séance du 27 janvier : MM. G. Durand, 11; Gomand et Nicaud, 10; Paillard et Vernes, 8; Josset-Moure, 7; Fichot, 6; Bruslé, 3; Boutin (Georges) 2; Louvrier, 1.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Aux croix que nous avons déjà données dans les numéros des 25 et 27 janvier, il faut ajouter les décorations suivantes que publie le *Journal officiel* du 27 janvier :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Jacques Bertillon, Coudray, Courdouan, Darier (oculiste), Séailles, Tucoulat, Ferdinand Veil (de Paris); Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard; Joyeux-Laffuie (de Caen); Raugé (de Challes) et Schlemmer (du Mont-Dore).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en vermeil est décernée à M. Taïeb Morsly, médecin à l'hôpital de Constantine.

La médaille de bronze est décernée à M. Paulin Martel, pharmacien à l'hôpital de Constantine.

Des mentions honorables sont décernées à Mlle Broïdo, docteur en médecine, et à M. Sigot, interne en médecine à l'hôpital de Constantine.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE. — MM. Tridon et Auffret, chefs de clinique, commenceront le lundi 5 février 1906, à deux heures, un cours de clinique annexe sur la chirurgie infantile et orthopédique.

Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres (salle de gymnastique orthopédique), et comprendra 30 leçons.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — M. le docteur A. Chervin fera le 6 février 1906, à huit heures trois quarts très précises du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, une conférence sur les « Troubles de la parole ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ferran (de Ginestas), Devalz (de Sainte-Foy) et Louis de Wecker (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur DIEULAFOY). Clinique et laboratoire (conférences du mercredi), par MM. L. NATTAN-LARRIER et O. CROUZON, chefs de clinique, V. GRIFFON et M. LŒPER, chefs de laboratoire. In-8 de 330 p., avec 37 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Manuel d'électrothérapie et d'électro-diagnostic, par le docteur E. ALBERT-WEIL. In-16 de la collection médicale, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Alcan.

La santé par le grand air, par le docteur Ad. BONNARD. Préface de G. BONVALOT. In-16 de 272 p. avec 19 pl. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SUR UN CAS D'ABCÈS DU FOIE

OUVERT DANS LE POUMON DROIT ET LA PLÈVRE

Par E. MICHELEAU,

Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Au cours d'une suppléance que nous avons effectuée d'août à octobre 1905 à l'hôpital Saint-André, nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint d'un abcès du foie évacué par vomique à travers le poumon droit. L'histoire et l'évolution de la maladie, les considérations sur lesquelles nous appuyâmes son diagnostic nous ont paru suffisamment intéressantes pour pouvoir être rapportées : elles forment l'objet de ce travail.

Observation (recueillie le 22 septembre 1905). — Jean-François B..., trente-neuf ans, arrimeur, entre à l'hôpital Saint-André, salle 20, lit 4, le 5 septembre 1905, se plaignant de fièvre, oppression, douleur dans le côté droit de la poitrine.

Antécédents héréditaires et collatéraux nuls. Antécédents personnels : toujours bonne santé, pas trace de syphilis ni de tuberculose; il y a dix ans a contracté au Tonkin une dysenterie qui a été assez grave pour nécessiter son rapatriement; elle s'est guérie après son retour, mais presque tous les ans depuis il en avait une légère poussée en été pendant quelques jours. La dernière date du mois de mai.

Sa maladie actuelle remonterait à un mois environ. Vers la mi-août un matin, en s'étirant, il ressentit une douleur vers la base droite de la poitrine, en avant. C'était une crampe plutôt qu'une véritable douleur, mal limitée, diffuse, ne s'augmentant pas par la pression; aucune modification de coloration de la peau, aucune voussure, aucune tuméfaction ne l'accompagnaient. Le malade se rendit à son travail malgré la gêne, assez peu violente d'ailleurs, qu'il éprouvait. La veille non plus qu'aucun des jours précédents, il n'avait absolument rien ressenti d'anormal dans l'accomplissement de ses diverses fonctions respiratoires, digestives ou autres.

Les jours suivants, la douleur persista. Elle s'accompagna bientôt de fatigue, de dyspnée survenant d'abord au moment des efforts, puis à peu près permanente. Le malade s'amaigrit, ses forces diminuèrent de plus en plus. Il ressentait quelques frissons, un peu de fièvre le soir, il avait parfois des quintes de toux non suivies d'expectoration, il dormait mal, son appétit était à peu près disparu. En même temps, il trouvait que son côté droit devenait gros et pesant. Il dut quitter son travail et après s'être reposé quelques jours chez lui, entra à l'hôpital Saint-André le 5 septembre 1905.

Vers le 10 septembre, il aurait eu une vomique : il se promenait dans la galerie de l'hôpital lorsqu'il éprouva brusquement une vive douleur dans le côté droit; presque immédiatement il fut pris d'une toux suffocante, amenant le rejet de pus rougeâtre mélangé de sang; la quantité n'en a pas été exactement précisée, le malade l'évalue à un 1/2 litre à peu près. En appelant son attention sur ce point il nous dit que, pendant les deux ou trois jours précédents, son haleine était devenue très mauvaise et il avait eu un « mauvais goût dans la bouche ».

On constata alors chez lui les signes d'un épanchement pleurétique; une ponction évacuatrice fut pratiquée le 13; elle permit de retirer environ 800 centimètres cubes de liquide purulent rougeâtre, couleur chocolat clair.

Nous examinâmes le malade le 20 septembre. A ce moment-là, il était très fatigué, amaigri, oppressé, et se plaignait encore de souffrir du côté droit. Sa figure était pâle, les pommettes rouges, surtout la droite, les yeux brillants, les sclérotiques légèrement jaunâtres. Il toussait fréquemment, expectorant chaque fois des crachats purulents, rougeâtres, d'odeur infecte; il se plaignait beaucoup lui-même de cette odeur qui, disait-il, l'empoisonnait. La langue était sèche, blanchâtre, rouge à la pointe et sur les bords ; les dents et la bouche sèches aussi.

Le malade étant couché et découvert, le côté droit de la poitrine ne présentait rien d'anormal à la simple inspection : pas de tuméfaction ni de voussure, aucune modification de coloration des téguments. La respiration était plus rapide que normalement, vingt-quatre mouvements à la minute; l'expansion thoracique plus accusée à gauche qu'à droite; pas de déformation oblique ovalaire du thorax. Le côté gauche ne donnait rien d'anormal ni en avant ni en arrière. A droite, au contraire, en avant, la palpation profonde déterminait une douleur cependant supportable à la base de la poitrine, douleur qui avait nettement son *maximum dans l'hypocondre droit et vers l'épigastre et paraissait irradier vers l'épaule droite*. Nous appelâmes l'attention du malade sur ce dernier caractère et il nous dit très formellement que dès le début de sa maladie et à plusieurs reprises depuis, il avait souffert et de la base de la poitrine, surtout de l'hypocondre, et de l'épaule droite.

A la percussion, submatité à partir du troisième espace intercostal, puis matité à peu près compacte se continuant avec la matité hépatique; celle-ci s'arrêtant à deux travers de doigt environ *au-dessus* du rebord des fausses côtes.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire était peu modifié dans les deux premiers espaces; au-dessous, souffle et râles, ronflants et sibilants; voix et toux peu modifiées.

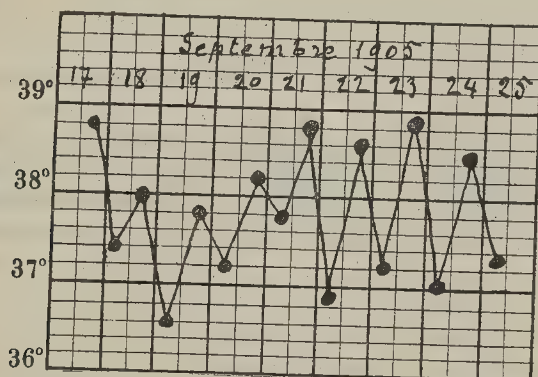
En arrière : léger élargissement de la base, expansion inspiratoire diminuée; vibrations vocales à peu près disparues du haut en bas; matité à peu près compacte à partir de la moitié de la fosse sous-épineuse, submatité au-dessus; respiration soufflante dans la fosse sus-épineuse; au-dessous, souffle amphorique aux deux temps avec parfois tintement métallique; consonance amphorique des bruits du cœur très lointains, difficiles à entendre: timbre amphorique de la voix et de la toux; pas de bruit hydro-aérique par la succussion; signe du sou très peu étendu, perceptible seulement à la base sur la hauteur de trois travers de doigt; bruit d'airain au-dessous de l'épine de l'omoplate. Tous ces derniers signes cavitaires étaient voilés, lointains, comme séparés de l'oreille par une couche épaisse de tissu les assourdissant.

Le ventre était tendu, un peu météorisé dans sa partie supérieure. Douleur au creux épigastrique et dans l'hypocondre droit. *Foie inaccessible à la palpation, s'arrêtant, à la percussion, à deux travers de doigt au-dessus du rebord inférieur des fausses côtes.* Rate un peu augmentée de volume, percutable. Intestins objectivement normaux; un peu de diarrhée sans caractères spéciaux actuels.

Rien du côté des autres appareils. Amaigrissement et perte des forces. Aplatissement et élargissement en baguette de tambour des extrémités digitales ressemblant plus à des ostéopathies hypertrophiantes pneumiques qu'à de la déformation hippocratique des doigts.

La température, après être restée autour de 38 degrés pen-

dant trois jours, présenta à partir du 21 de grandes oscillations, comme on peut le voir sur la courbe ci-jointe :



L'examen des urines, pratiqué le 21 septembre par M. le docteur Lemaire, pharmacien adjoint de l'hôpital Saint-André, a donné les résultats suivants :

Volume des vingt-quatre heures	1 800cc environ.
Densité à + 15°	1 005
Réaction	acide
Couleur	jaune
Aspect	trouble
Sédiment	faible

	Par litre.
Urée	2g70
Acide phosphorique total (en P^2O^3)	0g60
Chlorure de sodium	4g40

Traces d'albumine.
Ni sucre ni pigments biliaires.

Les signes physiques et fonctionnels demeurèrent à peu près les mêmes jusqu'au 25 septembre. Dès le 20, nous avions prescrit des inhalations avec un mélange d'iodoforme, d'essence de térébenthine et de teinture d'eucalyptus pour essayer de diminuer l'odeur infecte de l'haleine et des crachats; en même temps le malade prenait 1 gramme de terpine en cachets et 4 grammes d'extrait mou de quinquina avec 2 grammes de teinture de cannelle en potion; nous avions fait à ce moment les réserves les plus expresses sur l'urgence probable d'une intervention chirurgicale.

Sur notre demande, M. le professeur agrégé Bégouin, suppléant M. le professeur Demons, vint examiner le malade le 25 septembre; ce jour-là, *le foie débordait de deux travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes*, alors que la veille encore on le trouvait un peu au-dessus, comme les jours précédents. Cette variation volumétrique aussi rapide accompagnée d'une augmentation de la sensibilité du foie nous confirma dans l'hypothèse que nous avions dès le premier jour admise. Le malade fut transféré le 25 septembre, salle 18, dans le service dont était chargé à ce moment-là M. Bégouin. Le 29 septembre il subit l'opération de l'empyème; deux gros drains furent introduits par une large incision pratiquée en arrière du thorax, dans l'un des derniers espaces intercostaux droits. Malgré la large issue donnée au pus, le malade continua à avoir de la fièvre, à cracher et à se cachectiser. Il mourut le 3 novembre.

La nécropsie pratiquée le 5 a donné les résultats suivants : les voies aériennes supérieures et le poumon gauche ne présentent rien de particulier (1); la moitié droite contient 200 à 300 grammes de pus rougeâtre; les deux feuillets de la plèvre diaphragmatique sont rouges, dépolis, avec quelques fausses membranes. Les deux lobes inférieurs du poumon droit sont durs, rouges, carnifiés. Ils sont creusés d'une cavité anfractueuse, irrégulière, à parois déchiquetées, friables, couvertes de pus, exhalant une odeur infecte, communiquant d'une part avec les bronches, d'autre part avec le foie à peu près vers la partie moyenne, plus près du bord postérieur que du bord antérieur; en un point correspondant à cette cavité, la base du lobe inférieur est fixée au diaphragme et au foie. On enlève en même temps ce dernier organe et le poumon. En examinant la face supérieure du foie, on ne tarde pas à découvrir, au niveau de la région adhérente au diaphragme et au poumon par son intermédiaire, un orifice irrégulièrement arrondi, à bords déchiquetés, du diamètre d'un crayon à peu près, communiquant avec la cavité pleurale. Une tige introduite par cet orifice pénètre dans le foie. En essayant de décoller le poumon, on arrive à un deuxième orifice un peu plus grand que le précédent, nettement isolé de lui sur la face supérieure du diaphragme et du foie, par lequel une tige s'enfonce également vers le foie. Ils sont l'un et l'autre des orifices par lesquels s'évacue un volumineux abcès du foie à peu près vidé actuellement; ces parois déchiquetées, anfractueuses, molles, friables, ne présentant aucune membrane; simplement formées de tissu hépatique enflammé, elles devaient limiter une cavité de 800 à 900 centimètres cubes de contenance, au tant du moins que leur apparence permet d'en juger. Au niveau des autres régions le tissu hépatique est fortement congestionné; sur son fond rouge brun se détachent une dizaine de nodules blanchâtres, gros comme des petits pois, l'un d'eux présente les dimensions d'une noisette : ce sont de petits abcès en formation, il est facile de s'en rendre compte par la coupe. Mais il n'existe qu'un seul abcès véritable, à la face supérieure, qui s'est ouvert dans le poumon et dans la plèvre. La vésicule et les voies biliaires n'offrent aucune particularité.

L'estomac, le duodénum et l'intestin grêle sont intacts. La muqueuse du gros intestin est tapissée d'une série d'ulcérations dysentériques, complètement cicatrisées pour la plupart, quelques-unes, cependant, depuis peu de temps éteintes.

Rien d'anormal à signaler dans les autres organes.

Lorsque nous vîmes ce malade pour la première fois, les renseignements qui nous furent transmis sur son compte comportaient un double diagnostic : vomique et pleurésie purulente ou pleurésie purulente et vomique. Il y avait eu en effet une vomique et une ponction avait, quelques jours après, évacué 800 grammes de pus.

Ce diagnostic ne nous parut pas suffisant.

Nous pensâmes devoir tout d'abord nous demander s'il existait véritablement une pleurésie purulente et quelle était cette pleurésie. Les recherches bactériologiques de ces dernières années nous ont en effet donné sur cette question des renseignements précieux; ceux-ci sont suffisamment certains aujourd'hui pour que l'on puisse en tenir le plus large compte dans le diagnostic pathogénique, première et indispensable étape d'une thérapeutique rationnelle.

Nous savons que, de toutes les pleurésies purulentes, les pleurésies à pneumocoques sont presque exclusivement les seules à se terminer par vomique; parmi elles, ce sont les pleurésies enkystées, interlobaires, médiastinales ou diaphragmatiques qui

(1) La moitié gauche du thorax ne présente rien de particulier.

présentent surtout cette évolution. Nous renvoyons, pour tous renseignements sur ce point, aux saines et magistrales leçons cliniques de M. le professeur Dieulafoy. Or, bien que le fait existe parfois, il est rare que l'infection pneumococcique de la plèvre soit primitive; c'est plus ou moins longtemps après une pneumonie, après une broncho-pneumonie, après quelque accident pulmonaire dont on retrouve à peu près toujours la trace, que l'infection pleurale se développe. Ici, rien de pareil; le malade minutieusement interrogé affirmait n'avoir jamais eu aucune affection pulmonaire. Les mêmes remarques pourraient s'appliquer à une pleurésie purulente staphylococcique, streptococcique ou tuberculeuse, en tenant compte de la plus grande rareté de la vomique, en tenant compte aussi de la fistulisation et de l'infection fréquentes du trajet suivi par l'aiguille dans la ponction évacuatrice, accidents que n'avait pas présentés le malade, ce qui indiquait un pus de virulence faible. Les caractères de ce pus avaient eux-mêmes de l'importance, nous le verrons plus loin.

Si le poumon ne pouvait être mis en cause pour expliquer cette pleurésie, bien qu'il soit la source la plus fréquente des suppurations pleurales, il fallait chercher ailleurs. Aucune cause directe ne pouvait être invoquée, telle qu'un traumatisme. La seule possible était la seule infection qu'avait présentée le malade, la dysenterie, encore que ses dernières atteintes remontassent déjà à quelques mois. Or, celle-ci peut bien déterminer une pleurésie purulente ou surtout une pleurésie putride primitives, mais il est plus habituel qu'elle y arrive par l'intermédiaire d'une broncho-pneumonie gangréneuse plus ou moins discrète, qui chez le malade a manqué totalement. Argument un peu spécieux sans doute et auquel nous n'attachons pas une valeur absolue, argument qui nous paraît cependant susceptible d'entrer quelquefois en sérieuse ligne de compte.

Plus importants sont les arguments tirés de l'évolution de la maladie et des accidents, des caractères objectifs et biologiques du pus.

Les pleurésies purulentes d'origine intestinale ne se développent pas aussi lentement, avec aussi peu de retentissement sur l'état général. Sans doute certaines pleurésies séreuses, certaines pleurésies purulentes tuberculeuses mettent parfois des mois et des mois à évoluer et demeurent insidieuses jusqu'au bout. Il n'en est pas ainsi pour les infections pleurales d'origine intestinale : elles sont à peu près toujours putrides d'emblée. Dès leur début, elles atteignent profondément l'organisme, elles sont aussi toxiques qu'infectieuses et, par ce double caractère, déterminent d'emblée une grave déchéance qui est un de leurs signes les plus certains. Plus que pour toutes les autres variétés, il importe de les évacuer largement, très largement, de procéder rapidement à un empyème, de ne pas se contenter d'une simple ponction. Si l'on a pratiqué seulement celle-ci, son trajet ne tarde pas à s'infecter et à constituer ainsi un foyer d'infection pour toute la paroi thoracique.

Le point de côté d'une pleurésie purulente est ordinairement aussi beaucoup plus net. Notre malade éprouvait une douleur diffuse dans la base de la poitrine et dans l'hypocondre. C'était une crampe, une pesanteur, une gêne plutôt qu'une douleur véritable, qu'une douleur pongitive. Elle irradiait vers l'épaule droite, phénomène très rare au cours des pleurésies, d'une extrême fréquence au contraire au cours des affections hépatiques.

La fétidité de l'haleine, le mauvais goût dans la bouche existent avant l'évacuation par vomique d'une pleurésie purulente. Ils ne pouvaient servir au diagnostic différentiel, d'autant que le malade ne leur attribuait aucuns caractères spéciaux.

Très importants au contraire étaient les renseignements fournis par l'examen du pus. Il ressemblait beaucoup, nous dit-on, aux crachats actuels : ceux-ci avaient l'aspect d'une sorte de bouillie rougeâtre, moyennement épaisse, assez bien liée; le sang dont elle était mélangée lui donnait une teinte presque ocreuse alors que le pus avait été beaucoup moins teinté, avait eu l'apparence de chocolat clair. Il était inodore, alors que les crachats étaient fétides. L'examen bactériologique n'avait révélé dans le pus la présence d'aucun agent microbien particulier, le peu de richesse au contraire de sa flore, ce qui est habituel aux abcès dysentériques du foie; les crachats renfermaient des agents d'infection secondaire sans aucun caractère de spécificité. Ce ne sont point là les caractères ordinaires des pus pleuraux. Quelle que soit leur cause, leur couleur est à peu près toujours empruntée à la gamme des verts. Ici, puisque nous pouvions admettre une infection pleurale d'origine intestinale, nous devions nous attendre à trouver plutôt du pus fétide, gris verdâtre, mal lié, trouble, sale, laissant déposer des matières pulvérulentes nauséabondes, riche en microbes anaérobies et aérobies, en leptothrix mélangé de gaz fétides, du pus putride en un mot.

Toutes ces considérations, purement théoriques et tirées uniquement des commémoratifs et des signes fonctionnels, faisaient pencher notre diagnostic vers un abcès du foie ouvert dans le poumon et dans la plèvre. Les classiques relations de la dysenterie et de l'abcès du foie étaient loin de combattre cette hypothèse. L'examen du malade nous parut la confirmer.

La matité et l'absence des vibrations vocales dans l'hémithorax droit n'avaient aucun caractère spécial. L'auscultation du murmure vésiculaire, de la voix et de la toux, la recherche du signe du sou dénotaient l'existence d'une excavation dans la moitié inférieure du poumon droit et d'un peu de liquide à la base de la poitrine. Pas de signes de pyopneumothorax. La cavité creusée dans le parenchyme pulmonaire pouvait résulter aussi bien d'un abcès du poumon que d'une pleurésie diaphragmatique, que d'un abcès du foie évacué par vomique.

Le foie ne débordait pas les fausses côtes. Si la ligne supérieure de matité pouvait être rapportée au poumon, à la plèvre ou au foie, sa ligne inférieure s'arrêtait à deux travers de doigt au moins au-dessus du rebord inférieur des fausses côtes. Cela, bien que le creux épigastrique et l'hypocondre droit fussent un peu douloureux. C'est seulement le 25 sep-

tembre et en très peu de temps que le foie devint plus gros et plus douloureux, fait qui ne pouvait combattre notre hypothèse de foie infecté, bien au contraire. L'élévation de la ligne inférieure de matité hépatique nous parut difficilement s'accorder avec une pleurésie aussi abondante que l'aurait indiquée la matité thoracique; un épanchement pleural refoule en effet le foie dans sa totalité. Les tumeurs et les abcès du foie au contraire modifient les dimensions de l'organe de deux façons différentes, suivant leur siège : à la face inférieure et sur le tiers antérieur à peu près de la face supérieure, leur développement est à peu près toujours exclusivement abdominal; c'est alors le bord inférieur du foie qui s'abaisse. Sur les deux tiers postérieurs de la face supérieure, leur développement est à peu près exclusivement thoracique : la limite supérieure du foie s'élève plus ou moins régulièrement, plus ou moins haut, la limite inférieure étant à peine modifiée, s'élevant même parfois au lieu d'être abaissée.

Il est enfin un renseignement fourni par l'examen des urines auquel nous avons attaché une très grande importance : l'hypoazoturie. Un des caractères urologiques les plus constants de la fièvre est l'hyperazoturie, de la fièvre de suppuration surtout. Chez ce malade qui avait de la fièvre l'examen des urines a donné 2g70 d'urée par litre. Cette constatation nous a paru avoir le plus grand intérêt. Signalée par Parkes en 1846 dans la période de suppuration de l'hépatite aiguë, par Regnard en 1873 au cours des accès fébriles des angiocolites, par Lecorché et Talamon plus récemment, l'hypoazoturie est un symptôme important des suppurations hépatiques. Nous regrettons de n'avoir pu suivre le malade jusqu'au bout et de n'avoir pu noter ainsi les variations de ce symptôme.

Nous n'avons pas cru utile de rechercher si le malade présentait de l'hyperleucocytose polynucléaire. C'est là un symptôme banal de suppuration, Sa recherche était plus curieuse qu'utile, nous ne l'avons point pratiquée.

Pour toutes ces raisons, nous écartâmes l'idée d'une pleurésie purulente avec vomique. Le pus retiré de la plèvre avait une origine étrangère, il y avait penétré par effraction comme le pus de la vomique. L'un et l'autre venaient de la même source, d'un abcès de la face postéro-supérieure du foie de nature dysentérique. Il était un peu plus délicat de déterminer si la plèvre avait été envahie d'abord puis s'était vidée dans le poumon, ou si l'effraction pulmonaire s'était faite sans autre participation de la plèvre que les adhérences de ses deux feuillets diaphragmatiques et si, dans ce dernier cas, l'ouverture dans la plèvre était consécutive ou contemporaine à la vomique. Nous étions presque réduit à des hypothèses; cependant, l'absence de signes de pyopneumothorax nous fit admettre que le foie avait directement vidé et vidait encore son abcès dans le poumon. Le pus retiré de la plèvre nous parut résulter d'une deuxième ouverture de l'abcès, de date probablement postérieure ou tout au plus contemporaine.

Telles sont les considérations sur lesquelles nous appuyâmes notre diagnostic. Elles indiquaient une thérapeutique exclusivement chirurgicale; c'est celle que nous avons fait employer aussi rapidement que nous l'avons pu. La mort du malade nous a malheureusement permis de vérifier et l'exactitude de notre diagnostic et la légitimité de l'intervention chirurgicale.

ÉLOGE DE TILLAUX

Par M. Ch. NÉLATON,

Secrétaire général de la Société de chirurgie (1).

Messieurs,

S'il est un bonheur au monde qu'un homme puisse envier, c'est d'être doué d'une qualité maîtresse qui le distingue entre tous et le place sans conteste au premier rang de ses contemporains.

Ce bonheur était échu à Tillaux. Par nature, il était professeur, et si la Faculté de médecine lui fit attendre pendant de longues années l'investiture officielle de ce titre, depuis longtemps déjà la foule de ses élèves, la voix publique, l'avaient proclamé un maître de l'enseignement.

Dès ses premiers essais, alors que tout jeune élève il apprenait à ses contemporains, à ses aînés, les connaissances qu'il venait d'acquérir la veille, il était déjà suivi et écouté avec plaisir. La faveur de ses disciples ne l'abandonna jamais, et son succès, toujours grandissant, toujours triomphant, avait atteint son apogée lorsqu'il fut enfin nommé à une chaire de la Faculté.

C'est par son talent de professeur que notre maître s'illustra. Ce fut ce talent qui le distingua, l'éleva et le rendit heureux. C'est lui qui reste comme la note dominante dans la grande figure de Tillaux et lui donne son caractère.

Aussi toutes les étapes de la vie que je dois aujourd'hui retracer devant vous, seront-elles marquées par des succès nouveaux, remportés par la parole ou les écrits de notre ancien et illustre président.

L'ENFANCE DE TILLAUX

Paul-Jules Tillaux naquit à Aunay-sur-Odon, le 8 décembre 1834. Son père, François Tillaux, était dans ce village à la tête d'une tannerie qu'il dirigeait avec deux de ses frères, et leurs affaires marchaient à souhait.

La première enfance de notre ancien président se passa donc dans cette bourgade de Normandie, au milieu d'une famille aisée, laborieuse et heureuse. En 1842, alors que Paul Tillaux atteignait huit ans, la mort de François Tillaux, son père, vint jeter parmi les siens une grande douleur et un grand désarroi. C'était la disparition d'un père respecté et aimé qui laissait quatre enfants (notre maître avait deux sœurs aînées et une sœur cadette), c'était la disparition du chef d'une industrie prospère.

Après cette mort survenue en quelques semaines à la suite d'une affection aiguë, Mme Tillaux, qui était, au dire de tous ceux qui l'ont approchée, une femme d'une grande intelligence et d'un grand bon sens, essaya de continuer, avec l'aide d'un de ses beaux-frères, l'industrie de la famille. Mais elle reconnut bien vite que, malgré son activité et son intelligence, elle ne pouvait mener à bien son entreprise, et elle l'abandonna pour s'occuper exclusivement de ses enfants.

Tillaux avait alors neuf ans; il fallait penser à son instruction. Un des vicaires du petit séminaire de Caen, familier de la maison, offrit ses services pour présenter le jeune élève au petit séminaire où les études avaient la réputation d'être fortes et où lui, vicaire, pouvait exercer une surveillance active. Il fut écouté et Tillaux entra au petit séminaire comme

(1) Nous sommes heureux de publier aujourd'hui le bel éloge de Tillaux que M. Nélaton a prononcé à la Société de chirurgie et que l'abondance des matières ne nous avait pas permis de donner samedi. (*N. d. l. R.*)

pensionnaire, faisant d'ailleurs toutes ses études dans les classes du lycée de Caen, qu'il suivait à titre d'externe. Il eut là, pour condisciples, au petit séminaire : Mgr Germain, évêque de Coutances, et Mgr Ducellier, archevêque de Besançon, et au lycée, Léon Labbé, avec lequel il se lia d'une amitié qui eut sur sa carrière une influence énorme.

Il fut, paraît-il, au collège, un bon élève, mais pas brillant, hormis pendant sa dernière année, car n'ayant aucun goût pour l'état ecclésiastique, il n'avait qu'une idée : quitter au plus vite son milieu d'études. Aussi, ayant obtenu la permission de se présenter au baccalauréat sans faire sa classe de philosophie (comme Léon Labbé l'avait fait l'année précédente), travaillait-il sans relâche pour obtenir ce grade de bachelier à la fin de sa rhétorique. Ses efforts furent couronnés de succès, et une fois bachelier, heureux de s'envoler, il quitta le collège et vint passer les vacances à Aunay, dans sa famille, content d'avoir fini des études qui ne l'avaient jamais passionné, où il n'avait jamais occupé les premiers rangs, et très perplexe sur le choix d'une carrière où il voulait absolument réussir.

Il pensa tout d'abord à être militaire, et désira se présenter à Saint-Cyr, mais sa mère l'en détourna. Il eut alors l'idée d'étudier la médecine. Cependant le médecin d'Aunay ne le poussait guère à entreprendre une carrière vraiment difficile et aléatoire, le receveur de l'enregistrement était du même avis et ses oncles maternels médecins, les docteurs Audes et Héloin, lui déconseillaient absolument de se lancer dans pareille aventure. Au bout de deux mois de vacances, de réflexion et d'incertitude, la décision de Tillaux était prise, il ferait de la médecine.

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A la rentrée, Tillaux se fit donc inscrire comme étudiant à l'École de médecine de Caen. Dès lors ce ne sera plus l'élève mou, indifférent du lycée ; il a trouvé sa voie, il a le goût du travail, la passion de son métier. Comme Labbé, qui lui donne l'exemple, au bout de six mois, en mai, il se présente à l'externat des hôpitaux de Caen et il est reçu. Aussitôt, se remettant au travail, il prépare en même temps l'internat et le prosectorat, faisant des questions d'examen tout le jour et une partie de la nuit. Il habite alors dans le voisinage d'un brave jardinier qui s'étonne que ce jeune homme se couche si tard et marche en parlant dans sa chambre presque toute la nuit.

Nommé prosecteur au mois de novembre suivant, il est interne quelques semaines plus tard, c'est-à-dire un peu plus d'un an après avoir commencé ses études.

Installé interne à l'Hôtel-Dieu de Caen, dans le service de M. Leprestre, Tillaux continue son travail; c'est alors pour la première fois que son goût pour l'enseignement se fait jour, que ses aptitudes se révèlent. Déjà il y a quelques élèves qui l'entourent, le suivent assidûment, le paient et lui permettent de ne plus être à charge à sa famille. Mais, dès ce moment, il ne parle à ses élèves qu'après avoir mûrement établi ses leçons et il passe tous ses après-midi dans sa chambre, absorbé par cette préparation.

Dans cet Hôtel-Dieu de Caen, il habite, tout en haut de l'hôpital, une petite chambre qu'il affectionne tout particulièrement, car par sa fenêtre, il aperçoit la Troche d'Ondefontaine, massif d'arbres de haute tige qui domine la hauteur au pied de laquelle est situé Aunay. Bien des fois, à la fin de sa journée, Tillaux regarda la Troche d'Ondefontaine, pensant sans doute à la journée du dimanche où il allait presque chaque semaine retrouver tous les siens.

Au cours de cette année d'internat à Caen un fait important se produisit; un interne des hôpitaux de Paris arriva à Caen et, pour une raison quelconque, étant entré à l'Hôtel-Dieu, il resta à déjeuner avec les internes.

C'était, aux yeux des internes de Caen, un personnage important que cet interne parisien. Les récits qu'il fit de la pratique hospitalière de Paris, de l'enseignement qui était donné dans cette ville, des progrès chaque jour réalisés, firent une forte impression sur l'imagination de Tillaux et lui firent concevoir le désir de venir, lui aussi, terminer ses études à Paris.

Lorsque le dimanche suivant il arriva à Aunay, il raconta à sa mère cette visite dont il était encore profondément troublé, il lui dit quels hommes étaient ces internes de Paris et lui laissa entrevoir quel serait son rêve s'il n'hésitait vraiment à se lancer dans pareille entreprise.

Mme Tillaux, elle, n'hésita pas et, loin de laisser son fils dans son incertitude, leva toutes les hésitations. Pourquoi son fils n'irait-il pas à Paris? Pourquoi ne ferait-il pas une carrière brillante pusiqu'il était intelligent et que le travail ne lui faisait pas peur? Ainsi fut décidé le départ pour Paris à la rentrée prochaine.

Telle est au moins la légende, telle est la version qui m'a été racontée. Mais on n'oubliera pas que, l'année précédente, Léon Labbé avait quitté l'internat de Caen sous un prétexte imaginé par lui-même. Un des internes avait été renvoyé de l'hôpital pour une faute contre la discipline et Labbé avait déclaré se solidariser avec lui. C'était, de son propre aveu, tout simplement pour venir à Paris. L'année suivante, Tillaux était pris du même désir et la venue de cet interne parisien, qui, après tout, était peut-être du Midi, ne fit guère qu'aviver des désirs existant déjà depuis longtemps.

Le mois de vacances qui précéda le départ pour Paris se passa à Aunay avec une grande gaieté. La famille Tillaux constituait un centre de jeunesse; les sœurs de l'étudiant, ses cousines, ses amis se réunissaient, et l'on s'amusait franchement et on riait et on dansait. Même, un soir, c'était le jour de la fête patronale d'Aunay, dans un tourbillon de valse on fit craquer la cloison qui séparait le salon de la salle à manger,

Le lendemain, Tillaux montait en diligence et partait pour Paris où il descendait dans un logement peu luxueux, au 21 de la rue Monsieur-le-Prince.

TILLAUX A PARIS — LES CONCOURS

Alors commença pour lui la vie de travail assidu de tout bon candidat aux concours ; vie que nous avons tous menée avec une énergie et une volonté plus ou moins grande, mais qui nous a laissé à tous, je crois, le meilleur des souvenirs. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que je trouve, dans le remarquable éloge de Tillaux fait par Reclus, la phrase suivante : « Il se prépara à l'internat et vécut avec ses camarades de cette vie absurde à laquelle peu d'entre nous ont échappé, où l'on travaille le jour, où l'on travaille la nuit, où l'on ne mange plus, l'œil fixé sur le fantôme muet, le sphynx, la question qui sortira de l'urne. »

Voyez-vous Tillaux ne mangeant plus, la face blême, l'œil fixé sur le fantôme muet, la question qui sortira de l'urne? Moi, non, je ne le vois pas, et ses contemporains non plus ne le voyaient pas ainsi. Pamard, Labbé, Perier m'ont tous affirmé que Tillaux était, à cette époque, comme il fut toujours, le joyeux vivant, le gai convive que nous avons tous connu.

Il est certain que les années de préparation à nos différents concours sont des années de labeur, et de labeur opiniâtre, mais pourquoi dramatiser les choses? Chacun travaille tant qu'il peut, et voilà tout. Et ce n'est pas absurde. Ne voyons-nous pas tous les jours des gens faire des exercices physiques pour développer leurs muscles afin d'avoir de gros bras? N'est-il pas naturel que les candidats à nos concours exercent leur cerveau pour le développer, faire de bonnes épreuves, et devenir des hommes instruits? D'autant mieux que, plus l'effort est grand, plus grande aussi est la satisfaction de la tâche accomplie, et Tillaux, qui ne reculait pas devant le gros travail, était un des plus gais vivants parmi les étudiants.

Grâce à ce labeur qui ne lui donnait que plaisir, il arriva facilement à l'externat le deuxième de sa promotion, en 1855 ; l'année suivante, il était interne provisoire, et titulaire en 1857, toujours à la suite de Léon Labbé, qui avait été nommé interne en 1856.

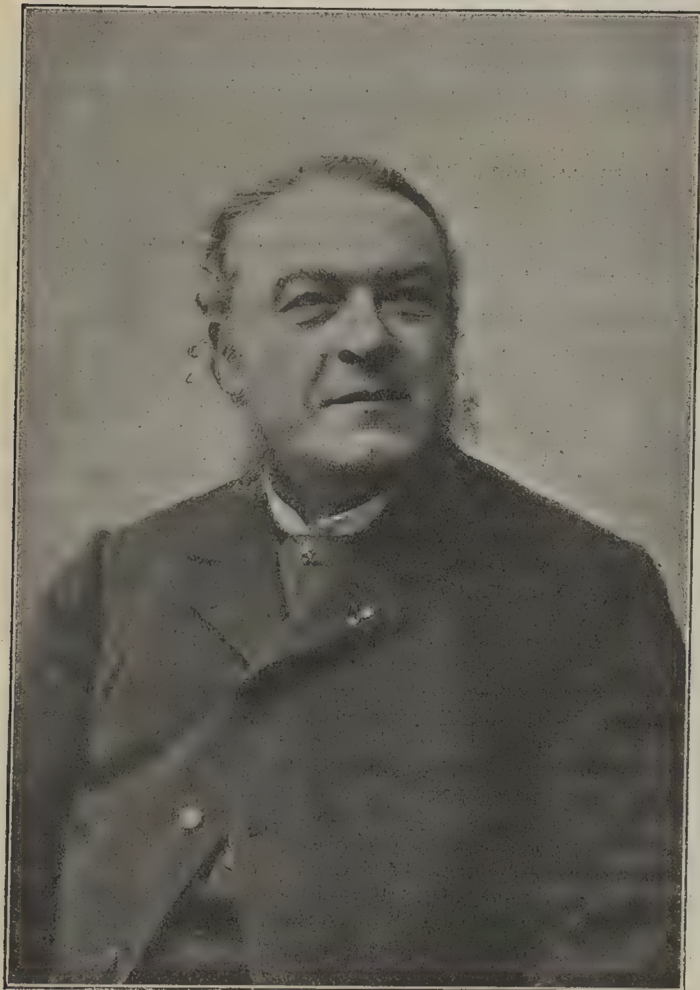
Dans l'internat, il eut pour chefs : Giraldès, Gosselin, Denonvilliers et Nélaton. Deux de ces maîtres eurent, sur sa carrière, une influence réelle : Gosselin, qu'il aima et qui lui donna le goût de l'étude et de l'observation scrupuleuse des malades, et Nétalon, qui eut, sur l'orientation de ses facultés d'enseignement, une très grande action.

Lorsque Tillaux devint l'interne de Nélaton, il fut, comme beaucoup d'autres, séduit par l'enseignement auquel il assistait ; il fut frappé de la clarté d'une description facilitée par un dessin schématique. Un jour, comme il faisait part à son maître de l'intérêt qu'il prenait à ses cours, il lui dit : « Monsieur Nélaton, vous êtes bien heureux de savoir dessiner ; cela vous

permet de vous faire toujours comprendre et cela donne à vos leçons un intérêt particulier. » Nélaton lui répondit : « Mais vraiment je ne sais pas dessiner, et je n'ai jamais appris à dessiner, j'établis sur le tableau un schéma qui correspond à ma pensée qui se rapproche le plus possible de la vérité matérielle de façon à permettre à mon auditoire de suivre la description que je donne. Apprenez à exposer ainsi vos idées au tableau, apprenez à dessiner un schéma vous y réussirez tout comme moi. »

Cette phrase, que mon père répéta bien souvent et qui, généralement, ne fut pas comprise, Tillaux en fit son profit. Dès ce jour, il s'exerça à faire l'enseignement au tableau ; il y acquit un véritable talent qui consacra le succès ininterrompu de ses leçons.

A ce moment, Tillaux finissait sa quatrième année d'internat et il était déjà aide d'anatomie, titre qu'il avait obtenu dès sa deuxième année. C'est pendant la préparation de ce



Cliché Eug. Pirou.

concours d'adjuvat qu'il avait fait la connaissance de M. Perier, ami de Labbé, qui les avait aidés tous deux dans la préparation des pièces sèches.

A dater de ce concours, l'amitié entre Labbé, Tillaux et Perier fut grande : ils ne se quittaient jamais, travaillaient ensemble, s'amusaient ensemble et leur trio inséparable les faisait appeler « les trois Normands », bien que M. Perier fût simplement Parisien.

En 1863, Tillaux se présentait, pour la deuxième fois, au concours du Bureau central ; il fut nommé, précédant cette fois Labbé qui n'entrait au Bureau central qu'en 1864. Mais cette même année il échouait au concours de l'agrégation où Guyon, Le Fort, Panas et Labbé le devançaient. Il devait prendre sa revanche en 1866, au concours suivant, où il était proclamé le premier de sa promotion.

Pendant toute cette période de concours et de travaux préparatoires, Tillaux avait peu écrit ; tout son temps était consacré à l'étude et il s'exerçait sans relâche à l'enseignement, d'abord comme aide d'anatomie et comme prosecteur dans les pavillons, puis comme professeur libre dans des cours publics faits à l'École pratique : cours de diagnostic chirurgical, de pathologie externe et d'histoire de la chirurgie. Ses leçons étaient suivies avec ferveur et, dans l'amphithéâtre n° 3 de la vieille Ecole pratique, le plus grand de ces trous sombres et sans air que surplombaient les toits du musée Dupuytren, venaient s'empiler, à chacune de ses leçons, tous les élèves qui pouvaient s'y loger.

C'est probablement la renommée de ses cours préparatoires qui décida M. Husson, alors directeur de l'Assistance publique, à choisir Tillaux comme successeur de Serre à l'amphithéâtre des hôpitaux, sinon je ne vois pas et je n'ai pas pu savoir ce qui aurait déterminé ce choix. Aucun des maîtres de Tillaux n'avait l'oreille de M. Husson, et Tillaux ne connaissait pas M. Husson. Ce directeur de l'Assistance publique était peut-être, après tout, indépendant et grand connaisseur d'hommes ; il ne faut pas oublier qu'il nomma Tillaux directeur de Clamart et obligea Guyon à prendre le petit service Civiale à Necker.

Serre venait de mourir à quatre-vingt-deux ans ; il ne s'était jamais occupé de l'administration de Clamart et pas du tout d'enseignement. Vers la fin de sa vie, Clamart était même quelque peu abandonné par lui.

Lorsque Tillaux prit la direction des travaux, il était jeune, plein d'ardeur, il entendit transformer les choses. Dès 1869 et dans le premier semestre de 1870, il commença des cours d'anatomie chirurgicale. Il les faisait à quatre heures, à la fin de la journée de dissection, et tout de suite il fut entouré d'un nombreux auditoire. Ce n'était pas seulement les élèves des pavillons qui remplissaient l'amphithéâtre, mais une foule d'étudiants venus de partout et que l'éloignement de Clamart ne rebutait point.

Cependant les événements allaient bientôt interrompre ces leçons si brillamment commencées. La guerre éclata.

LA GUERRE — LA ONZIÈME AMBULANCE

En même temps que directeur de Clamart, Tillaux était chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Comme tout le monde, confiant dans l'issue heureuse des combats, il n'avait tout d'abord pas songé à quitter son service pour porter son activité sur les champs de bataille. Mais bientôt les revers survenaient et se succédaient, on demandait des secours de tous côtés, des chirurgiens, des infirmiers pour les malheureux blessés qui s'accumulaient à la frontière, et la Société française de secours aux blessés faisait partir plusieurs ambulances pour le théâtre de la guerre.

Tillaux offrit alors ses services à la Société de secours aux blessés et partit avec la onzième ambulance, organisée par un groupe de personnalités protestantes.

On peut trouver — nous dit Chaume, un des internes de Tillaux dans l'organisation de la onzième ambulance — quelque chose de spécial qui tenait au sens pratique de Tillaux. Au lieu d'une ambulance *à cheval*, à grand effet comme les précédentes (ambulances dont on s'était quelque peu moqué, puisque Liégeois, directeur de la troisième ambulance, entrant à Metz, fut pris pour un chef de cirque), il créa *le chirurgien à pied*. C'est ainsi que nos chirurgiens (au nombre desquels était Peyrot, qui a bien voulu nous fournir tous les renseignements suivants) partirent traversant Paris sac au dos, le 4 septembre.

C'est à Sedan même qu'ils se rendirent immédiatement. Dès son arrivée, l'ambulance se mit à fonctionner. Cinq cents blessés environ furent pris parmi les plus graves, furent installés dans des maisons et soignés comme dans un hôpital régulier, et au bout d'un mois la plupart des blessés qui avaient été hospitalisés pouvaient être évacués comme convalescents vers des villes du centre. Alors commença, pour la onzième ambulance, une véritable odyssée. Tillaux ne consentant pas à rester inactif et voulant obéir à la formule qu'il s'était imposée : « Etre utile et aller de l'avant, » vint se mettre à la disposition du gouvernement de Tours vers le milieu d'octobre. On l'envoya immédiatement à Epinal rejoindre l'armée du général Cambriels. Il devait avoir là de sérieuses difficultés.

Dès son arrivée à Epinal il était parti dans une carriole accompagné de son élève, de Seyne, allant en exploration et cherchant le point où il allait pouvoir utilement se porter ; il

rentrait de cette tournée, non sans avoir recueilli dans sa voiture un malheureux soldat éreinté de fatigue, lorsqu'il fut rejoint et arrêté par les éclaireurs des troupes allemandes qui déjà arrivaient à Epinal.

Son cas, paraît-il, était mauvais et la présence d'un soldat dans sa voiture n'était pas régulière; il dut s'expliquer avec les officiers allemands. Mais son exubérante franchise et sa parole convaincante eurent vite établi la réalité des faits et Tillaux ne fut pas inquiété.

Les armées allemandes avançaient, la onzième ambulance les gênait; on lui permit de se rapprocher des troupes françaises, mais en lui imposant de passer par la Suisse. C'est ainsi que par un long détour, rendu difficile par le transport d'un matériel important, par le voyage d'un nombreux personnel, Tillaux arriva enfin à Lyon après avoir traversé le grand-duché de Bade et la Suisse.

Il avait alors reconnu les inconvénients de sa trop grande ambulance. Il la réduisit de plus de moitié et voulut rejoindre l'armée de la Loire. Mais il arriva au moment où déjà le 20e corps battait en retraite et, après maintes difficultés, il installa son ambulance dans les environs de Bourges, aux forges de Mazières, où M. de Vogüé lui organisa un véritable hôpital.

On resta dans cet hôpital improvisé jusqu'à la fin de la guerre, et cinq ou six cents blessés, venant de l'armée de la Loire, y furent soignés. A Mazières, notre maître n'avait pas été long à reprendre ses habitudes de chirurgien et de professeur; il faisait une visite régulière, exposait à ses élèves Peyrot, Chaume et Veyssière, les raisons qui guidaient son action, et même, lorsque l'occasion s'en présentait, ne négligeait pas de les façonner à la médecine opératoire.

Enfin la guerre se termina, et Tillaux rentra à Paris le 4 mars. Aussitôt il se sentit malade, et pressé de revoir les siens, partit pour Aunay. A son arrivée, il dut prendre le lit, atteint d'une fièvre typhoïde grave qui le tint en danger pendant plusieurs semaines. Il n'était donc pas à Paris pendant la Commune; il resta assez longtemps en Normandie, et ne reprit réellement son activité qu'en 1872.

L'ENSEIGNEMENT DE TILLAUX

Cette année 1872 marque l'étape la plus heureuse de la vie de Tillaux. Elle lui donna une grande joie. Appelé par le roulement de l'agrégation à remplacer Denonvilliers dans le cours de médecine opératoire, il n'abordait cette mission qu'avec les plus grandes craintes. Remplacer un homme comme Denonvilliers n'était pas chose facile. Denonvilliers était non seulement un érudit, mais un professeur délicat, fin, captivant son auditoire par des qualités de distinction et de parole restées légendaires. Il ajoutait à ces dons une adresse manuelle et une habileté qui le faisaient considérer comme le chirurgien le plus correct de son temps.

On comprend, de reste, l'anxiété de Tillaux lorsqu'il prit cet intérim; n'allait-il pas paraître notoirement inférieur au maître dont il prenait la place, n'allait-il pas perdre en même temps la faveur des élèves qu'il avait déjà conquise? Cette crainte fut rapidement remplacée par une immense satisfaction. Dès les premières leçons, son succès s'affirma. Son enseignement n'était plus le même que celui de Denonvilliers; plus jeune, plus vivant, plus vibrant, il attirait à lui tout le monde, et le grand amphithéâtre devenait trop petit pour contenir la foule toujours croissante de ses auditeurs.

« Qui n'a pas assisté à ses cours, nous dit Reclus, ignore à quel degré l'enthousiasme peut transporter un auditoire. Longtemps avant la leçon, les gradins étaient pris d'assaut au milieu des cris, des rires, des interpellations des nouveaux arrivants. Toute place était bonne d'où l'on pouvait entendre la voix du professeur, et les embrasures des fenêtres, les corridors eux-mêmes étaient pleins. Tout à coup. un profond silence, puis un murmure, un frémissement sourd, tel celui qui précède l'orage, et soudain un écroulement de bravos accueillait l'entrée du maître... » Et plus loin Reclus ajoute encore : « Et les applaudissements inlassables qui saluaient la fin de sa leçon disaient la reconnaissance des élèves pour tout ce que le maître venait de dépenser de lui-même. »

Un des souvenirs les plus vivants de ma vie d'étudiant est d'être entré, un soir d'hiver de cette année scolaire 1872-1873, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole.

Ce soir-là, Tillaux faisait une leçon sur la kélotomie. Suivant son habitude, il avait donné, avant d'aborder la description de la technique opératoire, un exposé anatomique de la région inguinale. Au tableau, il avait exécuté un schéma montrant toutes les particularités qu'il voulait mettre en relief, et ces prémisses posées, il en avait tiré une leçon qui me parut d'une clarté, d'une précision admirables et d'un intérêt puissant.

Comme la plupart des auditeurs, j'étais rentré chez moi enthousiasmé, et comme, le soir même, j'exprimais mon admiration devant mon père, déjà bien souffrant et bien diminué — il devait mourir quelques mois plus tard — je le vis rayonnant de joie. « Tillaux est un de mes anciens internes, me dit-il, et c'est moi qui lui ai montré ce que vaut l'enseignement au tableau; je suis heureux de son succès. » Le vieux maître prenait ainsi sa part de l'enthousiasme général.

Un grand succès comme celui qu'obtenait Tillaux n'allait pas sans lui donner de grandes satisfactions. Lorsqu'au sortir d'une leçon où l'amphithéâtre était comble, Tillaux, rouge, excité, couvert de sueur et content, rentrait dans le vestiaire, il aimait, s'adressant à l'appariteur qui le précédait, s'écrier : « Eh bien! père Claude, combien y avait-il d'élèves aujourd'hui? » Et lorsque le vieux massier lui répondait : « Je ne sais pas, Monsieur, mais il ne pouvait pas en tenir davantage dans l'amphithéâtre, » il était ravi.

Cependant, une fois le remplacement de Denonvilliers terminé, Tillaux reprend son enseignement d'anatomie à Clamart, et cet enseignement, qui avait été simplement ébauché avant la guerre, interrompu en 1872 et 1873 par les exigences du cours professé à la Faculté, acquiert alors toute son importance, tout son éclat.

C'est à partir de 1873 que les cours d'anatomie de Clamart sont le plus suivis; c'est à ce moment que, sur la sollicitation de ses élèves, Tillaux se décide à faire paraître son *Traité d'anatomie chirurgicale*, qui n'est que la reproduction de ses leçons. Ce traité, paru en 1877, eut un succès énorme; aujourd'hui encore, il est entre les mains de tous les étudiants, de tous les praticiens.

En même temps que ses leçons d'anatomie à Clamart, Tillaux faisait tous les jours de l'enseignement chirurgical pratique dans les services d'hôpitaux qu'il occupait : à Saint-Antoine, à Lariboisière et à Beaujon.

Mais ces cours se faisaient pour ainsi dire en petit comité, ils étaient ouverts à un très petit nombre. Aussi, lorsque l'ancienneté permit à Tillaux de prendre le service de l'Hôtel-Dieu en 1885, ne laissa-t-il pas échapper cette occasion d'avoir un véritable enseignement clinique que la Faculté ne lui fournissait toujours pas. A l'Hôtel-Dieu, il avait du monde, de l'espace, un grand amphithéâtre et, sans être professeur, il commença des leçons où les élèves affluèrent.

Il était alors, en réalité, à l'apogée de sa carrière. Il avait été président de notre Société en 1880; l'Académie lui avait ouvert ses portes dès 1879, et depuis de longues années déjà, partout, à Clamart, à l'École comme agrégé, puis à l'Hôtel-Dieu, il avait été l'idole des étudiants. Sa réputation de chirurgien était établie par des milliers d'élèves. Sa notoriété et sa popularité étaient sans pareilles.

Son succès, à quoi le devait-il? A ceci : Tillaux n'entrait jamais dans un amphithéâtre sans être pénétré d'une idée qu'il voulait non seulement exposer, mais faire prévaloir et inculquer à ses élèves. C'est à présenter cette idée d'une façon nette et précise que tous ses efforts convergeaient. Il s'y employait par la parole, par le dessin, par le geste et il y réussissait toujours magistralement, parce que sa conviction éclatait.

Lorsqu'il avait laborieusement examiné une question, qu'il l'avait travaillée, mise au point, il en était pénétré et n'admettait plus le doute sur les conclusions auxquelles il était arrivé. Ses leçons sur la thérapeutique des fractures de la rotule en sont un exemple. Il n'admettait pas la suture de la rotule dans les cas de fractures simples, parce qu'il savait que cette opération faisait courir des risques de mort au patient. Or, il estimait qu'il n'avait pas le droit de tenter la fortune, même en ayant presque toutes les chances pour lui, et il répétait toujours : « N'y eût-il que le danger de l'anesthésie, le chirurgien n'a pas le droit d'affronter pareil risque. »

Son siège était fait; lui eût-on présenté les plus belles sta-

tistiques, les résultats les plus séduisants, son appréciation n'eût pas varié.

Pour la plupart des affections chirurgicales, il avait ainsi établi, par le travail, l'observation et l'expérience, une série de règles thérapeutiques dont il ne se départissait jamais, qu'il appliquait sans hésitation et enseignait autour de lui. Aussi cet enseignement, dégagé de tous les doutes, de toutes les incertitudes qui peuvent continuellement assaillir l'esprit de beaucoup d'entre nous, était-il saisissant; il avait une puissance et une portée considérables.

Joignez à cela l'impression produite par l'homme lui-même, et vous comprendrez l'enthousiasme provoqué par ses cours. Tillaux, grand, puissant, avait une allure superbe. De longs cheveux rejetés en arrière, des yeux perçants, une lèvre mince et rasée, une large face encadrée de longs favoris, lui donnaient une physionomie reflétant la force et la bonté. Lorsque, aux passages les plus palpitants de ses leçons, il parlait debout, la tête et le buste portés en avant, les yeux actifs et enflammés, les bras écartés du tronc, lançant, poussant en quelque sorte la démonstration, sa parole était si vibrante, si convaincue, qu'elle entraînait les plus tièdes.

D'aucuns ont pu dire qu'à la clarté, à la simplicité, il sacrifiait l'exactitude minutieuse; d'aucuns ont pu regretter sa tournure d'esprit, qui le portait à simplifier tous les grands problèmes de notre art pour en tirer des équations rendues ainsi plus faciles à résoudre. Mais ceux-là n'étaient peut-être pas doués de qualités d'enseignement égales à celles de Tillaux. Ceux-là ne comprenaient peut-être pas aussi bien l'art du professeur qui sait faire valoir sa doctrine, mettant en lumière les idées maîtresses, laissant dans la pénombre ou dans l'ombre ce qui n'est qu'incidence.

Je sais bien que l'on peut critiquer l'enseignement élémentaire ; je sais bien que quelques-uns, parmi les meilleurs de nos maîtres, n'ont cherché à parler qu'à l'élite des éleves, ne s'adressant qu'au premier rang de l'amphithéâtre pour l'élever jusqu'à eux, dédaignant d'abaisser leur enseignement pour satisfaire la masse, qu'ils négligent.

C'est une manière de faire, et il serait aussi déraisonnable de la critiquer, qu'il était peu sage de reprocher aux leçons de Tillaux leur caractère élémentaire. Nul ne peut réunir les suffrages de tous. Les uns aiment les conceptions simples, larges et claires ; d'autres préfèrent la minutie et l'exactitude scrupuleuse. Tant mieux; cela prouve la diversité de nos esprits, et puisque notre race peut produire ces différents types de professeur, sachons les apprécier tous les deux au lieu de les critiquer tour à tour, et soyons fiers de pouvoir rencontrer, dans notre pays, toutes les variétés de talent.

En 1890, Tillaux fut nommé professeur : ses vœux les plus chers étaient exaucés; il était professeur de cette chaire de médecine opératoire où il avait eu ses premiers triomphes. C'était le rêve formé en 1873 qui se trouvait réalisé.

A maintes reprises déjà, l'espoir qu'il avait eu d'entrer à l'Ecole avait été déçu. Les nominations de Le Fort, Duplay, Lannelongue avaient remis toujours à plus tard son accès à la Faculté.

Lorsqu'il fut nommé, sa joie fut grande, car le couronnement de sa carrière avait été difficile à obtenir; il oublia les mauvais jours et fut tout à son bonheur.

LES DERNIÈRES ANNÉES

A dater de ce moment, d'ailleurs, tous les honneurs qu'il pouvait ambitionner lui arrivèrent coup sur coup et par la force des choses. Il avait été président de notre Société en 1886, il fut désigné, en 1894, pour être président du Congrès de chirurgie. Nommé membre de l'Académie de médecine en 1879, il en devenait président en 1904 ; chevalier de la Légion d'honneur en 1871, après la guerre, il fut promu officier en 1892, commandeur en 1895, puis grand-officier en 1904.

Cependant, c'est à dater de ce moment, que la marche ascendante de Tillaux s'arrêta.

En s'installant à la chaire de médecine opératoire, en 1890, il y retrouva son auditoire, toujours fidèle, toujours assidu, peut-être cependant moins enthousiaste qu'aux premières années. En 1894, il abandonna le cours de médecine opératoire et prit la chaire de clinique de la Pitié. A la Pitié, il recommença avec la même méthode, avec les mêmes principes, les leçons de clinique qu'il faisait jadis à l'Hôtel-Dieu. L'auditoire était toujours nombreux, mais ce n'était plus la foule; il ne provoquait plus l'enthousiasme des jeunes, il n'était déjà plus à la tête du mouvement chirurgical.

Enfin, au moment où Verneuil donna sa démission, il passa, à la suite d'une série de mutations, à l'hôpital de la Charité où, avec le même enseignement, il resta jusqu'à sa mort, non pas par sa volonté, mais par le fait des circonstances.

La retraite prématurée de Farabeuf avait laissé vacante la chaire d'anatomie. A la stupéfaction générale, Tillaux avait demandé à l'occuper. Faut-il accepter de cette demande l'explication qu'en donne Reclus ? Faut-il répéter avec lui : « La veille de sa retraite, le vieux maître avait senti remonter en lui le flot des souvenirs ; il désira revivre les inoubliables succès des leçons d'anatomie d'antan; il eut la nostalgie des auditoires houleux; il voulut finir comme il avait commencé, dans le grand amphithéâtre, rempli jusqu'au dernier gradin?»

Je ne le crois pas, et je crois que la pensée de Tillaux, lorsqu'il fit cette demande, était plus élevée et plus noble. Avec son grand bon sens et sa grande conscience, il n'avait pas été sans s'apercevoir qu'il ne dominait plus l'enseignement clinique comme il l'avait fait jadis. Bien des fois il répétait à ses élèves : « Je ne sais pas cette chirurgie abdominale, du foie, de l'estomac, de l'intestin, dont vous me parlez, et je suis trop vieux pour l'apprendre; faites-la. » Et, bien des fois aussi, il confia, dans son service, à ses anciens élèves, des opérations qu'il ne voulait pas entreprendre. Je pense que telle est la clef de ce qui parut alors une énigme. Tillaux, ne se sentant plus la force d'être à la tête de l'enseignement clinique, mais ne voulant pas abandonner un auditoire sans lequel il ne pouvait vivre, désirait se retirer dans la chaire d'anatomie dont il sentait les responsabilités moins sévères et moins lourdes.

Quoi qu'il en soit, la permutation, acceptée par ses collègues à une faible majorité, fut repoussée par la section permanente, et Tillaux continua ses leçons de la Charité, que la maladie seule devait bientôt interrompre.

Si j'attribue à un sentiment de conscience exagérée l'idée qu'avait eue Tillaux de prendre la chaire d'anatomie, c'est que tout, dans sa vie de chirurgien d'hôpital, nous montre à quel degré il sentait sa responsabilité, à quel degré il était l'esclave de son devoir.

Depuis l'époque où la direction d'un service lui avait été confiée, Tillaux s'acquitta de ce soin avec une exactitude et une conscience exemplaires. Jamais il ne manquait à son service ; il n'y avait pour lui ni dimanche, ni jours de congés, ni vacances.

Tous ses malades étaient minutieusement examinés, scrupuleusement et exactement soignés.

Le traitement des fractures à l'aide des appareils plâtrés, qu'il fut l'un des premiers à bien appliquer, était chose importante pour lui; les réductions de luxations, les diverses interventions sur les membres étaient l'objet de soins assidus, et lorsqu'une affection plus importante rendait nécessaire une intervention dangereuse, le malade était entouré de la plus vigilante sollicitude.

Chaque jour, à la traversée de ses salles, lorsqu'il constatait que tout allait bien, il éprouvait un véritable plaisir, et lorsqu'il pensait être sûr de la guérison d'une opération importante et scientifiquement intéressante, il avait de la joie.

En 1878, il venait de faire pour la première fois, à Beaujon, une hystérectomie abdominale; la malade allait bien. Vers le quinzième jour après l'opération, alors que la guérison ne faisait plus de doute, il me rencontra dans la cour de l'hôpital où j'étais alors interne, et m'interpellant il me dit :

— Nélaton, votre père me disait : « Nous opérons les kystes de l'ovaire et nous les guérissons. C'est bien; mais comme ce serait beau de guérir les fibromes ! » Eh bien ! mon petit, nous les guérissons, les fibromes. Allez voir ma malade; elle est superbe, elle est guérie.

Et son bonheur était complet.

Chaque guérison un peu délicate obtenue dans son service le rendait, du reste, heureux et l'attachait au malade qu'il avait sauvé. Il aimait le présenter à ses élèves, il aimait le revoir et lui témoigner son intérêt par deux ou trois paroles toujours très simples et très bonnes. Aussi tous ses malades l'adoraient-ils.

Tous les ans, à la Saint-Paul, c'était fête dans le service; les salles se décoraient, des guirlandes reliaient tous les lits, et des banderoles, pendant sous forme d'oriflammes, portaient, inscrites sur leurs faces, les vœux et les souhaits de toute la salle pour la santé et le bonheur du chef.

Lorsque Tillaux entrait, il trouvait réunie la foule de ses anciens opérés venus pour lui serrer la main, venus pour lui témoigner leur constante et fidèle reconnaissance.

A la salle des femmes, chacune s'avançait vers lui avec un bouquet, et lui, les reconnaissant tour à tour, s'écriait avec joie : « Ah! voilà la grosse Marie... Tiens! tu ne nous a pas oubliés, Germaine, » etc., etc., et, prenant le bouquet qu'on lui présentait, il embrassait chacune d'elles sur les deux joues, les reconnaissant toutes, et disant à ses élèves : « Celle-là avait un énorme kyste; celle-ci, un gros goitre; celle-là encore, une terrible fracture, » etc. Sa mémoire était fidèle, et son cœur toujours bon.

La même bonté, la même bienveillance se retrouvaient dans les rapports de Tillaux avec ses élèves. Ses internes étaient ses enfants, et il suffit d'entendre raconter par quelques-uns d'entre eux quel plaisir il avait, après une opération faite en ville, à les ramener déjeuner chez lui pour deviser, en vrais camarades, autour de la table dressée dans sa chambre à coucher; il suffit de leur entendre dire avec quelle chaleur il les recevait le 1er janvier, leur faisant des souhaits sincères, leur donnant des conseils judicieux, pour comprendre combien le chef était aimé de tous. A tous il avait rendu service, à tous il avait témoigné de l'intérêt.

Si Tillaux était affable et bon avec ses élèves, il n'était ni faible ni banal. Il ne permettait pas qu'un des siens ne fît pas ou fît mal son service; il détestait les paresseux ou les étudiants manquant de conscience, s'arrangeant de façon à les éliminer doucement de son service, ou les mettant simplement à la porte. Car s'il était très populaire parmi les étudiants, Tillaux ne rechecha jamais une popularité qui ne fût pas de bon aloi.

Telle fut la vie de notre ancien président. La préparation de ses cours, la rédaction de ses livres, son service d'hôpital, les soucis de sa clientèle privée, remplirent toute son existence et sa vie s'écoula tout entière dans la seule pensée de faire de la chirurgie et de l'enseignement.

C'est, tout au moins, ce que nous avons tous vu. Si jamais quelque préoccupation étrangère à notre art vint troubler sa quiétude, personne n'en sut jamais rien; il dut l'écarter comme une idée qui vous obsède, qui vous hante, et que l'on repousse comme indigne d'être poursuivie.

LA FIN

Vers le commencement de 1904, Tillaux tomba malade. Son superbe appétit avait diminué, il maigrissait. Mais ses forces étaient conservées; il ne se départissait point de sa belle humeur et, avec son entrain ordinaire, il disait à sa sœur :

— Ma chère amie, je crois bien que je ne serai bientôt plus digne de faire partie de la Société des 100 kilogs.

Au mois de mai de la même année, il fit un jour un faux pas en montant au bureau de l'Académie, éprouva des souffrances dans le genou, puis sa marche fut gênée; bientôt des douleurs se firent sentir dans toute la cuisse. Puis, peu à peu, la gêne, la souffrance restreignirent son activité et, vers le mois d'août, il lui fallut garder la chambre. Il passait alors ses journées assis dans un fauteuil placé devant une table sur laquelle il appuyait ses bras, et, la tête baissée, il demeurait ainsi immobile, ne disant rien, ne proférant aucune plainte, attendant. C'est ainsi que Labbé et Perier le trouvèrent toujours.

Quelle fut la maladie qui l'emporta? Tout le monde le dit, et personne n'en sut rien.

Walther, qui l'examina à plusieurs reprises, ne trouva rien d'anormal dans le membre qui lui était soumis. Chauffard, qui fut appelé auprès de lui, ne porta aucun diagnostic. Je ne sais si Moutard-Martin, son voisin et son ami, qui le suivit jusqu'à ses derniers jours, pourrait dire exactement quelle fut la cause de sa mort.

Lorsqu'un jour, poussés par une sollicitude bien naturelle, ses élèves vinrent pour le voir et essayer de le soigner, il les renvoya peu satisfaits et dit à sa vieille Marie :

— Que viennent faire ces braves jeunes gens? je n'ai pas besoin d'eux, et je sais mieux qu'eux ce que j'ai à faire.

Tillaux était un convaincu; il savait bien que la médecine ne pouvait rien pour lui et n'acceptait pas la comédie des médications illusoires. Peu de temps après, il s'éteignait entouré de tous les siens et de ses fidèles amis Amodru et Houzeau.

Il laissait une belle fortune. Bien que la question des honoraires ne l'eût jamais préoccupé, bien qu'il soignât ses clients pour leur rendre service, et sans s'inquiéter de la rémunération qu'auraient ses soins, sa clientèle était devenue considérable, et, vivant sans besoins, il ne dépensait guère.

Il voulut qu'après sa mort, aucun de ceux qu'il avait aimés ne fût oublié. Après avoir assuré, dans son testament, l'aisance de ces parents et de ses vieux serviteurs, il donna à l'Association des médecins de France, il donna au petit séminaire de Caen, voulant ainsi témoigner son affection à ses confrères déshérités du sort, voulant rappeler son fidèle et reconnaissant souvenir à l'établissement qui l'avait aidé dans ses premières études et qu'il aurait rougi de renier.

Puis il laissa une grosse part de sa fortune à la Caisse des retraites ouvrières, voulant encore, après sa mort, venir en aide, autant qu'il le pouvait, à tous ces malheureux au milieu desquels il avait passé sa vie. Espérons qu'avec son bon sens habituel et son admirable optimisme, Tillaux aura vu juste encore une fois et que ses libéralités profiteront un jour à ceux qu'il a voulu soulager.

Car Tillaux était l'homme charitable et bon. Tous ceux à qui j'ai récemment parlé de lui lorsque je demandais quelques renseignements sur sa vie, me répondaient tous : « Ah! dites surtout que c'était un brave homme; dites combien il était bon. » Même ceux qui, animés de sentiments moins parfaits à son égard, faisaient quelques réserves sur le savant, disaient tous : « C'était tout de même un brave homme. »

Certes, Tillaux fut un bon et brave homme; mais si la bonté fut une de ses qualités dominantes, si elle entoure comme d'une auréole sa grande figure, je ne veux pas taire qu'il fut le professeur incontesté de toute une génération d'hommes, et qu'il fut un vrai chirurgien.

L'anatomie chirurgicale et la chirurgie clinique représentent la partie principale de son œuvre; mais laissez-moi cependant vous rappeler toute la série des travaux originaux qu'il présenta, tant à notre Société qu'à l'Académie de médecine; laissez-moi vous faire souvenir de toutes les initiatives qui lui sont dues, de ses opérations d'ovariotomie, d'hystérectomie abdominale et vaginale, de ses thyroïdectomies et de ses ostéoclasies. Elles témoignaient, aux époques où elles étaient faites, de la hardiesse, de l'habileté du chirurgien, de son amour du progrès.

Certes, tous ces travaux, toutes ces recherches sont, pour la plupart, tombés dans l'oubli. Car le temps marche, le progrès l'accompagne, et ce qui faisait loi jadis n'est plus aujourd'hui que l'écho du passé!

Mais les générations nouvelles, dans leur orgueil inconscient, oublient trop facilement que les voies où elles marchent leur ont été ouvertes par leurs aînés et s'affranchissent certainement trop vite de la reconnaissance qu'elles leur doivent.

Quand un homme comme Tillaux laisse le souvenir vivant d'un professeur tel qu'on en vit peu, quand il laisse deux ouvrages qui ont été utiles pendant plus de vingt ans, quand il laisse des élèves formés à son image, c'est-à-dire sages, consciencieux et instruits, il ne faut pas dire négligemment et du bout des lèvres : « Ce fut un brave homme. » Nous devons dire : « Ce fut un grand professeur, un vrai chirurgien qui, en outre, était un homme bon entre tous. »

Mais pourquoi tant m'échauffer? Peut-être ai-je tort. Si tout le monde s'écrie : « Tillaux était un bon et brave homme, » n'est-ce pas tout simplement reconnaître que la bonté l'emporte sur toutes les autres qualités, et n'est-ce pas le plus grand hommage que l'on puisse rendre à un homme que de dire simplement de lui : il fut bon?

Je répéterai donc, moi aussi, avec tout le monde : Tillaux fut un bon et brave homme. C'est par cette phrase que je terminerai l'éloge de notre ancien président.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 30 janvier 1906 : MM. Joltrain et Saissi, 13; Duvoir et Le Mée, 11; Jullien (Arthur), Lissoude et Soubies, 7; Chenet, 6.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 1er février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 30 janvier 1906 : MM. Halphen et Martin (Fernand), 13; Chené (Henri) et Fourquiau, 9; Keller, Langlais et Woimant, 8; Huré, 7; Malterre, 5; Sauphar, 4.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 2 février, à huit heures trois quarts du soir, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Georges Alexandre (de Paris), Allary (de Leucate), Amor (de Bône), Baudet (de Paris), Béal (de Saignes), Bérard (de Paris), Bernard (de Dinard), Blottière (de Paris), Bonnenfant (de Saint-Prouant), Bornay (de Saint-Pol), G.-A. Brouardel et Burlureaux (de Paris), Cannax (de Quins), Carton (de Mehun-sur-Yèvre), Cbaudron (d'Eclaron), Chenet (de Paris), Chevillon (d'Allauch), Cornet (d'Aubière), Courtade (de Paris), Delpierre (d'Ansauvillers), Dupret (de Groslay), Fillon (de la Roche-sur-Yon), de Fleury, Frey et Gilbert (de Paris), Gilson (d'Angoulême), Giquet (de Vannes), Guy (de Limours), Héron (de Tours), Hortolès (de Montpellier), Huguet (de Paris), Jardel (de Remiremont), Josset (de Paris), Kleinschmidt (de Montpellier), Lagarde (de Vals-les-Bains), Lespine (de Verdun), Leuillieux (de Conlie), Levassort (de Paris), Long (de Toulon), Marcailhou d'Ayméric (de Blida), Martre (de Betchat), Mattrais (de Chinon), Nuguet (de Luzy), Pépin (de Montournais), Peraire (de Paris), Petrolacci (de Bône), Pochon, Ratynski, Riche, Rougeot, Sébillotte, Sénac, Soulier (de Paris), Wiet (de Reims).

MM. les pharmaciens Bascourret et Blancard (de Paris), Guérin (de Toulon), Lafont (de Perpignan), Poisson (d'Alban), Schmitt (de Châlons-sur-Marne), Wagon (d'Hénin-Liétard).

MM. les chirurgiens-dentistes Baelen, Quenot, Bonnet et Sautier (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abd-el-Nour (de Bazeilles), Astruc (de Cournonterral), Aubert (d'Oraison), Aumont (de Saint-Illide), Barandon (de Grandrieu), Baréty (de Nice), Barjon et Barthélemy (de Paris), Battarel (d'Alger), Baumgarten (de Paris), Beaudonnet (de Septfonds), Beaujeu (de Noisy-le-Sec), Bernard (de Bourbon-l'Archambault), Berthelot (de Paris), Bidache (de Lalande), Bigex (de Romilly-sur-Seine), Bitot (de Bordeaux), Bonneau (de Toulouse), Borde (de Lourdes), Bouffandeau (du Havre), Bouffard (de Rochefort-sur-Mer), Bourguignon (de Limoges), Bourlaux (de Villeneuve-d'Ornon), Boutineau (de Couhé), Bouyssou (de Toulouse), Boyer (de Paris), Bruel (de Louvres), Bula-Lafont (de Saint-Martin-de-Seignaux), Canda (de Norrent-Fontes), Carette (de Flixécourt), Cazes (de Fontanes), Chanfreau (de Pointis-Inard), Charpentier (de Frémery), Cohen-Ascher et Colonna (de Paris), Consergue (de Clermont-Ferrand), Convers (de la Javie), Coriveaud (de Blaye), Coste (de Lamontgie), Couaillac (d'Ambès), Debray (de Laon), Delage (de Paris), Delahaye (de Saumur), Delangle (de Chantilly), Delord (de Baud), Derien (de Rohan), Despeignes (d'Echelles), d'Hôtel (de Charleville), Dion (de Blanc), Ducos (de Viella), Dumarest (d'Hauteville), Dupond (de Bordeaux), Dupré (de Laval), Duran (de Saint-Gaudens), Duval (de Marigny), Estrabaut (de Paris), Pierre Fabre (de Pertuis), Jean Fabre (de Puy), Faille (de Fismes), Farez et Faucon (de Paris), Fayt (de Théminettes), Flous (de Gaillac), Fontan (de Trie), Fougères (de Paris), François (de Marseille), Franqueville (de Rue), Gandy (de Paris), Gascuel (du Havre), Gaumerais (de Paris). Gautier (d'Evran), Gestat (de Loury), Glingaud (de Hérin), Gibiat (de Saint-Estèphe), Gorez (de Lille), de Grailly (de Vouvray), Grégoire (de Vaucouleurs), Grenet (de Maisons-Laffitte), Guibert (de Paris), Hannion (de Nogent-sur-Vernisson), Haranchipy (de Courbevoie), Mme Héron de Villefosse, née Petit, médecin inspecteur (de Paris), MM. Houdart (de Lille), Huget (de Palaiseau), Hurault (de Savigny-sur-Braye), Imbert (de Fresneaux, Montchevreuil), Jacowski (de Beaumont-en-Gâtinais), Jacquemin, Joyau et Laval (de Paris), Knoll (de Clermont-Ferrand), Krieger (de Paris), Labiche (de Méréville), Lafaye (de Saint-Astier), Lajoannio (de Taghit), Lallement (de Besançon), Lamy et Lapointe (de Paris), Le Faguays (de Nantes), Lefas (de Paris), Lefebvre (de Bohain), Jules Legrand (de Verneuil), Hubert Legrand (de Paris), Léquibin (d'Oisemont), Le Roy (d'Etaples), Lœper et Luez (de Paris), Magne (de Mèze), Malençon (de Sainte-Mère-Eglise), Martinaud (d'Avignon), Massina (de Vernes-les-Bains), Massoncié (de Verdun-sur-Garonne), Maugue (de Martres-de-Veyre), Mazoyer (de Villefort), Meignant (de Chalonnes-sur-Loire), Melcion (de Sauvigny), Menier (de Paris), Meyville (d'Oloron).

(*Voir la suite, p. 154*)

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'HYSTÉRIE GASTRIQUE
ET SES STIGMATES PSYCHIQUES

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

1° Mesure de la suggestibilité; les malades hétéro-suggestibles; les malades auto-suggestibles.
2° La volonté chez les hystériques.

Les recherches modernes des psychologues et des neurologistes ont rattaché l'hystérie à un désordre primitif de la vie psychique. Les accidents hystériques ont été rapprochés d'abord des symptômes réalisés si facilement par suggestion verbale dans le sommeil hystérique. Leur ressemblance est en effet extrême et Möbius, en véritable précurseur, avait reconnu dès 1882 l'importance de cette similitude pour l'interprétation des accidents hystériques. « Sous le nom d'hystérie, on peut désigner, écrivait-il, toutes les modifications corporelles, provoquées par des représentations mentales. »

Babinski a repris, étendu et systématisé cette définition. Il a indiqué deux caractères fondamentaux des accidents polymorphes de l'hystérie : 1° tous ces accidents peuvent être reproduits avec une exactitude rigoureuse par suggestion, chez certains sujets en état d'hypnose; 2° ils peuvent guérir sous une influence psychothérapique.

« Il est impossible, dit Babinski, de distinguer les troubles hystériques de ceux qui sont créés par suggestion expérimentale, ce qui conduit à admettre qu'ils résultent d'une auto-suggestion. Au contraire, aucune des affections actuellement classées hors de l'hystérie, ne peut être réalisée par suggestion : il est tout au plus possible d'obtenir par ce moyen une imitation très imparfaite, qu'il est facile de distinguer de l'original...

De même ces accidents sont tous capables de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion : il n'y a pas un seul de ces accidents, qu'on n'ait vu parfois s'éclipser en quelques instants, après la mise en œuvre d'un moyen propre à inspirer au malade l'espoir de la guérison...

On n'est pas toujours sûr de guérir par persuasion toutes les manifestations hystériques, mais elles sont toujours susceptibles de guérir par ce moyen. »

Cette définition s'applique-t-elle exactement aux gastropathies hystériques, et comprend-elle tous les accidents gastriques rangés dans ce groupe névropathique ?

Il ne nous semble pas douteux qu'elle corresponde au plus grand nombre des désordres gastriques d'origine hystérique. L'anorexie, les vomissements, les accès de gastralgie même paraissent bien résulter d'après leur étiologie et d'après les moyens curatifs qui leur conviennent d'une hétéro ou d'une auto-suggestion. Mais nous devrons nous demander dans un article ultérieur si certains accidents, tels que les hématémèses hystériques par exemple, n'échappent pas aux limites trop étroites où l'on voudrait enfermer toutes les manifestations de l'hystérie. Cette question réservée, nous reconnaissons volontiers qu'un état de suggestibilité anormale forme la base commune des gastropathies hystériques et en explique en grande partie les caractères et l'évolution. Nous tenons seulement à bien indiquer ce qu'est pour nous la suggestibilité.

Si l'on entend, d'après la définition banale, sous le nom de suggestibilité l'acceptation passive d'une idée ou d'une tendance, il n'y a plus rien là qui soit un caractère spécifique de l'hystérie, nous semble-t-il. Le neurasthénique dans ces conditions serait aussi suggestible que l'hystérique, car il accepte avec une égale facilité les idées de maladie, par exemple. Mais le caractère propre de l'hystérique, n'est pas à proprement parler dans l'acceptation passive plus ou moins consciente d'une idée qu'on lui impose, il est dans la malléabilité extrême de l'organisme par l'idée ainsi acceptée. Ce pouvoir de l'idée suggérée s'étend au delà du domaine de la volonté, jusqu'aux fonctions organiques inconscientes de l'organisme, qui paraissaient échapper à une action psychique directe. L'idée de vomissement provoque des vomissements. comme la crainte d'une grossesse peut provoquer chez ces malades un tympanisme abdominal persistant pendant des mois. Toute idée, toute représentation mentale peut se réaliser dans l'organisme de l'hystérique et les hystériques sont les seules malades chez lesquelles on observe nettement ce caractère. Ce caractère doit même servir à définir l'hystérie et à délimiter ses manifestations.

Dans un précédent article, nous avions déjà signalé cette suggestibilité spéciale de l'hystérique à propos des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie créées parfois sur l'abdomen par une suggestion souvent inconsciente du médecin. Cette éventualité est si fréquente que l'on peut déjà par cette épreuve, employée d'une façon systématique, mesurer le degré de suggestibilité d'un malade. On désigne nettement les points de la peau où l'on veut voir apparaître des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, puis on recherche si ces modifications voulues de la sensibilité se sont réalisées. C'est un procédé que nous mettons couramment en pratique et qui nous induit rarement en erreur.

Pour bien mettre en évidence la suggestibilité du malade, il faut prendre garde de le mettre en défiance en lui ordonnant de ne pas sentir tel ou tel point. Le mieux est d'énoncer simplement que les malades atteints de la même affection ne sentent pas en tel ou tel point, puis de rechercher si l'idée ainsi provoquée a suffi à créer une anesthésie plus ou moins intense. Bernheim (de Nancy) recherche volontiers, dans le même ordre d'idées, un point d'hyperesthésie à la pression sur la colonne vertébrale.

On peut également déterminer le degré de suggestibilité en employant quelque médication plus ou moins sensationnelle. Nous ordonnons souvent, soit pour établir le diagnostic, soit pour exercer une action thérapeutique, des pilules d'extrait de pissenlit. Nous les formulons avec le nom latin, qui est assez impressionnant : *Taraxacum dens leonis.* Le malade revient quelques jours plus tard et, d'après

l'amélioration produite, il est facile d'apprécier le degré de docilité psychique du malade et de prévoir la marche du traitement. Encore faut-il prendre garde qu'un pharmacien bien intentionné ne révèle cette supercherie thérapeutique.

Aussi, pour éviter toute indiscrétion, nous employons plus volontiers une solution de bleu de méthylène dans le collodion. Nous appliquons nous-mêmes, sur la région gastrique, cet emplâtre de coloration bleue intense et nous annonçons l'amélioration rapide du malade. L'action du bleu au collodion révèle en quelque jour l'état mental du sujet.

Quel que soit le procédé employé, si on l'applique systématiquement à une série de malades, on les divise facilement en trois groupes suivant leur degré de suggestibilité.

Quelques malades sont rebelles à toute tentative de suggestion. Les pilules à l'extrait de pissenlit, les badigeonnages de bleu de méthylène, ne produisent rien. Ils sont d'ailleurs assez rares ceux qui ne ressentent rien, ceux qui sont indifférents à toute suggestion.

Dans un second groupe se rangent les malades facilement suggestibles, et la majorité des hystériques appartiennent à ce groupe. On crée chez elles des zones d'anesthésie avec la plus grande facilité, on les améliore avec n'importe quelle médication anodine. Nous devons noter d'ailleurs que cette suggestibilité s'observe également chez des malades qui n'ont aucune affection hystérique : ne sommes-nous pas tous plus ou moins suggestibles ? Mais chez les hystériques la suggestibilité est au maximum. Cette docilité à subir les influences étrangères n'est pas d'ailleurs une sorte de faculté permanente. Elle varie suivant le milieu et les circonstances, suivant l'autorité personnelle du médecin, suivant les titres scientifiques dont il est revêtu, et aussi suivant le degré de culture du malade et son émotivité. Plus le malade est troublé, plus il est suggestible ; un médecin étranger a plus d'action qu'un médecin connu de longue date et si « nul n'est prophète dans son pays », c'est que la crédulité et la suggestibilité disparaissent par l'habitude et l'intimité.

Chez les hystériques l'exploration de la suggestibilité n'a pas seulement d'une haute importance pour le diagnostic, mais elle permet de prévoir, longtemps à l'avance, le résultat du traitement. Toute la psychothérapie des hystériques s'appuie en grande partie sur la suggestibilité de ces malades ; plus une malade est suggestible, plus il sera facile d'user dans son intérêt et pour rétablir une digestion normale des faiblesses mêmes de son état mental. Le pronostic est donc favorable chez les malades sensibles à une influence étrangère, autrement dit chez les hystériques hétéro-suggestibles.

Enfin rentrent dans un troisième groupe les malades, peu nombreux, qui sont rebelles à toute suggestion venant du médecin, mais qui par contre s'auto-suggestionnent à leur insu, très facilement. Lorsqu'on a administré à un de ces malades les pilules de pissenlit, par exemple, non seulement le malade n'éprouve aucune amélioration, mais au bout de quelques jours il accuse les troubles les plus bizarres et parfois les douleurs les plus vives. Ces malades sont uniquement auto-suggestibles. Par une sorte de défiance et d'esprit de contradiction, ils se gardent contre toute influence extérieure et cette attitude mentale viendra, pendant toute la durée du traitement, faire obstacle à l'œuvre du médecin.

Nous avons suivi plusieurs malades hystériques qui réagissaient ainsi d'une façon alarmante à ces médications inoffensives. Aucun n'a guéri, malgré un traitement prolongé et fatigant où nous avons usé de toutes les ressources psychothérapiques dont nous pouvons disposer. A les examiner de près, on s'aperçoit d'ailleurs que ces malades se rapprochent beaucoup des aliénés : suivant la définition étymologique que Lasègue donnait de ce mot, ils restent « étrangers » et rebelles à toute démonstration comme à toute suggestion. Leurs auto-suggestions ont la force, la résistance des idées hypocondriaques ; avec beaucoup de patience on arrive à les améliorer légèrement si on peut leur inspirer une grande confiance, mais il est difficile, sinon absolument impossible, d'obtenir chez eux une disparition complète de tous les symptômes morbides comme chez les malades précédents.

La suggestibilité n'est pas tout dans l'hystérie. Il est un second caractère psychologique sur lequel n'insiste pas la définition de Babinski et qui est nettement en évidence dans les gastropathies hystériques.

La volonté, ou plutôt certains actes volontaires paraissent singulièrement affaiblis chez ces malades. Le pouvoir d'inhibition semble parfois faire complètement défaut et l'accident hystérique une fois réalisé, va persister indéfiniment parce que le malade n'a pas la force d'y mettre un terme. P. Janet insiste avec raison sur ce point. On peut citer comme exemple de cette insuffisance de la volonté, l'anorexie hystérique. Lorsque débutent les accidents d'anorexie hystérique, le malade supprime ou diminue son alimentation pour un motif tout à fait raisonnable qui peut être chez l'une la crainte de l'obésité, chez l'autre atteinte de troubles dyspeptiques, la peur de souffrir de ses digestions, ou tel autre motif parfaitement admissible. Mais la restriction alimentaire, d'abord raisonnable et volontaire, s'accentue rapidement : la malade tombe dans un état d'inanition croissant et où elle semble avoir oublié tous les motifs qui au début pouvaient la diriger. Telle jeune fille qui a voulu maigrir pour rester svelte et gracieuse, maigrit de plus en plus, enlaidit, se cachectise, n'inspire plus que la pitié et pourtant l'inanition continue et entraîne la malade parfois jusqu'à la mort. L'habitude de manger très peu une fois créée, la malade la conserve indéfiniment et sa volonté défaillante ne peut y mettre un terme à moins qu'on ne vienne à son secours.

Les vomissements hystériques ont une évolution analogue. Apparus souvent à la suite de quelques troubles digestifs bénins, ils s'aggravent, deviennent quotidiens, et se répètent sans cesse jusqu'à créer un danger réel pour la malade.

La faiblesse de ce pouvoir d'inhibition se recon-

naît à l'allure même de la gastropathie : les accidents gastriques hystériques ont une tendance à se répéter indéfiniment chaque fois que les conditions identiques se réalisent. C'est à chaque repas que la malade atteinte de vomissements incoercibles hystériques vomit ses aliments. Ce caractère n'est pas d'ailleurs suffisant, car il existe des troubles gastriques nombreux qui n'ont rien d'hystérique et qui pour des causes différentes ont une évolution persistante.

L'insuffisance de la volonté est encore mieux mise en lumière par la nature du traitement qui s'oppose à ces accidents. On peut évidemment les arrêter par des procédés de suggestion, mais aucune mesure thérapeutique ne vaut l'isolement lorsque les accidents ont une certaine gravité. Or l'isolement strict n'agit pas seulement parce que les malades y subissent, en quelque sorte, une suggestion persistante de guérison, mais aussi parce qu'il constitue un moyen excellent de stimuler l'action volontaire. L'isolement n'a son plein effet que lorsque la malade souffre de la séparation des siens et de sa solitude absolue : elle trouve dans cette souffrance des motifs d'action qui lui donnent la force de rompre l'habitude où elle s'enferme. L'isolement est au contraire inactif, chez les hystériques sans ressort, qui se soumettent sans protester à l'isolement. Certaines malades peuvent rester indéfiniment séparées de leur famille, de leurs amis, sans paraître en ressentir le moindre désagrément. Cette indifférence est l'indice d'un trouble mental bien plus profond : elle est surtout un mauvais signe de pronostic, car si l'isolement ne relève pas cette volonté défaillante, aucun autre procédé thérapeutique ne pourra avoir une action meilleure.

A ces deux stigmates mentaux essentiels, la suggestibilité et le défaut de volonté, nous pourrons ajouter quelques caractères secondaires qui donnent aux gastropathies hystériques leur allure spéciale.

Signalons tout d'abord l'association des troubles gastriques à d'autres manifestations nettement hystériques. La gastralgie hystérique a pour caractère en effet de se terminer par une crise convulsive avec larmes abondantes, suffocation, etc., qui donne la signature de la maladie.

Le début des accidents est souvent brusque et succède, comme peuvent le faire tous les autres désordres de même nature, à une émotion vive, en particulier à une frayeur.

Enfin l'hystérie peut s'associer à d'autres troubles psychologiques, de nature différente et qui se manifestent par leurs caractères propres. Rien n'est plus fréquent que de constater, chez des hystériques, les stigmates de l'état neurasthénique, ou encore des désordres relevant de la dégénérescence mentale héréditaire, phobies, impulsions, etc.

Mais sous ces désordres variés nous pourrons discerner le terrain hystérique, lorsque nous aurons reconnu les viciations de la sensibilité cutanée et viscérale, qui constituent les stigmates physiques essentiels, et lorsque nous aurons mis en lumière le défaut de volonté inhibitrice ou la suggestibilité excessive du malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1906)

Action de l'extrait de glande interstitielle du testicule sur le développement du squelette et des organes génitaux, par MM. P. Bouin et P. Ancel. — Une série de recherches antérieures ont déjà montré à MM. Bouin et Ancel que la sécrétion interne du testicule prend uniquement sa source dans les éléments situés entre les tubes séminifères et dont l'ensemble constitue la glande interstitielle. Celle-ci possède seule l'action sur l'organisme reconnue jusqu'ici au testicule tout entier.

Des injections prolongées d'extraits de glande insterstitielle à des animaux castrés jeunes viennent de montrer à ces auteurs que les effets de la castration sur le squelette et les organes génitaux peuvent être atténués par des injections sous-cutanées d'extrait de glande interstitielle du testicule.

Cet extrait agit sur le cobaye bien que provenant des testicules de grands mammifères.

Recherches expérimentales sur les proportions du chloroforme contenues dans l'organisme au cours de l'anesthésie, par M. J. Tissot. — De nombreuses déterminations, faites pendant le sommeil anesthésique, ont amené M. Tissot aux conclusions suivantes :

1° La proportion de chloroforme contenue dans le sang artériel s'accroît immédiatement dès qu'il se produit une augmentation de la ventilation pulmonaire, pendant l'anesthésie avec les mélanges titrés de chloroforme et d'air, ou par d'autres procédés.

2° Pendant l'anesthésie, à quelque moment que ce soit, il y a toujours plus de chloroforme dans le sang artériel que dans le sang veineux.

3° Pendant une syncope respiratoire, le chloroforme diminue assez notablement dans le sang artériel.

4° Il n'existe aucun rapport direct entre les proportions de chloroforme du sang artériel et l'effet qu'elles produisent; cet effet dépend de la durée du contact, de la proportion de chloroforme dans le cerveau et de la vitesse de circulation du sang.

Action du sulfate d'hordénine sur la circulation, par M. L. Camus. — Continuant son étude physiologique de l'hordénine, M. Camus a constaté qu'avec une faible dose, le système pneumogastrique est excité, le ralentissement du cœur, l'augmentation d'amplitude des pulsations se produisent; avec une forte dose, le système pneumogastrique est supprimé, le cœur s'accélère, les pulsations diminuent d'amplitude.

La durée de l'action de l'hordénine est assez passagère et variable avec la dose injectée. L'ingestion de doses de 0 gr. 01 et de 0 gr. 02 par kilogramme d'animal de sulfate d'hordénine donné sous forme de pilules kératinisées, ne provoque du côté de la pression sanguine que des modifications insignifiantes.

L'introduction dans l'estomac d'une solution aqueuse renfermant 1 gramme de sulfate d'hordénine par kilogramme d'animal détermine pendant les heures qui suivent une élévation de la pression sanguine avec accélération du cœur.

Sur l'acide glyconurique des globules du sang, par MM. R. Lépine et Boulud.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1906)

Mortalité tuberculeuse. — L'intéressante communication que M. Robin a faite sur ce sujet a soulevé une discussion qui a occupé toute cette séance. C'est d'abord M. KELSCH qui, rappelant la rigoureuse exactitude des statistiques dans l'armée, a fait des recherches sur la mortalité par tuberculose et arrive à cette conclusion que, malgré tout, cette statistique est incapable de nous dire combien de tuberculeux meurent dans l'armée française. Il en est d'ailleurs exactement de même dans les autres armées. En matière de statistiques de morbidité ou de mortalité, on se trouve en présence de difficultés insurmontables. Par exemple, si l'on consulte les statistiques pour le rhumatisme articulaire aigu, on trouve, à côté des cas de rhumatisme, de nombreux cas d'arthrites aiguës ou chroniques dont la nature n'est pas mentionnée. Comment admettre que dans ces cas d'arthrite il n'y en a pas un certain nombre qui pourraient être rangés parmi les rhumatismes? Combien d'états divers désignés sous le nom d'embarras gastrique fébrile? Or il n'est pas de maladie plus démembrée, plus morcelée que la tuberculose. Combien de cas de tuberculose passent sous la désignation de laryngo-bronchite chronique, de pleurésie? Il est donc impossible de connaître la mortalité exacte par tuberculose dans l'armée. Or si cela est impossible dans l'armée où les statistiques sont relevées avec toute la rigueur désirable, qu'en sera-t-il des statistiques appliquées à la population générale? Tout cela, ajoute M. Kelsch, est bien fait pour nous rendre, sinon indifférents, au moins sceptiques à l'égard des statistiques comparatives entre différents pays.

M. LANDOUZY estime que l'impossibilité de chiffrer la mortalité par tuberculose impose de nouvelles mesures relativement à la déclaration des décès. Pour M. Landouzy, la mortalité par tuberculose est bien supérieure même aux chiffres les plus forts qui ont été donnés. La comparaison tentée par M. Robin est des plus intéressantes, mais il y a encore quelque chose de plus urgent, de plus indispensable, c'est la nécessité d'un bilan plus exact de la mortalité par tuberculose. A l'étranger la statistique pêche également par défaut. Quel que soit le légitime désir de démontrer qu'on ne meurt pas plus de tuberculose en France qu'en Allemagne, il faut savoir qu'on en meurt toujours beaucoup et de plus en plus et qu'il faut tout faire pour encourager toutes les bonnes volontés engagées dans la lutte antituberculeuse. Il est bien évident que, dans cette lutte, il y aurait le plus grand intérêt à avoir les statistiques très exactes de la mortalité. M. Landouzy s'en prend ici à l'insuffisance des éléments de la statistique mortuaire générale. La faute en est surtout aux médecins. Ainsi à Paris, en 1905, 27 p. 100 des décès sont de cause inconnue. Il en est de même dans la plupart des grandes villes, à Marseille, à Lyon, à Bordeaux, à Rouen, à Saint-Etienne, à Reims. Partout il y a une énorme proportion de décès dont la cause reste inconnue. A Roanne 47 p. 100 des cas de décès sont de cause inconnue; à Neuilly-sur-Seine, il y a un tiers des décès de cause inconnue; la moitié à Nanterre. Combien mal nous renseigne la statistique!

D'une enquête personnelle que M. Landouzy a faite auprès d'un certain nombre de médecins de la province et des campagnes, il résulte que sur plus de la moitié du territoire, la tuberculose est en marche croissante, incessante, décourageante. Quand, dans la campagne, un village est envahi, infecté par la tuberculose, celle-ci y fait proportionnellement plus de ravages que dans les villes. Il a été maintes fois constaté que c'est le soldat réformé, revenant de la caserne, ou l'ouvrier revenant de l'usine qui ont été les points de départ de l'infection tuberculeuse. Les progrès de l'alcoolisme sont une des causes fréquentes de l'infection tuberculeuse des campagnes. Ses ravages s'y exercent dès lors d'autant plus aisément que la désinfection y est inconnue.

Etant données les nombreuses causes d'erreur qui existent dans les statistiques officielles actuelles, M. Landouzy demande que l'Académie émette le vœu que M. le ministre de l'Intérieur prenne les mesures nécessaires pour que les statistiques mortuaires soient mieux établies.

M. CHAUFFARD fait remarquer que ce n'est rien moins que la grosse question sociale de la tuberculose qui est soulevée dans cette discussion. Les études statistiques de M. Robin, les réflexions qu'elles ont suggérées à MM. Brouardel, Kelsch, Landouzy, sont pour ainsi dire des voies latérales tendant toutes au même but que nous cherchons tous, la diminution de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse. Il faut en finir avec ces maisons de tuberculeux. M. Chauffard cite l'exemple d'une loge de concierge dans laquelle, en douze ans, sont morts douze enfants, le père et la mère, sans que jamais cette loge ait été désinfectée. Ce sont-là de ces crimes sociaux qu'il faut faire disparaître; la nécessité d'une hygiène collective est de toute évidence, la désinfection obligatoire s'impose. S'il est difficile de poursuivre le tuberculeux de son vivant, pour l'isoler, pour lui imposer certaines mesures propres à éviter la contagion, quand ce tuberculeux vient de mourir, à l'instant même où il vient de mourir, là où il vient de mourir, il faut désinfecter. M. Chauffard demande donc que l'Académie émette le vœu qu'après tout décès par tuberculose, la désinfection soit obligatoire.

M. Robin répond à ses collègues; il achèvera sa réponse dans la prochaine séance. Nous attendrons la fin pour la résumer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1906)

Cas de pseudohermaphrodisme masculin (androgyne de Saint-Denis). — MM. DE BEURMANN et ROUBINOWITCH présentent un sujet âgé de vingt ans, originaire de Saint-Denis (Seine), qui est *femme* par les caractères secondaires de son organisation (figure imberbe, chevelure abondante et fine, peau fine et glabre, voix à tonalité élevée, présence de mamelles très développées, cambrure très accusée de la région lombaire, bassin élargi), et qui est *homme* par la conformation de ses organes génitaux externes (tubercule génital embryonnaire, hypospadias périnéo-scrotal, scrotum bifide et présence de testicules dans le scrotum). Le liquide testiculaire ne contient pas de spermatozoïdes. Cet androgyne gynécomaste est un pseudohermaphrodite héréditaire : deux autres individus de la même famille présentent le même difformisme sexuel; on compte dans la même famille un cas de développement retardé (père), un de débilité mentale (mère) et deux suicides (frère et oncle maternel androgyne). Le sujet lui-même est un érotique cérébral, un fétichiste, s'adonnant à l'onanisme d'une façon pathologique et recherchant avec passion, et infructueusement, le commerce des femmes. Inscrit à la naissance comme étant de sexe féminin, il veut obtenir son changement d'état civil. Les auteurs démontrent la parenté qui relie étroitement le pseudohermaphrodisme à la dégénérescence physique et mentale et, en particulier, aux psychopathies sexuelles. L'insuffisance du liquide testiculaire dépourvu de spermatozoïdes invite les auteurs à admettre chez leur androgyne une sorte d'*hypospermatisation* de l'organisme qui serait peut-être une des causes du développement des mamelles. Cette hypothèse autorise un essai d'opothérapie testiculaire dont les résultats seront communiqués ultérieurement.

Septicémie à tétragène. — MM. H. ROGER et F. TRÉMOLIÈRES. Longtemps considéré comme un simple saprophyte, le tétragène peut acquérir un pouvoir pathogène et

déterminer des affections fort diverses. C'est surtout au niveau ou au pourtour de la bouche et du pharynx que ce microbe exerce son action nocive; on lui a attribué certains abcès dentaires et une variété d'angines. Mais il peut envahir les voies respiratoires, occasionnant des broncho-pneumonies, des pleurésies, ou atteindre le péritoine, l'intestin. On l'a trouvé dans un abcès cérébral.

Ce dernier fait indique que le tétragène peut pénétrer dans le sang et déterminer des septicémies et des pyémies ; on en connaît plusieurs observations.

Dans le sang d'un homme atteint de purpura rhumatoïde, les auteurs ont, à deux reprises, trouvé à l'état pur un tétragène analogue à ceux qui ont été déjà décrits, mais dont les cultures sur pomme de terre ont une coloration rouge vineux caractéristique, aussi proposent-ils de l'appeler *tetragenus ruber*.

Ce tétragène est bien la cause des accidents observés chez le malade; car ses cultures sont rapidement agglutinées par le sérum de celui-ci, même lorsque la dilution est poussée jusqu'à 1 pour 500.

En rapprochant cette observation de celle déjà publiée par MM. Chauffard et Ramond, on peut se demander si les infections à tétragène n'ont pas une tendance toute particulière à envahir les articulations, les plèvres et à provoquer en même temps des éruptions cutanées.

Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en extraire les éléments d'un diagnostic clinique. Mais en présence d'un syndrome infectieux avec manifestations articulaires, pleurales et cutanées d'origine inconnue, on pourra par la culture du sang, rechercher le microbe pathogène dont, par l'étude de la réaction agglutinante, on pourra établir le rôle et la spécificité.

La méningite tuberculeuse, à forme somnolente, de la première enfance. — MM. A. Lesage et P. Abrami, en pratiquant systématiquement la ponction lombaire chez tous les nourrissons présentant des troubles cérébro-méningés quelconques, et en examinant de parti pris, après la mort, les méninges et les centres nerveux, ont été frappés de la fréquence relativement considérable de la méningite tuberculeuse chez les enfants de moins de trois ans. Ils ont réuni 29 observations en l'espace de vingt-deux mois. Chaque fois le diagnostic fut établi sous le simple contrôle du cytodiagnostic, de l'inoculation aux cobayes et de la nécropsie.

Sur ce total de 29 cas, 4 fois seulement le tableau de l'affection reproduisit la description classique de la méningite des nourrissons sous forme convulsive ou hémiplégique.

Dans les 25 autres cas, l'évolution fût au contraire remarquable par l'absence de tout phénomène moteur (convulsions, paralysies, raideur de la nuque, signe de Kernig), par l'absence de modifications de la fontanelle, etc. La symptomatologie était des plus frustes; bien des enfants avaient été envoyés à l'hôpital avec le diagnostic de gastro-entérite.

Or, dans tous ces cas, ils ont mis en évidence un syndrome particulier, qui leur a permis de dépister l'affection dès les premiers jours. Ce syndrome est caractérisé par l'association des quatre symptômes suivants : *somnolence progressive*, depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie ; *catalepsie oculaire* ; l'enfant dormait les yeux mi-clos ou même grands ouverts, le regard fixe. Cette catalepsie oculaire, dans la presque totalité des cas, s'est montrée très précoce et due aux 3 phénomènes suivants : rareté du clignement palpébral, amblyopie, diminution du réflexe conjonctival; *instabilité du pouls*, créant souvent, et précocement, le phénomène de la dissociation du pouls et de la température; enfin *amaigrissement* précoce, continu et progressif, différant par conséquent de l'amaigrissement brusque et massif des diarrhées graves du nourrisson.

Le liquide céphalo-rachidien a présenté les caractères habituels aux méningites tuberculeuses. La recherche directe du bacille de Koch a été positive 7 fois. Mais, chaque fois, ils ont tuberculisé les cobayes avec des doses minimes de liquide spinal : 1/2 ou 1/4 de centimètre cube.

L'autopsie a révélé la rareté exceptionnelle de la granulie méningée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1906)

La diapédèse dans les hématomes. — Pour M. Frouin, dans les hématomes, les globubles blancs viennent pour la plupart par diapédèse, car la formule leucocytaire est, souvent quelques heurs après leur formation, complètement différente de celle du sang circulant. Le nombre de ces globules blancs varie dans des proportions tout à fait comparables à celui des globules rouges. En même temps que l'hématolyse, il se fait de la leucolyse.

La résorption et la destruction des globules rouges se font, en général, dans un temps de durée presque égale, qu'il y ait peu ou beaucoup de globules rouges extravasés. L'hématolyse n'a donc pas une marche comparable à celle produite *in vitro* par les sérums hémolytiques qui mettent d'autant plus de temps à détruire tous les globules rouges avec lesquels ils sont mis en contact que la quantité des globules est plus considérable. Dans les hématomes la substance hématolytique est dosée pour ainsi dire selon le travail à remplir et provient sans doute de la leucolyse.

L'hémoglobine diffusant en grande abondance dans le liquide ne provoque pas, pour son propre compte, de diapédèse leucocytaire, mais plutôt une exsudation du plasma sanguin.

Action de l'hordénine sur le sang. — Pour M. L. Camus, le sulfate d'hordénine n'a pas d'action hémolysante, c'est une substance à poids moléculaires relativemeni élevé par rapport à celui du chlorure de sodium. La coagulation du sang est plus ou moins retardée par certaines proportions de sulfate d'hordénine. A poids égal, le retard de la coagulation déterminé par le sulfate d'hordénine est peu différent de celui que provoque le chlorure de sodium. La coagulation du plasma est influencée par le sulfate d'hordénine de la même façon que celle du sang total. Les températures de coagulation du plasma et du sérum sanguin sont fortement abaissées par une proportion de 5 p. 100 de sulfate d'hordénine.

Effets comparés du nitrite d'amyle sur la grande et la petite circulation. — MM. Pic et Petitjean concluent de leurs expériences que le nitrite d'amyle détermine : 1° de la vaso-dilatation dans la grande circulation ; 2° de la vaso-constriction dans la circulation pulmonaire. Ces faits expliquent l'arrêt des hémoptysies constaté cliniquement à la suite des inhalations de nitrite d'amyle.

Dosage du chloroforme dans les tissus. — M. Nicloux, en utilisant la méthode de dosage qu'il a récemment indiquée, trouve que les tissus d'un chien ayant succombé à l'anesthésie chloroformique renferment environ : le foie, 50 milligrammes, le rein 45, la rate 35, le cerveau 50, la moelle 70, le sang 55, la graisse 130.

Titrage du chloroforme dans le sang. — M. Tissot, d'une série de recherches très minutieuses, et dans lesquelles l'auteur se montre plus d'une fois en contradiction avec M. Nicloux, tire la conclusion suivante :

La meilleure méthode d'anesthésie est celle qu'emploient les chirurgiens. L'anesthésie *discontinue* et *prudente* permet en effet d'éviter l'accumulation du chloroforme dans les centres nerveux, accumulation qui, dans la plupart des cas, est la principale cause de mort chez les individus soumis à l'action du chloroforme.

Effets produits sur le sang par le passage d'albumines hétérogènes dans la circulation. — D'après MM. J. Castaigne et M. Chiray, les albumines hétérogènes injectées sous la peau passent dans le sang. Elles y déterminent une diminution de 1 à 3 p. 100 des albumines fixes du sérum. Cette baisse des substances albuminenses ne correspond pas à de l'hydrémie, car le chiffre des globules rouges se maintient à un taux uniforme avant et après l'injection. De plus elle est bien en rapport avec l'injection, car elle ne se produit jamais en dehors d'elle. Les albumines hétérogènes agissent donc comme un poison spécifique des albumines près du sérum. D'ailleurs ces injections répétées à doses progressives produisent un dépérissement progressif de l'animal et sa mort même, si elles sont faites à des dates suffisamment espacées pour ne pas entraîner de graves lésions rénales. La destruction des albumines sous l'influence de ces injections est encore démontrée par l'augmentation de l'urée, de l'azote et du soufre urinaire, toutes substances produites par la combustion des albuminoïdes.

Que deviennent les solutions de substances albuminoïdes injectées sous la peau? — Les nombreux travaux entrepris dans le but de réaliser une alimentation albumineuse par voie sous-cutanée n'ont abouti qu'à des résultats contradictoires. Il était donc intéressant de reprendre et compléter ces recherches à l'aide de méthodes expérimentales nouvelles. Celles-ci ont permis à MM. Castaigne et Chiray de démontrer que les albumines injectées sous la peau passent en nature dans le sang et dans l'urine. On les y retrouve avec tous les caractères chimiques et biologiques. A cet égard, la réaction biologique des précipitines est des plus nettes. Une fois introduites dans le sang circulant, les albumines sont partiellement éliminées par le rein et partiellement portées dans les tissus où elles sont comburées, leur combustion se traduisant par une augmentation des éléments azotés de l'urine.

Présence du spirochaete pallida dans le placenta syphilitique. — MM. Brindeau et Nattan-Larrier, en traitant, par la méthode de Levaditi, des placentas syphilitiques provenant de femmes atteintes de syphilis secondaire, sont parvenus à déceler des spirochètes, localisés dans le tissu conjonctif infiltré de la villosité, et dans la tunique moyenne des artères altérées; les spirochètes, dans les tissus maternels, ne se trouvent que dans les thrombus de lacs sanguins.

Recherche des spirochètes dans le placenta. — MM. Wallich et Levaditi ont depuis six mois étudié la plupart des placentas dans les cas de syphilis provenant du service de M. Pinard. Tous les frottis et toutes les coupes ont donné des résultats négatifs, sauf dans un cas, où le fœtus, né avec du pemphigus plantaire et palmaire, succomba deux jours après sa naissance.

Les spirochètes étaient répandus principalement dans le tissu muqueux des villosités, autour des vaisseaux un peu épaissis, et aussi, quoique beaucoup moins fréquents, dans la partie maternelle entre les grosses cellules de la caduque.

De la présence de la catalase dans les organes. — M. Escovesco montre, en réponse à une communication de Battelli, que les organes frais provenant d'un animal ayant subi le lavage total du sang, ne contiennent pas de traces appréciables de catalose. Le foie est le seul organe riche en catalase.

Autres communications :

Sur les lois modernes d'excitation dans leurs rapports avec mes expériences, par M. Zanietowski.

Influence de la protyline sur l'hydratation des tissus du corps, par MM. Gouin et Andouard.

Sur un cas de spirillose du cheval observé en Guinée française, par M. Martin.

Les cellules connectives rhagiocrines possèdent un intense pouvoir phagocytaire. L'inflammation aseptique ramène toutes les cellules connectives ordinaires à l'activité rhagiocrine, par MM. Renaut et Dubreuil.

Transport des particules solides par des cellules rhagiocrines, par MM. Doyon et Dubreuil.

Deuxième note sur la coloration des plaquettes du sang, par M. Vallet.

Recherches sur les substances anticoagulantes de la bile dans leurs rapports avec la colite muco-membraneuse et son traitement, par MM. Nepper et Riva.

Procédé de traitement de la bile pour en obtenir un extrait anticoagulant, par MM. Nepper et Riva.

Les cataloses du sang, par M. V. Ittallie.

Distinction de liquides albumineux provenant de divers animaux, par M. V. Ittallie.

A propos d'un type d'infantile à longs membres avec persistance des cartilages épiphysaires, par MM. Aubry, Jeandelire et Richon.

Coloration de la substance chromatique de la cellule dans des pièces préalablement traitées par la méthode de Cajal, par M. Collin.

Le trou de Vésale du sphénoïde humain, par M. Weber.

[Les trois dernières communications ont été faites à la *Réunion biologique de Nancy* (15 janv. 1905).]

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IBOGAINE, ALCALOIDE DE L'IBOGA DU CONGO

Pour ne pas confondre l'ibogaïne avec d'autres alcaloïdes extraits de plantes des pays chauds, il faut se rappeler que l'ibogaïne est retirée de l'Iboga du Congo; c'est donc un produit de nos colonies et un produit bien français. L'Allemagne, en effet, inonde chaque jour nos journaux médicaux de médicaments nouveaux aux dénominations bizarres, et de valeur thérapeutique souvent douteuse. L'ibogaïne, au contraire, a été soigneusement étudiée et expérimentée dans les hôpitaux de Paris. C'est un stimulant du système nerveux central, un toni-cardiaque, un reconstituant de premier ordre. Sa dose est de 10 à 30 milligrammes par jour. On peut la prescrire sous forme de dragées Nyrdahl à raison de 2 à 4 par jour.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PARALYSIES DU VOILE DU PALAIS

PHYSIOLOGIE DU VOILE. — Le voile est constitué par les muscles suivants : *péristaphylins internes*, qui, en se contractant, élèvent le centre du voile, et rétrécissent la trompe; *péristaphylins externes* qui tendent le voile et dilatent la trompe; *pharyngo-staphylins* qui séparent la cavité naso-tubaire de la cavité bucco-pharyngienne, en : 1° rapprochant les bords libres des piliers postérieurs; 2° rapprochant la paroi postérieure du pharynx du bord libre du voile; *glosso-staphylins*, qui rétrécissent l'isthme pharyngo-buccal en : 1° rapprochant les bords libres des piliers antérieurs; 2° abaissant le voile; 3° élevant la langue; *palato-staphylins*, qui raccourcissent la luette et l'incurvant en arrière.

Innervation. — Le péristaphylin externe est innervé par le trijumeau. Pour les classiques, c'est le facial qui innerve tous les autres muscles du voile. Reprenant l'hypothèse d'Arnold et de Vulpian, M. Lermoyez admet au contraire que ces différents muscles sont innervés par le vago-spinal (V. classiques et Le Meur, Th. de Paris, 1903). Les centres bulbaires du voile sont donc constitués par le noyau ambigu; ses cen-

tres corticaux semblent pouvoir être localisés au pied de la frontale ascendante.

GÉNÉRALITÉS. — Les paralysies du voile peuvent être *totales*, c'est-à-dire *bilatérales*, *unilatérales*, ou *partielles*; *cérébrales*, *bulbaires* ou *périphériques*. Ces dernières sont de beaucoup les plus fréquentes.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — La paralysie du voile peut être due : au *traumatisme*, cas exceptionnel; à des INFECTIONS : *diphtérie* (V. *Gaz. des hôpit.*, 1903, n°s 79 et 81), *fièvre typhoïde, oreillons, angines diverses*; à des AFFECTIONS NERVEUSES : *paralysie générale, tabes, hémorragie* et *ramollissements, tumeurs cérébrales, lésions bulbaires* (sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, atrophie Aran-Duchenne; tumeurs, hémorragies, syringomyélie, ramollissements, bulbites aiguës, etc.); *méningite de la base, névrites périphériques*. De toutes ces causes, les plus importantes sont : 1° la diphtérie; 2° les affections nerveuses.

Comment agissent-elles?

1. Les unes en provoquant une lésion des *centres corticaux* (ramollissement) ou *sous-corticaux* (hémorragie) des nerfs du voile; elles aboutissent généralement à une paralysie bilatérale du voile; les paralysies unilatérales, théoriquement possibles (expérience d'Horsley et Bevor) sont encore discutées, elles se réduisent à de simples parésies.

2. Les autres, en agissant sur les *noyaux bulbaires* des nerfs du voile (atrophie Aran-Duchenne, sclérose latérale amyotrophique), ou sur leurs filets radiculaires (tumeurs, hémorragie, et méningite de la base). Selon qu'elles frappent isolément ces noyaux, ou qu'elles atteignent en même temps d'autres nerfs aériens, elles donnent lieu, soit à des paralysies isolées du voile, soit à des syndromes complexes (V. plus loin).

3. Les infections peuvent déterminer une paralysie vélo-palatine, α. soit par *névrite périphérique*; β. soit par *inflammation des muscles* sous-jacents à la muqueuse malade (Stokes, Deguy).

SYMPTOMATOLOGIE. — § I. **Paralysie totale.** — Nous prendrons comme type de description les paralysies de la diphtérie.

I. **Troubles moteurs.** — SIGNES FONCTIONNELS. — a. *Troubles de la phonation.* — Ils consistent surtout en nasonnement; de plus, les labiales *b* et *p* sont prononcées comme *m*, les malades ne peuvent parler longtemps.

Ces troubles sont dus à la paralysie des péristaphylins et des pharyngo-staphylins; la paralysie de ceux-ci permet à la colonne d'air qui, normalement, passe tout entière par la bouche et va faire vibrer les lèvres, de se diviser en deux parties : une qui passe dans les fosses nasales où elle fait vibrer le voile, que ne tendent plus les péristaphylins externes, d'où le nasonnement, et une affaiblie qui, passant par la bouche, ne heurte plus les lèvres avec une énergie suffisante pour produire les sons *b* et *p*.

b. *Troubles de la déglutition.* — Normalement, au premier temps de la déglutition, le voile est soulevé par le péristaphylin interne, tendu par le péristaphylin externe; l'orifice qui fait communiquer les fosses nasales avec la cavité bucco-pharyngo-laryngée est fermée par la contraction simultanée des pharyngo et palato-staphylins; l'orifice supérieur des voies aériennes est fermé par l'épiglotte et par la contraction du constricteur inférieur du pharynx; l'isthme du gosier, par la contraction des glosso-staphylins. Les aliments, ne pouvant refluer, ni dans les fosses nasales, ni dans la bouche, ni passer dans le larynx s'engagent dans le pharynx, qui s'élève pour les saisir.

En cas de paralysie du voile, l'orifice qui fait communiquer les fosses nasales avec la cavité bucco-pharyngée n'étant pas fermé, les *aliments refluent dans les fosses nasales* et sont rejetés par le nez; l'orifice glottique n'étant plus obstrué, des débris alimentaires peuvent s'y engager et provoquer des crises de dyspnée, de broncho-pneumonie, etc.

c. *Troubles de la respiration.* — Ordinairement peu accentués. Le *ronflement* est dû à la paralysie des péristaphylins, les *troubles de la succion*, à ce fait que normalement, dans cet acte, le malade fait le vide dans sa bouche en fermant l'isthme du gosier (contraction des glosso-staphylins) et respire par le nez. A signaler encore l'*impossibilité de souffler une bougie allumée*, de *gonfler ses joues*, de *se gargariser*, de *fumer*.

d. Les *troubles de l'audition* sont dus à la paralysie des péristaphylins.

SIGNES PHYSIQUES. — Le voile qui, normalement, est très mobile, et s'élève lorsque le sujet prononce la lettre *a*, et, au repos, est dirigé obliquement d'avant en arrière, en voûte, en cas de paralysie, reste immobile et pendant.

II. **Troubles sensitifs.** — Le voile ne réagit pas aux titillations, aux excitations mécaniques; les réflexes nauséeux sont abolis; l'anesthésie dépasse souvent, d'ailleurs, les limites du voile.

III. **Troubles vaso-moteurs.** — La muqueuse paraît plus pâle que normalement.

IV. Les **réactions électriques** sont ordinairement normales.

§ II. **Paralysies unilatérales.** — Elles peuvent être *périphériques* ou *centrales*.

Les *paralysies périphériques*, hémiplégies vélo-palatines, dans la diphtérie, succèdent le plus souvent à une angine unilatérale. Elles se caractérisent presque exclusivement par les troubles moteurs suivants : immobilité d'une moitié du voile, déviation de la luette, du côté sain, paralysie des piliers d'un seul côté et par les troubles fonctionnels de la paralysie totale. Elles n'aboutissent qu'exceptionnellement à la paralysie totale.

Les *paralysies centrales* sont généralement associées à d'autres troubles paralytiques, de façon à constituer trois syndromes voisins : *syndrome d'Avellis* : paralysie unilatérale et homologue du voile et du larynx (paralysie de la branche interne du spinal); *syndrome de Schmidt* : mêmes troubles, plus paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien du même côté (paralysie totale du spinal); *syndrome de Jackson* : paralysie unilatérale du spinal, portant soit sur une seule de ses branches (branche interne), soit sur les deux et, en plus, paralysie de la moitié correspondante de la langue (paralysie de l'hypoglosse). Pour plus de détails, v. la thèse de Le Meur.

§ III. **Paralysies partielles.** — 1° La paralysie du *palato-staphylin*, unilatérale, donne lieu à de la déviation de la luette du côté sain; bilatérale, à une chute de la luette sur la langue, d'où efforts de déglutition continuels et très pénibles. — 2° La paralysie des *péristaphylins internes* se traduit par l'abaissement du voile, si cet organe est en repos, par sa déformation, s'il se contracte. — 3° Dans la paralysie des *péristaphylins externes*, le voile n'est plus tendu. — 4° La paralysie des *pharyngo-staphylins* se traduit, si le voile est au repos, par une diminution de relief des piliers, pendant la contraction du voile, par le rejet des liquides par le nez. — 5° La paralysie des *glosso-staphylins* donne lieu à des troubles analogues, mais localisés aux piliers antérieurs.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC. — Variables avec la cause. Pour les paralysies diphtériques, v. *Gaz. des hôpit.*, 1903, n°s 79 et 81.

Dans les affections cérébrales ou bulbaires, elle est généralement incurable.

DIAGNOSTIC. — **Y a-t-il paralysie du voile?** — La question ne peut-être résolue que par l'examen direct (V. classiques).

Quelle est sa cause? — L'étude des antécédents des symptômes concomitants permet de distinguer : α. des *paralysies d'origine cérébrale* : coïncidence habituelle avec les symptômes de la paralysie pseudo-bulbaire; phénomènes de parésie plutôt que de paralysie; β. des *paralysies d'origine bulbaire* : coïncidence habituelle avec les symptômes de la paralysie glosso-labio-laryngée, si elles sont bilatérales; association fréquente de paralysies linguale, laryngée, etc., syndromes d'Avellis, etc., si elles sont unilatérales; γ. des paralysies liées à une *névrite périphérique* (diphtérie) etc., etc.

TRAITEMENT. — Électrisation, strychnine dans les cas de paralysie d'origine périphérique, toniques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 FÉVRIER 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Wallich et Cunéo; — M. Richaud, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Roger, Teissier et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

Mardi 6 février, à une heure. — 1er (oral) : MM. Berger, Poirier et Launois.

2e : MM. Cornil, Gley et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Pozzi, Thiéry et Brindeau; — (2e partie) : MM. Hutinel, Thiroloix et Guiart; — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Vaquez et Renon; — (2e série) : MM. Joffroy, Jeanselme et Carnot; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 7 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Legueu et Cunéo.

2e (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Macaigne; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Jeudi 8 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Launois et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Guiart et Maillard.

2e : MM. Cornil, Gley et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Guyon, Poirier et Brindeau.

Vendredi 9 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Ch. Richet et Macaigne; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Teissier et Legry; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Legueu; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Proust, suppléant.

Samedi 10 février, à une heure. — 2e : MM. Gley, Launois et André Broca.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Poirier et Bar.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Dupré; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bonnaire, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 7 février 1906, à une heure. — M. BLAIN. De la surveillance et de l'assistance médicale de la femme enceinte dans les villes et les villages. (MM. Pinard, président; Terrier, Wallich et Gosset.) — M. ROUBAUD. Contribution à l'étude de la filaire de Médine. (MM. Terrier, président; Pinard, Wallich et Gosset.)

Jeudi 8 février 1906, à une heure. — M. MORA. La pneumonie traumatique et la loi sur les accidents du travail. (MM. Brouardel, président; Pouchet, Chantemesse et Dupré.) — M. DUREY. Contribution à l'étude de la ration alimentaire des nourrissons atrophiques. (MM. Pouchet, président; Brouardel, Chantemesse et Dupré.) — M. BOIDIN. Recherches expérimentales sur les poisons de la bactéridie charbonneuse. Nature de la réaction locale dans l'œdème malin. (MM. Chantemesse, président; Brouardel, Pouchet et Dupré.) — M. ANDRIKIDIS. Etude clinique des troubles morbides attribuables au tricocéphale de l'homme. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Rénon et Jeanselme.) — M. PAISSAU. Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Rénon et Jeanselme.) — M. MARCHAND. Chloroforme et psychopathie. (MM. Berger, président; Budin, de Lapersonne et Faure.) — M. CORNU. Sur quelques cas d'intolérance des nourrissons pour le lait de femme. (MM. Budin, président; Berger, de Lapersonne et Faure.) — M. LIÉGARD. Emploi du collyre huileux à l'ésérine dans le traitement adjuvant des « ulcères infectieux à l'hypopion ». (MM. de Lapersonne, président; Berger, Budin et Faure.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES (*suite*). — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Munch et Nigay (de Paris), Olier (d'Orléans), Ouvrier (de Paris), Paradis (de Quiry-le-Sec), Pasteau (de Paris), Péan (de Médéa), Pellerin (de Neuilly-le-Réal), Penot (de Bellac), Peretti (de Sartène), de Peretti (de Lévie), Périer (de Puylaurens), Petit (de Paris), Peyronnet (de Toulouse), Pognon (de Saint-Mandé), Prat-Flottes (de Toulon), Quéry et Quillier (de Paris), Rapine (de Marseille), Jean Raynaud (de Saint-Etienne), Georges Reynaud (de Marseille), Reynes (d'Orange), Robert (de Salers), Rocca (de Marseille), Rodier-Talbère (de Valence-d'Agen), Mlle Marie-Ernestine Roussel (de Rouen), MM. Rudier (de Belfort), Salva (d'Adge), Santi (d'Orgon), Sarda (d'Annonay), Sauvage (de Vraiville), Sicard (de Jonzac), Stef (de Paris), François Tison (de Templeuve), Achille Tison (d'Avesnes-les-Aubert), Traxit (de Saint-Flour), Unganer (de Paris), Vandier (de la Crèche), Wagner (de Lieuray), Weil (de Paris).

M. Desmoulières, chef de laboratoire à Paris.

MM. les pharmaciens Aumignon (de Châlons-sur-Marne), Bastidé (de Brunoy), Berthe (de Paris), Bonnet (de Blois), Borel (de Salon), Bouttes (de Lorient), Cédard, Chassagnette et Corbière (de Paris), Deguiry (de Pontoise), Delord (de Brive), Descos (de Saint-Etienne), Desroches (de Mehun-sur Yvère), Dubled-Landit (de Paris), Duffour (de Toulouse), Fructus (d'Avignon), Gau (de Saint-Mandé), Hodencq (de Paris), Janin (de Boulogne-sur-Mer), Jard (de la Roche-sur-Yon), Jouffret (de la Seyne), Lafite (de Toulouse), Lanquepin (d'Angoulême), Lasserre (de Causssde), Machelart (de Lille), Malleval (de Lyon), Merveau (de Paris), Moyen (de Nay), Müller (de Brest), Nadeau (de Paris), Peuvion (d'Amiens), Porcher (de Mirepoix), Pujos (de Mézin), Rigal (de Nimes), Ropiquet (d'Amiens), Sarcos (de Carcassonne), Sestier (de Lyon), Trapenard (de Paris), Willemin (de Constantine).

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cadiot, médecin-major; Cazaux (de Langoiran), Clément (de Marseille), Gardé (de Neuilly-sur-Seine), Garret, médecin-major; Gémin (de Chateaubriand), Hugonneau (de Saint-Mathieu), Louart (de Paris), Lucciardi (de Santo-Pietro-di-Tenda), Ogier (de la Verpillière), Pourtié (de Paris), Sauvagnat (de Charenton), Spire, médecin-major; Zuccarelli (de Bastia).

MM. les pharmaciens Darnis (de Toulouse), Etchart-Lohiol (de Saint-Palais), Logeais (de Paris), Milvoy (de Rouen), Roger (de Paris).

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — Le jeudi 1er février à 5 heures du soir le buste du docteur Liébeault sera inauguré sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique, et de M. Berthelot, ancien ministre, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

HOPITAL COCHIN. — Le docteur Fernand Widal reprendra ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Cochin, le lundi 5 février 1906 à dix heures et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — SAMEDI 3 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 3 FÉVRIER 1906. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 1er février 1906 : MM. Froget, 12; Blanc, Mlle Giry et MM. Merle (Pierre), 11 ; Brisset (Léon) et Marcorelles, 10 ; Martingay, 9 ; Perdoux, 7 ; de Vaugiraud, 5.

La prochaine séance aura lieu le samedi 3 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

MARINE. — Sont promus au grade de médecin de troisième classe : MM. les élèves du service de santé Delahet, Geoffroy et Badin.

MUTUALITÉ. — Une médaille d'argent est décernée à M. le médecin principal Malinas.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS ET DE LA SEINE. — Bureau pour 1906 : Président : M. le docteur L. Gourichon; vice-présidents : MM. les docteurs Cayla, Doury, de Pradel; secrétaire général : M. le docteur Butte; trésorier : M. le docteur Georges Lévy; secrétaires : MM. les docteurs Biard et Meyer.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la quatrième semaine, 951 décès, au lieu de 897 pendant la semaine précédente (moyenne 1022). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 31, au lieu de la moyenne 44.

La variole a causé 2 décès (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13 au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La rougeole a causé 22 décès, au lieu de 21 pendant la semaine précédente, la moyenne est de 9; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 315, au lieu de 269 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 119.

La scarlatine a causé 1 décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 56, il s'élevait à 50 pendant la semaine précédente, la moyenne est 58. La coqueluche a causé 1 décès (moyenne 5). La diphtérie a causé 4 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 62, au lieu de 79 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 99.

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 17 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 32 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 159 décès, au lieu de 167 pendant la semaine précédente (moyenne 211). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (moyenne 18) ; bronchite chronique, 19 (moyenne 28); pneumonie, 31 (moyenne 47); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 99 (moyenne 118), dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire et 52 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès ; la méningite tuberculeuse, 27; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 56 décès; les maladies organiques du cœur, 66; le cancer, 68; la hernie et l'obstruction intestinale, 10; la cirrhose du foie, 15; la néphrite, 29; enfin, 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

HOPITAL COCHIN. — Le docteur Fernand Widal reprendra ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Cochin, le lundi 5 février 1906 à dix heures et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

HOTEL-DIEU. — M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons sur les maladies nerveuses le dimanche 4 février, à dix heures, amphithéâtre Trousseau, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Consultation externe et policlinique pour les maladies nerveuses et mentales le samedi, à neuf heures et demie (salon de la salle Sainte-Anne).

ASILE SAINTE-ANNE. — M. E. Dupré, agrégé, a commencé son cours de psychiatrie médico-légale le jeudi 1er février, à dix heures et quart, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne.

REVUE GÉNÉRALE

LES RÉTRÉCISSEMENTS BLENNORRAGIQUES DU RECTUM

Par M. L. ARNAUD,
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

(Travail de la clinique chirurgicale du professeur A. Poncet.)

La blennorragie ano-rectale, la « proctitis gonorrhoïca » des Anglais, la « Mastdarmtripper » des Allemands, est une affection bien décrite aujourd'hui et dont l'entité clinique a été établie de façon définitive le jour où l'on constata du gonocoque dans le pus sécrété par la muqueuse du rectum. Nous renvoyons à la Revue générale de P. Mermet dans la *Gazette des hôpitaux* des 2 et 9 mai 1896, où l'on trouvera une étude détaillée de cette affection.

Cette opinion que la blennorragie pouvait aussi se localiser au rectum et exclusivement, se trouve soutenue seulement depuis quelques années (Durand-Fardel, 1842; Huet, 1858; Hassing, 1861; Thiry, 1882; Winslow, 1886); mais ce n'est en réalité que depuis la découverte du gonocoque de Neisser dans le pus rectal, que sa démonstration a été faite d'une façon formelle.

Bumm signale le premier sa présence dans un écoulement rectal, puis c'est Horand qui signale 8 cas par propagation chez des femmes dans le *Lyon médical* (1888) et qui nie l'existence isolée de la blennorragie rectale. Neisser en 1889 expose à la Société allemande de dermatologie de Prague 2 cas de rectite blennorragique avec examen positif chez deux femmes dont les maris présentaient de l'urétrite chronique. Enfin en 1891, Frisch fait l'autopsie d'une blennorragie rectale datant de six mois et retrouve le gonocoque dans le pus et dans les coupes des tissus.

Bref, nous n'avons pas à prouver ici l'existence de la blennorragie rectale qui est évidente aujourd'hui. Elle est pourtant une localisation assez rare du gonocoque, mais nous n'irons pas dire avec Murray (Gonorrhea of the rectum, *Medical News*, vol. LXVIII, n° 10, 1896), que c'est une maladie si rare qu'on ne l'observe pas et qu' « on n'en trouve pas de cas dans la littérature » (*sic*). Et pourtant Neisser et Staub (1892) insistent sur sa fréquence et Jullien et Baër qui la trouvèrent fréquemment chez des malades qui n'accusaient aucun trouble, aucune réaction, aucune douleur, pensaient à juste titre que cette maladie pouvait passer fréquemment inaperçue.

Griffon dans la *Presse médicale*, 1897, rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans ayant des goûts antiphysiques et ayant présenté une rectite à gonocoques, sans participation de l'anus et chez lequel M. Sée trouva des gonocoques. M. Griffon pense que c'est là un cas rare de blennorragie isolée du rectum. Le cas de Neuberger est dû, pour lui, à des lésions eczématiformes.

Dans Murray (loc. cit.), il y a aussi un cas de localisation à la muqueuse rectale seule, et il est évident que ces rectites gonococciques isolées ne sont pas rares dans les rapports contre nature avec des blennorragiens chroniques qui apportent directement l'infection sur une muqueuse qu'ils traumatisent en même temps.

Meyer (*Arch. f. Dermat.*, 1897) publie 5 cas de localisation au rectum, qui serait fréquente pour lui; la marche serait analogue à celle de la blennorragie urétrale, le gonocoque se localiserait dans les glandes de Lieberkühn et dans le tissu péri-glandulaire amenant des périfolliculites comme dans les glandes de Bartholin de l'urètre.

En résumé, la blennorragie rectale isolée ou concomitante avec des lésions de vaginite ou d'urétrite est bien plus fréquente qu'on ne le pense d'habitude.

Dès lors, il va de soi que comme toute autre infection chronique rectale, la blennorragie pourra, ultérieurement, par les ulcérations qu'elle crée ou les réactions conjonctives qu'elle produit, évoluer vers la sténose. Ce sont ces rétrécissements blennorragiques du rectum que nous voulons exclusivement étudier ici.

I

Étiologie. — L'étiologie du rétrécissement rectal blennorragique est évidemment celle de la gonococcie rectale initiale. Celle-ci peut se produire primitivement, c'est-à-dire indépendamment d'une blennorragie déjà existante, ou secondairement, c'est-à-dire par propagation de l'infection venue d'un organe voisin.

Le premier cas se produit dans toutes les contaminations avec des objets souillés (spéculum, thermomètre). A ce propos, Murray rapporte une étiologie intéressante. Il s'agit d'une malade auparavant en bonne santé, sauf une constipation ancienne, et qui avait par cela même l'habitude de se donner des lavements avec un irrigateur. La servante atteinte de vaginite blennorragique se fit des lavages vaginaux avec le même instrument et infecta sa maîtresse. Chez les prostituées où cette affection s'observe surtout, la gonococcie rectale se produit par apport direct du pus dans les rapports contre nature. Le deuxième cas résulte de la situation topographique de la vulve et de l'anus. Dans la position couchée, il se ferait un écoulement naturel du pus et des sécrétions de la vulve à l'anus et au rectum. Cette étiologie doit être réelle, mais moins fréquente qu'on ne le veut habituellement, car chez les petites filles qui ont de la vulvo-vaginite blennorragique, on devrait trouver fréquemment des localisations au rectum et Flügel, dans un récent article, parmi les malades de la clinique dermatologique de Francfort-sur-Mein, trouve depuis l'année 1896, sur 56 cas de vulvo-vaginites gonococciques des petites filles, 11 cas seulement de blennorragie du rectum, soit une proportion de 20 p. 100.

En réalité la muqueuse rectale est loin de présenter des dispositions favorables au développement et au maintien des gonocoques comme les muqueuses génitales, et dans bien des cas, il faut envisager la nécessité traumatisante d'un acte sodomique inavoué.

On peut encore trouver comme mode d'infection une bartholinite qui s'abcède et gagne le rectum (Poelchen) ou un abcès de la prostate qui s'ouvre tardivement dans le rectum chez un rétréci urétral comme dans l'observation de Kirmisson ou le cas de Jadassohn.

Voilà donc autant de conditions où l'on peut observer de la blennorragie rectale et du rétrécissement consécutif.

Age. — L'âge moyen auquel les malades atteints de rétrécissement blennorragique du rectum vien-

nent consulter à l'hôpital varie entre vingt-deux et cinquante-quatre ans, soit une moyenne de 35,7. Il n'y a pas de différence entre l'âge moyen de l'homme et celui de la femme.

Sexe. — Le sexe féminin est surtout atteint. Berndt, dans sa thèse, note une moyenne de deux hommes pour treize femmes, soit 1, p. 6,5.

On explique la fréquence chez la femme :

1° Par l'exécution plus fréquente du coït anal;

2° Par la situation topographique de la vulve et de l'anus et l'inoculation à des fissures, à des hémorroïdes excoriées du pus venant du vagin;

3° Par les menstruations et les grossesses qui déterminent des hyperhémies passagères ou permanentes des organes du bassin. En effet des dispositions physiologiques comme la grossesse, le mécanisme de l'accouchement, des susceptibilités pathologiques comme les maladies diverses des organes génitaux et les accouchements laborieux peuvent altérer la constitution du rectum et prédisposer à la constipation, à l'infection, à la rectite.

Profession. — La classe sociale qui fournit le plus fort contingent de sténoses blennorragiques du rectum est la classe des prostituées. C'est là aussi où l'on trouve le plus de blennorragies rectales (Rollet, Martineau, Horand, Neuberger). Il ne faut pourtant pas trop restreindre et de même que l'on peut trouver des blennorragies rectales dans divers milieux (Frisch, Staub, Dock), il est possible d'observer des angusties rectales dont la lointaine origine remonte à une gonococcie, dans diverses classes de la société.

II.

Fréquence. — Dans quelle proportion, les blennorragies ano-rectales évoluent-elles vers la sténose?

Baër déclare que le rétrécissement du rectum est très rare dans la blennorragie, car sur 450 patients examinés, il n'en trouve qu'un cas; encore, ajoute-t-il, le malade s'adonnait-il au coït anal et on n'a pas été en demeure de tenter l'excision du rectum.

Dans leur chapitre étiologique des rétrécissements inflammatoires, Quénu et Hartmann ne mentionnent même pas la blennorragie comme cause possible de sténoses.

Parmi les anciens auteurs qui la nient nous trouvons Fournier, Duplay. Ainsi Duplay et Fournier qui eurent l'occasion d'observer un grand nombre de blennorragies rectales n'ont jamais remarqué de sténose consécutive, bien au contraire, ils ont trouvé une dilatation.

Murrow les tient pour exceptionnels, Rollet en signale des cas chez des hommes et des enfants, mais après des manœuvres de pédérastie.

Dans la thèse de Juliusbürger, 28 observations personnelles de rétrécissements du rectum sont rassemblées et pas une n'a trait à la blennorragie. Enfin Doméjean déclare que le rétrécissement du rectum comme complication lointaine de la rectite blennorragique n'est pas du tout prouvée, et Wallis, dans un article plus récent (*Brit. med. Journ.*, 6 oct. 1900), ne parle même pas de la blennorragie dans l'étiologie des sténoses inflammatoires.

Parmi les anciens auteurs qui l'admettent on peut citer Huet, Ashton, Smith, Bardeleben, Mollière, Esmarch, König, Péan... Gosselin qui diagnostiqua le premier une sténose blennorragique chez une malade observée par Moynac dans le service d'Empis cette malade avait une blennorragie rectale (datant de plusieurs années et à son autopsie, on trouva dans une étendue de 8 à 10 centimètres la muqueuse et le tissu sous-muqueux extrêmement hypertrophiés et transformés en tissu lardacé), Gosselin donc s'exprime ainsi : « N'est-il pas possible que les lésions du rétrécissement du rectum soient des conséquences de la blennorragie et qu'elles aient alors une origine vénérienne, mais non syphilitique? Rien de plus facile en effet chez la femme que le contact du pus blennorragique et je ne refuserais pas d'admettre que l'inflammation développée de cette manière peut se propager dans l'intérieur du rectum, y durer longtemps et amener finalement toutes les lésions que j'ai signalées... »

Daniel Mollière ne disait-il pas déjà en 1878 :

« On peut dire qu'à la suite de rapports contre nature, il a été observé dans quelques circonstances excessivement rares des rectites tout à fait analogues à celles qui prennent naissance au contact du pus qui s'écoule des organes génitaux atteints d'inflammation blennorragique et qu'il n'est pas absolument irrationnel de supposer que ces rectites blennorragiques ou inflammatoires amènent parfois la formation de cicatrices rétractiles et de rétrécissements. » Cependant ces observations ne sont pas rares.

Langs (1892) déclare avoir fréquemment trouvé des sténoses d'origine blennorragique. Neuberger en rapporte deux observations dans les *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1894.

Huber dans un article du *Wien. med. Woch.*, rapporte parmi ses observations 5 cas de blennorragie anormale chez des prostituées ayant évolué nettement vers le rétrécissement et ayant nécessité des interventions chirurgicales. Il relate aussi 3 cas de périrectite blennorragique.

Enfin Berndt dans sa thèse rapporte 18 cas de sténoses gonococciques dont 12 chez des femmes et Wegner sur 14 cas examinés, en trouve 7 blennorragiques.

Le rétrécissement du rectum est une maladie presque exclusivement féminine et c'est la fréquence plus grande de la sodomie et de la blennorragie anorectale chez la femme qui explique le pourcentage plus élevé des rétrécissements rectaux inflammatoires chez la femme (6 femmes en moyenne pour un homme d'après les statistiques).

En outre comme on examine principalement des prostituées qui ont contracté à une période quelconque de leur existence la syphilis, on ne pense pas du tout à la blennorragie rectale possible, on se laisse influencer par les anciennes données pathologiques qui faisaient de tout rétrécissement du rectum un rétrécissement syphilitique, on examine quelquefois, pour ne pas dire jamais, le pus rectal, on ne trouve pas de gonocoques (dans les vieux écoulements rectaux, comme dans les vieilles urétrites, on ne trouve pas le diplocoque de Neisser) et on diagnostique sténose syphilitique.

En outre les femmes qui ont des rectites blennorragiques vont voir rarement le médecin parce qu'elles n'ont pas de troubles subjectifs d'abord et parce que le traitement par lavages ou sans secours médical est courant. Quand, longtemps après, l'angustie s'est constituée, on demande s'il y a eu un fort écoulement de pus verdâtre par l'anus, de la rectorrhée comme disaient les anciens, en même temps qu'un catarrhe vaginal, les malades répondent mal et dans une telle proximité d'organes on finit par douter avec elles s'il y a eu rectite ou vaginite. Ce qui man-

que en somme à cette fréquence pour être reconnue, c'est la continuité des observations. Il faudrait prendre les malades en traitement dans les hôpitaux spéciaux de vénériens pour rectite blennorragique, ne pas les perdre de vue et constater si, au bout de quelques années, elles aboutissent aux services de chirurgie, pour se faire traiter des rétrécissements que l'on impute alors, faute d'anamnestiques suffisants, à la syphilis, à des couches difficiles, à de la coprostase, à n'importe quelle cause.

III

Pathogénie. — La période aiguë de la blennorrhée rectale est très courte et cette affection est quelquefois chronique d'emblée (Jullien). A ce moment-là, comme le dit Mermet, les symptômes subjectifs sont des plus inconstants et les signes physiques n'existent à peu près pas. Cependant cette rectite, quand elle est traitée, est très rebelle. Frisch cite l'observation d'une malade qu'il traita pendant six mois avec des bains de siège, des lavages rectaux, qui n'eut aucune amélioration et qui fut emportée par la tuberculose pulmonaire au sixième mois. Jullien déclare que ses malades de Saint-Lazare ont une moyenne de cent cinquante-trois jours de traitement.

C'est donc une maladie qui dure longtemps et pour laquelle le rétrécissement est aussi à craindre que dans l'urètre.

Au point de vue pathogénique, la sténose est obtenue de diverses manières, suivant que la rectite blennorragique est ulcéreuse, proliférante ou sténosante (voy. Anatomie pathologique).

Au Congrès de Vienne de 1892, Neisser, Lang, Neuberger ont insisté sur le rôle des ulcérations dans la formation des rétrécissements. Ce rôle est évidemment indiscutable, mais il semble qu'on ne doive pas lui faire jouer un rôle si prépondérant, car les ulcérations dues à la blennorragie ano-rectale ne sont pas si considérables qu'elles puissent, à elles seules, rétrécir considérablement le calibre du rectum.

Il faut plutôt envisager l'ulcération comme point de départ d'un travail inflammatoire qui, devenant intense et prolongé, pourra à la longue déterminer une sténose rectale.

Pourtant en 1894, Neuberger et Borzecki, sur 5 cas de blennorragie rectale chez la femme, constatent 2 fois l'existence de processus ulcéreux et leur attribuent une large part dans la pathogénie des angusties rectales.

La forme proliférante, que l'on rencontre aussi bien dans la blennorragie chronique de l'anus que dans les inflammations suffisamment intenses et prolongées de ces organes, se combine souvent avec la forme sténosante. Donc, tout au début, on a une phase de rectite chronique, plus ou moins intense, où la muqueuse est rouge, turgescente, granuleuse, recouverte d'une couche plus ou moins puriforme, glaireuse, puis on peut observer ou bien un processus de sclérose dans les couches sous-jacentes, sous forme de bandes plus ou moins espacées, ou bien un processus proliférant : la muqueuse s'hypertrophie et donne naissance à des tumeurs papillomateuses plus ou moins pédiculées (voir Anatomie pathologique).

La sclérose, dont nous parlons plus haut, a été bien observée en 1892 par Jullien : il a vu dans la paroi recto-vaginale une colonne d'infiltration de consistance fibreuse, s'étendant sur une hauteur de 6 centimètres et grosse comme le petit doigt. C'était le début d'une sténose rectale.

Il y a évidemment à l'invasion du gonocoque une réaction du tissu conjonctif et des vaisseaux, une infiltration leucocytaire très intense et très profonde qui peut atteindre jusqu'aux couches musculaires ou sphinctériennes, en dessous de la sous-muqueuse. A la longue, ce tissu inflammatoire néoformé subira la transformation fibreuse et tendra à la rétraction, à la sténose.

On a prétendu, il est vrai, que seulement de petites plaques cicatricielles, plus ou moins multiples, pouvaient ainsi prendre naissance, que l'on n'avait jamais de périrectite, et Doméjean (Th. de Toulouse, 1900) ne s'explique pas comment un organe aussi souple et aussi large que le rectum peut aboutir à une sténose totale régulière et réellement appréciable.

D'autre part, Fränkel nie toute analogie du rétrécissement rectal avec les rétrécissements organiques de l'urètre. Il fait remarquer que ces derniers sont le plus souvent annulaires ou circulaires, tandis que dans la paroi rectale on remarque de très longues bandes de tissu cicatriciel, et Schède confirme les données d'une monographie de Dittel, où l'auteur prouve que les rétrécissements de l'urètre sont souvent aussi très longs.

En réalité, il faut encore faire intervenir les causes d'irritation permanente de cette partie du tube intestinal, les matières fécales qui, passant sur une surface infectée, entretiennent et prolongent le travail inflammatoire par des infections successives, les efforts, le ténesme de plus en plus fréquent et prolongé à mesure que la sténose se produit.

En somme, le rétrécissement n'est pas occasionné par la présence du gonocoque dans les couches profondes, comme le pensait Tédenat, mais simplement par la réaction inflammatoire (Delbet et Mouchet, Huber) comme dans l'urètre.

Ainsi l'on s'explique la chronicité désespérante de la gonococcie ano-rectale, la formation de bon nombre de rétrécissements rectaux (Sänger, Jullien, König, Huber) jusqu'ici dits syphilitiques ou parasyphilitiques, alors qu'on en ignorait la véritable cause et qu'on les imputait à une origine vénérienne, sans trouver de traces récentes ou anciennes de syphilis.

IV

Anatomie pathologique. — Lésions de voisinage. — On observe quelquefois que la peau, au voisinage de l'anus, est rouge, tuméfiée, en partie tuméfiée ou exulcérée. A la jonction de la peau et de la muqueuse, on peut remarquer des formations nodulaires de la grosseur d'un pois ou d'une fève, tantôt molles, tantôt dures, tantôt pédiculées ou sessiles, dont la coloration va du rose pâle au gris brun. Ces productions sont dues en partie à des hémorroïdes non développées, en partie à des accroissements cellulaires de la partie anale de la muqueuse dus soit à une participation directe à la rectite, soit aux excitations déterminées par un écoulement persistant.

L'érythème de la région intra-fessière, les condylomes plus ou moins acuminés, les fissures et les rhagades au niveau des plis anaux peuvent se présenter.

Le sphincter est souvent flasque et l'anus béant, surtout chez les femmes, soit que l'on doive faire intervenir des accouchements laborieux, soit que l'on se trouve en présence de filles publiques qui se sont livrées fréquemment au coït anal.

Lésions de la muqueuse du rectum. — L'infection étant établie, on peut voir la sténose se constituer et évoluer comme dans toutes les sténoses inflammatoires suivant deux processus :

1° Un processus de la muqueuse seule qui réagit fortement et donne naissance aux productions papillomateuses de la rectite proliférante;

2° Un processus sous-muqueux qui donne naissance dans la couche musculeuse et la sous-muqueuse à une sténose sans participation de la muqueuse.

Les deux processus peuvent se trouver réunis chez le même individu et l'on a une rectite à la fois proliférante et sténosante.

1° *Processus sténosant et périrectite.* — La muqueuse, qui au cours de la rectite était rouge, tuméfiée, dans la sténose est plus pâle. C'est la sous-muqueuse qui s'est enflammée à son tour et qui a produit du tissu fibreux qui adhère à la muqueuse. Cette dernière est alors le plus souvent lisse, par places d'un brillant cicatriciel. Elle ne se mobilise plus sur les plans sous-jacents.

L'hyperplasie due à une abondante prolifération de cellules rondes peut atteindre non seulement la sous-muqueuse qui est souvent énorme, mais encore les deux autres tuniques du rectum. On a une sorte de périrectite qui s'est substituée à un processus essentiellement rectal au début.

2° *Processus proliférant.* — Dans le cas précédent on avait en quelque sorte une muqueuse atrophique. Si l'inflammation se localise à la muqueuse, celle-ci réagira seule et donnera dans la blennorragie comme elle donne dans toutes les inflammations intenses et prolongées des productions néoformées, hyperplasiques.

La muqueuse sera hypertrophique, très épaissie, tuméfiée avec des polypes plus ou moins pédiculés de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot. Cette pédiculisation semble due au passage continuel des matières dans l'intestin. Ces tumeurs polypoïdes, de volume variable peuvent être renflées et tendues, ou vides, molles et flasques. Leur surface est lisse, et leur nombre variable. Neuberger dans son étude n'en signale qu'une ou deux dans l'extrémité inférieure du rectum. Hamonic en a vu un véritable semis. Hamonic et Clamouse ont bien étudié dans leur thèse ces productions polypoïdes des rectites. Nous renvoyons à ces deux travaux ainsi qu'à l'étude de Delbet et Mouchet dans les *Archives générales de médecine* de novembre 1893 sur l'anatomie pathologique de la rectite hypertrophique proliférante et sténosante : on a presque toujours une infiltration embryonnaire diffuse des tuniques musculaire et celluleuse avec des lésions de périartérite.

Il peut arriver que les deux processus proliférant et sténosant se rencontrent dans le même cas, mais cette forme anatomo-pathologique serait assez rare si l'on se rappelle les remarques histologiques de Hamonic qui constate avec raison que les zones purement fibreuses semblent dépourvues de la puissance végétante. En tout cas les points de muqueuse saine, c'est-à-dire non hypertrophiée, qui apparaissent comme des aires déprimées entre les polypes qui les surplombent, peuvent devenir fibreux et les lamelles de tissu néoformé gagnant sous les pédicules des papillomes exhaussent peu à peu la tunique rectale sous-jacente avec ses néoformations réalisant une angustie où prennent part à la fois les néoformations fibreuses et les proliférations muqueuses.

Les *ulcérations* ne semblent pas plus fréquentes dans la sténose blennorragique que dans les autres strictures inflammatoires. Elles sont dues soit à la stase des matières au-dessus de la sténose, à des actions mécaniques, soit à des actions microbiennes. Prutz a cherché à expliquer la formation de ces ulcérations par des phlébites et des thromboses veineuses qui aboutissent à la nécrose partielle. W. von Greyerz dans un article récent arrive à démontrer qu'il n'a rien trouvé de semblable dans des préparations histologiques faites à ce sujet.

Bien plus il fait intervenir les troubles de nutrition apportés dans l'étendue de l'intestin par des microorganismes pathogènes qui siégeraient au-dessus des rétrécissements.

Le rétrécissement siège le plus habituellement à trois centimètres au-dessus de l'anus. Il est assez rare de voir des rétrécissements haut situés dus à la blennorragie ano-rectale.

Il est d'une consistance variable, dur, calleux, cicatriciel. Comme il y a souvent de la périrectite, c'est-à-dire des infiltrations profondes dans les tissus ambiants, on peut rarement le mobiliser : d'où la difficulté des extirpations.

Au niveau du rétrécissement, la muqueuse est lisse, reposant d'ordinaire sur une base élargie, augmentée de volume. Le plus habituellement la lumière du canal rétréci est arrondie et le degré de sténose n'est pas très prononcé. Généralement elle admet le bout de l'index. En hauteur, le rétrécissement s'étend seulement sur quelques centimètres. Berndt cite pourtant un cas où il remontait à 20 centimètres et une observation où la stricture ne se terminait qu'à l'anse sigmoïde. Mais ce sont là des exceptions.

Au-dessus de la sténose, la muqueuse réagit, présente ou bien des ulcérations dont il a été parlé plus haut, ou plus fréquemment des productions polypoïdes dues à des restes de la muqueuse qui réagissent comme tout tissu glandulaire par une abondante régénération de voisinage.

V

Symptômes. — La maladie a débuté par des symptômes de blennorragie ano-rectale, soit aiguë, soit chronique d'emblée. Si l'affection a été aiguë, le malade se rappellera des épreintes violentes, du ténesme, de l'écoulement anal qu'il a présenté quelque temps après le début des troubles : suintement continuel, laiteux d'abord, puis franchement purulent et tournant au jaune verdâtre. Si l'affection a été chronique d'emblée, il ne se souviendra plus des phénomènes douloureux qui sont très fugaces et inconstants, ni de l'écoulement qui manque le plus souvent.

L'attention du médecin est essentiellement attirée sur les symptômes de sténose qui augmentent de plus en plus et qui finissent par prendre le pas sur ceux de la rectite. Peu à peu les selles deviennent de plus en plus rares et difficiles sans être pourtant trop douloureuses à cette période de chronicité. Elles ont lieu tous les deux, trois, quatre ou cinq jours et ce qui différencie seulement de la constipation simple, c'est que les matières sont enrobées de pus.

Enfin après une assez longue période de constipation contre laquelle le malade lutte sans succès avec des purgatifs et des lavements, la sténose est définitivement constituée.

La constipation est devenue intense et persistante et tous les drastiques échouent contre elle. Quand

elles sont évacuées les matières sont rubanées ou ovillées ou en lanières, et ces aspects différents ne sont nullement dus à des formes particulières de sténose. En effet quand le rétrécissement est bas situé, les matières peuvent s'accumuler au-dessus et sous l'influence des efforts et de la pression abdominale peuvent s'éliminer sous forme de rubans, de lanières. Quand, au contraire, le rétrécissement est haut, la traversée de la sténose est lente, et les matières s'accumulent fragments par fragments dans l'ampoule rectale, d'où elles s'éliminent en scybales plus ou moins enrobées dans des glaires ou dans du pus.

Il y a le plus souvent des alternatives de diarrhée et de constipation, qui ne contribuent pas peu à affaiblir les malades. Il se produit de temps en temps des débâcles. Comment expliquer ces débâcles, ces brusques départs de diarrhée après un stade plus ou moins long de constipation? Il semble qu'il faille en chercher l'origine dans les ulcérations sus-angustiales. On remarquera que la muqueuse située au-dessus du rétrécissement est altérée et ne possède plus ses propriétés résorbantes, et d'autre part les masses fécales sont retenues pendant un certain temps au-dessus du rétrécissement et liquéfiées par la sécrétion des surfaces ulcérées.

En même temps les défécations sont pénibles et douloureuses parce que la muqueuse rectale est hyperesthésiée, qu'il y a un obstacle au cours des fèces et que la constipation s'accompagne de contracture réflexe du sphincter. Cet élément douleur dans la défécation n'est pas constant et Neuberger cite des cas où ce signe a absolument fait défaut, principalement dans les cas chroniques d'emblée.

Lorsque la débâcle, dont on a parlé tout à l'heure, survient, les mêmes matières dures, ovillées, sont expulsées au milieu d'un flot de matières molles ou semi-liquides, souvent d'une assez grande quantité de pus.

L'écoulement de liquide est en effet intermittent ou continu. Il est intermittent et n'apparaît pas dans les périodes de débâcle ou bien on observe une permanence de l'écoulement, surtout quand le sphincter fonctionne mal. C'est tantôt du pus, tantôt du sang, tantôt du mucus. Le plus souvent on a à la fois du pus et du sang mélangés. Le sang peut être dû à des hémorroïdes et chez les femmes surtout qui sont à la ménopause, ce flux hémorroïdaire peut survenir tous les mois.

D'une façon générale, Berndt trouve que le rétrécissement blennorragique saigne dans 11 cas sur 15, soit une proportion de 73,3 p. 100.

D'où part cette sécrétion mixte de pus et de sang? Elle prend naissance au-dessus du sphincter car la muqueuse rectale de l'anus à la sténose est peu modifiée, et d'autre part l'écoulement pathologique apparaît surtout au moment des diarrhées, c'est-à-dire qu'il est dû aussi à la présence des ulcérations situées au-dessus du rétrécissement. Le sang est dû aux hémorragies, soit spontanées, soit causées par les mouvements péristaltiques de l'intestin, au moment de la défécation au niveau des surfaces ulcérées. Le pus vient aussi des mêmes ulcérations. Le mucus viendrait de la portion du gros intestin située un peu au-dessus et pour une assez grande part de la portion intestinale inférieure à la sténose.

Le sang vient rarement du rétrécissement lui-même, car son tissu est fibroïde et pauvre en vaisseaux. Les efforts de défécation entraînent rarement des déchirures de la sténose. Ainsi une malade de Berndt présentait des selles rubanées depuis quatorze ans et seulement depuis deux ans des pertes de sang coïncidant justement avec le début des diarrhées.

Examen local. — On peut constater les altérations locales de voisinage signalées à l'anatomie pathologique : les fissures, les condylomes, etc.

Au toucher les sensations que perçoit le doigt varient avec la forme du rétrécissement si l'on se trouve en présence de sténose pure ou de sténose avec hypertrophie.

Aussitôt après avoir franchi l'anus, où le plus souvent l'on ne sent pas l'existence du sphincter, le doigt s'engage dans la partie rétrécie quand le rétrécissement est assez bas.

La forme des sténoses blennorragiques est le plus souvent infundibulaire quelque fois en sablier. A mesure qu'on s'élève, le rétrécissement devient de plus en plus serré et souvent au sommet de l'entonnoir, on peut à peine passer le bout de l'index et la sténose laisse seulement passer un crayon ou une sonde cannelée.

D'une manière générale, quand les malades viennent consulter, le rétrécissement ne laisse plus passer le doigt et on butte sur une paroi dure, résistante, cartonnée, qui ne prête pas sous la poussée du doigt. On peut quelquefois sentir en même temps des abcès, des amorces de trajets fistuleux, des ulcérations ou de la périrectite. La muqueuse est adhérente et plus ou moins râpeuse dans presque tous les cas. Si l'on se trouve en présence d'une forme hypertrophiante, la muqueuse est plus granuleuse; des papillomes multiples, plus ou moins tendus, plus ou moins pédiculés, impressionnent le doigt, si bien qu'il semble que l'on enfonce dans une grappe de raisins.

Après l'examen, le doigt est le plus souvent sali par du mucus ou par du pus.

Chez la femme, par le toucher vaginal, on pourra se rendre un compte plus exact de la hauteur de la sténose, de l'adhérence du rectum aux tissus voisins.

Etat général. — Il est assez fortement touché. Ce sont des malades sans force et très affaiblis qui souffrent énormément à chaque défécation et qui, pour éviter les selles, mangent moins. Ce qui augmente encore la cachexie et l'amaigrissement. Les diarrhées, l'abus des drastiques, l'écoulement de pus et de sang dont on a déjà parlé entrent aussi pour une large part dans l'étiologie de cette cachexie. En outre il se produit le plus souvent des résorptions de toxines au niveau des surfaces ulcérées, ascensions brusques de température, stercorémie, vomissements, arthrites infectieuses.

VI

Complications. — On peut observer :

Des *fistules ano-rectales* qui, d'après Neuberger et Staub, sont assez fréquentes et ont un début assez variable. Elles sont le plus souvent multiples et s'ouvrent au périnée et au vagin;

Des *phlegmons péri-rectaux* (véritables abcès post-blennorragiques) s'ouvrant dans le rectum et contribuant à le transformer en une gangue cicatricielle. Ils ont été bien étudiés par A. Huber (Uber periproctitis gonorrhoïca, *Arch. f. Dermatol.*, Bd. XL, p. 237), qui relate trois observations chez des filles publiques

où l'on a trouvé le gonocoque dans le pus venant de ces abcès;

Des *résorptions de toxines* qui se produisent au niveau des ulcérations sus-angustiales et sont ainsi l'origine d'accidents infectieux (souvent des arthrites). Elles peuvent même donner naissance à des inflammations diffuses assez graves qui peuvent s'accompagner de phénomènes péritonéaux. Ce sont en tout cas des péritonites localisées, circonscrites, qui procèdent par petites poussées et qui brusquement tournent court.

Rarement on observe dans les sténoses rectales des phénomènes d'occlusion, soit parce que les malades usent de purgatifs, soit parce que la musculaire du rectum est hypertrophiée, soit enfin parce que les formations ulcéreuses situées au-dessus de la sténose influent par leur sécrétion sur la consistance des matières. En tous cas, ce sont des phénomènes d'occlusion momentanée qui sont le plus souvent les avant-coureurs d'une grosse débâcle.

L'érythème interfessier, les condylomes anaux, les fissures sont le plus souvent observés au début et dans le cours de la blennorragie ano-rectale aiguë et c'est à peine si, dans le cours du rétrécissement, on observe des irritations de la muqueuse par le suintement permanent qui se fait au niveau de l'anus.

VII

Marche. Durée. Terminaisons. — La blennorragie ano-rectale chronique, qui est le plus souvent consécutive à la forme aiguë, a une marche très lente, une évolution torpide. Rarement on observe dans ce cas le *restitutio ad integrum* et c'est elle qui, par les altérations qu'elle détermine dans les tuniques rectales, entraîne les sténoses dont nous nous occupons.

Le rétrécissement une fois constitué n'a aucune tendance à la rétrocession. Il évolue lentement, irrité perpétuellement par les efforts de défécation du malade, et si l'on n'intervient pas, la mort peut survenir après une longue suite de souffrances. La durée en est très variable. On a vu des blennorragies anorectales chroniques durer deux ans sans amener de symptômes sténosants. Dès que la stricture se produit, il faut intervenir, faire de la dilatation lente et progressive ou même extirper le rectum.

La mort, quand elle survient, peut être déterminée par des accidents inflammatoires : péritonite, cellulite pelvienne ; par des accidents d'occlusion intestinale chronique, de stercorémie, enfin par la septicémie chronique.

Les malades sont souvent emportés par une tuberculose pulmonaire intercurrente, qui évolue rapidement chez ces individus affaiblis, cachectiques et infectés, et qui se nourrissent peu

VIII

Diagnostic. — Ce serait un diagnostic facile si l'on trouvait des gonocoques dans le pus rectal. Mais comme l'on se trouve le plus souvent en présence de vieux processus, la preuve par le gonocoque n'est pas possible, parce qu'il n'existe plus dans les sécrétions.

Il peut se faire que l'on trouve en même temps de l'infection des organes génitaux et que l'on rencontre alors le gonocoque, mais cette coïncidence est rare et, d'une façon générale, les amnestiques ne donnent aucun renseignement.

Chez les hommes on pourra observer des restes de blennorragie urétrale chronique. Chez les femmes, on a des signes plus importants. Elles peuvent avoir la notion d'avoir eu, au début du mariage par exemple, un écoulement brusque, suivi de douleurs et de brûlures à la miction; elles accusent parfois des symptômes de cystite. Küstner appelle l'attention sur le gonflement douloureux des lèvres vulvaires.

Enfin on peut se trouver en présence de pertes blanches qui sont le plus souvent l'indice de blennorragie chronique et qui augmentent d'intensité dans l'état puerpéral, ou bien de toute la kyrielle des maladies des annexes dues le plus souvent à une gonorrhée ascendante, alors que les symptômes au niveau des organes génitaux externes ont disparu depuis longtemps.

A l'examen de l'appareil génital on pourra rencontrer des fistules recto-vaginales, dues le plus souvent à des bartholinites, des cicatrices, de vieilles infiltrations des tissus voisins.

Si l'on se trouve en présence de sodomistes passifs, outre l'état psychique, les habitudes féminines, les penchants sexuels, on recherchera les déformations ano-rectales les plus fréquentes : la déformation infundibuliforme de l'anus, surtout chez le sodomiste habituel, due à la contracture du muscle releveur de l'anus par voie réflexe (Brouardel), mais qui d'après les auteurs n'aurait pas plus de valeur que le développement anormal des fesses.

Un signe plus important serait le relâchement du sphincter et l'effacement des plis anaux.

En somme, dans ces vieilles sténoses rectales, il est difficile de faire la part de la blennorragie ou d'une autre infection déterminant de la rectite, difficulté qui croît encore quand on se trouve en présence d'une infection mixte. On peut en effet avoir des commémoratifs de syphilis et de blennorragie, et dans ce cas, il est très difficile de faire la part des deux processus dans l'étiologie du rétrécissement. Ainsi dans une observation de Huber (*Wien. med. Wochens.*, 1898, p. 1128) où la malade, fille publique, était à la fois atteinte de syphilis et de blennorragie, on se trouvait en présence d'une sténose, seulement perméable au petit doigt, et qui atteignait son maximum au niveau du sphincter interne de l'anus. Quel diagnostic porter? Est-ce la syphilis ou la blennorragie qui est cause de sténose? On fit l'examen des sécrétions du rectum et on put voir avec des leucocytes polynucléaires nombreux des gonocoques intracellulaires abondants. La rectite et la sténose étaient d'origine blennorragique et l'on fit de la dilatation et des lavages au permanganate.

Or comme la preuve microbienne manque le plus souvent, on fait presque toujours le diagnostic de sténose syphilitique.

Diagnostic avec les autres sténoses. — Quand on ne trouve pas de signes de gonococcie, il faut examiner si le rétrécissement devant lequel on se trouve est dû à la syphilis, à la dysenterie, à la tuberculose ou à d'autres causes inflammatoires (abus des drastiques, sodomie passive simple, etc.).

Kelsey a essayé d'établir les caractères différentiels d'une rectite spéciale aux sodomistes sans blennorragie et que l'on trouverait dans les antécédents de ces rétrécis. Ce serait d'après lui une sensation de chaleur et de pesanteur au rectum avec envies fréquentes d'aller à la selle, écoulement d'un liquide séro-purulent sans gonocoques, mais ces éléments de diagnostic sont bien insuffisants, surtout quand

la sténose s'est produite et que ces symptômes sont atténués, disparus et oubliés.

On ne peut, en somme, une fois la sténose établie, faire le diagnostic sans les anamnestiques. Le rétrécissement blennorragique comme le tuberculeux, le syphilitique ou celui qui est dû à une rectite banale sont essentiellement des sténoses d'origine inflammatoire, qu'elles se traduisent par des végétations muqueuses ou des indurations fibroïdes des tuniques rectales.

Au point de vue de la syphilis l'interrogatoire ne donne pas tout ce qu'il devrait. Un traitement énergique par des frictions ou des injections faites à une période quelconque de la vie s'impose à la mémoire et l'on n'est pas tenté de nier un traitement qui a guéri. Il faut pourtant se défier. On n'aime pas à avouer que l'on a pris du mercure et le proverbe « omnis syphiliticus mendax » est vrai.

Le plus souvent, elles n'ont aucune signature histologique et c'est exclusivement l'étiologie qui peut en établir la nature. Sans doute il existe bien des rétrécissements histologiquement tuberculeux où l'on trouve des points caséeux et des cellules géantes, mais ordinairement, il n'en est rien. Il s'agit de ces *tuberculoses purement inflammatoires* récemment décrites à l'Académie de médecine par M. le professeur A. Poncet (1). Et c'est justement à cause de cette impuissance de l'histologie à en signer la nature que l'origine de ces rétrécissements a été si longtemps discutée.

On pourra observer des signes somatiques de syphilis, des adénites, la cicatrice de l'accident primitif, les épaississements périostiques, les gommes ou les cicatrices étoilées des jambes.

Encore tous ces signes ne font que préjuger de la nature du rétrécissement. Un syphilitique peut bien contracter une sténose de nature tuberculeuse ou blennorragique.

Pour la dysenterie, il y a les conditions de climat et de région, l'abondance des hémorragies, la fréquence des selles. En outre, le rétrécissement dysentérique est presque toujours de nature cicatricielle : ce sont des sténoses valvulaires, postérieures le plus souvent, quelquefois multiples. Les inconvénients de l'obstruction rectale ne sont pas trop marqués parce que les sténoses sont partielles et l'état général n'est guère atteint (Castex).

En faveur d'une sténose d'origine tuberculeuse on aurait dans certains cas une *longue* période prémonitoire de rectite chez des malades (hommes le plus souvent) qui ont les organes sains, avec des rectorragies assez abondantes et se présentant de temps en temps, véritables hémoptysies du rectum; puis cet écoulement sanguin est remplacé par un flux de muco-pus, quelquefois abondant au point que les malades sont obligés de se garnir, puis surviennent les troubles de la défécation sans crises très douloureuses. Localement on peut observer la présence d'abcès, de fistules, d'ulcérations à bords décollés, violacés, d'allures nettement tuberculeuses.

Ce sont en somme, que ce soit syphilis, tuberculose ou blennorragie, toujours à peu près les mêmes symptômes des sténoses rectales.

Bien entendu quand elle est due à un néoplasme, on sent au toucher une tumeur bosselée qui croît irrégulièrement dans la lumière du canal, et qui donne la sensation de petites tumeurs qui saignent facilement. L'état général est profondément atteint. L'évolution de la maladie n'est plus la même; elle est tout à fait différente de celle des sténoses inflammatoires.

(1) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire, Acad. de méd., 30 mai 1905.

En résumé, le diagnostic de la cause de la sténose est très difficile et il semble que beaucoup de sténoses que l'on imputait autrefois à la syphilis doivent être rattachées à la blennorragie, même quand on ne trouve pas de gonocoques dans le pus rectal. Tous les rétrécissements « non malins » ou « fibreux » des anciens, les « non malignant stricture » des Anglais devaient souvent être des sténoses dues à la sodomie inavouée, plus fréquente qu'on ne le croit, ou à la blennorragie, quelquefois aux deux causes réunies, l'une traumatisante et l'autre infectieuse, causes que le malade avouait rarement et que le médecin ne cherchait pas, se bornant au grand « caput mortuum » intitulé rétrécissement syphilitique du rectum.

IX

Pronostic. — Le pronostic de toute sténose rectale est toujours sombre, en particulier lorsqu'on se trouve en présence de ces vieilles gonococcies rectales torpides, chroniques d'emblée le plus souvent et à la suite desquelles se produisent des sténoses qui ne se laissent pas dilater.

Il y a en outre des complications diverses qui aggravent le pronostic en infectant la région ano-rectale. Les phlegmons ano-rectaux sont une complication assez fréquente au même titre que les fistules et l'on comprend comment le pronostic d'une intervention sur le rectum est assombri quand l'opération doit se faire sur un terrain aussi délabré.

La sténose constituée, il se formera toujours du tissu fibreux, puisque la cause inflammatoire persiste; la périrectite succèdera à la rectite et le rétrécissement diminue de plus en plus la lumière du rectum sans avoir aucune tendance à la régression.

Il faudrait que le médecin fasse un diagnostic précoce (et pour cela que les malades viennent consulter dès le commencement de leurs troubles rectaux) pour instituer un traitement énergique et lutter contre la rectite.

X

Traitement. — On traitera ces sténoses comme un rétrécissement rectal ordinaire, c'est-à-dire que l'on disposera d'une thérapeutique riche en procédés mais pauvre en résultats.

a. Traitement médical. — Il faudra instituer un traitement médical au début et au cours de la rectite pour lutter contre la rectite.

Tout d'abord régulariser la fonction intestinale en engageant le malade à se présenter régulièrement à la garde-robe et faire suivre chaque évacuation de lavages du rectum avec des solutions antiseptiques, solution faiblement boriquée, permanganatée ou solution de nitrate d'argent. Pour faire ces irrigations, on pourra laver l'intestin situé au-dessus du rétrécissement avec une sonde molle d'assez fort calibre pouvant être admise dans l'angustie.

Souvent ces simples soins suffisent à atténuer énormément les symptômes douloureux et la suppuration. Ils devront toujours être administrés lorsqu'on voudra tenter une intervention chirurgicale.

b. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le premier traitement chirurgical à essayer dans un cas de sténose blennorragique est la dilatation, qui devra être lente et prolongée. Il faudra attendre que les phénomènes aigus de rectite, s'ils persistent, soient apaisés.

On pourra faire précéder cette dilatation de pratiques simples, telles que débridements superficiels, dilatation digitale extemporanée.

Enfin si l'on n'a pas pu dominer la rectite, si la suppuration et les douleurs très vives persistent, on pourra faire précéder la dilatation de la création d'un anus artificiel pour réaliser un peu plus efficacement de l'antisepsie rectale.

Les instruments qui semblent les meilleurs pour ces dilatations sont les bougies d'Hegar.

Ce traitement devra être conduit avec soin : les séances de dilatation seront courtes (sept à huit minutes), d'abord quotidiennes puis espacées de plus en plus (tous les trois ou quatre jours), mais c'est un traitement à très longue échéance et les malades devront le continuer eux mêmes pour ne pas perdre rapidement un bénéfice acquis péniblement.

Berndt, dans sa thèse, rapporte quatre observations de sténoses blennorragiques traitées avec succès par la dilatation, mais jamais le rectum ne reprit son calibre normal et toujours un degré de rétrécissement persista.

L'*extirpation* (résection le plus souvent) sera tentée lorsque la dilatation et les lavages rectaux n'auront donné aucun résultat.

Dans la sténose blennorragique, l'abaissement du rectum est aussi difficile que dans le néoplasme par suite d'adhérence aux tissus voisins. Cette intervention s'accompagne le plus souvent d'une forte hémorragie et son plus grave danger c'est l'infection qui désunit les sutures : il en résulte que le bout supérieur remonte et que la partie intermédiaire sous-muqueuse bourgeonnant reconstitue rapidement une sténose.

L'anus artificiel préliminaire, dérivant le cours des matières, permet d'avoir un champ opératoire propre et qui ne sera pas souillé secondairement. On devra le tenter toutes les fois que l'on voudra réaliser une antisepsie rectale pré et post-opératoire.

Les résultats éloignés de l'extirpation sont assez encourageants, mais on ne devra l'effectuer que lorsque la dilatation n'a amené aucune amélioration dans l'état du sujet.

XI

Conclusions. — Le rétrécissement du rectum d'origine blennorragique est beaucoup moins rare qu'on ne le pense habituellement.

En particulier bon nombre de rétrécissements dits syphilitiques reconnaissent une origine gonococcienne soit par propagation, soit par inoculation directe.

Les abcès consécutifs à une blennorragie du rectum sont absolument analogues à ceux décrits par Jadassohn dans le tissu conjonctif périurétral, dans la prostate et dans les glandes de Bartholin. En somme le rétrécissement rectal blennorragique a la même évolution clinique lente et progressive, la même disposition anatomique que le rétrécissement urétral de même origine.

Ainsi s'expliquent par l'origine blennorragique deux faits qui frappent dès que l'on s'occupe des rétrécissements du rectum :

1° La fréquence de cette affection chez la femme;

2° L'aspect clinique et anatomique de certaines de ces sténoses.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALQUIER et BALZER. Rectite à gonocoques, *Arch. de dermat. et de syphil.*, 1900, p. 742. — AULÈS. *Des rétrécissements inflammatoires du rectum. Etiologie*, Th. de Montpellier, 1895-1896.

BAËR. Uber die rectal gonorrhoe bei Frauen, *Deuts. med. Wochens.*, 1896, n° 8, p. 116; — Beiträge zur Lehre von der weiblichen Rectalgonorrhoe, Frankfürt 1896, *Arch. f. Dermat.*, vol. XXXIX, p. 296; — Weitere Beiträge zur Lehre von der weiblichen Rectalgonorrhoe, *Deuts. med. Wochens.*, 1897, n° 51, p. 811; n° 52, p. 831; — BERNDT. *Uber 18 Fälle von gonorrhoischer Rektalstriktur und ihre Behandlung*, Th. de Breslau, 1897-1898. — BUMM. Beiträge zur Kenntnis der Gonorrhoe der weiblichen Genitalien, *Arch. f. Gynœk.*, Bd. XXIII, p. 238.

CLAMOUSE. *Rectite chronique hypertrophique*, Th. de Paris, 1895-1896, n° 183.

DELBET et MOUCHET. Rectite hypertrophique proliférante et sténosante, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1893, t. II, p. 513. — DOMÉJEAN. *Rectite blennorragique*, Th. de Toulouse, 1809-1900, n° 372. — G. DOCK. Gonorrhoea of the rectum, *Med. news*, 1893, t. I, p. 325. — DUPLAY. Du rétrécissement du rectum, *Semaine méd.*, nov. 1892, p. 461.

FRÄNKEL. Sitzungsber. d. ärztl. v. zu Hamburg, 30 déc. 1884, *Deuts. med. Wochens.*, 1885, p. 231. — FLÜGEL. Uber Rectalgonorrhœ bei vulvovaginitis infantum, *Berl. klin. Wochens.*, 20 mars 1905. — FRISCH. Uber gonorrhoea rectalis, *Centralbl. f. d. med. Wissens.*, 1891, p. 954; — *Arch. de dermat. et de syphil.*, 1892, p. 330.

GOSSELIN. Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum, *Arch. gén. de méd.*, déc. 1854; art. RECTUM du *Dict. Jaccoud.* — GRIFFON. Rectite à gonocoques, *Presse méd.*, 13 nov. 1897, p. 71. — GREYERZ (VON). Uber die Oberhalb von Dickdarmverangerungen auftretenden Darmgeschwüre, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, LXXVII, 1, 3.

HARTMANN. Blennorragie ano-rectale, *Ann. de gynécol. et d'obstétr.*, 1895, t. XLIII, p. 77. — HORAND. Notes pour servir à l'histoire de la blennorragie chez la femme, *Lyon méd.*, 1888, t. LIX, p. 251. — A. HUBER. Uber periproctitis gonorrhoïca, *Arch. f. Dermat.*, Bd. XL, p. 237; — Uber gonorrhea recti, *Wien. med. Wochens.*, 1898, n[os] 23-28; — *Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 2, p. 46. — HUËT (E.). Mastdarmsyphilis, *Behrends Arch. neue Reihe*, Bl. II, 1858.

JADASSOHN : Mastdarmblennorrhoe in Folge von Incision einer blennorrhoïschen Pseudo-abcess, *Fests. d. Neumann*, Wien 1900. — JULIUSBÜRGER. *Beitrage zür Kenntnis von den Geschwüven und Stikturen der Mastdarmes*, Inaug. Diss., Breslau, 1884. — JULLIEN. Blennorrhagie ano-rectale, X[e] Congrès français de chirurgie, *Gaz. hebd. de méd. et de chirur.*, 29 oct. 1896.

KIRMISSON. Rétrécissement du rectum consécutif à un abcès de la prostate, *Gaz. méd. de Paris*, 10 déc. 1887. — KONIG. Uber Reckalstriktur durh Gonorrhoë, *Gesells. der Charité Aerzte*, Sitzúng von 5 jan. 1897; — *Berlin. klin. Wochens.*, n° 30, 20 juli. 1897, p. 659.

LANG. II[e] internat. dermatol. Congress, Wien 1892, *Arch. f. Dermat.*, Bd. XXIV. — LAPOINTE. *Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum.* Th. de Paris, 1897-98.

MERMET. Blennorrhagie ano-rectale, *Gaz. des hôp.*, 2 mai 1896. — MEYER. *Arch. f. Dermat.*, t. XI, p. 287, année 1897. — MOLLIÈRE (D.). *Maladies de l'anus et du reetum*, 1878. — MURRAY. Gonorrhoea of the rectum, *Medical news*, vol. LXVIII, n° 10, janv. 1896. — MURRON. *Gaz. méd. de Paris*, 1873.

NEISSER. Uber die Bedeutung der Gonococcien für Diagnose und. Therapie, *Verhandl. der deutsch. dermat. Gesells, Con-*

gress. zu Prag., 1889, p. 133. — NEUBERGER. Blennorragie rectale, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1894, Bd. XXIX, Heft. 3, p. 354. — NICOLADONI. Zur Naht bei Resectio recti, *Centralbl. f. Univ.*, 1897, n° 35, p. 929. — NOBL. Verhandl. der Wiener Dermat. ges.. v. 18 avril 1894, *Arch. f. Dermat.*, Bd. XXVIII; 31 oct. 1894, Bd. XXX.

POELCHEN. Uber die Aetiologie der strikturierenden Mastdarmgeschwur, *Virchow Arch.*, Bd. CXXVII, Heft. 2, p. 189.

RILLE. Verhandl. der Wiener Dermatol. ges. v. 24, teb., 1896, *Arch. f. Dermat.*, Bd. XXXIX, p. 243. — ROLLET. *Dictionnaire des sciences médicales*, art. ANUS, t. V, Paris 1886. — RONA. Gonorrhœa recti, *Verein der Krank. ärzte* in Budapest, 1895, sitz. II.

SCHEDE. Sitzúngsver. der Ærztl. v. zù Hambùrg, 30 décembre, 1884, *Deutsche med. Wochens.*, 1885, p. 231. — SOUPLET. *La blennorragie, maladie générale*, Th. de Paris, 1892, p. 12.

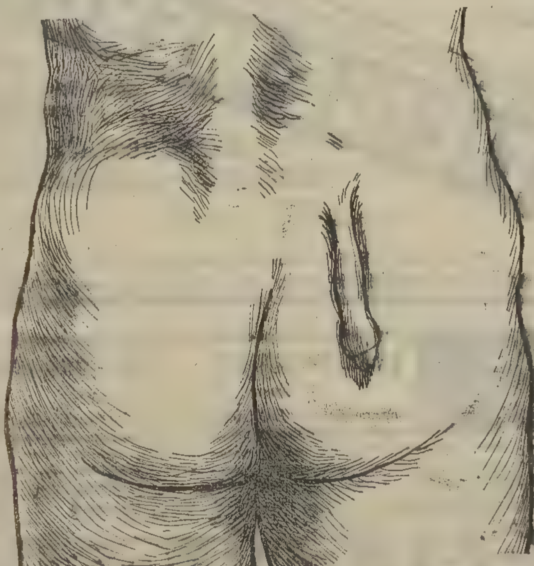
TRONÇAY. *Etude sur la blennorragie ano-rectale*, Th. de Nancy, 1897-98. — TUTTLE. Gonorrhœa of the rectum, *Med. and. surg. Rep.*, 1892, t. I, p. 379; *Bull. méd.*, 1892, p. 982.

WALLIS. The causes and treatment of non malignant stricture of the rectum, *Brit. med. Journ.*, 6 oct. 1900, p. 1002. — WEGNER. Zur Aetiologie und Therapie der durch Infection entstandenen Rectumstricturen, *Arch. f. klin. Chir.*, 1902, t. LXVI, p. 1063. — WINSLOW. Report of an epidemie of gonorrhœa contracted from rectal coition, *Arch. f. Dermat.*, 1887, p. 368.

CURIEUX EXEMPLE
DE
MOLLUSCUM PENDULUM EN FORME DE VERGE
INSÉRÉ SUR LA FESSE DROITE

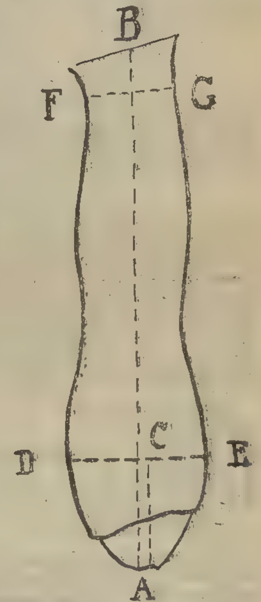
Par le docteur BONNETTE,
Médecin-major de deuxième classe.

Le docteur Mac Auliffe (de Saint-Louis, île de la Réunion) vient d'extirper, chez un Cafre, un curieux exemple de molluscum pendulum solitaire, inséré par un pédicule assez étroit (3 centimètres) au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure et pendant sur la fesse droite.



Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, s'est toujours connu porteur de ce molluscum, qui est resté indolore pendant de longues années, mais qui, depuis six mois environ, s'est enflammé, ulcéré à la pointe et est devenu assez douloureux pour que le patient demande son ablation, malgré les idées superstitieuses qui veulent qu'on ne touche jamais à un *signe*.

Ce molluscum solitaire a tout à fait la forme d'une verge : il a comme dimensions 16 centimètres de long, 3 centimètres de large à la base, 5 centimètres de large au niveau du renflement préputial et 3 centimètres de hauteur de gland.



AB, hauteur 16 centimètres. — AC, hauteur du gland 3 centimètres. — DE, diamètre du renflement situé au-dessus du gland, 5 centimètres. — FG, diamètre du pédicule, 3 centimètres.

En effet, à son extrémité inférieure, la peau s'est ulcérée et un champignon charnu, rosé, assez régulier, saignant facilement, fait hernie, simulant à s'y méprendre un gland à demi-recouvert par le prépuce. Une petite ulcération cicatrisée et située à peu près à l'extrémité du gland complète le tableau et fait croire à un méat.

La tumeur était lisse, la peau normale et, à la pression, sa consistance rappelait celle des mamelles qui pendent flétries. Poids : 27 grammes.

L'opération fut faite à la cocaïne. Le pédicule contenait deux artérioles assez volumineuses.

Ce molluscum pendulum est remarquable par sa forme, qui simule à s'y méprendre un pénis normal d'homme, et par son siège sur la fesse, alors que les sièges ordinaires de ces néoplasmes sont la tempe, les paupières, la nuque, la poitrine et surtout les grandes lèvres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène des poumons, par le professeur L. DE SCHROTTER. Introduction du docteur HUCHARD, membre de l'Académie de médecine. In-16 de 158 p., avec fig. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 15. — MARDI 6 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. MARDI 6 FÉVRIER 1906. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 3 février 1906 : MM. Deverre, 12; Perol, 11; Di Chiara, Henry et Weill (Simon), 10; Ramus, 8; Le Blaye, 7; Bernard, 5; Minot (Lucien), 2.

La prochaine séance aura lieu le mardi 6 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 2 février 1906 : MM. Tinel, 14; Marre (Louis), 12; Ehrenpreis, 11; Boulard, Bourdier et Lemercier, 10; Alexandre (Paul) et Rousseau-Langwelt, 8; Laffont, 7; Chibret, 6.

Séance du 3 février : MM. Troisier, 13; Lemarchal, Lévy-Valensi et Moyrand, 12; Galup et Lasnier (Maurice), 11; Vuillet, 10; Levy-Edmond, 9; Davesne et Fenestre, 8.

La prochaine séance aura lieu le mardi 6 février, à quatre heures trois quarts du soir, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Bouchard est promu grand-officier de la Légion d'honneur.

GUERRE. — M. Antoine est nommé médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE. — Le 10 février 1906, à huit heures et demie du soir, le docteur Suarez de Mendoza fera une conférence sur le végétarisme et la mère de famille, dans la salle de la Société des agriculteurs de France.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rayer (des Andelys).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 17 FÉVRIER 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Cunéo et Proust.

2e (1re série) : MM. Gautier, Roger et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, André Broca et Macaigne; — (3e série) : MM. Blanchard, Gley et Desgrez; — M. Richaud, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Mauclaire et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval; — M. Legry, suppléant.

Mardi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Auvray et Morestin.

3e (1re partie, oral) : MM. Guyon, Launois et Demelin; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Méry et Renon; — (2e série) : MM. Hutinel, Dupré et Bezançon; — M. Maillard, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Faure et Marion; — (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Thiroloix et Carnot; — (2e série) : MM. Bobin, Vaquez et Gouget; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Mauclaire et Cunéo.

2e (1re série) : MM. Gariel, Roger et Macaigne; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Desgrez et Branca; — (3e série) : MM. Blanchard, Gley et André Broca; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Poirier et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Guiart et Maillard.

2e : MM. Pouchet, Gley et Launois.

3e (1re partie, oral) : MM. Guyon, Thiéry et Brindeau; — — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Cunéo et Pierre Duval.

2e (1re série) : MM. Gariel, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Desgrez et Macaigne.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Sébileau et Lepage; — M. Balthazard, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Proust; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique* épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

2e : MM. Launois, Langlois et Desgrez.

4e (1re série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Richaud; — M. Faure, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Carnot; — M. Bezançon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Demelin et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 14 février 1906, à une heure. — M. Pomes. Contribution à l'étude de la septicémie à steptocoque dans la tuberculose. (MM. Landouzy, président; Gaucher, Reclus et Legueu.) — M. Halbron. Tuberculose et infections associées (étude critique et expérimentale). (MM. Landouzy, président; Gaucher, Reclus et Legueu.) — M. Louste. Bactérioscopie et cystoscopie du sang et des liquides hémorragiques par l'hémolyse immédiaie (erythrocytolyse). (MM. Gaucher, président; Landouzy, Reclus et Legueu.) — M. Leuthreau. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire chez l'enfant. (MM. Reclus, président; Landouzy, Gaucher et Legueu.)

Jeudi 15 février 1906, à une heure. — M. Monthelie. La névrose traumatique et la loi sur les accidents du travail. (MM. Brouardel, président; Cornil, Dupré et Besançon.) — M. Dusolier. Aperçu historique sur la médecine en Espagne, particulièrement au xvie siècle. (MM. Cornil, président; Brouardel, Dupré et Bezançon.) — M. Popovitch. Les spirochètes en pathologie humaine. (MM. Cornil, président; Brouardel, Dupré et Besançon.) — M. Laplaze. Des applications intra-rectales des courants de haute fréquence. (MM. Le Dentu, président; Berger, Faure et Morestin.) — M. Martin. Contribution à l'étude des anus vulvaires. (MM. Le Dentu, président; Berger, Faure et Morestin.) — M. Puissegur. Troubles gastriques de causes mécaniques au cours du rein mobile. (MM. Berger, président; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. Legrand. Considérations sur l'assistance maternelle. (MM. Budin, président; Gilbert, Vaquez et Demelin.) — M. Liebert. De l'emploi des courants continus dans le traitement du rhumatisme chronique déformant. (MM. Gilbert, président; Budin, Vaquez et Demelin).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janv. 1906.) Job : La fièvre typhoïde dans l'armée, ses causes. — Conte : De l'influence des bains de mer sur le développement et le réveil des otites moyennes. — Roualet : Syphilis cérébrale, à forme probablement scléro-gommeuse, des étages antérieur et moyen du cerveau. — Alvernhe : L'état sanitaire des troupes coloniales françaises. — Kopp : Les comprimés médicamenteux en usage dans l'armée allemande.

Archives de médecine navale. — (N° 1, janv. 1906.) Abelin : L'escadre de l'Extrême-Orient en 1903-1905 (*fin*). — Regnault : Le foyer du marin et du soldat à Toulon. — Gros : L'infection palustre et son traitement (*suite*).

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 1, janv. 1906.) Jean Petit et Georges Renon : Les ptoses génitales. — R. Morichau-Beauchant et F. Landry : Œdèmes aigus migrateurs et récidivants de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — Pouliot : Idées nouvelles sur l'hypertension.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 2, 13 janv. 1906.) Ury : Réaction d'Ehrlich dans les selles.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 11 janv. 1906.) Neisser : Recherches sur la transmission de la syphilis au singe. — Küttner : Que résulte-t-il pour le médecin praticien des progrès de la chirurgie rénale? — — Friedheim : Rupture sous-cutanée de la rate. — Conradi : Un procédé pour la recherche du bacille typhique dans le sang. — Jacoby : Traitement du trachome par le radium. — Vielh et Ehrmann : Recherches et observations sur les anciens et les nouveaux balsamiques. — Kraus : Un cas d'intoxication par l'eucaïne β. — Louros : Sur l'influence du paludisme sur la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Écho médical du Nord. — (N° 1, 7 janv. 1906.) Folet : L'anesthésie chirurgicale et ses récents progrès. — (N° 2, 14 janv.) H. Famechon : Hématome anévrismal diffus de la cuisse par suite d'ulcération de l'artère poplitée, au cours de l'évolution latente d'une ostéomyélite chronique d'emblée du fémur. — René Le Fort : A propos de vieux ossements.

Medizinische Blatter. — (N° 2, 11 janv. 1906.) Kœrtnig : Traitement par le pessaire de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus mobile. — Bruigs : Sur le traitement des ulcères de jambe.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 16 janv. 1906.) Wölker et Lichtemberg : Pyélographie. Radiographie du bassinet rempli de collargol. — Miller : Strabisme vertical. — Ehret : Diagnostic des calculs du cholédoque. — Grassmann : Quelques expériences sur le digalène. — Rieder : Exploration de l'estomac et de l'intestin à l'aide des rayons Röntgen. — Schrecker : Sur le traitement de la fracture supracondylienne de l'humérus et du fémur par l'extension de Bardenheuer. — Labhardt : Sur le clavin. — Morian : Sur les suppurations du cul-de-sac de Douglas. — Nieny : Méthode de mobilisation de la scoliose d'après Klapp. — Alderholt : Sur un cas rare d'ankylose congénitale des doigts. — Ritter : Sur l'apparition des néoformations. — Colmers : Quatre semaines sur le front de l'armée russe.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 2, 14 janv. 1906.) Ferenczi : Un cas de tabes compliqué de névrite.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 2, 11 janv. 1906.) Bartel et Spieler : La voie de l'infection tuberculeuse naturelle chez le jeune cobaye. — Bandi et Schwarz : Action de l'iode libre sur l'acide acétique et sa recherche dans l'urine. — Bernd : Emploi d'une membrane détendue pour la sphygmographie et la ternographie. — Hoke : Nouvelles recherches sur les propriétés agressives des sérosités dans l'infection pneumococcique. — Kühnel : Traitement médicamenteux de la fièvre dans la tuberculose pulmonaire.

COURS DE CLINIQUE ANNEXE DE LA FACULTÉ

LES

DEVOIRS DES ÉLÈVES DANS LES HOPITAUX

Par M. le docteur A. GUINARD,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

LEÇON D'OUVERTURE

Messieurs,

Je suis vraiment impressionné de vous voir si nombreux autour de moi et je vous remercie de tout mon cœur de votre accueil qui me touche profondément. Merci de me donner, un instant, cette sensation, très douce, je vous assure, qu'un de nos grands écrivains appelle « le coup d'aile ».

Je ne peux m'empêcher au début de cette leçon de jeter un rapide coup d'œil sur le chemin que j'ai parcouru avant d'arriver à cet amphithéâtre. Je le vois, hélas! jalonné par la mort de bien des disparus. Passons.

En novembre 1875, poussé par le docteur Riembault, excellent médecin de Saint-Etienne, ma ville natale, mon départ pour Paris fut décidé. Et je dédie cette petite anecdote à ceux d'entre vous qui seraient un peu superstitieux. Je vois encore le quai de la gare où toute ma famille attendait très émue le départ du train qui devait m'emporter pour toujours loin du foyer. Vous connaissez tous la solennité triste de ces séparations dont notre poète Haraucourt a si bien noté la mélancolie en disant : « Partir, c'est mourir un peu. » Pour faire bonne contenance à ce moment, je pris une feuille de mon carnet de poche et j'écrivis : « Voilà mon adresse dans trente ans : Docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Paris, » et comme le train s'ébranlait, je jetai aux miens ce papier prophétique. Il y a tout juste trente ans que se passait cette petite scène de famille. Et voilà réalisé le rêve fou de ma jeunesse.

Eh bien, Messieurs, sachez-le, vous pouvez tous vous faire une place au soleil : vous avez tous votre bistouri de maréchal dans votre giberne ; et ne croyez pas que, pour cela, il vous soit nécessaire d'avoir des appuis et des relations extraordinaires. Je ne connaissais personne à Paris dans le monde médical il y a trente ans, et je n'avais pour appui que M. Ducom, un vieux camarade de mon père, qui était pharmacien en chef de Lariboisière. C'est lui qui, dès mon arrivée, me conduisit dans le service de Tillaux, et c'est dans la fréquentation assidue de ce maître que je m'enthousiasmai pour la chirurgie et les malades. Et voici qu'aujourd'hui je suis dans cet amphithéâtre où j'ai vu Tillaux faire sa première leçon et inaugurer son cours libre de clinique avant d'obtenir la chaire de professeur à la Faculté. Et voici aussi que j'ai pour voisin, à la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Le Dentu, un des disciples préférés de Verneuil qui l'a précédé dans cette chaire.

Tillaux et Verneuil, mes deux seuls maîtres en chirurgie, ont donc tous deux enseigné ici même et je me considère un peu dans l'éternelle et séculaire « course du flambeau », comme le porte-flamme intermédiaire entre eux et vous. Vous trouverez dans mon enseignement un reflet des leçons de ces deux maîtres ; vous serez leurs élèves au second degré ; et ainsi se vérifiera encore la forte pensée d'Auguste Comte : « Les morts gouvernent les vivants. »

Il est impossible de trouver deux natures aussi différentes que celles de Tillaux et de Verneuil, et deux enseignements aussi dissemblables. Un seul point leur était commun, l'honnêteté scientifique, la probité professionnelle, l'amour des malades et des élèves. Mais il n'est pas jusqu'aux plus petites questions de pratique sur lesquelles ils ne fussent séparés. Verneuil laissait béantes les plaies d'amputation du sein ou des membres ; Tillaux les suturait avec soin. Verneuil soignait les fractures du radius en laissant le poignet relevé, la main en extension ; Tillaux les traitait en immobilisant la main dans la flexion forcée. Verneuil recommandait les petites incisions, « l'économie de la peau de ses semblables, » comme il disait ; Tillaux aimait les larges débridements « pour y voir clair ». Je pourrais continuer ainsi pour presque toute la thérapeutique chirurgicale.

Et à bien d'autres points de vue, la dissemblance était aussi marquée. L'un, petit, râblé, fin et spirituel, l'autre fier de sa force musculaire et de sa corpulence ; le premier prompt à tous les enthousiasmes, ardent aux sains emballements, le second, calme et pondéré, plein de jugement clinique et de gros bon sens. Aramis et Porthos, disions-nous familièrement au temps où on lisait encore les *Trois Mousquetaires*. Et tous les deux avaient ce trait commun qu'ils étaient adorés de leurs malades et de leurs élèves : l'un en les traitant avec la familiarité spirituelle d'un gavroche qui serait de l'Institut, l'autre en leur parlant avec une bonhomie tout affectueuse, une rondeur et une bonne grâce toutes normandes.

Mais je ne veux pas faire ici un « éloge » de Verneuil et de Tillaux. M. Reclus m'a précédé sur ce point, c'est tout dire, et personne ne saurait se mesurer à lui sur le terrain littéraire. De plus, je vous renvoie au discours prononcé hier par M. Nélaton, à la Société de chirurgie sur mon maître Tillaux. C'est l'éloge d'un bon chirurgien et d'un brave homme fait par un brave homme et un bon chirurgien.

Je ne peux cependant pas entrer dans le sujet de cette conférence sans saluer M. Championnière, qui a marqué ce service de son empreinte et qu'un règlement impitoyable vous a enlevé, bien qu'il fût en pleine possession de son talent. Je n'ai pas à faire de lui un éloge qui garderait uue teinte mélancolique ; il est fort heureusement dans toute sa vigueur intellectuelle et physique et j'espère bien lui offrir ici même l'hospitalité, pour profiter encore avec vous de son enseignement si personnel.

Parmi les chirurgiens, il en est qui ne se bornent pas à bien faire ce qu'ils ont appris de leurs devanciers, mais qui par une originalité native, s'éloignent des sentiers battus et se lancent hardiment dans des voies nouvelles. M. Championnière est au premier rang parmi ceux-ci. Faut-il vous rappeler son énergie, sa persévérance, sa ténacité, quand il a introduit en France l'antisepsie ? Au début de mes études, je me souviens combien le jeune chirurgien du Bureau central, revenant de Londres avec des malles remplies de gaze phéniquée, de protective, de mackintosh, etc., était l'objet des sarcasmes de la majorité de ses collègues et surtout de ses maîtres. On tâchait de ridiculiser « le rite antiseptique » et j'ai vu des chirurgiens s'incliner par moquerie devant l'aide qui leur présentait les pièces de pansement, comme un prêtre qui fait la génuflexion après les ablutions. On ne voyait dans sa persistance à vanter la méthode nouvelle, que l'entêtement d'un dogmatique, quand ce n'était que l'obstination de celui qui a entrevu la vérité. Et c'est grâce à cette méthode qu'il a pu hardiment vulgariser, en France, des opérations bien connues avant lui, mais qui n'étaient pas entrées dans la pratique journalière. Dans tous ses écrits on retrouve le même souci de ne donner que des aperçus personnels, des idées origi-

nales, sans se préoccuper des travaux antérieurs. Et ces travaux antérieurs, il les connaissait pourtant bien, comme il l'a montré dans son historique de la trépanation du crâne en particulier. Mais comme il a été parmi nous le premier prêtre fervent de la méthode antiseptique, il a pu les rajeunir et les faire siens, à la lumière du dogme nouveau.

Ne croyez pas, Messieurs, que tout ceci soit dit comme un « compliment » banal et obligatoire au maître qui m'a précédé; je l'ai écrit il y a douze ans déjà, alors que je n'étais lié à lui par aucun lien direct, et que j'étais loin de prévoir la situation qui m'est faite aujourd'hui. Vous voyez que le sillon est tout tracé et je n'ai qu'à le suivre ; la tâche m'est bien facilitée par tous ces devanciers; j'ai tenu à le dire en quelques mots au début de mon enseignement, pour bien vous rappeler que si nous paraissons parfois aux très jeunes gens plus grands que nos prédécesseurs, c'est que nous sommes montés sur leurs épaules.

Messieurs, c'est grâce à notre doyen, M. Debove, dont l'affectueuse bienveillance me poursuit depuis que je l'ai eu comme chef de clinique dans le vieil Hôtel-Dieu, que j'ai été chargé de vous faire un cours de clinique annexe.

Je l'en remercie bien vivement.

La clinique est l'étude du malade et du meilleur moyen de le guérir. C'est strictement dans cette formule que je limiterai mon enseignement. C'est dire que je n'ai pas l'intention de faire un cours de pathologie. Il y a pourtant avantage, il me semble, à ne pas se borner à étudier les malades qui se présentent à l'hôpital et à faire des leçons suivant les hasards de la clinique, c'est-à-dire « à la fortune du pot ». L'intérêt s'égare et se disperse, et je crois qu'il faut une sorte d'esprit de suite dans une série de leçons pour faire œuvre utile. Chaque leçon sera donc divisée en deux parties. Dans la première, je traiterai de la pratique élémentaire de la chirurgie : ce seront des conseils pratiques de « petite chirurgie », comprenant les soins à donner aux mains du chirurgien et à la région opératoire des malades, la préparation des opérations, l'étude de l'arsenal chirurgical, des instruments utiles ou indispensables; les précautions à prendre après les interventions, les soins pré et post-opératoires en un mot. Toutes les premières moitiés de mes leçons se suivront donc, comme un traité élémentaire de petite chirurgie. Je tâcherai de condenser tout ce qu'on ne vous dit pas dans les livres et de vous le présenter sous une forme claire et simple. La seconde moitié de chaque leçon sera consacrée à l'examen devant vous d'un malade.

Je vous présenterai un malade sur la table d'opération et je ferai devant vous un diagnostic précis et raisonné, dont nous vérifierons aussitôt, par l'acte opératoire, l'exactitude. Et quand mon diagnostic sera erroné, celui qui n'aura jamais fait d'erreur me jettera la première pierre. L'important, ce n'est pas de faire un diagnostic exact, c'est de raisonner juste. Si vous vous trompez en raisonnant juste, c'est le malade qui est dans son tort : c'est une exception. Je vous aurai montré dans tous les cas qu'il faut réagir contre cette tendance fâcheuse, qui consiste à pratiquer à tort et à travers des incisions exploratrices sans avoir fait de diagnostic.

Vous m'avez vu, il y a huit jours, diagnostiquer, chez un de nos malades de la salle Saint-Côme, un kyste hydatique de l'arrière-cavité des épiploons, et la laparotomie, faite aussitôt après l'examen, a montré que tels étaient bien la nature et le siège anatomique de la tumeur. Il s'agissait d'un homme de quarante ans qui avait dans l'abdomen, depuis un an, une tumeur d'une dureté de pierre et du volume des deux poings. Pour vous indiquer son siège, je vous dirai seulement qu'on avait pensé à une rate mobile, à une tumeur du rein gauche, à une tumeur de la grande courbure de l'estomac, à une tumeur de l'angle du côlon. En faisant placer ce malade sur le côté droit, la tumeur très mobile se déplaçait à droite et dépassait la ligne médiane, et dans cette position on trouvait néanmoins, à la percussion, la matité splénique : ce n'était donc pas une rate. Une tumeur du rein gauche de ce volume aurait donné quelque symptôme urinaire : or, les urines étaient absolument normales et n'avaient jamais contenu ni sang, ni pus. Quant à une tumeur du côlon, il n'y fallait pas penser, car avec un volume pareil elle aurait provoqué des troubles intestinaux, et le malade n'avait jamais rien présenté d'anormal de ce côté. Restait l'estomac : l'insufflation de l'estomac fut pratiquée séance tenante, comme je l'ai proposé, avec la poire de soufflerie du thermocautère tout simplement; la tumeur disparut aussitôt, cachée par l'estomac dilaté; elle siégeait donc derrière l'estomac, et là ne pouvait tenir qu'au pancréas. Kyste du pancréas peut-être. Mais ces tumeurs ne jouissent pas d'une pareille mobilité, de même que le cancer. Par élimination, nous arrivions ainsi au seul diagnostic plausible, de kyste hydatique de l'arrière-cavité des épiploons : et la laparotomie me donna raison.

Pourquoi ne pas ouvrir le ventre tout de suite, direz-vous, et faire le diagnostic *de visu?* Parce que je considère cette manière de faire comme déplorable. C'est abaisser l'art du chirurgien au niveau de nos grands-oncles, les barbiers ; c'est devenir l'esclave du médecin qui décide une intervention et la fait pratiquer sous ses yeux par « son » chirurgien. Le médecin est le cerveau et le chirurgien le couteau. Le temps n'est pas si loin où le chirurgien n'avait le droit d'opérer qu'en présence d'un médecin. Mais voici qu'à notre époque la chirurgie, par pénétration armée, envahit de plus en plus le domaine médical : le poumon, le foie, le cœur ont des maladies chirurgicales. Je n'irai pas pourtant jusqu'à revendiquer pour nous la préséance sur les médecins ; mais discutons pied à pied avec la médecine et ne soyons pas esclaves. *Nec ancilla, nec domina*, voilà une devise pour la chirurgie moderne.

En résumé, Messieurs, je tâcherai de vous apprendre l'art du diagnostic et du pronostic par une véritable leçon de chose : ceci pour votre instruction ; et la première moitié des leçons sera consacrée à votre éducation élémentaire. Cette éducation est très importante : on peut être à la fois très instruit et mal élevé, et le défaut d'éducation chirurgicale primaire peut nuire à toute la carrière du chirurgien le plus érudit et le plus instruit. Il y a des notions élémentaires qu'on ne peut apprendre qu'au début de ses études. Passé ce temps, vous gardez une lacune irréparable : on n'étudie la grammaire qu'au lycée. C'est cette éducation primaire que je compte faire ici. Et pour votre instruction clinique, vous la ferez vous-mêmes en grande partie en dehors des leçons, en venant avec assiduité dans les hôpitaux et en voyant beaucoup de malades. L'hôpital doit être pour vous le principal attrait de vos études. C'est là que vous allez passer la meilleure partie de vos jours d'étudiant. Vous devez y vivre le plus possible, et je ne peux m'empêcher de protester en passant contre cette abominable année qu'on vous fait perdre à disséquer des escargots, au lieu de vous envoyer dès votre première heure d'étudiant dans un service d'hôpital. Vous ne serez donc pas surpris que j'aie eu la tentation de vous donner quelques conseils sur les devoirs des élèves dans les hôpitaux. Ne vous attendez pas à des considérations théoriques et transcendantes sur la psychologie des « jeunes élèves ». Je serai encore ici tout terre-à-terre, et

j'aurai même le courage de braver devant vous le petit ridicule de vous paraître un peu poncif et prudhommesque ; mon excuse, c'est que tout ce que je veux vous dire n'est écrit et condensé nulle part : vous l'apprendriez peu à peu, dans la fréquentation de nos salles ; pourquoi ne pas vous le dire tout de suite au début de vos études médicales ?

Je parlerai successivement :

1° De vos rapports avec l'administration ;

2° De vos rapports avec les malades ;

3° De vos rapports avec les médecins étrangers aux services ;

4° De vos rapports avec vos chefs.

1° L'ADMINISTRATION. — De tout temps il y a eu une tendance à mettre sur le compte de « l'administration » toutes les imperfections des services hospitaliers. Il est certain que l'Assistance publique, à Paris, est une machine fort compliquée, avec de nombreux bureaux, meublés d'une armée de chefs, de sous-chefs et d'employés. Il faut passer par toute une filière quand nous voulons modifier l'organisation de notre service, et cela ne va pas sans quelque lenteur. Mais à tout prendre, sachez bien que vous trouvez toujours dans ces fameux bureaux une parfaite courtoisie, et qu'avec beaucoup de patience et un peu de réciprocité vous arrivez, *pede lento*, à obtenir tout ce que vous demandez dans l'intérêt des malades.

La seule recommandation que j'aie à vous faire ici, c'est d'être économe dans vos pansements. C'est en somme l'argent des pauvres qui est en jeu, et il faut avoir quelque scrupule à « gâcher » de l'ouate, des bandes de toile, de l'alcool, etc... N'épargnez rien de ce qu'il faut pour que les hospitalisés soient soignés comme des princes, princes de la misère qu'ils sont le plus souvent, mais évitez les profusions, les prodigalités inutiles qui, répétées de service en service, finissent par grever le budget dans des proportions inattendues. Dans tous les hôpitaux où je suis passé comme chef de service, l'économe a toujours été frappé des économies considérables réalisées dans mon service, en comparant mes dépenses à celles de mes prédécesseurs. Cela tient assurément — et j'en suis fier — aux recommandations spéciales que je ne cesse de faire sur ce point à mes élèves, et à la surveillance jalouse exercée incessamment par ma fidèle panseuse, Mlle Elise Lecordier. Vous n'avez donc ici qu'à continuer les bonnes traditions du service, et tout le monde vous en saura gré.

2° LES MALADES. — Un engagement tacite nous lie à la population hospitalière. Nous devons prodiguer aux malades tous les soins nécessaires, avec la gratuité la plus scrupuleuse. Et ils acceptent en retour de servir à l'instruction professionnelle des élèves. Encore faut-il user avec eux de ménagements et de discrétion. C'est sur ces deux points que je désire attirer d'abor dvotre attention.

Dans bien des cas, des examens répétés peuvent aggraver une lésion : il n'est pas indifférent de malaxer un anévrisme pour trouver un souffle ou un thrill, et même de chercher de la crépitation et de la mobilité anormale dans une fracture. Quand le chef, les internes et l'externe ont fait un examen parfois dangereux, presque toujours douloureux, il y a quelque réserve à mettre dans les examens ultérieurs. On comprend, n'est-il pas vrai, qu'un blessé ne soit pas toujours disposé à laisser trente ou quarante élèves chercher la fluctuation d'un abcès douloureux, ou même provoquer le ballottement astragalien dans une fracture du péroné.

Eh bien, en écoutant mes conseils, vous arriverez à faire des malades tout ce que vous voudrez. Le blessé ou le malade est, du fait de son mal, redevenu un grand enfant, et ce retour à l'enfance se manifeste souvent par ce cri touchant que vous entendez dans la bouche des adultes et même des vieillards, au début de la chloroformisation en particulier : « Maman, maman. » Il faut les traiter comme tels, c'est-à-dire être avec eux d'une douceur et d'une patience de mère. Le chirurgien bourru et brutal ne doit plus exister. Vous serez donc doux et patients avec les malades.

Pour les femmes spécialement, je vous recommande de prendre, dès le début de vos études, l'habitude de respecter leur pudeur même quand elle est feinte, et de bannir toute indiscrétion inutile de vos interrogatoires. Approchez-vous d'un lit de femme : en deux gestes qui jettent brusquement les couvertures de la tête aux pieds, et la chemise des pieds à la tête, étalez la nudité de votre malade devant une nombreuse assistance : vous êtes jugé dans l'esprit de la malade ; elle ne vous pardonnera pas ce début ; elle ne sera plus « en confiance » avec vous, et ses réponses à vos questions s'en ressentiront. Allez au contraire prudemment ; découvrez-la, tout en lui disant que vous ne la découvrez pas ; glissez une compresse en triangle sur le pubis quand vous voulez palper le ventre ; vous la trouverez d'une docilité parfaite ; la compresse pourra se déplacer au cours de l'examen, la malade n'y prêtera plus attention. Et vous aurez ainsi pris une excellente habitude pour l'examen des malades de votre future clientèle.

Dans vos interrogatoires, ayez soin de ne pas insister sur certaines particularités de l'histoire de vos malades. C'est encore une habitude bonne à prendre tout au début de vos études. Pas de *curiosité inutile*, pas de *questions indiscrètes*, pas de *questions maladroites*, pas de *questions inquiétantes*.

Voici, par exemple, un homme blessé d'un coup de couteau dans le ventre. Demandez-lui s'il s'est frappé lui-même ou s'il a été blessé par un autre : cela peut avoir de l'importance au point de vue chirurgical, pour apprécier la direction de la plaie profonde, etc... Mais gardez-vous de l'interroger sur les causes de son suicide ou de son assassinat : « curiosité inutile. » D'ailleurs sachez bien que sur ce dernier point vous n'aurez jamais la vérité.

Voici maintenant une femme qui vous paraît avoir fait une fausse couche ou qui est en train d'accoucher d'un embryon. Ne lui demandez pas si elle a fait ou subi des manœuvres abortives : d'abord parce qu'elle ne vous le dira pas et niera jusqu'à la mort, et puis parce que ce qui vous intéresse, vous chirurgien, c'est l'avortement et non la psychologie spéciale de la malheureuse qui se confie à vous. En pareil cas, vous me verrez toujours au moindre soupçon d'avortement provoqué « tendre la perche » à la malade en lui disant : « Vous êtes tombée dans un escalier ? » Et sur une réponse affirmative et précipitée, je suis fixé : mais je n'ai pas fait de « questions indiscrètes ».

J'ai parlé aussi de « questions maladroites » : en voulez-vous quelques exemples ? Voici un début d'interrogatoire que vous avez dû entendre comme moi :

— Etes-vous mariée ?

— Non.

— Avez-vous des enfants ?

A l'hôpital, la malade baisse les yeux et répond ou ne répond pas : mais je pourrais vous citer un médecin qui a perdu une cliente en ville pour une maladresse de ce genre. Inutile de dire que la seconde question vous suffit.

« Avez-vous des enfants ? » Inutile de savoir si votre sujet est marié.

En dehors de l'interrogatoire, j'ajouterai qu'il y a aussi des examens maladroits. J'ai vu pratiquer un toucher rectal et passer sans se laver les mains du rectum au vagin : mais c'est là une faute si grossière que je n'en devrais pas parler.

Enfin pas de *questions inquiétantes*, ai-je dit. Par là j'entends oute question qui peut frapper le moral de votre malade. On prend aisément à l'hôpital la mauvaise habitude de ne considérer le malade que comme « un sujet », et de se laisser aller à parler devant lui en des termes qu'il comprend souvent beaucoup mieux qu'on ne croit. Ne dites jamais devant un malade qu'il a un sommet suspect, ou une caverne dans le poumon. Apprenez de bonne heure l'art des périphrases et des synonymies. Ne parlez jamais de cancer, ni même d'épithélioma. Ne demandez pas crûment : « Avez-vous des cancéreux, avez-vous des tuberculeux dans votre famille ? »

L'esprit du malade est en éveil : il a souvent lu pour son malheur, et mal compris, de mauvais « livres de médecine », avant de vous consulter, et il cherchera dans quelque dictionnaire la signification des mots qu'il n'aura pas compris. Notez que c'est une habitude à prendre et rien n'est plus aisé que de donner le change : et ce petit effort vaut la peine d'être tenté ; car un mot peut le désespérer jusqu'à le conduire au suicide. Pendant quelques années on ne parlait plus que de bacillose : mais ce terme est très bien près d'être « brûlé ». Dites qu'un sommet respire mal, que vous trouvez des signes de géode ou de spélonque et surtout ne prononcez pas le mot de syphilis. Schaudinn et les spirochètes vous permettront de ne pas troubler la paix d'un ménage. Le gonocoque et le bacille de Ducrey vous éviteront de parler de blennorragie et de chancre mou. Je vous laisse le soin de multiplier les exemples.

Défiez-vous aussi des débuts et de la fin de la chloroformisation. Vous croyez le malade endormi et à son réveil il vous répète une partie de ce que vous avez dit. Cela est frappant surtout pour l'anesthésie au chlorure d'éthyle. Les malades semblent profondément endormis et inertes, et ils entendent tout sans pouvoir articuler un son. Ils sont poursuivis à leur réveil par les paroles imprudentes que vous avez prononcées. Un jeune officier, que j'avais anesthésié au kélène avec mon collègue le docteur Dufour pour réduire une luxation de l'épaule, nous répéta à son réveil toute notre conversation : « Nous n'y arriverons pas... je vais essayer la circumduction... il y a peut-être une fracture du col anatomique..., etc. »

Tout cela est bien élémentaire : c'est à dessein que j'y insiste avec complaisance.

Je ne vous ferai pas l'injure de parler de dévouement, de bienveillance, de charité et de bonté. Mais j'ajouterai que vous devez aimer les malades, vous intéresser à leur mal, les suivre avec soin. Et ce faisant, c'est votre succès dans la clientèle que vous préparez. N'oubliez pas que vous êtes toujours jugé par quelqu'un, dans le moindre de vos mouvements à l'hôpital et dans vos actes les plus insignifiants en apparence ; par votre chef, par vos internes, par vos camarades, par les sœurs ou les surveillantes, par les infirmiers même et enfin par le malade si vous êtes seul avec lui. Et c'est la résultante de toutes les impressions que vous produisez sur tout l'entourage, qui crée autour de vous une atmosphère dans laquelle vous passerez vos jours. Un chef attentif peut prévoir que tel de ses élèves aura une grande clientèle, et que tel autre végétera aigri au milieu des malades de ses confrères. Le premier est, en effet, aimé des malades, qui le demandent pour les pansements délicats ou douloureux : si un infirmier de la salle a besoin de petits soins, c'est à lui qu'il s'adresse. Et lorsque l'élève est devenu interne, c'est lui qui a « la confiance » du personnel administratif : c'est lui qui soigne les surveillantes et les infirmières. Dans toutes les salles de garde, vous verrez un interne jouir de cette confiance générale, soigner les furoncles de ses collègues, prescrire le permanganate à ses externes, et inciser les panaris de tous les employés de l'hôpital. Soyez sûrs que celui-là aura une belle situation de clientèle quand il sera docteur, du fait même de cette atmosphère dont je vous parlais tout à l'heure. Avez-vous remarqué que les chiens, par un secret instinct, vont caresser et flatter, sans les connaître, ceux qui les aiment ? Les malades, ces grands enfants, obéissent inconsciemment à un instinct obscur du même genre, et vont, sans les connaître, consulter de préférence ceux qui les « aiment ». Et voilà comment une justice immanente vous récompense un jour du zèle que vous avez mis à soigner vos malades des hôpitaux. C'est ainsi que, pour réussir, vous n'aurez pas besoin d'user de ces moyens si bas, que le jargon du jour appelle le bluff, la mousse ou la piaffe, et qu'à défaut de conscience, votre intérêt bien compris vous poussera à être tout simplement honnêtes et consciencieux, ce qui à l'heure actuelle, passez-moi l'expression, est « le comble de la roublardise ».

En résumé, douceur, patience, discrétion, habileté et prudence dans vos interrogatoires, voilà ce que je vous recommande à l'hôpital comme à la ville dans vos rapports avec les malades.

3° Les médecins étrangers au service. — Deux sortes de médecins viennent dans nos services : 1° des médecins étrangers de passage à Paris, ou qui profitent d'un long séjour pour nous voir opérer ; 2° des médecins de la ville qui viennent à l'hôpital « pour se tenir au courant », comme ils disent, ou pour voir un malade auquel ils s'intéressent. Des premiers j'ai peu de chose à vous dire : vous n'avez qu'à suivre pour eux les règles habituelles de la courtoisie internationale. Observez cependant, si vous avez voyagé, que notre hospitalité est bien froide, comparée aux réceptions que l'on nous offre à l'étranger et aux prévenances de toutes sortes dont on nous entoure. Il me semble à vrai dire, et j'y applaudis de toutes mes forces, que plus les voyages deviennent faciles et fréquents, plus les congrès internationaux se multiplient et plus nous prenons conscience de nos devoirs de réciprocité vis-à-vis des médecins étrangers qui nous font l'honneur de nous visiter.

Mais c'est sur les autres que j'appelle votre attention. Disons-le franchement, dans bien des cas, le médecin étranger au service n'est pas reçu comme il doit l'être. Je ne sais comment expliquer cela ; mais c'est un fait : et j'ai entendu bien des fois les doléances de nos confrères de la ville sur ce point. Eh bien, Messieurs, je vous engage de toutes mes forces à recevoir avec bonne grâce tous les médecins qui se présentent dans les salles, à leur donner les renseignements qui les intéressent et à les accompagner auprès des malades qu'ils demandent à voir. J'ai l'air, et je m'en défends, de vouloir vous donner une leçon de savoir vivre. Je veux seulement vous mettre en garde contre cette sorte de tradition fâcheuse qui fait considérer l'étranger au service, comme un intrus qui tient de la place. Rappelez-vous le proverbe latin : « Hodie mihi, cras tibi, » et songez que demain c'est vous qui serez l'étranger. Le service demeure, l'étudiant passe ; et si par votre exemple d'étudiant courtois et complaisant vous avez réussi à modifier, dans le sens favorable, l'accueil fait aux médecins dans les services, c'est pour vous que vous aurez travaillé ; c'est vous qui en bénéficierez lorsqu'à votre tour, médecin de

la ville, aux prises avec les tristesses de la clientèle, vous viendrez à l'hôpital chercher un peu de réconfort et vous retremper auprès de malades qui ne sont pas des clients. Songez bien que vous serez plus longtemps docteurs que vous n'aurez été élèves. C'est donc dans votre intérêt personnel que je vous donne ces conseils, et vous aurez plus de satisfaction dans le cours de votre vie professionnelle à être bien accueillis à l'hôpital, que vous n'aurez eu de plaisir au cours de vos études à regarder de haut le praticien qui ignore les finesses des séro-réactions nouvelles ou de la cryoscopie.

Et voyez quelle bizarrerie! Voici des internes qui par leur titre acquis après tant de travail ont dans le public un prestige extraordinaire. Pour cette fois le public a raison et on ne peut que le louer de sa perspicacité. Pendant quatre ans, ces internes jouissent de toutes les indulgences : ils ont partout un traitement de faveur. Ils forment une élite : ce sont les polytechniciens de la médecine. Et quand arrive le trois cent soixante-cinquième jour de leur quatrième année, le charme est rompu : ce ne sont plus des internes, ce sont des ex-internes des hôpitaux. Et alors, ils ont beau travailler et faire de la clientèle, ils ne jouissent plus de cette sorte d'auréole qui n'est inhérente qu'à la fonction. Il semble qu'en quittant leur calotte, ils aient perdu leur fétiche, et quand ils reviennent dans leurs services, ils ont la sensation très nette qu'ils sont devenus l'étranger, l'intrus, le gêneur. C'est une sensation que j'ai éprouvée pendant les années pénibles où je n'étais plus interne et où je n'étais pas encore chirurgien des hôpitaux. Et c'est alors que j'ai compris pourquoi peu à peu les médecins se déshabituent de l'hôpital et en oublient le chemin, ce qui est fâcheux pour tout le monde.

Mais voici qui est plus grave et ici je vous demande toute votre attention. Ce médecin qui ne vient plus à l'hôpital y envoie des malades, et c'est vous qui interrogez ces malades pour les présenter à votre interne et à votre chef. Eh bien, Messieurs, sachez-le; d'un mot, d'un geste, d'un clin d'œil, vous pouvez faire le tort le plus grave au médecin qui soignait en ville le malade : il s'agit d'une femme de chambre, d'une cuisinière, d'un concierge; c'est le médecin du maître qui a donné les premiers soins, souvent dans une mansarde à peine éclairée et toujours dans les conditions les plus défavorables. Soyez sûrs que vos moindres allusions à une erreur de diagnostic ou à une faute de traitement, seront colportées, amplifiées et dénaturées jusqu'à causer le plus sérieux préjudice au médecin traitant. Et notez, je vous prie, que je ne parle pas des cas où un élève aurait dit à un malade : « Quel est l'idiot qui vous a dit ou qui vous a prescrit cela? » c'est là une grossièreté monstrueuse; je ne puis croire que pareil propos ait été tenu dans un hôpital. Mais permettez-moi de vous citer deux exemples pris dans ma propre pratique; vous allez voir que malgré les idées que je vous développe ici, et malgré la prudence jalouse avec laquelle j'interroge mes malades dans leurs rapports avec leurs médecins, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de regretter quelques paroles et de méditer le proverbe : « Le silence est d'or. »

Vous savez qu'à la Maison Dubois où pendant trois ans j'ai dirigé un service de chirurgie, on a à soigner une quantité extraordinaire de fistules anales et de phlegmons ischio-rectaux, chez de jeunes employés de magasin, envoyés par les médecins de l'Union du commerce. J'avais profité de cette réunion de cas similaires, pour comparer la pratique qui consiste à inciser d'emblée les abcès périanaux jusqu'à l'anus, avec celle des chirurgiens qui se bornent à inciser l'abcès. C'est la vieille querelle toujours pendante que vous connaissez et qui date du temps de l'Académie de chirurgie où Faget, l'aîné, conseillait de ne pas se contenter d'inciser l'abcès péri-anal, mais de fendre le rectum du même coup, pour éviter la fistule anale consécutive. Foubert recommandait, au contraire, d'inciser simplement l'abcès sans toucher à l'intestin.

Dix fois, vingt fois, j'avais montré à mes élèves des malades nous arrivant avec une fistule anale datant de plusieurs mois, voire même de plusieurs années, et qui avaient succédé à l'ouverture simple, à la Foubert, d'un abcès péri-anal. Un jour je répétai ce que je vous dis là, à mes élèves, devant un malade qui avait sa fistule depuis plusieurs mois, et le malade en conclut, ou fit semblant d'en conclure que, si son médecin l'avait d'emblée soigné comme il convient, il n'aurait pas une nouvelle opération à subir et il n'aurait pas eu à se faire soigner pendant des mois. Le résultat ne se fit pas attendre : non seulement il refusa de payer la note d'honoraires de son médecin, mais il lui demanda en justice des dommages et intérêts. Et toute son argumentation était basée sur la causerie clinique que j'avais eu l'imprudence de faire devant lui. J'étais absolument dans mon tort et j'ai dû m'en excuser auprès du médecin en jurant bien, mais un peu tard, qu'on ne m'y prendrait plus.

Défiez-vous donc des conversations faites au lit des malades et ne dites devant eux que le strict nécessaire.

Voici un autre exemple, tiré de ma pratique de la ville. En 1898, dans un château de Seine-et-Oise où je soignais un blessé, la maîtresse de la maison me manifesta un jour une vive indignation contre le médecin du pays. Ce médecin avait donné à la femme du jardinier « un remède si violent » qu'elle avait en huit jours perdu tous ses cheveux, tous ses sourcils, en un mot tous ses poils. J'avoue humblement à ma honte que je restai incrédule et je soutins qu'il n'existait pas de médicament capable d'amener une pareille décalvation aussi rapidement. Il fallut bien me rendre à l'évidence quand on me montra la malade pleurant ses longs cheveux et fulminant contre son médecin malgré toutes mes exhortations. Elle était allée le consulter pour tâcher de tarir des sueurs nocturnes qui l'incommodaient. Le confrère avait ordonné des pilules de 5 centigrammes d'acétate de thallium. Rentré à Paris, je me mis en quête des travaux publiés sur l'acétate de thallium et pendant que je faisais ces recherches avec l'aide de notre distinguée interne en pharmacie Mlle Mazot, je vois entrer dans mon cabinet une dame très élégante, avec une chevelure luxuriante et un chapeau flamboyant. Comme je lui demandais ce qui l'amenait chez moi, elle se campe devant la glace de ma cheminée et avec d'infinies précautions, elle enlève quelques longues épingles et se débarrasse à la fois du chapeau et de la chevelure. Elle m'apparaît alors avec un crâne lisse et luisant comme un œuf d'autruche. Il n'y restait pas un poil follet. Reconnaissant cette alopécie que je venais d'observer chez la jardinière citée plus haut je m'écriai aussitôt : « Vous avez pris de l'acétate de thallium! » Stupéfaction de la malade qui en effet pendant huit jours avait pris des pilules d'acétate de thallium que lui avait prescrites, pour guérir des sueurs nocturnes, le médecin d'un village des environs de Bordeaux. Malheureusement, c'est mon exclamation qui lui ouvrit les yeux : elle n'avait pas vu dans l'usage de ces pilules une cause plausible de son alopécie, et je vous laisse à penser ce qu'il advint par la suite du médecin qui avait eu l'imprudence de prescrire cet extraordinaire médicament, et cela pour une parole échappée dans l'ardeur de mon examen. Notez que huit jours auparavant j'ignorais jusqu'à l'existence de l'acétate de thallium. J'aurais pourtant dû savoir que le

docteur Combemale (de Lille) avait présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur ce médicament, que M. Huchard avait fait un rapport très précis sur ce travail, et avait conclu nettement que, « si l'acétate de thallium est un antisudoral énergique, il détermine une alopécie rapide, et par suite ne doit pas prendre place dans la thérapeutique antisudorale. » J'ajoute, pour ceux que cela intéresserait, que la thèse de M. Vassaux (Paris 1898) contient tous les détails voulus sur ce sujet, et que j'ai publié mes deux observations à la même époque dans le *Journal des praticiens* : mais là n'est pas la question. Vous devez retenir de cette histoire deux enseignements : d'abord, qu'il ne faut pas prescrire des médicaments nouveaux, uniquement parce qu'ils sont nouveaux; attendez un peu qu'ils soient entrés dans la pratique. Et puis, ne donnez pas de longues explications à vos malades et pensez toujours aux conséquences de vos paroles et de vos diagnostics, en présence des malades toujours disposés à accuser le médecin et les traitements prescrits de l'aggravation de leur mal.

Et j'en dirai autant des lettres que vous avez parfois à remettre à des malades pour leurs médecins. Rappelez-vous que ces lettres, si closes soient-elles, sont le plus souvent, sinon toujours, décachetées et lues par les malades eux-mêmes. Ne confiez donc jamais à un malade une lettre confidentielle pour son médecin, si vous y parlez d'un diagnostic ou d'un pronostic que vous voulez lui cacher.

4° Les chefs de service. — Ici, Messieurs, je serai bref. Ce n'est pas un des moindres privilèges de notre situation que de passer nos matinées, entourés de cerveaux jeunes et ardents qui entretiennent autour de nous une atmosphère de modernisme et de progrès.

Notre cher doyen, M. Debove, nous comparait naguère au vieux roi David qui se rajeunissait aux rayons Z d'Abizaïg, la jeune Sunamite de l'Ecriture. Sans aller jusque-là je suis de l'avis de la Casilda de *Ruy Blas* quand elle dit :

Je crois que la vieillesse arrive par les yeux
Et qu'on veillit plus vite à voir toujours des vieux.

C'est par notre commerce journalier avec vous, que notre esprit demeure si longtemps jeune; c'est grâce à vous que nous sommes accueillants pour les idées nouvelles et que notre cerveau reste toujours le « cerveau hospitalier » vanté par Goëthe.

Et quand, mis à la retraite, nous perdons votre contact, nos cellules cérébrales se figent, se bloquent et ne vivent plus que de souvenirs et de vieilleries. J'ai entendu un grand chirurgien retraité me dire à l'apparition des rayons de Röntgen : « Cela ne servira pas à grand'chose en chirurgie; il y a beau temps que nous enlevons les corps étrangers des tissus et que nous soignons les fractures sans l'aide des rayons X. » Cerveau bloqué, cellules nerveuses fixées, incapables de réagir utilement pour le progrès scientifique...

J'ai assisté à la séance de l'Institut, où Edison a présenté son phonographe. Au moment où l'appareil se mit à parler d'une voix nasonnée : « Je m'appelle le phonographe, j'ai été inventé en Amérique par... etc., » un des membres de l'auditoire se glissa sournoisement derrière Edison et lui mit brusquement les mains sur la bouche et le nez, croyant qu'il avait affaire à un ventriloque. C'était Bouillaud, un des plus grands médecins du siècle, qui avait « perdu le contact » avec les idées nouvelles et le progrès.

Vous pensez, peut-être, que je vais vous demander ici de garder pour vos chefs une admiration sans bornes, et de ne jamais plaisanter entre vous sur leurs petits travers et sur leurs douces faiblesses, inhérentes à l'humanité.

Je n'en ferai rien : d'abord parce que cela serait inutile; et puis parce que c'est là un petit châtiment que nous méritons pour avoir dans notre jeunesse dit de nos chefs, ce que vous dites des vôtres. « Tous les enfants sont des ingrats, mon pauvre père avait raison, » ce mot du bonhomme Poirier d'Emile Augier sera bien toujours vrai; vous verrez cela dans vingt ans quand, devenus chefs à votre tour, vous aurez à subir de vos élèves quelques espiègleries d'enfants terribles.

Mais il est un devoir imprescriptible que vous avez envers vos chefs. Vous leur devez en tout et toujours « la vérité ». Je vous rappelle la belle devise de notre vieille Société de chirurgie : « Vérité dans la science, moralité dans l'art. » De tous les défauts, de tous les vices que vous pouvez imaginer, il en est un qui, en médecine, prend, selon moi, les proportions d'un véritable crime, c'est le mensonge scientifique. Observations tronquées, truquées, maquillées, falsifiées, remises au chef pour étayer les théories qui lui sont chères, accidents opératoires, incidents de pansement cachés au chef, et tout ce que vous pouvez trouver dans cet ordre d'idées; voilà ce que je ne veux jamais voir dans mon service.

Et sachez-le bien, la meilleure manière de flatter vos chefs et de leur plaire, c'est de faire votre service avec zèle et exactitude, suivant la vieille formule.

C'est pour éviter les cachotteries et la dissimulation que le chef doit avoir pour ses élèves une bienveillance inaltérable, afin que ceux-ci soient assurés de toujours trouver près de lui, en cas de faute, non pas un accueil bourru et déconcertant, mais une indulgence paternelle.

Aussi, Messieurs, ne saurais-je trop vous engager à aimer vos chefs : c'est la seule manière de bien profiter de leurs leçons. Vous connaissez l'histoire de cette doctoresse de Bologne qui interposait un voile entre elle et ses auditeurs, pour que la beauté de son visage n'absorbe pas leur attention. Elle avait tort. Il ne faut pas de voile entre le chef et ses élèves. La communion doit être entière. Un chef qui vous déplaît par son ton et ses manières est un mauvais maître pour vous. Aussi ne choisissez pas un chef au hasard, et surtout évitez de céder à ce triste calcul qui vous conduit chez un maître en escomptant les services que ses titres et sa situation pourront vous rendre. Dites-vous bien qu'on ne vit pas impunément la moitié de ses jours, pendant un an, avec un maître sans subir une véritable imprégnation indélébile : or, on commence toujours par l'imiter dans ses défauts; et ces défauts, tolérés chez le maître à cause de sa situation, peuvent rendre l'élève ridicule ou odieux.

On a vu des chefs dont on reconnaissait d'emblée tous les élèves, à la vivacité des expressions dont ils usaient envers leurs camarades et leurs collègues; d'autres crient, se fâchent, gesticulent pour un fil qui casse ou des ciseaux qui coupent mal. Ce sont là des habitudes détestables que vous ne prendrez pas, si vous évitez les services de ceux qui les ont.

Allez en somme au chef qui vous plaît, sans vous soucier des services problématiques qu'il pourra vous rendre à longue échéance. C'est celui-là dont les leçons vous seront profitables, car, ainsi que l'a dit Michelet, ce grand « enseigneur » dont le puissant esprit fut une passion de ma jeunesse : « L'enseignement, c'est de l'amitié. »

Les chefs auront ainsi les élèves qu'ils méritent.

L'affluence aujourd'hui de mes anciens élèves me montre

que j'ai su profiter du conseil de Michelet, et je termine cette leçon comme je l'ai commencée, en vous remerciant du fond du cœur de votre affection et de votre fidélité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1906)

Septicémie à tétragènes. — A propos du procès-verbal et de la récente commuuication de MM. Roger et Trémolières, MM. Œttinger et Malloizel relatent deux cas de septicémie à tétragène; dans l'un d'entre eux il s'est agi d'accidents articulaires multiples avec accidents pulmonaires; dans le second d'une méningite cérébro-spinale suraiguë consécutive à une pleurésie séro-purulente. Dans le premier cas, la culture de quelques centimètres cubes de sang a donné lieu au développement de colonies typiques de tétragène blanc, qu'on retrouvait également dans l'œdème périarticulaire de l'articulation sterno-claviculaire; dans le second cas, le même micro-organisme existait en grande abondance dans les liquides pleural et céphalo-rachidien, il était doué d'une faible virulence, mais était pathogène cependant ; par contre le tétragène retiré du sang chez le premier de ces malades s'est montré sans aucune action sur les animaux de laboratoire.

M. G. Lion rapporte l'observation d'une malade atteinte de **biloculation de l'estomac avec double sténose médio-gastrique et pylorique.**

Le diagnostic fut établi à l'aide de l'exploration physique et de la radiographie.

L'exploration de l'estomac le matin à jeun ramenait constamment une quantité considérable de liquide chargé de résidus alimentaires reconnaissables à l'œil nu. Il existait donc un obstacle à l'évacuation.

Par l'insufflation la région pylorique se distendait et se présentait sous forme d'une saillie ovoïde, transversalement située sous la région ombilicale. Cette saillie, au lieu de se prendre sous les fausses côtes comme cela a lieu à l'état normal, paraissait complètement contournée par les lignes réunies de la petite et de la grande courbure. De plus, au niveau de la paroi thoracique, sous le membre gauche, on trouvait une zone de sonorité correspondant à la région du grand cul-de-sac et s'arrêtant en bas un peu au-dessus du rebord des fausses côtes. Cette zone se trouvait séparée de l'espace sonore dû à la région pylorique distendu par une bande de matité. Ces données permirent de supposer l'existence d'une sténose médio-gastrique.

La radiographie confirma le diagnostic. Elle fournit une image parfaite de l'estomac en sablier. Une profonde encoche étendue de la grande courbure au voisinage de la petite courbure, où on ne voyait plus qu'un étroit canal gastrique, séparait les deux poches.

L'existence d'une agitation péristaltique et antipéristaltique fit admettre l'existence possible d'une sténose du pylore.

L'opération pratiquée par M. le professeur Terrier démontra l'existence simultanée des deux sténoses, dues toutes deux à l'évolution d'un processus ulcéreux.

Le régime achloruré dans la scarlatine. — MM. Guinon et Pater. Chez quinze malades soignés au pavillon de la scarlatine du docteur Guinon, à l'hôpital Trousseau, M. Pater a étudié la courbe des poids, des urines, des chlorures et de l'urée. Six cas, soumis au régime lacté absolu jusqu'au vingtième jour au moins, ont permis de vérifier les conclusions de MM. Garnier et Sabareanu concernant les variations de poids au cours de la scarlatine; les neuf autres, traités par le régime achloruré — et cela à des dates de plus en plus rapprochées du début de la maladie — ont permis les constatations suivantes : le régime achloruré toujours bien supporté est utile, car dès son établissement (dixième, sixième, quatrième jour de maladie), la courbe des poids devient ascendante et monte régulièrement, en sorte que la convalescence s'établit dès la chute thermique, moment où le malade est alimenté. Celui-ci est alors en meilleur état pour lutter avec succès contre les infections secondaires ou les maladies associées. L'augmentation de poids n'est en rien imputable à une rétention des chlorures, et l'élimination de l'urée se fait normalement. S'il existe de l'albuminurie fébrile du début, elle disparaît vite, en sorte que le régime achloruré, à la fois inoffensif pour le rein et profitable à la nutrition générale, paraît être le régime idéal dans la scarlatine dès que la fièvre a cessé.

Fièvre prévaricellique. — M. Galliard rapporte un fait qui semble prouver que la période fébrile peut durer assez longtemps avant l'apparition classique de la varicelle.

Les prodromes de cette infection sont, on le sait, toujours excessivement brefs : quarante-huit heures de fièvre au maximum, disent les auteurs classiques. Or, dans le cas rapporté par M. Galliard, la période d'invasion, marquée par une fièvre d'abord très vive, puis progressivement atténuée, a duré vingt jours. La varicelle paraît seule en cause dans ce cas, mais comme il n'y a aucune démonstration expérimentale et seulement des arguments cliniques, il faut se contenter de mettre sur ce cas l'épithète de fièvre prévaricellique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1906)

Le chloroforme. — Nous revenons encore à la question de l'anesthésie chloroformique par les appareils à mélanges titrés. Il y a un an M. Kirmisson terminait une communication sur ce sujet en disant qu'il fallait attendre d'avoir un grand nombre de faits pour juger de l'emploi des appareils. Déjà, MM. Legueu et Faure ont fait connaître les résultats qu'ils ont obtenus avec l'appareil de Ricard. M. Reynier vient à son tour faire connaître les résultats qu'il a obtenus avec son propre appareil. Il commence par déclarer qu'il est loin de partager l'enthousiasme de ses collègues pour l'appareil de Ricard. En effet, M. Legueu accuse 4 alertes survenues sur 200 cas; M. Faure accuse aussi 2 alertes et 1 décès, il est vrai, chez un malade très affaibli. M. Reynier connaît une syncope chez une malade qui accouchait et qu'on endormait avec l'appareil de Ricard. M. Reynier cite encore d'autres faits à la charge de cet appareil auquel, suivant lui, avec un pareil passif, il faudrait préférer la compresse. Mais ces faits ne le surprennent pas et ne doivent pas faire condamner les appareils qui, comme ceux de Paul Bert, de Dubois, de Vernon-Harcourt et son propre appareil, dosent véritablement le chloroforme. M. Reynier condamne donc l'appareil de Ricard parce qu'il ne tient compte ni de la température, ni de la fréquence, ni de l'amplitude de la respiration.

M. Reynier se sert de son propre appareil depuis le mois de mai 1904; il a pratiqué, avec cet appareil, 1245 anesthésies. Il a anesthésié des cardiaques, des alcooliques, des nerveux, des affaiblis. Il n'a jamais eu une alerte sérieuse; deux fois seulement, il a dû faire relever le menton et tirer la langue avec une pince.

M. Reynier a eu quelquefois des vomissements pendant la chloroformisation, mais ces vomissements ont presque tenu à ce qu'on donnait trop vite la dose de chloroforme et on laissait se réveiller un peu le malade.

Après la chloroformisation, les vomissements ont manqué

dans les deux tiers des cas, et quand ils ont eu lieu, ils ont été très diminués. Mais ce qui mérite le plus l'attention, c'est la disparition du shock post-opératoire. Ce shock, après les longues opérations, tient plus à la durée de l'intoxication chloroformique avec des doses trop élevées qu'à l'acte opératoire. Or ceci s'explique très bien si on tient compte de la petite quantité de chloroforme absorbée.

M. Picqué, avec son maître, M. Berger, est resté fidèle à la compresse. Il ne nie pas toutefois les services que peuvent rendre les appareils, mais il estime que le chloroforme bien donné avec la compresse ne donne lieu que très rarement à des accidents, surtout si l'on a soin de tenir compte de l'état du sujet que l'on endort. M. Picqué a relevé, dans sa pratique, 643 cas d'anesthésie chloroformique avec la compresse. Or il n'a pas constaté d'agitation marquée et il obtient une parfaite régularité de l'anesthésie. M. Faure, avec l'appareil de Ricard, a constaté 50 p. 100 de cas d'agitation; M. Legueu sur 180 cas relève 27 cas d'agitation et 4 alertes graves. Il est certain que beaucoup de malades endormis par la compresse sont agités et vomissent. Mais il nous est démontré aujourd'hui que les appareils ne mettent pas à l'abri de ces accidents. M. Picqué estime qu'il faut tenir grand compte, en matière d'anesthésie, de l'état psychique du malade.

On ne s'est pas assez occupé, selon lui, des dispositions cérébrales des malades anesthésiés. L'alcoolisme, le morphinisme, toutes les intoxications et le nervosisme jouent un grand rôle dans la manière de réagir sous le chloroforme. A ce point de vue, tous les collègues de M. Picqué sont susceptibles de rencontrer à l'hôpital les cas qu'il rencontre à Sainte-Anne. L'épilepsie, l'hystérie, la morphinomanie, etc., interviennent dans les conséquences de l'anesthésie chloroformique. Le danger est surtout du côté du cœur et des vaisseaux. Mais les psychopathiques réagissent très différemment selon la nature de leur psychopathie. Il y a, par exemple, une différence à établir entre les psychoses d'origine infectieuse et les psychonévroses. Il faut aussi tenir compte de la démence sénile; chez ces malades on ne constate ni agitation, ni vomissements, mais c'est chez eux qu'il faut tout craindre du côté du cœur et des vaisseaux.

Aux morphinomanes, il faut donner de la morphine avant la chloroformisation. Les alcooliques présentent souvent des accidents, non seulement du côté de l'agitation, mais aussi du côté de l'appareil respiratoire. Aux hystériques et aux épileptiques, il convient de donner d'emblée de fortes doses pour éviter l'excitation. Enfin, pour M. Picqué il y a toute une catégorie de malades qui réagissent d'une façon particulière au chloroforme en raison de leur état viscéral. Chez les névropathes, il faut faire intervenir une prophylaxie morale, il faut les rassurer et chercher à dissiper leurs craintes.

En résumé, pour M. Picqué la question du chloroforme n'est pas une question d'appareils plus ou moins perfectionnés; il y a d'autres facteurs; il faut tenir compte surtout du rôle du cerveau et des viscères du malade que l'on doit anesthésier.

M. Reynier fait observer que les faits signalés par M. Picqué confirment ce qu'il a dit depuis longtemps sur les différences individuelles en matière d'anesthésie par le chloroforme.

Suture des nerfs. — M. Reynier, à propos du rapport de M. Chaput sur ce sujet, s'applique à démontrer que dans bien des cas où les fonctions ne reviennent pas après la suture des nerfs, cela tient à ce que le nerf est, en un point de son parcours, enserré dans une gangue fibreuse inflammatoire qui s'oppose au passage du courant nerveux. Il suffit, dans ces cas, de libérer le nerf pour voir aussitôt les fonctions reparaître. M. Reynier cite plusieurs exemples dans lesquels cette manière de faire lui a donné les meilleurs résultats.

Rachistovaïnisation. — M. Chaput a fait, en 1905, 309 opérations à la rachistovaïne, soit :

179 sur les membres inférieurs, le périnée, l'anus, le rectum et les organes génitaux de l'homme et de la femme; 74 hernies, 11 appendicites, 4 anus artificiels, 35 laparotomies, 3 pleurotomies, 2 amputations du sein. La stovaïne lombaire est une admirable méthode d'anesthésie qui s'applique, sans discussion possible, aux membres inférieurs, à la région ano-génitale, aux hernies, à l'anus iliaque. Elle permet, à la rigueur, d'entreprendre toutes les laparotomies.

Elle donne des résultats médiocres, en tant qu'anesthésie, chez les alcooliques, les peureux, les nerveux, les jeunes femmes, les malades épuisés par la douleur. Elle est dangereuse chez les malades très cachectiques.

Elle ne présente aucun danger immédiat.

Un seul accident consécutif, d'ailleurs inconstant, lui est attribuable; c'est la céphalée. Il est facile de l'éviter en soustrayant quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien avant de faire l'injection. La céphalée établie cède facilement aux évacuations de liquide céphalo-rachidien.

Ablation du vagin. — M. Pierre Duval fait une communication très intéressante et fort bien présentée relative à un cas d'ablation du vagin pour une récidive de cancer dans une cicatrice vaginale, laquelle résultait d'une hystérectomie abdominale. M. Delbet est chargé d'un rapport sur cette présentation.

Luxation du coude en dehors et en arrière. — M. Kirmisson présente un enfant chez lequel il a réduit, par l'opération sanglante, une luxation du coude en dehors et en arrière datant de vingt-cinq jours. Le résultat est très bon.

M. Broca signale un cas analogue mais récent, dans lequel il a pu facilement réduire.

Fracture de la tubérosité externe du tibia. — M. Potherat présente un cas de fracture isolée de la tubérosité externe du tibia. Il montre la radiographie.

Stérilisation du catgut. — M. Legueu fait connaître un nouveau mode de stérilisation du catgut par la benzine cristallisée.

Plaie du cœur. — M. Ricard présente un cœur qui avait reçu un coup de couteau et qui a été suturé une heure un quart après l'accident. Il s'agissait d'une plaie de la partie supérieure du ventricule droit. Le blessé a succombé par suite de coagulations partant de la face profonde de la blessure.

LIVRES NOUVEAUX

L'art dentaire à la portée du médecin (1), par le docteur Louis Gourc, dentiste des hôpitaux de Paris.

L'auteur déclare lui-même, dans sa préface, qu' « il veut simplement donner au débutant quelques notions d'art dentaire essentiellement pratiques ». Nous voulons bien le croire sur parole; cependant son livre nous paraît singulièrement précis et détaillé, et nous sommes porté à croire qu'un médecin sachant à fond ce qu'il renferme et possédant un peu de pratique serait un excellent dentiste. C'est dire que cet ouvrage sera utile à tous ceux qui veulent joindre l'art dentaire à la médecine générale, et par ce temps de lutte pour la vie, cela n'est point à dédaigner, surtout dans les campagnes.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) In-8 de 211 p. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 8 FÉVRIER 1906. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 6 février 1906 : MM. Lebras, 12; Brémond et Foix (Charles), 11; Stévenin et Strœhlin, 10; Cottard et Toupet, 8; Lemierre, 4; Gallais, 3.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 7 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 6 février 1906 : MM. Chénier, 12; Braun et Garipuy, 11; Cottenot, Guénot et Rolet, 9; Ausset et Willette, 8; Dètre et Le Moine, 6.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 8 février, à cinq heures un quart, à la Charité.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. (Lisbonne, 19-24 avril 1906.) — La *séance d'ouverture* du Congrès aura lieu le 19 avril 1906 à la salle de la Société de géographie, rue de Santo-Antão, n° 152.

Les *titres des communications*, accompagnés d'un court résumé sous forme de conclusions, devront être adressés au secrétariat général avant le 1er mars.

Le *Bulletin officiel* du Congrès avec toutes les nouvelles concernant l'organisation sera envoyé à tous les médecins qui en feront la demande.

Les *inscriptions* seront reçues jusqu'à l'ouverture du Congrès et pendant celui-ci; mais pour pouvoir bénéficier des réductions accordées par les chemins de fer et les compagnies de navigation il est nécessaire de s'inscrire dès maintenant.

Toute la correspondance, ainsi que les adhésions et cotisations (25 francs), doivent être adressés à M. le professeur Miguel Bombarda, secrétaire général, Nova Escola Medica, à Lisbonne.

UNE NÉGRESSE « BLANCHE ». — Le 26 janvier a été présentée à la Faculté de médecine de Bordeaux, par le professeur agrégé Villar, une négresse albinos qui avait été l'objet d'un examen des plus complets dans son service de l'hôpital Saint-André.

Cette femme, aujourd'hui âgée d'environ vingt-quatre ans, issue de parents complètement noirs, mère d'un enfant noir, dit M. Valleteau de Moulliac dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, a une chevelure filasse, en « vadrouille » et crépue. Le corps entièrement blanc présente, disséminées dans le dos, de nombreuses taches de pigment.

La physionomie a tous les caractères de la race nègre (lèvres saillantes, prognathisme), moins la couleur. Les ongles ne présentent pas de lunules. La choroïde est en partie privée de pigment; les vasa vorticosa sont très apparents. Le fond de l'œil est rosé comme chez les lapins blancs. Le cristallin presente des traces de mauvaise nutrition, il y a des stries de cataracte commençante. L'œil est atteint de myopie, il y a du nystagmus horizontal. Cette femme supporte mal une vive lumière.

Les seins sont piriformes, sans aréole et sans pigment.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Delarue, répétiteur au lycée Montaigne.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice, Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 13 au 25 février 1906.

Les billets sont valables vingt jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice, viâ Dijon, Lyon, Marseille : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

Leçons de pharmacothérapie, par le docteur B.-J. Stockvis, professeur à l'Université d'Amsterdam, traduction française des docteurs De Buck et L. De Moor, revue et augmentée par l'auteur. T. III. Pharmacothérapie spéciale, hématokinétiques, altérants, adéniques, antipyrétiques, neurotiques. In-8 de 900 p. avec fig. — Prix : 24 francs. — Paris, O. Doin.

LE PRONOSTIC
DES
PARALYSIES FACIALES PÉRIPHÉRIQUES
PAR LES COURANTS ÉLECTRIQUES

Par le docteur Paul-Ch. PETIT (de Paris).

Troubles du goût, de l'odorat, de l'audition, participation au processus du facial supérieur, hémiplégie gauche ou droite; il est ainsi aisé dans beaucoup de cas de poser un diagnostic clinique et anatomique et de classer les paralysies faciales en fixant le lieu même du mal.

Le pronostic est plus difficile à établir. Et c'est la question que le malade ou la famille vous pose : combien de temps cela durera-t-il? Je mets de côté la paralysie faciale centrale dont le pronostic est celui de la lésion causale ne m'occupant ici que de la périphérique, celle qu'on est convenu d'appeler *a frigore*.

Y a-t-il dans les symptômes objectifs ou subjectifs quelque signe indicateur du pronostic? Je ne le pense pas. L'aspect des paralysies de la face varie peu et la variété des symptômes n'est qu'une indication du siège de la lésion. La cause du mal entraîne sans doute parfois le pronostic. Une paralysie survenant dans une otorrhée ancienne, ou au cours d'une mastoïdite guide le traitement, et celui-ci à son tour par l'évolution même du mal, indiquera l'avenir de cette paralysie. Mais en règle générale, seul l'examen fonctionnel des nerfs et des muscles nous fournit les indications utiles, en d'autres termes, l'examen aux courants électriques. Cet examen porte le nom suggestif d'*électro-diagnostic*. Il a pour but la recherche de la *réaction de dégénérescence*.

Lorsqu'à l'état sain, on étudie l'excitabilité aux courants des muscles et des nerfs, on constate les faits suivants :

1° Les secousses obtenues sont rapides, brèves;

2° Pour chaque mode de courant (continu ou interrompu) la secousse apparaît lorsque les appareils de mesure (milliampèremètre ou règle graduée du chariot faradique) donnent une certaine intensité;

3° A intensité égale, lorsqu'on emploie comme pôle actif, le négatif, la contraction obtenue est toujours plus intense que celle du pôle positif, si celui-ci devient le pôle actif.

Au contraire, dans certaines affections nerveuses — telle la paralysie faciale — nous observons une série de phénomènes nouveaux qu'il importe d'analyser en détail. La haute fréquence n'agissant pas sur les muscles et les nerfs d'une façon apparente, nous négligeons ce mode de recherche. On peut évidemment se servir des machines statiques, mais outre un dispositif assez complexe et peu employé, les étincelles et les contractions obtenues deviendraient très vite insupportables. Aussi se limite-t-on aux courants faradique (induit, interrompu) et galvanique (continu).

I. Courant faradique. — Il faut absolument rejeter de l'arsenal du médecin toutes les boîtes ou appareils faradiques ne donnant que des vibrations rapides, c'est-à-dire tous les appareils électro-médicaux et en général toutes les boîtes à bon marché.

Il faut avoir à sa disposition un trembleur à oscillations lentes, que l'on peut régler et compter, et qui donne un courant rythmé. On peut avoir l'inverseur ou métronome de Huet, le trembleur de Bergonié ou d'autres. Ils sont malheureusement encombrants et cadrent mal avec les dimensions des appareils portatifs.

Dans ce but, à la nouvelle boîte de galvano-faradisation que j'ai fait construire par la maison Lacoste, j'ai fait ajouter un trembleur réglable, rythmique, démontable qui au repos se place dans un tiroir que contient l'appareil. Pour rechercher les réactions nerveuses et musculaires au courant faradique, on procède ainsi qu'il suit.

On met en une région quelconque du corps une plaque recouverte de peau de chamois ou de coton hydrophile mouillé et reliée à une des bornes de l'appareil. On a à la main un tampon relié à l'autre borne et on fait passer le courant en appliquant le tampon comme pôle actif. Le courant est débité très faible et on l'augmente graduellement jusqu'à ce qu'on obtienne la contraction minima. Cette recherche doit être faite d'abord du côté sain. On note l'intensité qu'il a fallu donner. On passe au côté malade et l'on peut observer d'abord l'état de repos. Il faut augmenter l'intensité pour obtenir une contraction analogue à celle du côté sain. On dit alors qu'il y a *diminution de l'excitabilité faradique*. C'est le premier terme de la réaction de dégénérescence. On conçoit que, selon la gravité de l'atteinte nerveuse et musculaire, cette diminution peut être plus ou moins forte et même aller jusqu'à l'abolition. Le courant faradique est donc un bon témoin de l'état fonctionnel des muscles et des nerfs.

II. Le courant galvanique (continu) nous réserve d'autres surprises. Nous n'avons pas parlé jusqu'ici de pôles; c'est qu'en effet avec le courant induit il n'y avait pas lieu de s'en préoccuper. Cela au contraire a une grosse importance avec le galvanique. On procède ici comme précédemment : une plaque est reliée à l'un des pôles qui sera le pôle indifférent; la main guide le tampon qui nous a déjà servi et qui encore une fois est le pôle actif. Faisons passer un courant d'abord très faible. Un interrupteur quelconque, clef de Morse, par exemple, nous permet d'interrompre ce courant à volonté. Rien ne se produit. Augmentons graduellement l'intensité et à chaque augmentation, appuyons sur la clef, c'est-à-dire *fermons* le courant. Un moment arrivera où une contraction va se produire. C'est la contraction minima. Refaisons la même opération du côté malade, rien ne se produit. Augmentons l'intensité, la contraction se montre. Il a donc fallu plus d'intensité du côté malade que du côté sain, ce qu'on traduit par cette phrase : il y a *diminution de l'excitabilité galvanique*.

En second lieu, si nous avons été atientifs, nôtre œil a perçu dans la secousse obtenue des différences notables de chaque côté. La contraction saine était

rapide, courte; celle du côté paralysé était lente, torpide. Elle se traînait. *La lenteur des secousses* est un nouveau facteur de la plus haute importance. Analysons de plus près encore la contraction que nous avons obtenue. J'ai dit que la question des pôles avait une grosse importance, je vais le prouver incontinent.

Une plaque et un tampon sont toujours nos seules armes. Relions, je suppose, cette plaque au pôle positif du courant et notre tampon au négatif; cela revient à dire que nous utilisons le négatif comme pôle actif (1). Une clef interruptrice donne les contractions. Prenons le côté sain. Lorsque nous appuyons sur cette clef, nous laissons passer le courant, nous *fermons* le circuit, et la contraction obtenue est la *contraction de fermeture*. Tant que notre doigt restera sur la clef, nous n'observerons plus rien. Si nous lâchons la clef, nous supprimons le courant, nous *ouvrons* le circuit. A ce moment, mais si l'intensité est assez forte, nous observons une deuxième secousse, la *contraction d'ouverture*.

Analysons davantage encore le phénomène. Nous nous sommes servis toujours du pôle négatif comme pôle actif. Faisons le contraire, c'est-à-dire intervertissons l'ordre des fils dans les bornes (à moins que notre installation ne soit plus compliquée et porte des renverseurs de courant). Cette fois c'est le pôle positif qui devient actif. Eh bien, avec la même intensité que tout à l'heure, les contractions obtenues seront plus faibles. Cela veut dire qu'à l'état normal, les contractions du pôle négatif apparaissent les premières, avant celles du positif, et qu'il faut une moindre intensité pour les produire. Du côté malade, en prenant la même méthode rigoureuse d'examen, nous trouvons au contraire que les contractions apparaissent d'abord si le pôle actif est le positif. C'est donc l'inverse de l'état de santé et l'on dit qu'il y a *inversion de la formule polaire*. Ce facteur est également important, mais moins que la lenteur des secousses.

Un nerf régit la motilité d'un groupe musculaire. Toute recherche d'électro-diagnostic doit donc analyser séparément les contractions du nerf et celles de tous les muscles innervés par lui.

Nous indiquerons plus loin comment l'on y procède. Disons cependant que, du côté sain, on observe les phénomènes suivants : *diminution de l'excitabilité galvanique du muscle et du nerf*. Du côté malade au contraire, on remarque parfois la curieuse anomalie suivante.

L'excitabilité galvanique diminue bien dans le nerf, mais dans le muscle elle augmente. Je m'explique. En faisant avec notre tampon contracter les muscles régis par le nerf paralysé, nous observons pour une intensité égale des contractions plus fortes du côté paralysé que du côté sain : il y a *hyperexcitabilité galvanique du muscle*, avec un courant faible, tandis que du côté sain, on n'a qu'une seule secousse, celle de la fermeture; du côté malade, on obtient celle-ci et aussi celle d'ouverture qui dans l'état normal est, on le sait, plus difficile à apparaître.

Il y aurait lieu, pour être complet, de parler ici de la *réaction longitudinale*, elle trouvera mieux sa mention dans quelques instants.

Tels sont les différents termes de la réaction de dégénérescence. J'ai montré comment il fallait la chercher. Il est temps d'entrer dans de nouveaux et plus amples détails. J'ai dit qu'on utilisait une plaque et un tampon, où faut-il placer ce dernier?

Lorsqu'on veut procéder à un électro-diagnostic, il faut, sous peine de fausser les résultats, localiser l'action du courant sur le nerf ou sur le muscle dont on veut étudier les réactions. Pour chaque nerf ou muscle, il y a un point spécial, le plus favorable, c'est le *point moteur*. C'est sur lui que devra porter le tampon (je ne parle pas, bien entendu, de certains muscles profonds qui sont absolument inaccessibles). Pour le nerf, le point moteur est toujours l'endroit où le nerf avoisine le plus la peau. Pour le muscle, il correspond en général au point d'entrée du rameau nerveux moteur.

C'est par tâtonnements qu'on est arrivé à trouver ces points moteurs. Pour aider la mémoire et raccourcir le temps des recherches, on les a dressés en tableaux. Nous limitant au facial, voici comment il faut procéder pour l'électro-diagnostic des branches *nerveuses* de ce nerf. L'arcade zygomatique est le premier point de repère. Le doigt la suit, le tampon se place un centimètre et demi au-dessus de son milieu, c'est le point moteur de la branche frontale. Le tampon prend une position identique, mais au-dessous de l'arcade, la branche moyenne fait contracter les muscles de la face, mimique, sourire, etc. Enfin pour le rameau inférieur, le point de repère est l'angle de la mâchoire. Cet angle perçu, le tampon glisse un peu en avant de lui le long du bord de la mâchoire et remonte à 1 1/2 ou 2 centimètres en haut : les muscles inférieurs de la face entrent en contraction. Chaque muscle possède son point moteur. Il serait vraiment trop long de les énumérer ici et nous renvoyons aux tableaux des traités spéciaux.

Nous avons prononcé plus haut le mot de réaction longitudinale. Parfois en cherchant à exciter le muscle par son point moteur, on n'obtient aucun résultat. Au contraire la contraction s'annonce forte en mettant le tampon sur son extrémité inférieure. Dans ces conditions, le muscle est traversé dans sa longueur par le courant et on dit qu'il y a *réaction longitudinale*. C'est un symptôme grave, car il montre l'inexcitabilité du rameau moteur.

La réaction de dégénérescence cherchée, reste à noter les résultats. Rapprochons ici toutes les constatations que nous avons pu faire.

Diminution ou abolition de l'excitabilité faradique;

Diminution ou abolition de l'excitabilité galvanique;

(1) On peut considérer le courant comme une série de courants parallèles allant du tampon à la plaque. La densité (*i.e.* l'intensité par unité de surface $\frac{I}{s}$) est maxima au tampon, et minima à la plaque, d'où l'action maxima du courant au tampon, d'où les noms de pôle ou d'électrode indifférent et actif.

Lenteur des secousses;
Inversion de la formule polaire;
Hyperexcitabilité galvanique du muscle:
Réaction longitudinale.

On conçoit combien il serait fastidieux de lire et d'écrire toutes ces phrases à chaque recherche d'électro-diagnostic. Les électriciens, cousins germains des mathématiciens, les ont traduites en formules qu'il faut absolument connaître pour comprendre les observations scientifiques et les traités d'électricité médicale.

Réact. de dégén. s'écrit	RD ou DR;	en allem.	ER	(Entartungsreaction).
Cont. ou secousse	—	C ou S	—	Z	(Zückung).
Fermeture	—	F	—	S	(Schliessung).
Ouverture	—	O	—	O	(Oeffnung).
Pôle positif	—	P ou An	—	An	(Anode).
— négatif	—	N ou Ka	—	K	(Kathode).
Contract. dimin.	—	C↘			
Contract. exagér.	—	C↗			

Avec ces quelques lettres, on exprime tous les termes de la réaction de dégénérescence. En effet, supposons que nous ayons découvert une inversion de la formule polaire, c'est-à-dire qu'avec une même intensité (I) la contraction apparaisse plus forte au positif et à la fermeture du courant. Nous écrirons PFC>NFC ou si les secousses sont égales PFC=NFC. N'est-ce pas plus pratique et plus simple que d'écrire : contraction de fermeture positive plus grande que ou égale à la contraction de fermeture négative? S'agit-il des secousses d'ouverture, il suffit d'écrire POC$\geqq$NOC.

Et l'on peut dans un court tableau résumer toute la RD à l'exemple de mon confrère le docteur Huet dans une leçon faite à la Salpêtrière le 20 février 1904.

	NERF		MUSCLE	
	Cour. faradique.	*Cour. galvanique.*	*Cour. faradique.*	*Cour. galvanique.*
Normal.	C	NFC>PFC C vive	C	NFC>PFC C vive
RD complète.	pas c	pas c	pas c	NFC<PFC NFC=PFC C lente ↗ ↘
RD partielle.	C↘	C↘ NFC>PFC C vive	C↘	C↗ ↘ NFC$\leqq$PFC C lente

De ce long exposé un peu fastidieux, mais indispensable, il nous reste à tirer quelques conclusions pour le pronostic des paralysies faciales. La RD ne s'applique qu'aux paralysies périphériques. Elle manque absolument dans les paralysies cérébrales, protubérantielles, bulbaires.

La constatation de tous ses termes traduit une paralysie grave, quelquefois incurable, qui demandera six mois, un an, davantage même de traitement. Les contractions y sont à craindre. Après la première semaine, la simple diminution de l'excitabilité aux deux courants montre une paralysie légère qui guérit bien en un mois, six semaines au moins. Dans le même laps de temps, la constatation d'un des autres termes seulement indique une forme de gravité moyenne, soit un à trois mois de traitement. Ainsi donc sur cette RD repose presque entier le pronostic des paralysies faciales. C'était à prévoir. Par ses données précises, elle montre l'état fonctionnel et laisse deviner l'état organique des muscles et des nerfs.

Dans ma thèse inaugurale (1), je montrais toute l'importance de ce syndrome dans les atrophies musculaires progressives. J'établissais que seule elle permettait le classement en atrophies myopathiques et myélopathiques. Je pourrais me répéter ici. Je préfère terminer sur cette phrase : « On ne peut pas établir le pronostic d'une paralysie faciale périphérique sans un examen d'électro-diagnostic complet après les premiers huit jours au plus tard. »

PLEURÉSIES SIMULÉES (2)

Par le docteur CHAVIGNY,
Médecin-major de deuxième classe,
Répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Il peut sembler étrange de voir paraître la pleurésie au nombre des maladies simulées, et ce n'est pas que la pleurésie elle-même soit jamais simulée. Mais, certains pleurétiques guéris accusent quelquefois à tort une impotence leur rendant tout travail impossible et se basent sur cette incapacité de travail pour réclamer soit une réforme du service militaire, soit une indemnité. Enfin, il existe une affection qui simule, à s'y méprendre, les douleurs des pleurétiques.

Impotence post-pleurétique. — Depuis qu'on est renseigné sur la nature presque toujours tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses, on est disposé dans l'armée à assurer un très long repos aux hommes qui en ont été atteints, mais on remarque, après une pratique un peu prolongée, que certains hommes rentrent dans le rang étant parfaitement aptes au service, tandis que d'autres sollicitent sans cesse de nouvelles exemptions de service. Pourtant, l'examen par la palpation, la percussion et l'auscultation ne révèle guère de différence entre les uns et les autres. Ne s'agirait-il pas alors de simulateurs qui cherchent à abuser des suites de leur affection antérieure? Dans tous les cas semblables, un procédé que je recommande et qui a été décrit dans la thèse de Simonin (3) m'a permis de m'assurer que la plupart des hommes qui se plaignaient le faisaient à juste titre : la plèvre étant en quelque sorte l'articulation du poumon, il est aussi indispensable de s'assurer de l'intégrité des mouvements du thorax après une pleurésie que de vérifier l'état de la synoviale

---

(1) *Atrophies musculaires. Importance de la R. D.*, Th. de Lille, 1903.

(2) Ce travail fera partie d'un volume intitulé : *Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail et devant les conseils de revision et de réforme de l'armée et de la marine*, qui doit paraître prochainement chez J.-B. Baillière et fils.

(3) Simonin. *Essai de stéthographie bilatérale*, Th. de Lyon, 1904-05.

avant de renvoyer à son service un homme qui a été atteint d'un épanchement articulaire quelconque. Embrassez avec les deux mains largement ouvertes la base du thorax des deux côtés chez un pleurétique guéri, ou faites mieux encore, au moyen d'un appareil enregistreur spécial, inscrivez le tracé comparatif de l'ampliation de chaque hémithorax et vous verrez très souvent des différences considérables dont ne témoignent pas les moyens habituels d'exploration clinique. Toutes les fois qu'une différence notable peut être constatée, il faut éliminer toute idée de simulation. Dans les cas d'incomplète guérison, la gymnastique respiratoire bien conduite assure un prompt retour à l'état normal.

Cette connaissance est indispensable aussi en ce qui concerne les accidents du travail et les pleurésies post-traumatiques non purulentes. Celles-ci sont presque toutes de nature tuberculeuse, c'est incontestable (1), mais il est de l'intérêt de tous, assureurs comme assurés, de voir le traumatisé recouvrer son aptitude complète au travail. Il faut par conséquent rechercher quelle est la nature des accidents qui empêchent la reprise du travail et éviter que des simulateurs n'abusent de l'assurance.

Pseudo-pleurésie hystérique. — J'hésiterais à répéter encore une fois à propos de la pleurésie que l'hystérie peut revêtir le masque de toutes les autres maladies si, tout récemment, je n'avais recueilli deux observations de fausse pleurésie hystérique.

C..., du... régiment d'infanterie, entre à l'hôpital Desgenettes le 13 avril 1904 pour un point pleurétique rebelle. Il n'a pas d'antécédents héréditaires intéressants à noter, mais une de ses sœurs est atteinte de pleurite depuis trois ans. Lui-même a eu la diphtérie, la rougeole, puis les oreillons dans ses jeunes années. Depuis l'âge de quinze ans, il souffre assez fréquemment d'un point de côté à la base droite du thorax. Jamais, depuis plusieurs années, il n'a pu se livrer à un travail pénible. Son incorporation datait d'un an et demi lorsqu'il a été envoyé à l'hôpital, et sur ce laps de temps, il avait été exempté de service pendant deux cents jours environ (infirmerie, permissions, etc.). A mon grand étonnement, tout d'abord, l'examen de l'appareil pulmonaire ne me révéla aucun symptôme pathologique, et il n'existait aucune lésion ni du squelette, ni de la paroi thoracique, ni des nerfs intercostaux qui pût expliquer les phénomènes douloureux dont se plaignait le malade. On constatait uniquement que le murmure vésiculaire était presque aboli à la base droite. Par contre, il était facile de vérifier qu'il existait des troubles très accentués de la sensibilité générale, surtout au niveau du thorax. L'analgésie était presque totale à droite, et de ce côté encore, on notait un retard de la perception, le champ visuel était un peu rétréci des deux côtés, mais à un degré plus accentué du côté droit, avec inversion des champs colorés. En raison de ces multiples stigmates hystériques, je considérai ce malade comme atteint de pleurodynie hystérique et il fut soumis au traitement par la franklinisation. Le remarquable et rapide succès de celle-ci confirma le diagnostic. Au bout d'un mois, ce malade sortait de l'hôpital absolument guéri.

(1) Chavastalon. *Pleurésies séro-fibrineuses traumatiques et loi sur les accidents du travail*, Th. de Paris, 1901-02. — Boyé. *Pleurésie traumatique non purulente*, Th. de Lyon, 1904-05.

Quelques semaines plus tard à peine, l'occasion m'était donnée de suivre un cas très analogue chez un homme. L'état mental de ce malade m'a servi comme type des manifestations de la psycho-névrose hystérique chez les soldats. Ce malade accusait une vive douleur à la base gauche du thorax. De même que chez le malade précédent, la douleur ne pouvait être attribuée ni à une lésion de l'appareil pleuro-pulmonaire, celui-ci étant remarquablement sain, ni à une lésion de la paroi thoracique. Cette sorte de pleurodynie, dont la cause échappait entièrement, était assez particulière en ce que la douleur, exaspérée par de larges inspirations, siégeait dans les couches les plus superficielles de la paroi, dans la peau, et que le pincement de celle-ci la réveillait. Il existait en effet à ce niveau une assez large plaque d'hyperesthésie, contrastant avec l'anesthésie des membres. Les autres stigmates hystériques, fort nombreux, signaient la nature de la névralgie thoracique. Le traitement ne donna dans ce cas aucun résultat.

Des deux cas précédents, je rapproche avec intention l'exemple relaté par Boisseau (1) et emprunté par lui à Ch. Larrey et Champouillon (2). Le voici très résumé :

Un officier violemment bousculé par un bœuf furieux ne présentait qu'une légère blessure dans le dos, mais bientôt après il ressentait de violentes douleurs lorsqu'il respirait profondément. Traité sans succès dans les hôpitaux d'Algérie, il fut envoyé au Val-de-Grâce, et là, Larrey et Champouillon qui soupçonnaient la simulation, parce que, en l'absence de toute submatité, la respiration était abolie aux bases, tinrent la simulatton pour démontrée quand, après une auscultation prolongée, ils constatèrent que la respiration se complétait jusqu'aux bases.

Les circonstances de cette observation permettent d'en faire avec quelque vraisemblance un cas d'hystéro-traumatisme à symptômes pulmonaires, sous toutes les réserves qu'impose la revision d'une observation à un aussi long intervalle de temps.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 29 janvier 1906)

Sur l'effet des injections d'extrait de glande interstitielle du testicule sur la croissance. — MM. P. Ancel et P. Bouin, poursuivant leurs expériences sur le cobaye (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 13, 1906, p. 149), établissent : 1° que le développement des jeunes cobayes castrés est plus lent que celui des cobayes normaux de même âge ; 2° que les injections d'extraits de glande interstitielle du testicule activent très notablement le développement des jeunes cobayes castrés, mais celui-ci n'atteint pas la normale.

Les injections d'extraits de glande interstitielle du testicule à de jeunes cobayes castrés agissent donc fortement sur la

(1) Boisseau. Loc. cit., p. 329.
(2) Leuduger-Fortmorel. Th. de Paris, 1855.

nutrition générale de ces sujets. Elles activent la croissance qui devient presque normale, tandis que celle des cobayes castrés non injectés est sensiblement plus lente. Elles semblent donc pouvoir suppléer, du moins en partie, le testicule absent.

Sur l'anesthésie chloroformique. Dosage du chloroforme avant, pendant, après l'anesthésie déclarée, et quantité dans le sang au moment de la mort. — M. Maurice Nicloux a fait une série d'expériences qui lui permettent de conclure que la dose anesthésique est variable avec les animaux et que, fait important à signaler, la marge entre la dose anesthésique et la dose mortelle est relativement très faible.

Lorsque, chez l'animal anesthésié, on cesse l'administration du chloroforme et on laisse l'animal revenir à lui en faisant périodiquement des prises de sang pour faire le dosage du chloroforme, on constate que le chloroforme s'élimine rapidement au début, puisqu'en cinq minutes la quantité de chloroforme diminue de 50 p. 100, puis la disparition du chloroforme se fait ensuite plus lentement. Après sept heures le chloroforme a presque complètement disparu.

MM. Variot et Chaumet communiquent des **tables de croissance** dressées en 1905 d'après les mensurations de 4400 enfants parisiens d'un à quinze ans.

— Le ministre de l'Intérieur invite l'Académie à lui présenter une liste de trois de ses membres pour la place à attribuer à l'Académie dans le comité consultatif d'hygiène publique de France. Cette place est actuellement occupée par M. Emile Roux, dont les fonctions expirent le 18 février 1906.

L'Académie nomme une commission formée des membres de la section de médecine et de chirurgie auxquels sont adjoints MM. Brouardel, Labbé et Roux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1906)

Mortalité tuberculeuse. — La discussion a continué sur la question soulevée par M. Albert Robin sur l'insuffisance de nos statistiques au point de vue de la mortalité par la tuberculose.

M. Monod critique les vœux de MM. Landouzy et Chauffard (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 150), le premier, parce que les cadres de la statistique ne sont pas seulement l'œuvre du ministère de l'Intérieur, mais bien d'une commission internationale, à laquelle on ne peut demander sans raison très sérieuse de modifier ses décisions; le second, parce que l'Académie, en 1902, n'a pas osé inscrire la tuberculose sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. En terminant, M. Monod dépose le vœu suivant : « L'Académie charge sa commission de la tuberculose de lui présenter à bref délai un rapport sur la question de savoir si la tuberculose doit être inscrite sur la liste des maladies prévues par l'article 4 de la loi du 15 février 1902. »

M. Chauvel n'est pas partisan de la déclaration obligatoire, qui depuis trois ans n'a pas fait diminuer le nombre des maladies qu'elle concerne.

M. Chauffard pense que la déclaration en matière de tuberculose pourrait n'être rendue obligatoire qu'en cas de décès afin d'imposer une désinfection nécessaire.

M. Landouzy est d'avis que le tuberculeux, porteur de lésions ouvertes, est plus dangereux pendant sa vie qu'après sa mort. Pour ménager toutes les susceptibilités il propose encore une nouvelle solution : imposer la désinfection après décès toutes les fois que le médecin traitant ne fournira pas un certificat attestant que le décès n'est dû à aucune maladie infectieuse.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

L'émigration et la santé publique. — M. Chantemesse communique une étude, faite en collaboration avec M. F. Borel, du service sanitaire du Havre.

Il montre que, suivant l'exemple de l'Amérique, tous les pays recevant des émigrants (Allemagne, Hollande, Belgique, Italie) ont créé une législation spéciale.

La France seule reste en arrière. M. Chantemesse estime qu'il faut organiser le service sanitaire au point de vue des émigrants.

Pour les Européens, la surveillance pourra n'être que mitigée ; elle devra être rigoureuse au contraire et permanente à l'égard des émigrants orientaux. Indépendamment des mesures prises au Frioul pour la visite médicale et la désinfection, il devient nécessaire de rendre aussi minime que possible le contact de tels voyageurs avec le pays, et par conséquent il faut créer des campements à Marseille où l'on puisse réunir ces émigrants et les envoyer directement au port d'embarquement sans arrêt en cours de voyage.

Parvenus dans ce port, les émigrants de toute région qui ne pourraient s'embarquer immédiatement faute de place devraient être conduits dans un campement où l'on retiendrait à demeure ceux dont l'état général ou la provenance inspireraient des soupçons. Les autres, après une visite médicale, seraient autorisés à habiter en ville dans certains hôtels soumis à une surveillance médicale quotidienne. C'est dans ce campement que devraient séjourner les émigrants de pays contaminés de choléra auxquels les Etats-Unis imposent une quarantaine préventive de cinq jours avant l'embarquement.

Le professeur Chantemesse termine en disant que la nécessité de ces installations est urgente au Havre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1906)

Rapport des différentes substances azotées retenues dans le sérum sanguin, au cours du mal de Bright. — On sait qu'à certaines périodes du mal de Bright l'urée peut être retenue en excès dans le sang. Comme cette substance n'est pas la seule qui fasse les frais de la rétention azotée, il est intéressant, disent MM. Widal et Ronchère, de comparer les rapports de quelques corps azotés contenus dans le sang des brightiques aux différentes phases de la maladie.

Le rapport azoturique dans le sérum, c'est-à-dire le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total non albuminoïdique, est le plus important à établir. Ce rapport reste normal chez les sujets qui ne font pas de rétention azotée, et cela, alors même qu'ils meurent surchargés d'œdèmes avec de fortes rétentions chlorurées. Chez les brightiques azotémiques, le rapport azoturique s'élève au contraire dans des proportions considérables au fur et à mesure que la rétention s'accuse et atteint 92 et 96 p. 100 lorsque le chiffre de l'urée, décuplé dans le sang, monte jusqu'à 4 grammes.

Le pourcentage de l'azote résiduel, c'est-à-dire de l'azote qui n'est pas sous forme d'urée suit naturellement une courbe inverse de celle du pourcentage de l'urée; de 20 p. 100, chiffre normal, il peut tomber jusqu'à 4 p. 100.

Si l'on fait l'analyse de quelques-unes des substances azotées retenues, on voit que leur rétention est loin de s'élever proportionnellement à celle de l'urée. Ainsi l'azote de l'acide urique est seulement doublé dans le sang des azotémiques, alors que l'azote de l'urée y est plus que décuplé.

L'azote de l'ammoniaque qui est un des composants les plus importants de l'azote résiduel subit des variations plus minimes encore. Chez les azotémiques sa valeur est en général à peine doublée et parfois elle reste la même que chez des sujets n'étant pas en état de rétention azotée.

Dans le sang des brightiques, l'urée s'accumule proportionnellement au degré de la néphrite et à la quantité d'albumine

ingérée pour essayer de triompher de l'obstacle rénal, suivant un mécanisme que M. Widal a invoqué avec M. Javal.

Le rôle que l'urée est destinée à jouer dans l'organisme nous rend compte de la disproportion observée entre l'accumulation de cette substance et celle des autres corps azotés. Dérivée des albuminoïdes, fabriquée uniquement en vue de l'élimination rénale, l'urée une fois formée, semble ne pouvoir subir aucune transformation dans la profondeur de l'organisme qui ne peut s'en libérer que par expulsion. Les autres substances azotées dérivées des protéiques peuvent, contrairement à l'urée, ne pas rester dans l'organisme à l'état de formations définitives.

Ainsi l'ammoniaque en excès peut être reprise par le foie et transformée en urée, dont la petite quantité ainsi produite viendra s'ajouter à la masse d'urée déjà existante dans le sang. Aussi conçoit-on que, jusque dans les dernières périodes du mal de Bright, au moment même où l'accumulation de l'urée est portée au maximum, l'équilibre de l'ammoniaque puisse être relativement maintenu dans le sang si le foie continue à fonctionner.

Dosage du chloroforme du liquide céphalo-rachidien. — On sait qu'à l'aide de sa méthode, M. R. Nicloux a pu doser avec exactitude la teneur en chloroforme du sang et des tissus des animaux soumis à l'anesthésie chloroformique. Or, puisque parmi ces tissus, les centres nerveux, moelle et cerveau, sont les plus aptes à fixer cet anesthésique, il était intéressant d'étendre ces recherches au liquide céphalo-rachidien qui les baigne si intimement.

La moyenne des résultats obtenus par le procédé de Nicloux a montré à M. Sicard que le liquide céphalo-rachidien prélevé sur des chiens, vers la quarantième ou cinquantième minute de l'anesthésie, et à la dose de 10 centimètres cubes, renfermait environ 10 milligrammes de chloroforme, cette teneur étant rapportee à 100 centimètres cubes de liquide. (Les parenchymes nerveux en renferment 80 milligrammes pour 100 grammes.)

Ces faits montrent qu'au point de vue scientifique le chloroforme peut diffuser et se retrouver dans des liquides à peu près vierges de tout élément cellulaire, et que, au point de vue pratique, il serait peut-être utile de tenter la ponction lombaire dans un but thérapeutique d'élimination chloroformée chez le malade en état d'asphyxie ou de syncope anesthésique.

Action de l'hordénine sur la circulation. — Pour M. Camus, le sulfate d'hordénine, à hautes doses, élève la tension artérielle et modifie le rythme et l'amplitude des pulsations. De faibles doses modifient beaucoup moins la pression, mais elles donnent naissance à des changements importants dans le nombre et l'amplitude des pulsations. Ces différentes actions sont surtout d'origine nerveuse.

Excision du foie chez la grenouille. — Cette excision peut, pour MM. Doyon, Gauthier et Morel, déterminer de l'incoagulabilité du sang et des accidents tétaniques. L'incoagulabilité ne se produit que si l'ablation du foie est rigoureusement complète; quant aux crises tétaniques, elles sont tout à fait comparables à celles que produit la strychnine.

Dosage du chloroforme dans le sang. — M. Nicloux, continuant ses recherches sur ce sujet, montre que, dans le sang, ce sont surtout les globules qui fixent le chloroforme, de préférence au plasma. Les premers en fixent en effet 87 à 90 p. 100, le second seulement 10 à 13 p. 100.

Recherche de l'inosite dans les tissus, les sécrétions et les excrétions. — La méthode généralement suivie pour l'isolement et la caractérisation de l'inosite, méthode particulièrement longue, laborieuse (indiquée par Gallois et par Cooper Lane), est en défaut quand on cherche à l'appliquer à des liquides aussi complexes que les sécrétions et les excrétions organiques. Quelques modifications apportées à cette technique permettent, d'après M. Meillère, d'effectuer rapidement et sûrement la recherche de l'inosite. L'inosite est caractérisée par son isolement à l'état cristallin et par les réactions qu'elle présente avec le nitrate mercurique et l'acétate de strontium. L'inosurie se rencontre principalement chez les polyuriques et chez les sujets dont l'urine présente une réduction anormale de la liqueur de Fehling. Cette dernière réaction, due à la présence de petites quantités de glucose, de lactose, de pentose ou d'acide glycuronique, indique que l'organisme est incapable de détruire complètement les hydrates de carbone et à plus forte raison l'inosite, corps particulièrement stable.

Passage du spirochaete pallida des tissus fœtaux aux tissus maternels dans le placenta syphilitique. — MM. Nattan-Larrier et Brindeau, tout en admettant que le spirochète peut passer du fœtus à la mère par l'intermédiaire des leucocytes, ou par suite de rupture vasculaire de la villosité, démontrent que, comme l'avaient déjà vu MM. Wallich et Levaditi, le spirochète se trouve fréquemment dans les grosses cellules de la couche superficielle de la caduque. MM. Nattan-Larrier et Brindeau admettent qu'il s'agit là d'une transmission par un *processus physiologique* constant, les cellules de Langhans pénétrant directement dans la caduque, dont elles viennent remanier la couche superficielle. Dans des cas plus rares, lorsque le plasmode est altéré, il peut y avoir passage du spirochète du tissu dans un infarctus périvillositaire avec ou sans intervention de leucocytes, mais il s'agit là d'un *processus pathologique*.

Autres communications :

Sur quelques espèces nouvelles de trypanosomes parasites des poissons d'eau douce; leur mode d'évolution, par M. Brumpt.

Mode de transmission et évolution de trypanosomes des poissons. Description de quelques espèces de trypanoplasmes des poissons d'eau douce. Trypanosome d'un crapaud africain, par M. Brumpt.

Modification des leucocytes acidophiles dans certains téléostéens marins soumis à des variations de salure, par Mlle Drzewina.

Nouvelle méthode de séparation et de dosage des acides lactique et succinique, par M. Guerbet.

Procédé de contrôle des dosages chimique et physiologique de l'adrénaline, par MM. Abelous, Soulié et Toujan.

Syphilis et mercure, par M. Quéry.

La réaction du furfurol appliquée à la recherche de l'indican dans l'urine, par M. Nicolas.

L'influence variable du ralentissement du rythme sur le travail suivant la fatigue, par M. Féré.

Note sur l'élimination du bromure de potassium, par MM. Féré et Tixier.

Etude sur la durée de l'élimination rénale de l'iodure de potassium, par MM. Féré et Tixier.

Procédé de diagnostic rapide des lésions syphilitiques, par MM. Borrel et Burnet.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de psychiatrie (1), par E. Régis, professeur adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique.

La bibliothèque des précis médicaux qui porte le nom de *Collection Testut* vient de s'enrichir d'un excellent ouvrage; c'est le *Précis de psychiatrie* que publie le docteur Régis, le distingué professeur à l'Université de Bordeaux.

(1) In-16 de 1082 p. avec 82 fig. et 6 tracés dans le texte, relié (collect. Testut). — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Tout le monde connaissait déjà, outre ses nombreux travaux spéciaux, son *Manuel pratique de médecine mentale*, couronné par la Faculté de médecine de Paris en 1887 et par l'Académie de médecine en 1895, et bientôt devenu classique, grâce à un succès de deux éditions.

Depuis 1893, date de la seconde édition, d'immenses progrès se sont accomplis en psychiatrie; aussi le précis actuel, bien que présenté comme une troisième édition entièrement remaniée, peut être considéré comme un livre tout à fait nouveau, et par son contenu, ses planches, ses figures, et par son titre même.

L'ouvrage, qui débute par une courte esquisse de l'histoire de la médecine mentale, est divisé en trois grandes parties; I. *Pathologie générale*. II. *Pathologie spéciale*. III. *Pratique psychiatrique*.

Sous le titre de « Pathologie générale », l'auteur passe en revue, dans un premier chapitre, les généralités relatives à l'étiologie, à l'évolution et à l'anatomie pathologique des psychopathies. Le deuxième chapitre est consacré à la séméiologie et le troisième à la classification.

Dans le livre II, le professeur Régis, en suivant la classification méthodique et personnelle qu'il a donnée précédemment, étudie en détail les différents états psychopathiques primitifs ou symptomatiques qui composent le vaste cadre des maladies mentales :

Les psychopathies-maladies ou psychoses (manie, mélancolie, folie à double forme, confusion mentale aiguë et chronique, psychoses systématisées essentielles, etc.);

Les psychopathies-infirmités (déséquilibration, dégénérescences, monstruosités, déchéances, etc.). Les psychopathies des exo-intoxications, des auto-intoxications, des infections aiguës et chroniques. Et enfin les psychopathies des maladies du système nerveux (abcès du cerveau, tumeurs cérébrales, cérébro-sclérose, hémorragie, ramollissement, paralysie générale, tabes, épilepsie, hystérie, chorée, etc.).

Le livre III est entièrement consacré à la « Pratique psychiatrique ». L'examen des malades, le diagnostic et le traitement; l'assistance des aliénés, la législation, les établissements spéciaux; la responsabilité pénale, les crimes et les délits, la capacité et l'interdiction; les règles des expertises psychiatriques dans le civil et dans l'armée, etc., toutes ces questions font l'objet de chapitres spéciaux.

Deux appendices terminent le livre. L'un est relatif à l'enseignement de la psychiatrie en France; l'autre donne une série de rapports médico-légaux soigneusement choisis et répondant aux principaux cas qu'on peut observer dans la pratique.

Une table alphabétique des noms d'auteurs et une table alphabétique des matières rendent plus facile encore la lecture de ce précis.

Il est impossible, dans une courte analyse, de donner une idée exacte d'un ouvrage de cette importance. Il faudrait en étudier toutes les parties. Nous signalerons spécialement les chapitres de la symptomatologie ou séméiologie générale, ceux de la confusion mentale, de la démence précoce; et on saura gré à l'auteur d'avoir mis un peu de lumière sur cette question si obscure de la démence hébéphrénique. Dans l'étude des psychoses d'auto ou d'exo-intoxications, on retrouvera les idées chères au professeur Régis qui, le premier en France, a appliqué à la psychiatrie les théories fécondes de l'infection et de l'auto-intoxication.

Nous signalerons encore les pages consacrées à la pratique médicale des aliénés, à l'assistance, à la législation; aux expertises dans le civil et dans l'armée, etc.

Tout en donnant aux travaux étrangers la large part qui leur est due, tout en faisant du « libre-échange scientifique », l'auteur est resté « protectionniste » de notre belle science psychiatrique; et son livre est avant tout français, c'est-à-dire, précis et clair, méthodique et ordonné, documenté et éclectique, pratique et complet.

C'est le plus bel éloge qu'on puisse faire de cette œuvre qui fait honneur au savant maître de l'Université de Bordeaux.

Tel qu'il est conçu, son livre est plus qu'un précis : c'est un véritable traité des maladies mentales; un traité complet mais condensé en 1 000 pages. Il sera indispensable à toutes les personnes qui s'intéressent, de près ou de loin, à la psychiatrie.

G. JACQUIN.

Atmosphère et climats (1), par MM. J. COURMONT et Ch. LESIEUR.

Le premier fascicule du *Traité d'hygiène* publié par MM. Brouardel et Mosny comprend deux parties : la première a trait à l'étude de l'atmosphère et est due à M. Jules Courmont; la seconde consacrée à la climatologie est l'œuvre de M. Ch. Lesieur.

L'étude de l'atmosphère au point de vue de l'hygiène débute par l'exposé des *propriétés chimiques* de l'air libre, puis de l'air confiné et des différentes méthodes proposées pour sa régénération; vient ensuite l'étude de ses *propriétés physiques*. Le chapitre consacré aux *corpuscules inertes* de l'atmosphère, fumées, poussières, présente un intérêt tout spécial en raison des efforts réalisés par les hygiénistes dans ces dernières années pour lutter contre les poussières, contre celle des routes en particulier. Un dernier chapitre comprend l'étude des *corpuscules vivants* de l'air : leur découverte, leur rôle dans la pseudo-génération spontanée, leur provenance, leur transport habituel par les poussières, leur topographie, leur variation de nombre suivant l'altitude ou les saisons; l'assainissement de l'air par les agents physiques, par la lumière solaire surtout, les différents procédés d'analyse bactériologique enfin.

La climatologie débute par une *étude générale* de la température (son action sur l'organisme humain et sur les microbes), de l'hygrométrie, des pluies, des vents, des courants chauds des mers; vient ensuite l'étude des *climats tempérés* : d'abord le climat des plaines continentales, puis les climats marins et les climats d'altitude, enfin les subdivisions climatériques de l'Europe et de la France, et le chapitre se termine par un paragraphe spécialement consacré aux plages méditerranéennes.

L'étude particulière des *climats chauds* et des *climats froids* constitue les deux chapitres suivants. Pour chacun d'eux le plan comporte les divisions suivantes : météréologie, action physiologique, pathologie, hygiène et prophylaxie. Enfin le dernier chapitre est consacré à l'*adaptation aux climats* (conditions et lois, mécanisme et applications). L. GAYARD.

---

(1) 124 pages, avec 2 pl. et fig. — Prix : 3 francs. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SYMPTOMES DU RACHITISME

Le rachitisme, maladie de la première enfance, apparaissant ordinairement vers six mois, chez des nourrissons atteints de gastro-entérite, se caractérise : 1° par des *lésions osseuses* : tuméfaction, déformation, ramollissement, etc.; 2° par des *troubles viscéraux* multiples.

LÉSIONS OSSEUSES. — Selon les cas, elles sont généralisées ou localisées, légères ou internes. Pour les décrire, on peut, avec M. Marfan (*Traité Brouardel-Gilbert*, t. III), supposer un cas complet, où tous les os sont pris d'une manière uniforme.

Crâne. — 1° PERSISTANCE DES FONTANELLES ET DES SUTURES. Normalement, α. les sutures; β. les deux fontanelles latérales; γ. la fontanelle postérieure se ferment peu après la naissance; δ. la fontanelle antérieure, de quinze à dix-huit mois. Chez l'enfant rachitique, les sutures peuvent ne pas se fermer, si la maladie débute de bonne heure; les fontanelles restent longtemps béantes; au niveau de la fontanelle antérieure, on peut entendre un [*souffle céphalique*, non pathognomonique; 2° le GONFLEMENT ET LE RAMOLLISSEMENT DES OS, si le rachitisme est précoce, aboutissant au cranio-tabes, s'il est tardif, au crâne rachitique.

Le *cranio-tabes* se caractérise surtout par un ramollissement de l'occipital, donnant au doigt l'impression d'un morceau de carton ou de parchemin. Le ramollissement, presque toujours, prédomine sur les côtés de la suture lambdoïde. Le cranio-tabes s'accompagne fréquemment de spasme de la glotte; il est presque pathognomonique du rachitisme; il a été attribué à la compression de l'occiput : α. par le poids de la tête, théorie classique; β. par le cerveau en voie de développement (Marfan et Renaut).

Dans le *crâne rachitique*, on observe : une saillie 1° des bosses frontales (*front olympien*), et 2° des pariétaux, que sépare, comme une profonde gouttière, la suture sagittale (*crâne natiforme*). Presque toujours (Regnault) il y a de la *brachycéphalie*, quelquefois de la scapho ou de la plagiocéphalie.

Face. — Les déformations des os de la face sont beaucoup moins importantes. Le *maxillaire inférieur* devient trapézoïde, le *supérieur* s'allonge suivant son grand axe, d'où rétrécissement des forces nasales (coexistence fréquente de végétations adénoïdes). Les *dents* apparaissent plus tard que d'habitude, irrégulièrement; elles sont très vulnérables.

Thorax. — Les *clavicules* ont leurs épiphyses tuméfiées; leurs courbures normales sont très exagérées; elles sont souvent le siège de fractures. Les *côtes* présentent, à leur union avec le cartilage costal, un gonflement noueux; l'ensemble de ces nodosités constitue une série de saillies oblique de haut en bas et de dedans en dehors : c'est le *chapelet rachitique*, symptôme capital.

Le thorax, considéré dans son ensemble, présente : 1° une gouttière latérale, verticale, parallèle à la ligne axillaire, causée par la mollesse des côtes qui se laissent déprimer, à chaque inspiration, par la pression atmosphérique; 2° une gouttière horizontale, située à l'union des vraies et des fausses côtes, et due à ce que ces dernières sont rejetées en dehors par les viscères abdominaux hypertrophiés. Le sternum fait une forte saillie en avant (*thorax de poulet*). Au moment de l'inspiration, les gouttières thoraciques exagèrent leur profondeur (*tirage rachitique*, Marfan). L'expiration est courte, pénible et bruyante.

Colonne vertébrale souvent intacte. Lorsque le rachitisme la frappe, il détermine : 1° une cypho-scoliose dorsale, à convexité tournée à droite, et 2° une rotation du rachis sur son axe, telle que les corps vertébraux sont portés à droite. La cypho-scoliose dorsale provoque l'apparition de deux courbures de compensation : une cervicale et une lombaire. Ces lésions contribuent encore à déformer le thorax qui prend le type *oblique ovalaire* (V. Marfan, *loco citato*). Phocas a décrit un *torticolis rachitique*, dû au rachitisme cervical.

Membres. — Aux *membres supérieurs*, la tuméfaction épiphysaire est particulièrement marquée à l'extrémité du radius. Le poignet est gros, épais, séparé de la main par un profond sillon. Les diaphyses cubitales et radiales offrent une courbure à convexité postérieure; l'humérus est moins lésé. L'omoplate est habituellement intact.

Aux *membres inférieurs*, la tumeur épiphysaire est surtout manifeste aux genoux. Les diaphyses sont grosses, déformées, incurvées en parenthèse ( ), en X, en D, etc. Ces incurvations s'exagèrent par la station verticale et la marche, d'où le conseil de laisser les rachitiques au lit jusqu'à guérison. Le tibia, aplati latéralement, s'incurve de telle sorte que son bord antérieur devient convexe, sa partie postérieure concave.

Bassin. — Le *sacrum* bascule en avant, de façon que son extrémité supérieure se rapproche du pubis. Selon que sa face antérieure est concave ou plane, le bassin est *annelé* ou *canaliculé* (Pinard). Le *pubis* présente les plus grandes variétés de forme et de direction. Les parties latérales des *os iliaques* sont déformées. Parfois, au pourtour du détroit supérieur, on observe des crêtes osseuses qui peuvent, lors de l'accouchement, blesser ou même perforer l'utérus (*bassin épineux*). En résumé, le *rétrécissement porte surtout sur le diamètre antéro-postérieur*. Le bassin rachitique, chez la femme enceinte, se reconnaîtra par : 1° l'interrogatoire; 2° l'examen de la femme; 3° la pelvimétrie; 4° le toucher mensurateur; 5° la pelvimétrie et la pelvigraphie de Farabeuf; 6° le palper mensurateur. Relativement à la grossesse (fréquence des présentations vicieuses) et à l'accouchement, v. *Traités d'obstétrique*.

En somme : 1. Sur les *os longs*, le rachitisme se traduit par le gonflement des épiphyses, la tuméfaction et les courbures de la diaphyse, l'arrêt du développement en longueur; 2. Sur les *os plats* et *courts*, par le ramollissement et le gonflement de l'os. Les os rachitiques sont fréquemment le siège de fractures sous-périostées, qui se consolident rapidement par un cal exubérant.

Selon l'intensité des lésions osseuses, on peut distinguer des cas *légers*, *moyens* et *graves* (V. classiques). Le rachitisme débuterait : par les extrémités inférieures (Guérin); le thorax (Trousseau); le crâne et l'extrémité antérieure des côtes (Kassovitz). En réalité, on n'est pas encore fixé sur ce point. Ce qu'on sait bien, par contre, c'est que le rachitisme *imprime à la croissance un arrêt* plus ou moins net, et que chez presque tous les petits rachitiques il y a un *retard sensible de la marche*.

TROUBLES CONCOMITANTS. — A. **Digestifs.** — La GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUE est constante, et, chez tous les malades, elle est antérieure aux déformations osseuses. Les nourrissons, soumis d'ordinaire à un allaitement artificiel mal dirigé, présentent de bonne heure de la diarrhée compliquée d'érythème fessier, et bientôt suivie de constipation; des vomissements; de l'anorexie. Le ventre *gros*, est d'abord dur, sonore, puis flasque : cette augmentation de volume du ventre est due à l'action combinée de plusieurs facteurs : dilatation de l'estomac (J. Comby), de l'intestin (Marfan), *hépato* et *splénomégalie*. Sous l'influence de ces troubles, l'état général s'altère rapidement. *Ces troubles digestifs dominent toute l'histoire du rachitisme*.

B. **Nerveux.** — Les *convulsions généralisées* (éclampsie infantile), la *tétanie*, se traduisant par des contractures généralisées ou localisées (spasme de la glotte), fréquentes, ont été attribuées au rachitisme cranien [compression du bulbe par l'occipital ramolli (Elsaesser), hyperhémie osseuse propagée, par les méninges, à l'écorce sous-jacente (Kassovitz)]; en réalité, elles dépendent surtout de la gastro-entérite (Comby).

C. **Circulatoires.** — En plus de la *splénomégalie*, il faut noter : 1° la micro ou macro-*polyadénie* habituelle dans les états cachectiques de la première enfance; 2° l'*anémie*, pouvant s'accompagner de souffles dans les vaisseaux du cou (Comby), et se traduisant, dans les cas graves, par de la poïkilokitose, l'apparition de globules rouges à noyau, une leucocytose composite. Cette formule hématologique est celle de l'*anémie pseudo-leucémique* (Luzet, v. Jacksch), que l'on peut observer d'ailleurs, en dehors du rachitisme.

D. **Cutanés.** — A signaler : la *tendance aux sueurs profuses*, le *prurigo simplex* et l'*urticaire*, l'*eczéma sec*, tous ces troubles étant surtout liés à la gastro-entérite chronique.

E. **Urinaires.** — Les urines abondantes et peu colorées se caractériseraient par : α. leur richesse en phosphate de chaux; β. leur extrême acidité due à l'acide lactique. Ces deux caractères sont inconstants. L'*indicanurie*, fréquente, est due aux troubles intestinaux concomitants.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 17. — SAMEDI 10 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 10 FÉVRIER 1906. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Lecture des copies. — *Anatomie.* — Séance du 7 février 1906 : MM. Jacoulet et Silbert, 11 ; Hovelacque, Mlle Landry et MM. Sorrel, 10 ; Mora, 9 ; Blain et Richet (Charles), 8.

Séance du 8 février : MM. Pinard, 13 ; Houzel, 10 ; Gendron, Jacob et Lenoir, 9 ; Roudinesco, 8 ; Pélissier, 7 ; Haas (Gustave), 6 ; Mlle de Jong, 4.

La prochaine séance aura lieu le samedi 10 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 8 février 1906 : MM. Rais, 13 ; Cawadias et Collin, 9 ; Bienvenue, Cléret, Glénard et Saiget, 8 ; Lamarre et Mesnager, 6 ; Viel, 5.

La prochaine séance aura lieu le samedi 10 février, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Les 69 élèves de l'Ecole du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1906, et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après.

Les aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe, élève à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Armangaud, Arnaud, Auvert, Bahier, Baillou, Baron, Bertein, Bories, Bourland, Boisier-Lapierre, Briend, Camus, Cabel, Cassan, Chailly, Corbel, Coste, Coudray, Cruzel, Delahousse, Delator, Dez, Duchêne-Marullaz, Etienney, Erras, Ferras, Feuillié, Floquet, Fontanel, Griscelli, Guglielmi, Guichard, Hérisson, Hourtoulle, Jacques, Jagues, Jaubert, Lacoste, Laforge, Letaud, Levêque, Mangerot, Marchal, Marnata, Martin, Mazot, Minel, Manzcols, Massier, Mulot, Ploque, Père, Perrier, Perrignon de Troyes, Petit (G.-J.-J.-E.), Petit (M.-M.-E.), Pigache, Pineau, Planque, Playoust, Pons, Ruchaud, Saffores, Saury, Thellier, Truchetet, Vendeuvre, Worms.

LES LENTEURS PARLEMENTAIRES. — On a distribué jeudi au Sénat le rapport — qui comporte avec ses annexes plus de 900 pages — de notre éminent confrère, M. Alcide Treille, sur le blanc de céruse. Ce rapport a été déposé le 20 avril 1905 et M. Treille n'est plus sénateur, ne s'étant pas représenté aux dernières élections.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la cinquième semaine, 944 décès, au lieu de 951 pendant la semaine précédente (moyenne 1022). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, sauf toujours la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 41, au lieu de la moyenne 44.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 12 au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La rougeole a causé 22 décès, comme pendant la semaine précédente, la moyenne est de 9 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 319, au lieu de 315 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 119.

La scarlatine a causé 3 décès, la moyenne est 2 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 63, il s'élevait à 56 pendant la semaine précédente, la moyenne est 58. La coqueluche a causé 4 décès (moyenne 5). La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 9) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 77, au lieu de 62 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 99.

La diarrhée infantile a causé 14 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 25).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 184 décès, au lieu de 159 pendant la semaine précédente (moyenne 211). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (moyenne 18) ; bronchite chronique, 20 (moyenne 28) ; pneumonie, 45 (moyenne 47) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 112 (moyenne 118), dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire et 63 à la broncho-pneumonie. En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès ; la méningite tuberculeuse, 26 ; la méningite simple, 16 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 48 décès ; les maladies organiques du cœur, 78 ; le cancer, 59 ; la hernie et l'obstruction intestinale, 8 ; la cirrhose du foie, 12 ; la néphrite, 34 ; enfin, 32 vieillards sont morts de débilité sénile.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 3, 16 janv. 1906.) Cassaët et Micheleau : Sur deux cas de pemphigus traités par la déchloruration. — P. Bernard : Epidémie de diphtérie à Corbelin (Isère). — Mandoul : Un cas de paralysie faciale corticale consécutive à une méningite cérébro-spinale ayant évolué favorablement. — Florea Simionescu : Aéro-vaporo-thermothérapie en général ; le traitement de l'ozène essentiel vrai. — Matignon : Ce qu'a fait la Croix-Rouge du Japon pendant la guerre russo-japonaise.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 3, 7 janv. 1906.) G. B. Allaria : Contribution à l'étude des complications nerveuses de la typhoïde dans l'enfance. — Andrea Conti : Note clinique sur un cas de spasme clonique dans le district de l'accessoire de Willis consécutivement à la malaria. — Torindo Silvestri : Signification clinique des œdèmes. — Dario Maragliano : Influence de l'anémie adrénalinique sur l'évolution des infections locales. — Francesco Simonelli et Ivo Bandi : Recherches expérimentales sur la syphilis. — Egisto Curti : Valeur thérapeutique des compresses d'éther dans la cure des hernies étranglées. — (N° 6, 14 janv.) Claudio Sforza : La mortalité par tuberculose en Italie de 1897 à 1902. — Agostino Borini : Un cas de leptotrichose intestinale. — Ferlito Carmelo : Un cas d'occlusion intestinale. — Vittorio Maragliano : Les rayons X et leur technique. — (N° 9, 21 janv.) E. Cosio : Un cas d'ischurie prostatique permanente traitée par l'incision thermo-galvanique de la prostate. — Silvio Rolando : Fissure labio-maxillo-palatine bilatérale avec proéminence de l'intermaxillaire. — J. Bruchi : Un cas de volumineuse hernie crurale. — Mariano Fasano : Trachéotomie ou tubage ? — Carlo Ferrai : La pseudo-digestion putréfiante. — R. Massalongo et G. Zambelli : L'aspirine dans la chorée de Sydenham. — Pietro Trapani : Deux cas de malaria aiguë primitive dans la convalescence de la typhoïde. — (N° 12, 28 janv.) Amerigo Barlocco : Etude des albuminuries par la méthode de la précipitation fractionnée. — Bocciardo : La genèse des secousses rythmiques de la tête dans la maladie de Flagani-Basedow. — Lasio : Chondrofibrome du maxillaire supérieur droit ; résection de l'os par la voie intra-buccale (méthode de Bottini) ; guérison. — Luigi Bobbio : Un cas rare de paralysie traumatique du radial. — A. Conti et O. Curti : Le pouvoir hypertenseur des extraits minéraux de l'homme et dans certaines formes morbides. — Urbano Melzi : Contribution à l'étude de l'emploi de la levure de bière contre l'amygdalite phlegmoneuse.

Lyon médical. — (N° 2, 14 janv. 1906.) Hugounenq : Les conquêtes récentes de la biologie dans le domaine du chimisme intestinal. — Vignard et Mouriquand : Sur quelques cas d'ostéomyélite chronique du maxillaire inférieur chez les enfants.

Montpellier médical. — (N° 1, 7 janv. 1906.) Cheylan : L'anesthésie scopo-morphinique. — Rauzier : Traitement de l'épilepsie essentielle (*fin*).

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Déc. 1905.) Enrico Martini : Contribution clinique et expérimentale à l'étude de la vagotomie au niveau du cou. — Prof. Roncali : Observations anatomo-pathologiques et cliniques sur deux cas de troubles cérébraux. Contribution à l'histologie et à la thérapeutique chirurgicale des scléroses névroglio-conjonctives et des névroglioses pures (glioses) post-traumatiques. — Riccardo Petrucci : Contribution à l'étude de la gastrotomie et du cathétérisme rétrograde de l'œsophage. — (Janv. 1906.) Comme ci-dessus sauf la dernière rubrique en plus : Egisto Magni : La dénomination anatomique des tumeurs des capsules surrénales et de leurs germes aberrants. Sur un cas de surrénome. — *Section médicale.* — (Déc.) R. Tarantini : L'hypertrophie pulmonaire. — Prof. Felice La Torre : Nouvelles recherches sur le passage des anticorps dans le sang des nourrissons et sur la probabilité d'une application clinique de ce fait. — Prof. Vittorio Ascoli : Hémorragies méningées spontanées. — (Janv. 1906.) Prof. Agenore Zeri : La leucémie aiguë. — Guido Brigante-Colonna : L'action des rayons de Röntgen sur la leucocytose expérimentale. — Angelo De Dominicis : Les réactifs de l'hémochromogène. — Prof. Vittorio Ascoli : Hémorragies méningées spontanées.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 2, 13 janv. 1906.) Al. Costiniu : Le premier cas de rhinosclérome observé en Roumanie. — Dardel : Des difficultés de diagnostic de la rhinite caséeuse au début.

Riforma medica. — (N° 48, 2 déc. 1905.) Alfonso Calabrase : L'action des rayons de Röntgen sur le virus rabique. — Gino Norsa : La cure des anémies au moyen des anticorps. — Oreste Cignozzi : Contribution clinique à la cure chirurgicale de la cholécystolithiase. — C. Bruni : La méthode de Cathelin dans la cure de l'incontinence essentielle d'urine. — (N° 49, 9 déc.) Stefano Barba : La détermination quantitative de l'acide chlorhydrique du suc gastrique par la méthode de Petteruti. — Oreste Cignozzi : Les cirrhoses biliaires et leur traitement chirurgical. — Silvio Rolando : Tumeur mixte congénitale. — A. Gramegna : Un cas de névralgie du trijumeau guéri par la radiothérapie. — (N° 50, 16 déc.) Stefano Barba : A propos de deux cas de sténose œsophagienne. Importance de la radioscopie dans l'étude des sténoses de l'œsophage. — Spagnolio et Signer : La formule leucocytaire dans l'empoisonnement aigu produit par les alcaloïdes des champignons vénéneux et influence de l'atropine sur l'action de la muscarine. — Guido Tizzoni et Alessandro Bongiovanni : L'action curative des rayons du radium dans la rage par virus de chien. — Oreste Cignozzi : Les cirrhoses biliaires et leur traitement chirurgical. — (N° 52, 23 déc.) Enrico Vicenzoni : Un cas d'ectopie crurale du testicule. — Stefano Barba : Deux cas de sténose œsophagienne. Importance de la radioscopie dans l'étude des sténoses de l'œsophage. — Oreste Cignozzi : Les cirrhoses biliaires et leur traitement chirurgical. — (N° 53, 30 déc.) Table alphabétique des travaux originaux ; — Table alphabétique des noms d'auteurs ; — Table alphabétique des matières. — (N° 1, 6 janv. 1906.) Augusto Murri : La tuberculose pulmonaire. — Sergio Pansini : Le phénomène de Cardarelli-Oliver et les signes d'adhérence de l'anévrisme aortique avec les voies aériennes. — Ferruccio Ferrero : Contribution à l'étude des adamantinomes du maxillaire inférieur. — Giuseppe Muggia : Existe-t-il dans le sang des malades atteints de démence précoce une forme spéciale de globule rouge ? — (N° 2, 13 janv.) Augusto Murri : La tuberculose pulmonaire. — Alfonso Calabrese : L'action du radium sur le virus rabique. — Sergio Pansini : Le phénomène de Cardarelli-Oliver et les signes d'adhérence de l'anévrisme aortique avec les voies aériennes. — (N° 3, 20 janv.) Augusto Murri : La tuberculose pulmonaire. — Ezio Salvini : Un cas de sarcome primitif du foie avec une forme de prurigo symptomatique. — Sergio Pansini : Le phénomène de Cardarelli-Oliver et les signes d'adhérence de l'anévrisme aortique avec les voies aériennes.

REVUE GÉNÉRALE

LES DERMATOSES PROFESSIONNELLES

Par le docteur LÉVI-SIRUGUE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Les questions d'hygiène industrielle prennent une place de plus en plus grande dans les préoccupations du médecin, soit qu'il ait à conseiller des mesures prophylactiques, soit qu'il ait à apprécier les responsabilités des patrons vis-à-vis des ouvriers. Dans ces ordres d'idées le médecin a besoin de connaître les dermites multiples que peuvent engendrer les irritations professionnelles. Ces lésions jadis décrites dans le cadre trop vaste des eczémas doivent être étudiées à part; elles forment un groupe dont l'unité de l'étiologie, qui est toujours une irritation cutanée d'ordre physique ou chimique, contraste avec le caractère protéiforme des lésions.

C'est un axiome vrai pour tous les organes et encore plus pour la peau qu'il faut tenir grand compte de la réaction individuelle. Si nous ne pouvons embrasser dans leur complexité tous les éléments qui conditionnent cette réaction nous pouvons du moins en définir quelques-uns. La peau fine à caractère féminin est plus susceptible; aussi les femmes, les jeunes sujets, les lymphatiques sont prédisposés à ces dermites que peut favoriser aussi l'état sénile de la peau. Les états pathologiques susceptibles de modifier l'humorisme du sujet sont de nature à faire la peau « mauvaise ». Naturellement au premier rang viennent les troubles qui augmentent les toxines, tels que troubles gastriques, lésions hépatiques et lésions rénales qui gênent leur élimination par les urines. Une première atteinte prédispose à d'autres.

Les ouvriers peuvent être exposés à la nocivité des *actions physiques* ou *chimiques*; il peut y avoir prépondérance de l'une sur l'autre, mais souvent elles unissent leurs effets. Si les agents nocifs sont des corps *solides* comme des poussières, ils agissent en traumatisant la peau d'une façon inappréciable mais continue (dermatoconioses). Si ce sont des *liquides* ils produisent à la longue une véritable macération de l'épiderme dont les lésions connues sous le nom de *grenouilles* sont le meilleur exemple, qu'on les observe aux membres inférieurs comme chez les débardeurs, ravageurs de rivières, ou qu'elles siègent aux mains comme chez les lavandières.

La *température* influe sur l'état de la peau; le froid par les gerçures qu'il occasionne facilite l'action des substances caustiques, et les infections microbiennes; les engelures qu'il provoque chez les sujets qui ont tendance à un état asphyxique des extrémités prédisposent à des lésions professionnelles. La chaleur trop forte par contre favorise la macération des tissus par hyperhydrose et la sueur fixe les poussières nocives et en facilite la dissémination.

Mais, nous l'avons dit, l'action physique ne vient que comme adjuvant de l'action chimique, le mécanisme pathogénique étant d'ordinaire complexe. Pour prendre un exemple, dans l'eczématisation qui s'observe chez les blanchisseuses, il entre en jeu divers éléments : macération des tissus par le séjour prolongé dans l'eau, lésions produites par le brusque passage des mains dans des liquides à des températures différentes, surtout action irritante des caustiques employés.

Par les portes d'entrée ainsi ouvertes dans le revêtement tégumentaire et à la faveur des troubles vasculaires et nutritifs qui amoindrissent la résistance de la peau, il se produit des invasions microbiennes qui font succéder rapidement à un premier stade aseptique des lésions un stade d'infection marqué par des suppurations et de la lymphangite. Alors la lésion d'abord limitée aux parties découvertes gagne de proche en proche et finit par être si généralisée qu'il peut être difficile d'en marquer le point de départ en dehors des commémoratifs. La lésion peut aussi se généraliser par contagion à distance transportée par les mains à la face, et chez l'homme pendant la miction aux organes génitaux, propagation facilitée encore par l'état prurigineux qu'elle provoque. Les poussières sont d'ailleurs plus facilement retenues en certains points tels que la limite des poils, les rides, le rebord palpébral, les replis de l'oreille, les ailes du nez, les plis du cou; dans les parties couvertes elles séjournent de préférence au niveau de la ceinture, de l'aine, chez l'homme, et au niveau des jarretières chez la femme; d'ailleurs la localisation au niveau des plis articulaires d'une façon générale n'est pas rare. Les substances gazeuses peuvent traverser les vêtements et agir directement sur des régions couvertes; il en est ainsi pour la verge et le scrotum, qui sont très disposés aux éruptions. Aux parties découvertes il est certaines régions qui sont atteintes de préférence; ainsi le dos des mains est plus souvent touché que la paume et le plus souvent on voit la lésion frapper exclusivement une de ces deux régions, se limitant très nettement au point où se produit le changement de direction des plis épidermiques. Si la lésion porte sur la face palmaire de l'avant-bras elle se limite nettement en bas aux plis de flexion du poignet; en haut la démarcation est variable, le plus souvent commandée au moins au début par la limite des parties découvertes pendant le travail; ces limites supérieures s'étendent d'ailleurs de plus en plus, faisant tache d'huile.

Caractères nosographiques des dermatoses professionnelles. — Il est quelques dermatoses professionnelles qui ont des caractères bien définis, mais le plus souvent elles revêtent l'aspect banal de lésions vésiculo-pustuleuses ou eczémateuses. Nous commencerons par l'étude des premières.

II

DERMATOSES PROFESSIONNELLES A FORMES DÉFINIES. — *Acné chlorique*. — Les ouvriers qui préparent le chlorure de chaux et la soude ou la potasse par le procédé nouveau qui consiste à faire passer un courant électrique à travers le chlorure de sodium ou de potassium sont exposés à une dermatose spéciale :

dermatose chlorique électrolytique ou *acné chlorique.*

Cette lésion, d'abord étudiée en Allemagne en 1899 par Herxheimer (1) chez les ouvriers de l'usine de Gresheim, l'a été en France chez ceux de l'usine de la Motte-Breuil près Compiègne. Nous citerons en France les observations publiées par Thibierge (2), Thibierge et Pagniez (3), Renon et Latron (4), Hallopeau et Lemierre (5), et la thèse de P. Fumouze (6), qui à la relation des cas publiés a ajouté ses observations personnelles.

L'acné chlorique peut se généraliser à tout le corps. Les lésions cutanées consistent en comédons, nodosités, pustules, papules, kystes sébacés, taches pigmentaires, cicatrices. Au visage et au cuir chevelu les comédons forment un semis rappelant le tatouage dû à l'explosion de poudre à peu de distance de la peau. Les kystes sébacés sont fréquents aux oreilles et au cou. Les lésions sont moins marquées au tronc et aux membres, quoique cependant bien plus confluentes que dans l'acné ordinaire, et s'accompagnant d'inflammation comme dans l'acné pustuleuse. A la verge et au scrotum il peut y avoir de gros kystes sébacés. Les muqueuses sont irritées : il y a de la conjonctivite, quelquefois des kystes sébacés à l'angle interne de l'œil, de la bronchite, des phénomènes de gastrite. La tuberculose n'est pas rare chez ces ouvriers. Cette éruption peut être rapprochée de celles qui sont dues au goudron, aux huiles de hêtre, de cade, à la paraffine et aux pétroles impurs, au brome et à l'iode et à leurs dérivés. Elle est due, d'après Thibierge, non au contact du chlore avec la peau, mais à l'absorption de vapeur de chlore ou de dérivés chlorés; Fumouze incrimine l'hypochlorite de soude à l'état naissant dont l'action serait externe et interne, les symptômes complémentaires étant dus au chlore.

Papillomes dus à la créosote et au pétrole. — Des lésions que nous venons de décrire on peut rapprocher celles qu'on a observées chez les ouvriers en contact avec la créosote. Mackenzie (7) a publié l'observation d'un homme de soixante ans, travaillant depuis trente ans dans une usine où on traitait par la créosote des traverses de chemin de fer. Les mains et les bras étaient seuls en contact avec les madriers imbibés de créosote. Sur les avant-bras, le dos des mains et des doigts, les orifices folliculaires étaient obstrués par un bouchon noir; il y avait, disséminées, des élevures verruqueuses du volume d'un pois. Sur le côté droit du scrotum se trouvaient des élevures papillomateuses du volume d'un pois à une noisette, molles, couvertes d'une croûte cornée douloureuse au toucher, sans induration profonde de leur base. Quand on arrachait la croûte, la surface dénudée saignait facilement. Dans le triangle de Scarpa des deux côtés, tous les ganglions étaient tuméfiés. Ces lésions analogues à celles qu'on a décrites sous le nom de *cancer des ramoneurs* ont grande tendance à la dégénérescence épithéliomateuse.

Le pétrole peut produire des lésions analogues. Dans les raffineries de pétrole, MM. Dervillé et Guermonprez ont observé chez les ouvriers qui travaillent presque nus au nettoyage des appareils ayant servi à la dernière distillation des pétroles, des tumeurs du volume d'un pois à celui d'une châtaigne, petits papillomes siégeant aux orifices pilo-sébacés. Ces tumeurs occupent l'avant-bras, le dos des mains et des doigts, les membres inférieurs, le scrotum. Cette lésion n'a pas été observée dans toutes les usines de ce genre.

Hyperhydrose des ouvriers des manufactures d'aniline. — En outre des manifestations de caractère banal auxquelles sont sujets les ouvriers des manufactures d'aniline, il en est une très spéciale, c'est l'*hyperhydrose des mains*, étudiée par Blaschko (1). Cet auteur la considère comme occasionnée ni par les matières colorantes ni par les matières premières d'où sont dérivées les couleurs d'aniline, de naphtol ou de résorcine, mais bien par les nettoyages exécutés à la fin des opérations avec la soude et le chlorure de chaux.

D'ordinaire l'hyperhydrose est précédée d'hyperesthésie des extrémités digitales, de la peau de l'éminence thénar; l'épiderme se gerce surtout à la paume; les mains se contractent; quelquefois il se fait des abcès. L'hyperhydrose est telle qu'en renversant la main on voit la sueur tomber par gouttes. La durée de cette hyperhydrose varie de deux à six jours.

Cette hyperhydrose peut se voir chez les teinturiers, les blanchisseurs, chez les ouvriers manipulant les produits de la houille, phénols et oxyphénols, et déjà bien avant Blaschko, Grandhomme l'avait signalée en 1877 chez les ouvriers fabriquant l'éosine. Dans tous les métiers où il y a contact avec des liquides caustiques, alcalins ou autres, elle peut être observée. Il s'agit là d'un trouble fonctionnel des nerfs périphériques.

Le pigeonneau des ouvriers peauciers. — L'une des plus intéressantes des lésions cutanées professionnelles par son caractère bien spécial est celle qui est généralement connue sous le nom de *pigeonneau*, et qui a été l'objet d'une intéressante étude de la part de Lhuillier (2), qui a joint à son travail un certain nombre de photographies.

Le pigeonneau se voit surtout chez les ouvriers employés à la manipulation des peaux dont nous rappellerons brièvement les étapes principales.

Les peaux sont d'abord lavées à l'eau courante; c'est le *reverdissage*; puis vient le *pelanage* ou passage dans des bains de chaux de causticité croissante, *pelain mort*, *pelain gras*, *pelain vif*, dans chacun desquels elles séjournent environ quarante-huit

(1) Herxheimer. *Münch. med. Woch.*, 1899.
(2) Thibierge. Soc. dermat., déc. 1899.
(3) Thibierge et Pagniez. Soc. dermat., janv. 1900, et *Ann. de dermat.*, juillet 1900.
(4) Renon et Latron. Soc. méd. des hôp., 1900.
(5) Hallopeau et Lemierre. Soc. dermat., juin 1900.
(6) P. Fumouze. Th. de Paris, 1901.
(7) Mackensie. In *Maladies professionnelles*, étude technique sur leur assimilation aux accidents du travail, Paris 1903.

(1) Blaschko. *Deuts. med. Woch.*, 1898-1892.
(2) Lhuillier. Th. de Paris, 1900-1901.

heures. Ensuite, on râcle les peaux pour enlever les poils, *ébourrage*, on les débarrasse des chairs adhérentes, *écharnage*, et de la chaux qui les imprègne, *foulonnage*. Ce n'est qu'après cette série d'opérations que nous avons abrégée que vient le *tannage* proprement dit, ce premier temps constituant ce qu'on appelle le *travail de rivière*. Lorsqu'il s'agit de teindre les peaux on se sert d'un *apprêt* qui est souvent une solution de bichromate de potasse à 1/10 additionnée de 2 p. 100 d'alcali volatil.

Ce n'est pas seulement dans cette classe d'ouvriers que s'observe le pigeonneau. On le voit aussi chez les brunisseurs en orfèvrerie de ruolz, les blanchisseurs, les plâtriers, les maçons.

Au *début* l'aspect de la lésion dépend de son siège. A la pulpe des doigts l'épiderme est comme usé. Sur une surface circulaire large de 3 à 4 millimètres, on voit un méplat de couleur tendre ayant au centre un point rouge vif, entouré d'un cercle blanchâtre. A la face dorsale des doigts, il se présente comme une érosion rouge saignante; il en est de même à la face interne des doigts. Aux plis de flexion le pigeonneau prend la forme des crevasses sur lesquelles il se développe; au dos de la main il est tubéreux; à la paume la forme est la même qu'à la pulpe des doigts.

A sa *période d'état* la lésion est une petite *ulcération* cratériforme. Aux bords on voit un bourrelet lisse, brillant, induré. La lésion ressemble à un oignon ulcéré. L'ulcération est à l'emporte-pièce; le pertuis est comme taillé au poinçon. Elle a une profondeur de 1 à 5 millimètres et un diamètre de 2 à 10. Le fond est gris rougeâtre sanieux, quelquefois comblé par une croûtelle. M. Brocq croit que c'est cet aspect analogue à un œil d'oiseau qui aurait fait donner à l'ulcération son nom; pour d'autres, qui s'appuient sur les autres noms donnés à la lésion : *rossignol*, *tourtereau*, *perdreau*, *perdrigal*, *pierrot*, la dénomination viendrait de ce que les vives douleurs « feraient chanter » le malade. Le pigeonneau est en effet une lésion douloureuse, surtout lorsqu'il siège à la pulpe des doigts. Les douleurs qui existent même la nuit empêchent le sommeil.

Dans la production du pigeonneau il faut admettre un premier temps marqué par l'effraction de la lame cornée par diverses causes, en particulier les traumatismes professionnels, suivi d'un second où à la faveur de cette effraction les caustiques exercent leur action nocive, le caustique variant selon la profession. Chez les mégissiers, tanneurs, on peut incriminer la chaux et l'arsenic; chez les teinturiers en peaux le pigonneau, fréquent à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, est dû à l'apprêt jaune au bichromate de potasse; en effet on ne le voyait pas autrefois où on se servait d'apprêt blanc au carbonate de potasse. Chez les brunisseurs en orfèvrerie, l'agent provocateur est la chaux, chez les blanchisseuses c'est l'eau de Javelle et le carbonate de soude. Si les ouvriers cessent leur travail la lésion guérit vite, sinon il se forme de larges ulcérations très rebelles et pouvant laisser des infirmités durables dues aux cicatrices vicieuses. Des complications infectieuses (panaris, phlegmons profonds) peuvent aggraver la situation et laisser des difformités permanentes (rétraction de l'aponévrose palmaire). Il est donc urgent de traiter de bonne heure le pigonneau, s'il n'y a pas de suppuration par un pansement à l'orthoforme avec occlusion au collodion, si la lésion suppure, d'abord par des pansements humides aseptiques suivis de poudres cicatrisantes.

Dermatites dues aux sucres. — Chez les raffineurs de sucre et chez les confiseurs on a décrit des dermatites d'allure spéciale. Chez les premiers Fredet et Nivet (de Clermont-Ferrand) ont décrit un *impetigo glycosique*, qui porte sur les mains, les avant-bras, les jambes et les pieds. Surtout ecthymateuse et impétigineuse, quelquefois furonculeuse ou ulcéreuse, cette dermatite n'est pas rare. On peut voir du phimosis comme chez les diabétiques.

Chez les confiseurs les lésions affectent un siège assez particulier, c'est une *dermatite périunguéale*, décrite d'abord par Poncet (de Lyon), en 1889, et observée chez les ouvriers qui préparent les fruits confits et surtout les marrons glacés. La lésion débute par les parties latérales et s'étend à tout le derme périunguéal. Il y au début de la rougeur, du gonflement du derme; l'ongle s'effrite, devient gris noir et cassant. Puis la peau s'ulcère et il se forme un bourrelet rouge, œdémateux, quelquefois très douloureux; l'ongle se déchausse et tombe. Les doigts les premiers atteints sont le médius et l'annulaire, puis le pouce où l'inflammation est très vive.

Cette affection est due à l'influence nocive de l'eau bouillante, des sirops de macération acides, enfin à l'influence nécrobiotique du sucre. On peut donc s'en préserver en évitant l'immersion prolongée des mains dans les bains de sirops, en se lavant aussitôt après les manipulations, en se brossant les ongles pour éviter le séjour des substances irritantes. L'affection cède assez vite, si l'ouvrier cesse son travail, avec de simples lavages boriqués et des émollients.

Grenouilles des lavandières et pêcheurs. — Parent du Châtelet a décrit sous le nom de *grenouilles* une lésion qu'il avait observée chez les *débardeurs*, *déchireurs de bateaux en rivière*, *ravageurs de cours d'eau*, qu'on voit chez eux aux pieds, et qu'on rencontre aussi aux mains chez les lavandières en rivière ou au baquet, aux mains et aux pieds chez les pêcheurs, mais surtout entre le pouce et l'index où passe la corde humide des filets. Cette lésion consiste en un rammollissement du derme avec gerçures, et usure des parties en contact avec l'eau.

Entre les orteils il se fait de vastes fentes ou crevasses profondes quelquefois de plusieurs millimètres; on peut les voir aux talons où la peau est gercée, crevassée, mâchée, laissant à nu un fond rouge douloureux. Les douleurs sont surtout vives quand les parties hors de l'eau sèchent. La guérison assez rapide peut cependant nécessiter un repos de quelques jours. Chez les pêcheurs, en raison des contacts septiques, la lésion a tendance à suppurer.

III

Dermatoses professionnelles sans caractères bien définis. — Les dermatoses que nous venons de passer en revue ne constituent pas la majeure part

des dermatoses professionnelles. Le plus souvent celles-ci n'ont aucun caractère spécifique et se présentent sous l'aspect de lésions d'eczématisation banale avec ou sans pyodermite secondaire. Le type le plus fréquemment constaté est la lésion si souvent observée aux consultations hospitalières et improprement désignée sous le nom d'*eczéma des blanchisseuses*. C'est ce cas que nous prendrons comme type de description de ce second groupe de dermatoses.

M. Besnier (1) a beaucoup contribué à distraire du groupe déjà assez complexe de l'*eczéma-maladie* autonome les phénomènes d'*eczématisation* si fréquents dans toutes les irritations dermiques et en particulier dans les dermatoses professionnelles. Il s'exprimait ainsi en 1892 : « Nous proposons et nous appliquons le terme d'eczématisation pour désigner au titre général une *lésion* cutanée extrêmement fréquente, mais d'une banalité non moins extrême, et qui est aujourd'hui tout à fait insuffisante à caractériser une *maladie*. Ses conditions pathogéniques sont très variées et une fois produite la lésion cutanée peut prendre les aspects et les caractères les plus divers en raison de son conflit avec la condition extrinsèque et le parasitisme secondaire ou primaire (2). »

Le vaste groupe de dermites professionnelles qui nous occupe maintenant présente dans son évolution deux stades; au premier il y a seulement des modifications vasomotrices réactionnelles de la peau; au second il y a infection suppurée, pyodermite. Le premier stade est marqué par un élément anatomique, la *vésicule* développée sur un fond d'érythème ou d'eczématisation; au second on observe l'élément *pustuleux* qui succède plus ou moins rapidement au premier.

L'*érythème* marque presque toujours le début des lésions; il est l'expression anatomique des troubles vaso-moteurs. Rarement il revêt l'aspect des érythèmes par intoxication interne qui sont souvent roséoliques ou scarlatiniformes. Généralement l'érythème est ici en placards ronds ou irréguliers, confluents ou isolés. Cet érythème est toujours accompagné d'un certain degré d'infiltration qui le rend saillant au toucher; quelquefois il existe dans les poussées très aiguës un œdème dermique manifeste.

Le second élément est la *vésicule* qui ne tarde pas à apparaître. D'abord très petites, visibles seulement à jour frisant ou reconnaissables au toucher à l'aspect de peau d'orange qu'elles communiquent à la peau, souvent très confluentes, elles ne tardent pas en grossissant à se réunir; leur contenu d'abord clair devient louche; elles forment alors de vastes ampoules analogues à celles que produit un vésicatoire. Leur rupture laisse écouler un liquide qui se concrète en croûtes peu adhérentes qui font place ensuite à des squames dont la chute marque le retour à l'état normal. Certaines dermatoses professionnelles sont essentiellement vésiculeuses; telles celles que produisent les sels de quinine (Thibierge).

(1) Besnier. *Prat. dermat.*, t. II, art. ECZÉMA.

(2) Soc. dermat., 1892, p. 267-275.

D'autres fois la vésicule est plus résistante, remplie de liquide visqueux, qui devient bientôt purulent; la vésicule devient pustule. Ces lésions laissent des squames qui peuvent se reproduire pendant quelque temps. La peau est infiltrée; l'eczématisation prend quelquefois l'aspect *lichénoïde*. L'épiderme de son côté peut s'épaissir ; l'*hyperkératose* n'est pas rare (eczématisation cornée); les papilles prolifèrent quelquefois et on voit des *fissures* saignantes au fond des plis (eézématisation fissuraire).

Tantôt les pustules donnent à la lésion le caractère *impétigineux* (eczématisatiou impétigineuse), tantôt la ressemblance est grande avec l'*ecthyma*. La lésion siégeant au niveau des follicules pileux prend le caractère d'une *folliculite* avec ou sans comédons oblitérant les orifices glandulaires.

Toutes ces pyodermites peuvent engendrer de la lymphangite et des adénites.

Lorsqu'elles siègent aux extrémités, ces lésions ont leur contre-coup sur les *ongles*, qui pour ainsi dire enregistrent chaque poussée par des cannelures transversales ou un piqueté, qui permettent, si on a des raisons de se défier de la valeur des commémoratifs, d'affirmer l'ancienneté des lésions.

Au *visage* il y a toujours uu œdème prononcé, surtout dans la région palpébrale.

Ces lésions traitées au début, et étant donné avant tout la suppression de la cause nocive, guérissent en quelques jours lorsqu'on n'en est pas encore à une récidive trop avancée. Mais le point qui aggrave le plus le pronostic est la fâcheuse tendance qu'elles ont chez certains sujets à dégénérer en eczéma vrai, lorsqu'elles trouvent un terrain rendu propice par le fait des tares héréditaires ou personnelles. Alors se pose la question difficile à résoudre pour le médecin appelé à examiner une lésion de ce genre à titre d'accident du travail, de savoir la part à faire à l'irritation professionnelle et celle du terrain sur lequel a évolué la lésion qui peu à peu a pris les caractères d'un eczéma typique. On comprend que ce n'est que par l'étude comparative de l'influence qu'exerce une profession sur un ensemble d'ouvriers qui l'exercent, de même que par l'étude soigneuse du malade (hérédité, états morbides antérieurs, fonctionnement viscéral et surtout état des dépurations), que la question pourra être résolue. Cette question ne présente d'ailleurs d'intérêt qu'au point de vue que nous avons indiqué; car au point de vue thérapeutique la conduite à tenir reste la même.

A propos de la symptomatologie de certaines des dermatoses professionnelles du type que nous venons de décrire, il est quelques observations à faire. Ces dermatoses, quoique toutes de caractère érythémato-vésiculeux, présentent cependant en effet quelques différences selon leur cause; elles n'ont pas tout à fait la même évolution lorsqu'elles sont dues à des produits minéraux ou végétaux, ou à des substances irritantes d'origine animale.

Les *dermatites par produits minéraux* revêtent le plus souvent la forme de dermatite sèche ; telles sont les dermatoconioses que provoquent les poussières : *érythème* des terrassiers, tailleurs de pierres, potiers; *lichen* (forme papuleuse) des bronzeurs,

fondeurs, tritureurs de soufre, émailleurs; *eczéma des plâtriers*, maçons, cimentiers (poussières calcaires), teinturiers, verriers.

Les *dermatites arsenicales* forment un groupe à symptomatologie bien spécialisée. Elles s'observent chez les ouvriers des fabriques d'arsenic et de verts arsenicaux, surtout celui de Schweinfurt, chez les ouvriers qui manient les papiers peints, les étoffes de couleur, les fleurs artificielles, les ouvriers des fabriques de fuchsine, les peauciers et lustreurs de peaux qui sont aussi en contact avec l'arsenic, les apprêteurs d'étoffes, les teinturiers en plume; à cette liste déjà longue il faut ajouter les chaufourniers, les ouvriers chromateurs, les braseurs de vieux cuivre.

Tous ces ouvriers sont exposés à une dermatite érythémato-vésiculeuse limitée aux mains, ou plus rarement diffuse (ouvriers des usines d'arsenic exposés aux projections liquides et chez qui l'éruption atteint en outre les cuisses, le scrotum, les pieds, le cou, la face). Mais ce qui caractérise cette dermatite c'est son *évolution pustuleuse et ulcéreuse*. Les pustules se recouvrent de croûtes verdâtres d'aspect spécial, et si le malade continue son travail des ulcérations apparaissent, ulcérations qui peuvent se produire d'emblée (Vernois) à la suite de piqûre comme chez les ouvriers en fleurs artificielles. L'ulcération est régulière, à fond gris et suintant, à bords à pic et indurés pouvant simuler un chancre induré. Fréquentes à la muqueuse nasale, ces lésions peuvent amener la perforation de la cloison.

Chez les *fileurs et varouleurs de lin*, Leloir (1) a décrit une éruption due à l'irritation produite par l'immersion des mains dans une eau chaude contenant par litre : 0,046 chlorure de sodium, 0,021 sulfate de chaux, 0,115 chaux combinée aux acides organiques, 0,458 matières organiques gommeuses et acides. La lésion occupe symétriquement les mains, la face palmaire du pouce, la face palmaire et externe de l'index, le bord externe et la face palmaire de la main, la partie inférieure des avant-bras, les pieds, les ouvriers marchant souvent pieds-nus. Ces lésions, qui guérissent facilement par suppression de la cause, peuvent cependant devenir lichénoïdes et amener un épaississement squameux de la peau.

Chez les *fileurs et rattacheurs de laine* le même auteur (2) a décrit une éruption différente produite par le contact avec les huiles minérales, lourdes, impures, qui servent à graisser les métiers. La lésion est une folliculite vésiculeuse ou vésiculo-pustuleuse avec une eczématisation périfolliculaire. La lésion siège aux mains, avant-bras, membres inférieurs, surtout faces antérieure des cuisses et postérieure du mollet, points où s'exerce principalement le frottement du pantalon imprégné d'huile. Cette lésion, connue sous le nom de *bouton d'huile*, guérit rapidement par le repos.

Nous n'insisterons guère sur les dermatoses qu'on observe chez les *photographes*, qui manient des alcalins (carbonate de potasse, bisulfite de soude), et des réducteurs (acide pyrogallique, amido et pyramidophénol, métol), chez les ouvriers en *galvanoplastie* qui à l'action nocive des bains alcalins et de la benzine ajoutent celle du chlorure de nickel, qui donne lieu au dépôt de chlorure de chaux sur les mains, chez les *polisseurs* qui brossent les pièces d'argenterie humectées de bière aigre, et pour polir se servent d'une poudre mercurielle, chez les *vernisseurs de meubles* qui sont en contact avec l'alcool dénaturé par le méthylène ou la pyridine (Blaschko). Chez les *cuisinières*, les *plongeurs de restaurant*, il y a de l'érythème, de la lichénisation due à l'irritation par l'eau de vaisselle. Chez les *épiciers* on observe une lésion depuis longtemps décrite sous le vocable de *gale des épiciers*. Cette lésion due à la fois aux carbonate et hypochlorite de soude, aux savons, au sucre, est un mélange d'eczéma et de lichen, affection prurigineuse, d'abord vésiculo-croûteuse, impétigineuse puis lichénoïde et pouvant laisser à la suite de récidives une lichénisation persistante, comme d'ailleurs c'est aussi le cas pour les précédentes dermatoses. Enfin nous rappellerons ici les dermatites auxquelles sont sujets certains *chirurgiens* et qui sont dues à l'irritation provoquée par les antiseptiques, surtout acide phénique, sublimé à l'alcool, formol, iodoforme et même au fréquent lavage des mains avec des savons plus ou moins nocifs.

Les *dermatites par substance végétale* ont comme caractère particulier le *prurit* intense qu'elles provoquent, et qui permet de les comparer à l'urticaire. L'une des plus curieuses est celle qu'on a observée chez les ouvriers qui manient certains roseaux qui servent à couvrir les plafonds; c'est le *mal des cannes de Provence*. En dépouillant la canne de son écorce ces ouvriers se trouvent en contact avec un champignon (sporotrichum dermatodes) qui s'y développe à la faveur de leur séjour dans des endroits humides. Avec quelques signes généraux (céphalée, fièvre, courbature) apparaît l'éruption au cou, à la face, aux membres supérieurs, voire même au scrotum, à la face interne des cuisses. C'est un érythème vésiculeux et œdémateux qui bientôt devient croûteux. Le prurit est intense. L'éruption qui dure deux à trois semaines peut être évitée si on a soin d'arroser légèrement les cannes pour les débarrasser de la poussière qui les recouvre.

Des accidents analogues et tout à fait de même ordre s'observent à la suite du contact avec la peau de la poussière de végétaux moisis, comme cela arrive chez les *botteleurs, engrangeurs de foin, verseurs de paille, fabricants de chaises paillées, ou de capuchons pour bouteilles*. Ces lésions sont dues à divers champignons (mucor mucedo, rhizopus nigricans, aspergillus glaucus, penicillium glaucum, érysiphe). On peut encore rapprocher de ces faits les lésions provoquées chez les *boulangers* par la pâte fermentée (eczéma circiné dit psoriasis des *boulangers*).

Les *oranges amères* (citrus vulgaris chinensis) donnent lieu à des accidents analogues, dus ici à l'irritation provoquée par leur huile essentielle. Imbert-Gourbeyre, sur 41 ouvriers observés, n'en a vu indemnes que 12. Même symptomatologie que précédemment : avec des symptômes toxiques généraux, surtout névralgies, agitation et même convul-

(1) Leloir. *Ann. dermat.*, 1885, p. 129.
(2) Leloir. *Ann. dermat.*, 1889, p. 672.

sions, on voit une dermite érythémato-vésiculeuse, œdémateuse, puis croûteuse et fortement prurigineuse.

Chez les *ouvriers des fabriques de produits pharmaceutiques, entre autres produits, l'écorce de quinquina et le sulfate de quinine* sont susceptibles de déterminer une dermite très analogue qui dure environ trois semaines. On connaît enfin l'action irritante de la *térébenthine*.

Les *dermites par substance d'origine animale* se caractérisent surtout par la rapidité de l'infection cutanée produite par les substances animales en décomposition, infection qui gagne les lymphatiques et produit des adénites et des phlegmons. Ici le processus infectieux l'emporte donc sur le processus toxique qui était seul à l'origine des dermites précédentes.

Comme type de ces dermatoses nous prendrons l'affection connue sous le nom de *mal de vers* ou *mal de bassine*. Décrite d'abord en 1853 par Potton, la lésion se voit chez les ouvriers des fabriques où on file les cocons de vers à soie. Les femmes employées à ce travail dévident les cocons ramollis par l'eau chaude. Potton a décrit à ces lésions, devenues aujourd'hui très rares et très bénignes en France mais existant encore en Italie, trois périodes : la première érythémateuse est marquée, surtout entre les doigts par de la tuméfaction douloureuse, des vésicules puis des bulles remplies de sérosité claire puis trouble. Au bout d'une huitaine de jours on est à la seconde période pustuleuse surtout prononcée entre le médius, l'annulaire, le pouce droits. La souffrance dure encore cinq à six jours. Puis ou bien le mal guérit ou il passe à la troisième période, marquée par la propagation de l'infection au tissu souscutané, aux lymphatiques et aux ganglions, avec des phénomènes généraux : céphalée, frissons, insomnie.

Pour produire la maladie deux conditions semblent nécessaires : des cocons morts et une eau calcaire, séléniteuse. Fabre (d'Avignon) incrimine les substances excrémentitielles, surtout l'urine laissée par la chenille dans le cocon. Le rôle des parasites du ver n'est pas bien établi. Pourtant d'après les recherches récentes de Fabre un acarien parasite serait la cause des accidents. Dans les grains il faudrait aussi incriminer, pour expliquer certaines éruptions des grainetiers, un acarien, sphærogyna venticulosa, parasite d'un papillon qui s'y trouve quelquefois en grandes quantités (1).

Il est inutile d'insister sur l'action vésicante des *cantharides*, qui peut s'exercer chez les ouvriers qui les manipulent. Moins connues sont la dermatose hyperhydrosique de la paume des mains des *brossiers* qui préparent les soies de porc ou de sanglier, celle des *nacriers* due aux produits de macération de l'huître perlière. Rappelons enfin qu'en dehors du charbon les *mégissiers*, *tanneurs*, etc., sont exposés à des pyodermites par microbes pyogènes d'ordre banal. Il en est de même chez les *chiffonniers* qui manipulent des détritus animaux de toute sorte.

(1) Pascal. *Ann. dermat.*, août 1900, p. 946.

IV

Prophylaxie et traitement. — S'il est impossible de supprimer complètement toutes ces dermatoses, il est du moins possible de diminuer l'intensité et la répétition des poussées éruptives par une sage prophylaxie. On ne peut certes pas supprimer les contacts nocifs qui sont rendus nécessaires dans beaucoup de travaux industriels, mais on peut les rendre moins dangereux par une extrême propreté. Les ouvriers doivent faire de fréquents lavages, prendre régulièrement des bains et douches périodiques qui devront leur être fournis gratuitement dans les usines et fabriques. S'il est possible on annulera par les substances appropriées l'action nocive. En été la sudation qui expose au séjour et au transport des corps nocifs nécessite de fréquentes ablutions. En hiver les gerçures, fissures du tégument qui rendent plus facile l'action des corps caustiques et ouvrent la porte aux infections, devront être combattues par des applications de glycérine neutre. On devra, dans les industries dont on connaît les dangers de dermatites, faire une sévère sélection des ouvriers, évitant de prendre ceux qui auraient déjà quelque vestige de lésion de cet ordre ou des marques d'un tempérament prédisposant. On se rappellera aussi que l'alcoolisme prédispose aux dermites ou tend à les exagérer. L'examen des urines sera fait avec soin au double point de vue du sucre et de l'albumine. Si un ouvrier a eu déjà des poussées à répétition, il serait préférable de l'éloigner d'un travail qui finirait par produire une lésion chronique, ou au moins de protéger les mains par des gants de caoutchouc.

Toute dermatose professionnelle doit être traitée dès le début et en ce cas elle guérit d'ordinaire rapidement. La première chose consiste à supprimer la cause, c'est-à-dire à ordonner la cessation du travail. S'il y a seulement érythème, des pommades anodines (oxyde de zinc), ou un mélange à parties égales de poudre de talc, bismuth, oxyde de zinc, en auront raison. S'il y a irritation prurigineuse et suintement on fera d'abord des enveloppements humides très anodins, d'eau bouillie par exemple. Si le prurit est vif on lavera à l'eau de camomille ou avec un émollient tel que l'eau de guimauve, ou on fera des pansements souvent renouvelés avec du liniment oléo-calcaire fraîchement préparé.

Si la lésion est croûteuse il s'agit d'abord de faire tomber les croûtes par des pansements humides ou des cataplasmes froids d'amidon ou de fécule de pomme de terre fréquemment changés. S'il y a pyodermite intense, on pourra user, mais avec réserve, d'antiseptiques faibles (eau boriquée, phénosalyl au 500e, résorcine au 200e, sublimé au 4 ou 5000e). Si l'épiderme est macéré, alors on aura recours aux pommades, ou si la lésion est très suintante aux poudres. Quand la lésion est irritée, sécrétante, aux pommades on préférera les pâtes qui en diffèrent par l'adjonction d'une poudre inerte (bismuth, amidon, kaolin, etc.). Quand on en vient à l'usage des pommades on adjoindra à la vaseline une graisse animale (lanoline, axonge) qui fait moins occlusion qu'une graisse minérale comme la vaseline. Ce sont

là d'ailleurs les préceptes généraux du traitement des eczémas, qui sont parfaitement applicables ici. On traitera les reliquats de lichénisation par des badigeonnages au nitrate d'argent à un titre variant du 5e au 10e répétés tous les deux jours.

(Reproduction interdite.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1906)

Troubles tabétiformes dans l'acroparesthésie. — Une malade de soixante-huit ans, présentée par M. EGGER, est atteinte d'acroparesthésie des quatre extrémités avec troubles de la sensibilité à topographie radiculaire, du sens des attitudes, et de la sensibilité osseuse aux régions atteintes. Romberg, ataxie, abolition des réflexes tendineux aux membres supérieurs; diminution des réflexes patellaire droit et achilléen gauche. Ces troubles indiqueraient, d'après l'auteur, « que l'acroparesthésie relève d'une affection du cordon postérieur ».

Lésions des cellules des cornes antérieures dans la sclérose en plaques. — M. LEJONNE apporte deux cas de sclérose en plaques avec amyotrophie correspondant à des lésions des cellules des cornes antérieures, suffisantes pour l'expliquer, et ajoute qu'on peut, le plus souvent, distinguer cliniquement ces amyotrophies par lésions cellulaires, de celles, plus banales, qui peuvent relever de diverses causes : repos prolongé au lit, cachexie, etc.

Syndrome de compression cérébrale et radiculo-ganglionnaire dans un cas de tumeur du cervelet. — MM. RAYMOND et LEJONNE présentent un enfant atteint d'un néoplasme cérébelleux avec hydrocéphalie et hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien apparues récemment et caractérisées : 1° par des signes de compression cérébrale : stase papillaire, augmentation progressive du volume de la tête avec bruit de pot fêlé à la percussion et développement anormal de la circulation collatérale des téguments, signes classiques d'une tumeur cérébelleuse; 2° par des signes de compression radiculo-ganglionnaire déterminant un syndrome tabétiforme : abolition des réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs, un certain degré d'ataxie avec légers troubles des sensibilités profondes articulaire et osseuse, enfin de la difficulté des mictions. Les auteurs croient pouvoir rapporter ces symptômes tabétiformes à la distension par le liquide céphalo-rachidien sous pression de la gaine du nerf radiculaire, au niveau de son cul-de-sac postérieur (zone fragile de Nageotte), car ils ont constaté, dans d'autres cas analogues, cette distension avec compression des racines, particulièrement la postérieure. Les caractères histologiques étaient ceux d'une compression mécanique, non pas ceux d'une lésion inflammatoire ou toxique. — M. SICARD remarque que l'anatomie vient confirmer cette manière de voir, le cul-de-sac sous-arachnoïdien étant au niveau de la racine postérieure, plus profond que sur l'antérieure, la compression par le liquide céphalo-rachidien sous pression sera plus efficace sur la racine postérieure que sur l'antérieure. — M. DÉJERINE se demande comment on peut, cliniquement, faire la part des troubles dus à la tumeur cérébelleuse et de ceux qui relèvent de la compression radiculo-ganglionnaire. — A cette dernière, répond M. RAYMOND, on peut attribuer les troubles de l'équilibre *statique* existant, chez ce malade, en même temps que les troubles de l'équilibre *cinétique*, dus à la lésion cérébelleuse : les troubles des sensibilités profondes, en particulier, la sensibilité osseuse, les douleurs fulgurantes. Ces dernières, ajoute M. THOMAS, sont bien, en effet, un symptôme nettement radiculaire.

Le clonus du pied peut-il appartenir à l'hystérie? — Cet intéressant problème est soulevé par M. DÉJERINE, à propos d'une malade nettement hystérique et chez laquelle on constate, en effet, un clonus du pied gauche et de la rotule des plus nets, sans signe de Babinski. — M. RAYMOND dit avoir présenté récemment aux élèves de la Salpêtrière un cas analogue dans lequel il ne s'agissait probablement que d'hystérie.

Ces faits soulèvent une vive discussion de la part de M. BABINSKI, pour lequel appartiennent seuls à l'hystérie les symptômes que l'on peut faire apparaître et disparaître par suggestion. — La formule de M. Babinski n'est pas assez compréhensive, répond M. DÉJERINE : les troubles trophiques, les stigmates, les hémoptysies, la polyopie monoculaire, la contracture du muscle ciliaire, la fièvre ne rentrent pas dans ce cadre trop étroit et cependant, dit-il, appartiennent bien à l'hystérie. Ceci conduit à discuter la question même de l'hystérie, ce qui, remarque M. BALLET, n'est pas nécessaire à propos du cas actuel dont l'interprétation doit être réservée; bien des cas semblables ont été publiés, dans lesquels l'autopsie permit plus tard de constater une lésion.

Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse. — MM. BALLET et TAGUET. Deux malades, frère et sœur, présentent une affection familiale, congénitale, dont les symptômes tiennent, à la fois, de la maladie de Friedreich et de l'hérédo-ataxie cérébelleuse : il est impossible de dissocier les deux syndromes qui semblent dus à une même lésion, un vice de développement de l'appareil de l'équilibre, prédominant, tantôt sur la moelle, et tantôt sur le cervelet.

Achondroplasie partielle et anormale ou dyschondroplasie. — M. DUFOUR. Jeune fille de quatorze ans, mesurant 1m24 avec un tronc de 52 centimètres de long du sternum au pubis, raccourcissement du quatrième métacarpien péroné remontant jusqu'au plateau tibial. Intelligence d'un enfant de sept ans. Cette achondroplasique est anormale par la longueur des bras qui descendent jusqu'à mi-cuisses.

Hémispasme facial ancien guéri par une injection d'alcool sur le trajet du nerf. — M. DUPUY-DUTEMPS. Une malade avait, depuis seize ans, un hémispasme facial permanent avec crises de contracture presque subintrantes. L'œil du côté sain ayant été perdu, il devenait urgent de guérir ce spasme. Ce résultat fut obtenu par une injection d'alcool à 80 degrés dans le facial, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Rééducation chez un aphasique, troubles persistants de l'élocution. — M. LAMY. Le malade a appris de nouveau à parler; son intonation même est en rapport avec ce qu'il exprime, mais il lui reste une parole scandée : il accroche aux mots difficiles et s'en aperçoit, passe consciemment les mots accessoires pour aller plus vite, enfin, s'essouffle vite en parlant.

Syndrome myopathique guéri. — M. ARMAND-DELILLE. Enfant de sept ans présentant depuis deux mois les signes d'une myopathie du type Leyden-Mœbius. Rétrocession rapide après l'application de bains hydro-électriques à courants triphasés.

Syndrome de Landry post-infectieux. — M. ARMAND-DELILLE. Après une infection : syndromes de Landry avec troubles sphinctériens avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien : actuellement, signes d'une névrite.

Exophtalmie par sclérose des muscles de l'orbite. — M. ROCHON-DUVIGNEAUD.

Atrophie musculaire à topographie exactement radiculaire dans la syringomyélie. — M. NOVERO.

Rhumatisme respectant le côté hémiplégié. — M. ACHARD.

Sarcome du lobe droit du cervelet chez un enfant. — M. Laruelle.

Aphasie sensorielle (étude des troubles du sens musical). — M. Nathan.

Etude des lésions cadavériques de l'écorce cérébrale de l'homme et du lapin par la méthode de Cajal à l'argent réduit. (Commun. faite le 7 déc. 1905.) — M. Gilbert Ballet a montré des préparations dont il conclut que, quatre heures après la mort, les fibrilles primaires, par des températures ne dépassant pas 20 degrés, sont intactes. Parmi elles, les noires sont plus résistantes que les brunes, les périphériques que les centrales, celles des dendrites que celles du corps cellulaire, celles des zones pigmentées que celles du protoplasma.

Comparée à la méthode de Nissl, la méthode de Cajal fournit donc de la structure du cortex des figures plus vite altérées par la cadavérisation.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 25 janvier 1906)

Au début de cette séance, M. Jacquet, président sortant, et M. Vaquez, le nouveau président, prononcent des allocutions fort applaudies.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. Judet apporte les résultats obtenus par lui dans 17 cas de luxation de la hanche. Ces résultats sont fort remarquables. Notre collègue est partisan, une fois la luxation réduite, d'immobiliser la hanche dans une position telle que la tête fémorale et la cavité cotyloïde soient juxtaposées « centre sur centre ». Un seul appareil qui est laissé en place quatre ou cinq mois suffit pour que la guérison soit obtenue.

En terminant, M. Judet présente un pelvifixateur permettant de construire aisément le spica plâtré et d'immobiliser la cuisse dans la position la plus favorable.

Présentation d'instruments. — M. Dartigues présente un hystérolabe, instrument destiné à saisir, sans le blesser, l'utérus au cours des laparotomies dans lesquelles on peut être amené à conserver l'organe.

Il présente en outre un nouvel écarteur vaginal.

Venins et envenimation. — Tel est le titre de la conférence que fait M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, dont on connaît le grand rôle dans l'histoire de la sérothérapie antivenimeuse.

Après une étude fort intéressante du rôle du serpent dans l'histoire, M. Calmette passe en revue les différents serpents venimeux et expose les différentes propriétés des venins. Leur toxicité est très variable. Certains animaux comme la mangouste ont une résistance très grande aux venins des serpents. Aussi ce petit carnassier est-il dans l'Inde le plus terrible ennemi des serpents.

Certains hommes, les chasseurs de serpents de l'Inde, arrivent à posséder une véritable immunité en se faisant mordre de temps à autre par de jeunes cobras.

C'est en partant de ces faits que l'on est arrivé à préparer un sérum antivenimeux :

On injecte au cheval, sous la peau, des doses progressivement croissantes de venin. Les injections sont répétées tous les quatre ou cinq jours au début ou espacées davantage si leur action est trop accentuée; on injecte d'abord du venin de cobra, puis, lorsque l'immunisation du cheval à l'égard du venin de cobra est assez avancée, on injecte des venins de plusieurs espèces de serpents. Le sérum du cheval ainsi préparé a un pouvoir curatif des plus nets. Quand on l'injecte dans un délai de temps qui ne dépasse pas trois heures après la morsure, il arrête l'envenimation et empêche la mort. C'est un réel spécifique contre les morsures de serpent.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

EMPLOI DU GONOSAN PAR LA VOIE RECTALE DANS LA BLENNORRAGIE

Par R. Müller (de Wohlen).

Au cours des mois d'août et de septembre, je traitais un jeune homme pour une blennorragie. Pendant ce traitement, dans la même famille, une fillette de quatre ans fut atteinte de vulvite blennorragique avec sécrétion purulente très abondante. La nature blennorragique du mal fut constatée par un examen de la sécrétion pratiqué le 12 septembre à l'Institut pour les maladies infectieuses de Berne. L'infection de la fillette ne peut pas être attribuée à un crime, mais elle s'est produite sans aucun doute d'une manière indirecte.

J'ai fait prendre au jeune homme deux capsules de gonosan par la voie buccale, deux, trois et quatre fois par jour, et je lui ai fait pratiquer des lotions locales; la guérison complète a été obtenue en trois ou quatre semaines.

Comme j'avais déjà auparavant obtenu de bons résultats du gonosan, je voulus essayer aussi ce traitement chez la fillette mais elle mâcha régulièrement toutes les capsules. Après qu'elle eut avalé en deux jours trois ou quatre capsules en tout, elle fut prise d'un tel dégoût et de telles nausées qu'il fallut cesser.

Des lotions locales avec de l'eau blanche et du sulfate de zinc, un bain de siège quotidien avec une solution de sublimé à 1/5000 furent difficilement supportés. Au bout de deux semaines l'état restait toujours le même.

Je n'avais pu me résoudre à faire des injections vaginales et urétrales. Dans cette occurrence j'eus l'idée de faire prendre à l'enfant le gonosan en lavements. Comme je savais par un travail thérapeutique antérieur (alimentation des phtisiques par les lavements d'huile de foie de morue) que l'huile de foie de morue est très bien résorbée par le rectum, je fis dissoudre par le pharmacien le gonosan dans cette huile, soit 10 capsules dans 100 grammes d'huile. A l'aide d'une petite seringue munie d'un long embout élastique, j'en injectai haut dans le rectum d'abord 10 grammes par jour, puis 20 grammes.

Du 4 au 20 octobre j'administrai ainsi le contenu de 26 capsules. Les lavements furent remarquablement supportés, longtemps gardés (de quatre à douze heures) et presque complètement résorbés. La guérison commença à se manifester dès le second jour, et au bout de seize jours elle était complète et durable (1).

(1) *Correspondenz-Blatt fur Schweizer Aertze*, 1905.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

NUCLÉO-FER GIRARD

ANÉMIE — PÂLES COULEURS — CHLOROSE

Les Pilules **Nucléo-Fer Girard** contiennent 10 centig. de **Nucléinate de Fer pur.**

4 à 6 Pilules par jour avant les repas

22 Rue de Condé PARIS

VIN GIRARD

DIPLÔMES D'HONNEUR MEMBRE DU JURY

Médailles d'Or et d'Argent

de la CROIX de GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ de l'HUILE de FOIE de MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT

Un Verre à Madère de **VIN GIRARD** contient :

Iode bi-sublimé	0 gr. 075 milligr.
Tannin pur	0 gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux	0 gr. 75 centigr.

Rue de Condé, 22, PARIS

ANÉMIE. FAIBLESSE GÉNÉRALE. MALADIE DE POITRINE. RACHITISME. RHUMATISME. AFFECTIONS CARDIAQUES.

GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISME GOUTTEUX
LITHIASE URINAIRE * LITHIASE BILIAIRE
NÉVROSES ARTHRITIQUES

ANTICALCULOSE

Produit exclusivement végétal (sans Colchique)
INNOCUITÉ ABSOLUE — EFFICACITÉ CERTAINE
DOSE : 3 à 6 cuillerées à soupe par jour. — DÉPÔT Gal : BARBIER, 1, Rue Michelet, PARIS et ttes Pharmacies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NEVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

Médication Phosphorée

PAR L'

OVO-LÉCITHINE BILLON

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

Celles du *Phosphore métalloïde* et du *Phosphure de Zinc* :

NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, SURMENAGE ANÉMIE CÉRÉBRALE, CONVALESCENCE, etc.

Efficacité plus grande que celle du *Phosphore métalloïde.* — Danger nul.

DRAGÉES à 0 gr. 05 cgr. — DOSE : 6 par jour, en 3 fois, un peu avant les repas. (Enfants : 2 à 4 dragées.)
GRANULÉ à 0 gr. 10 cgr. par cuillerée à café. — DOSE : 3 cuillerées à café par jour. (Enfants : 1 à 2 cuil. à café.)
AMPOULES à 0 gr. 05 cgr. par centimètre cube. — DOSE : 1 injection intramusculaire tous les deux jours.

Ces doses ont été établies **pour l'homme** *par les physiologistes qui ont fait l'expérimentation sur les animaux.*
Elles ont été reconnues **suffisantes** *par les cliniciens qui en ont vérifié les applications thérapeutiques.*

Ne pas confondre la *Médication phosphorée* avec la *Suralimentation phosphatée*, celle-ci pouvant se faire par le simple choix d'aliments tels que les jaunes d'œufs, les graines de céréales, etc.

Pharmacie BILLON, 46, Rue Pierre Charron, Paris (8e Arrt) *TÉLÉPH.* 517-12.

ANESTHÉSIE PARFAITE

de la **BOUCHE,**
de la **GORGE,** du **LARYNX**
de l'**ESTOMAC**

PAR LES

PASTILLES DE STOVAÏNE BILLON

Aucun Accident toxique à redouter.

PHARMACIE **BILLON**
46, Rue Pierre-Charron, 46, PARIS (8e Arrt)
TÉLÉPHONE 517-12

N° 18. — MARDI 13 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. MARDI 13 FÉVRIER 1906. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — Le jury est provisoirement composé de la façon suivante :

MM. Brault, de Beurmann, Thoinot, Dalché, Roger, Labadie-Lagrave, Florand, Comby, Tapret et Moutard-Martin.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 10 février 1906 : MM. Parturier, 13 ; Fernet et Plivard, 10 ; Boudol, Séguinot et Triqueneaux, 9 ; Héchemann, Rabourdin et Verdoux, 8.

Pathologie. — Séance du 10 février 1906 : MM. Deroye, 12 ; Brin, 11 ; Bénard (René) et Portocalis, 9 ; Savouré, 8 ; Pascalis, 7 ; Dreyfus et d'Halliun, 6 ; Léger (Fernand), 5 ; Lucas-Championnière, 4 ; Stepowski, 3.

La prochaine séance aura lieu le mardi 13 février, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur (au titre réserve et territoriale) :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Mauriac et Bodros.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Weiss, Brault, Butel, Schoull, Laurans, Therre, Jacquemin, Massonié.

GUERRE. — M. le médecin-major de deuxième classe Matignon est inscrit d'office au tableau d'avancement (mission française en Mandchourie pendant la guerre russo-japonaise).

— MUTATIONS. — Par décision ministérielle du 9 février 1906 :

M. le médecin-major de première classe de Casaubon passe au 50e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vitoux, passe au 137e d'infanterie (service) ; — Esprit, au 16e d'artillerie (service) ; — Fournial, désigné pour la mission militaire française au Maroc, et compte pour ordre à l'hôpital militaire d'Oran (service) ; — Jaffary, pour l'hôpital militaire de Marseille provisoirement (service) ; — Rispal passe au 2e spahis ; — Ravé, au 2e d'artillerie (service) ; — Comte, aux hôpitaux de la division de Tunisie (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Romieu, passe au 13e d'infanterie (service) ; — Loubet, au 9e d'infanterie (service) ; — Talon, au 42e d'infanterie (service) ; — Roques, au 157e d'infanterie (service) ; — Casse, au 148e d'infanterie (service) ; — Bobard, au 4e d'infanterie (service) ; — Antoine, au 94e d'infanterie (service) ; — Mailhetard, au 136e d'infanterie (service) ; — Bargy, au 24e d'infanterie (service) ; — Henriot, au 2e chasseurs d'Afrique (service) ; — Gay-Bonnet, au 21e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Simonin, passe au 27e dragons ; — Dorange, au 3e dragons.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — M. le docteur Edgar Bérillon fera, le 13 février 1906, à huit heures trois quarts très précises du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, une conférence sur une « Excursion psychologique à travers les anomalies et les excentricités humaines ». Projections Molteni (Radiguet et Massiot, successeurs)].

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie oto-rhino-laryngologique (oreille, nez, sinus de la face, pharynx, larynx et trachée, par Georges Laurens, ancien assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. T. XII du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de MM. Paul Berger et Henri Hartmann. In-8 gr. jésus de 976 p., avec 471 fig. — Prix : 30 francs. — Paris, Steinheil.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 12, déc. 1905.) THIBIERGE : Le lupus érythémateux à forme d'atrophoderme en plaques. — CONSTANTIN : Les formes bulleuses de l'hydroa vacciniforme (Bazin).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1906.) GAREL : Papillomes du larynx chez les enfants en bas âge. Deux cas traités par la méthode de Kilian. — H. CABOCHE : A propos de la tuberculose nasale : réflexions suggérées par quelques observations de lupus de la pituitaire, sur ses modalités cliniques, et notamment sur ses modes de début. Relations du lupus cutané avec les lésions de la pituitaire. — W. SOHIER-BRYANT : Surdi-mutité et empoisonnement par les ptomaïnes. — Léon VIDAL : De la douleur dans les pansements à l'acide borique chez les évidés. — CROUZILLAC : Asthme et végétations adénoïdes. — H. GUÉRIN : Brûlure du tympan par l'eau bouillante.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 3, 20 janv. 1906.) HOCKHEIM : Recherches cliniques et expérimentales sur la strophantine G. de Thom. — (N° 4, 27 janv. 1906.) BIAL : Remarques sur le travail de A. Jolles : Sur la recherche des pentoses dans l'urine. — JOLLES : Sur la recherche des pentoses dans l'urine.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 25 janv. 1906.) RORTE : Remarques sur les opérations portant sur l'estomac et le pancréas. — CASTELLANI : Recherches sur le frambœsia tropica. — MOSSE et ROTHMANN : L'intoxication par la pyrodine chez le chien. — WOLFF-EISSUER : Diagnostic différentiel entre l'asthme des foins et les autres formes d'asthme. — LOCLE : L'agglutination dans les mains du médecin praticien. — BLUTH : Nouvelle méthode sur le dosage quantitatif de l'acétone. — KLAUBER : Deux anses de l'intestin grêle dans une hernie étranglée. — SCHAEDEL : Un nouvel hémostatique : le shyptegan.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Janv. 1906.) SELGE : Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse du premier âge. — NSCHARIN : Agglutination dans la scrofulose. — MEYER et LANGSTEIN : Acidose sanguine du nourrisson. — STOELTZNER : Un cas de maladie de Barlow étudié anatomiquement. — TRUMPP : Mesure de la pression sanguine chez des nourrissons sains et malades. — EPSTEIN : La tache bleue de la région sacrée et les autres manifestations d'ordre mongolien chez les enfants européens. — ALLARIE : Concentration moléculaire du sérum sanguin chez des enfants atteints de néphrite et chez des enfants sains. — BECK : Dilatation gastrique aiguë post-opératoire dans le jeune âge.

Journal des praticiens. — (N° 3, 20 janv. 1906.) MONTEUUIS et PASCAULT : La mastication comme méthode de traitement dans les maladies chroniques. — DAUCHEZ : Les otalgies et les otites aiguës chez l'enfant.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 26 janv. 1906.) LANG : Appendicostomie. — GRASER : Remarques sur le traitement de la pérityphlite aiguë. — GUNKEL : Sur l'opération précoce dans l'épityphlite. — WILMS : Les facteurs mécaniques actifs dans l'iléus post-opératoire. — SCHRIDDE : Etude sur les cellules incolores du sang humain. — SCHMIDT : Sur un microorganisme ressemblant à un protozaire dans les tumeurs malignes et sur les tumeurs transplantales causées par lui chez l'animal. — DELKESKAMP : Sur le volvulus de l'anse sigmoïde dans la maladie de Hirschsprung. — HŒPTEL : Un cas de déchirure sous-cutanée de l'intestin avec guérison opératoire. — STADLER : Un cas de thyroïdite aiguë, non suppurée. — SEHLBACH : Contribution à la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. — RÉTHI : Nouvelle méthode pour le diagnostic et le traitement des maladies du nez. — (N° 5, 30 janv. 1906.) LIEBE : Sur l'anesthésie locale par la novocaïne suprarénine. — STEINBÜCHEL : Sur le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments. — ROSENBERGER : Sur l'excrétion de l'acide urique et de la xanthine pendant le traitement de deux leucémiques par les rayons Röntgen. — LEVÉ : Dosage quantitatif du sucre dans l'urine. — MORO : Précipitine de lait de vache dans le sang d'un atrophique de quatre mois et demi. — LOEB : Un cas de fistule pneumo-stomacale. — DAXENBERGER : Un cas de péritonite à pneumocoques avec guérison. — WOLFF : Sur les endotoxines. — LÖWENSTEIN : Hypersensibilité et réaction accélérée. — CONRADI : Bacille typhique et bacillus fecalis alcaligenes.

Nord médical. — (N° 271, 15 janv. 1906.) LEMOINE : Emphysème et cœur forcé. — BUÉ : Les crèches industrielles. — VANVERTS : Massage direct (transdiaphragmatique) du cœur dans un cas de mort apparente du nouveau-né. — VALENTIN : Un cas d'hydrorrhée nasale guérie par l'électrolyse.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 3, 21 janv. 1906.) SCHWEITZER : Expériences sur l'euquininine, dans la grande épidémie de typhus de Fiume en 1905. — PFANN : Opération de la hernie crurale prévasculaire. — (N° 4, 28 janv. 1906.) HUBER : Sur l'ulcus rodens et son traitement radiothérapique.

Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique. — (Séance du 30 déc. 1905.) ZUNZ (de Bruxelles) : Contribution à l'étude des propriétés antiprotéolytiques du sérum sanguin. — BRODEN (de Leopoldville, Congo) : La trypanosomiase chez l'Européen. — LAMBINET (de Liège) : Recherches sur le trajet des larves d'ankylostome à travers les organes après infection cutanée. — BLUMENTHAL (de Bruxelles) : Un cas de polycythémie myélogène. — ROGMAN (de Gand) : Essai de sérothérapie dans l'opération de la cataracte et le traitement des traumatismes graves de l'œil. — VENNEMAN : Les réflexes de la pupille.

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1906.) Ch. FÉRÉ : Recherches expérimentales sur l'influence du sucre sur le travail. — E. MARANDON DE MONTYEL : Les causes morbides prédisposantes en pathologie mentale. — P.-J. DE BRUINE PLOOS VAN AMSTEL : L'éclampsie puerpérale. — M. FAURE et C. REYMOND : Education de la respiration, son rôle dans la cure d'air.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 1, 15 janv. 1906.) P. DUHEM : L'hystérésis magnétique (1re partie : l'aimantation dans un champ qui varie très lentement). — Ch.-Ed. GUILLAUME : Le colonel Charles Renard, sa vie, son œuvre. — Ph.-A. GUYE : La fixation de l'azote et l'électro-chimie. — M. CAULLERY et F. MESNIL : Revue annuelle de zoologie (1re partie : philosophie zoologique, cytologie générale).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 18 janv. 1906.) SCHÜLLER : Section expérimentale des pyramides chez le chien et le singe. — STEGMANN : Traitement de la maladie de Basedow par les rayons Röntgen. — GERSUNY : Contre l'excitation dans la narcose. — GOBLET : Grossesse simultanément intra et extra-utérine. — DEUTSCH : Remarques sur le traitement externe de la gonorrhée. — (N° 4, 25 janv. 1906.) NEUMANN : Un cas de lèpre maculo-tubéreuse guérie. — RANZI : Sur le traitement des suppurations aiguës par l'hypérémie de stase. — SCHULTZ : Sur les fractures du calcanéum. — ZIGKMUND : Contribution nouvelle à l'étude des blessures du coït.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Végétations adénoïdes du nourrisson :

LOCALISATION CLINIQUE DES CORNAGES PHARYNGIEN, LARYNGIEN ET BRONCHITIQUE

LARYNGITE AIGUE SPASMODIQUE

MALADIE DE HENRI ROGER (1)

Par M. G. VARIOT.

I

L'étroitesse du rhino-pharynx dans les premiers temps de la vie donne aux végétations adénoïdes chez le nourrisson un tableau clinique très particulier, dont le cornage pharyngien n'est pas l'élément le moins intéressant. Voici un bébé qui présente ce symptôme à un degré tel qu'il rappelle le stridor congénital. Je vous résume son histoire :

Il est né, il y a deux mois, à la clinique Tarnier, de parents d'aspect bien portants. La mère, d'une trentaine d'années, présente le facies dit adénoïdien avec la bouche entr'ouverte. Elle élève son enfant au sein et a pu facilement remarquer dès leur origine les premiers troubles qui se sont manifestés. A huit jours, l'enfant faisait déjà un léger bruit en respirant; depuis, ce bruit a augmenté graduellement. Il est pour ainsi dire constant, mais tantôt s'atténue, et tantôt s'exagère. Peu de temps après, la mère a entendu une toux quinteuse, irrégulière, par accès. La succion parait gênée et le cornage s'exagère lorsque l'enfant tette; il prend le sein sans énergie; il avale sans difficulté apparente, mais de temps à autre les tétées sont suivies de régurgitations; et même à plusieurs reprises la mère a constaté le rejet de quelques gouttes de lait par les narines.

Vous entendez, Messieurs, sans peine ce bruit de ronflement qui accompagne chaque mouvement respiratoire, ronflement à ton grave et légèrement saccadé. Si l'on remue l'enfant, s'il ouvre la bouche, le bruit cesse pour reparaître aussitôt. Il s'accuse encore pendant les tétées et se modifie sensiblement : ce bruit, tout à l'heure inspiratoire et expiratoire, s'élève alors, devient prédominant pendant l'inspiration, et rappelle le cornage du stridor laryngé. Si l'enfant s'endort, le bruit persiste, facile à suivre à distance grâce à un bruit de ronronnement continu et régulier.

L'auscultation de la poitrine laisse entendre quelques râles bronchitiques, peu nombreux et insuffisants pour expliquer la toux de l'enfant. On perçoit surtout de gros ronchus, dont le maximum d'intensité est sur la ligne médiane, bruits anormaux transmis aux poumons et venus des voies aériennes supérieures. La toux paraît donc être surtout réflexe, provoquée par l'irritation pharyngée.

Mis au sein, l'enfant s'interrompt dans ses tétées, abandonne le mamelon, ouvre largement la bouche pour aspirer l'air, puis reprend le sein.

(1) Leçon clinique recueillie par H. Eschbach, interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Les narines ne présentent pas d'excoriations, ni de rougeur, bien que d'après la mère l'enfant ait souvent un écoulement nasal. Sa bouche reste constamment entr'ouverte, de la salive s'en échappe continuellement. Le toucher pharyngé ne donne que des renseignements négatifs; l'isthme du gosier est encore trop étroit pour que le doigt explorateur puisse le franchir et sentir des végétations dans le rhino-pharynx; c'est dans ces cas que la curette évacuatrice fait en même temps le diagnostic et le traitement.

Vous savez que le bruit de cornage respiratoire peut prendre naissance aux trois étages des voies aériennes, dans le rhino-pharynx, dans le larynx, dans les bronches. Il s'y présente avec des caractères qui permettent de distinguer ces trois variétés, mais les nuances peuvent être assez délicates ou assez confuses pour que la localisation du cornage soulève de réelles difficultés. Le cornage que nous étudions est un cornage pharyngé; il est intermittent, il cesse quand l'enfant ouvre largement la bouche, ou bien quand fermant ses narines on le contraint à une respiration exclusivement buccale; il s'accompagne de troubles de la déglutition. L'examen direct de l'arrière-gorge a montré qu'il ne saurait en aucune façon s'agir d'un abcès rétro-pharyngien; notre petit malade a des végétations adénoïdes. Nous sommes en présence d'une de ces malformations congénitales de l'amygdale pharyngée, caractérisée par une hypertrophie du tissu lymphoïde, et dont les symptômes se manifestent dès la naissance. Ces tissus s'enflamment et se tuméfient avec la plus grande facilité, et le degré d'obstruction qu'ils déterminent, variable avec leur degré de tuméfaction, explique l'intermittence des symptômes qui les révèlent.

Le diagnostic peut être parfois plus délicat; et je me rappelle, appelé un jour par un de mes collègues de cet hôpital auprès d'un enfant qu'il croyait atteint de *stridor laryngien congénital*, avoir découvert des végétations adénoïdes. Le bruit du stridor laryngé est un bruit constant, soumis à des exagérations momentanées, se produisant surtout au premier temps de la respiration; c'est un gloussement inspiratoire, analogue à celui du spasme de la glotte; il s'entend à distance d'une pièce à une autre, et devient gênant pour les mères, quand elles se trouvent avec leur enfant dans un endroit public. Pour confirmer mon opinion dans un cas de ce genre, et donner une preuve irrécusable de l'origine laryngée du bruit, je fis tuber l'enfant; le cornage cessa aussitôt. La cause du stridor réside dans une malformation du vestibule laryngien; j'ai présenté en 1898, à la Société des hôpitaux, la première observation anatomique en France de stridor laryngé. Les deux replis ary-épiglottiques dans la plus grande partie de leur étendue sont presque au contact et constituent une anche vibrante, l'épiglotte elle-même était enroulée. C'est pour cette raison anatomique que j'ai proposé de donner au *stridor* laryngé le nom de cornage laryngien vestibulaire.

Messieurs, le cornage bronchitique, dont je vous ai présenté l'an dernier plusieurs exemples, est surtout un cornage expiratoire. Même s'il existe à l'ins-

piration, il subit pendant l'expiration un renforcement prononcé. Ces caractères sont expliqués par les conditions anatomiques des ganglions et des bronches. En effet des examens radioscopiques répétés m'ont démontré la relation qui existe entre le cornage bronchique et l'adénopathie médiastine : les masses ganglionnaires volumineuses qu'on rencontre chez les enfants sont refoulées par l'affaissement du thorax au moment de l'expiration; elles compriment alors davantage les bronches qui sont à leur contact, et du rétrécissement du calibre des bronches affaissées résulte le bruit de cornage ou le renforcement de ce bruit continu. La prédominance du bruit de cornage à l'expiration est un excellent signe différentiel avec le bruit de stridor laryngé dont le maximum est toujours inspiratoire, quand bien même ce bruit existerait aux deux temps de l'expiration. Puisque chez ce petit malade nous sommes arrivés à conclure à l'existence de végétations adénoïdes, le traitement s'impose. L'innocuité de l'ablation est absolue; par leur présence au contraire elles sont la source d'accidents, elles entravent considérablement la nutrition : à deux mois, l'enfant pèse seulement $3^{kg}600$; nous allons le faire débarrasser de cette cause de gêne permanente par M. le docteur Le Marc'Hadour, qui veut bien nous assister pour les cas de ce genre. L'enfant pourra téter plus facilement et son état d'atrophie disparaîtra lorsqu'il sera mieux alimenté.

II

Messieurs, voici un autre enfant, âgé de quatre ans, qui a encore la toux rauque et la voix éraillée. Il est atteint d'une laryngite aiguë simple, mais dans la pratique le diagnostic différentiel de cette affection avec la diphtérie n'est pas toujours aisé et nous sommes restés dans le doute pendant vingt-quatre heures. Depuis la veille l'enfant toussait; dans la nuit il a réveillé ses parents par une toux rauque; on nous l'amenait dès le lendemain matin à notre consultation de l'hôpital des Enfants-Malades. La toux était alors rauque et aboyante, la voix un peu dysphonique. L'enfant n'avait pas eu de véritable accès de suffocation, au dire de la mère, mais il avait un tirage thoracique continu : l'inspiration était lente et sifflante, elle s'accompagnait d'une dépression des téguments au-dessus de la fourchette sternale et des clavicules, et d'une dépression du creux épigastrique, violemment attiré en arrière par les contractions du diaphragme.

Le tirage permanent fait toujours, et avec raison, songer à la laryngite diphtérique ou croup; son mécanisme, du reste, est le même dans toutes les laryngites; il relève d'un spasme phréno-glottique, comme Bouchut l'avait bien vu. Le tirage de notre petit malade était continu et de ceux qui, dans la diphtérie, nécessitent le tubage s'ils se prolongent.

Ce serait une erreur de croire que le diagnostic de croup doit être écarté lorsque, avec des phénomènes de tirage et de grande gêne respiratoire, ni la toux ni la voix ne sont complètement *éteintes*. A l'hôpital Trousseau, lorsque j'étais chargé du service de la diphtérie, j'ai décrit l'association du syndrome toux rauque et voix claire au croup parfaitement caractérisé, tant au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique. C'est qu'alors les fausses membranes avaient respecté les cordes vocales.

Le syndrome *toux rauque et voix claire* ne doit donc pas par lui-même faire repousser le diagnostic de croup. Dans ce cas il n'y avait pas, il est vrai, de fausses membranes diphtériques dans le pharynx, mais l'angine prémonitoire peut passer inaperçue et déjà des membranes fugaces ont disparu lorsque les signes de laryngite se montrent. J'ai attiré l'attention sur un signe particulier que j'ai appelé *signe de l'épiglotte* et qui permet souvent, dans des cas qui sans cela seraient étiquetés croups d'emblée, de retrouver une manifestation pharyngée ou plutôt buccale de la diphtérie. Il consiste à examiner directement l'épiglotte, ce qui est aisé chez l'enfant; il suffit d'introduire l'abaisse-langue jusqu'à la base de l'organe et d'appuyer assez fortement; ce mouvement est suivi d'une projection en haut et en avant du larynx qui permet d'apercevoir l'épiglotte. On la trouve alors quelquefois, soit recouverte de petits dépôts sur sa face convexe, soit surtout cernée sur son rebord libre d'un petit liséré blanc pseudo membraneux.

Nous n'avons trouvé ici rien de semblable; aussi, nous basant sur la rapidité d'apparition des accidents, sur la nature même des symptômes, et sur l'absence des fausses membranes, nous avons considéré la diphtérie comme peu probable et nous nous sommes arrêtés au diagnostic de laryngite aiguë.

Le tirage si intense présenté par cet enfant pendant plus de vingt-quatre heures est aujourd'hui calmé. Il est causé, ainsi que je vous le disais, par l'association du spasme de la glotte à la contraction déréglée du diaphragme. Le rythme respiratoire est alors bouleversé; la glotte, au lieu de s'entr'ouvrir comme dans l'inspiration normale, a tendance à se resserrer. Ce spasme phréno-glottique permanent, qui occasionne le tirage, peut subir des redoublements à la moindre excitation nouvelle; il détermine alors ces dramatiques accès de faux croup, dont tout le monde connaît la saisissante description tracée par Trousseau. On peut l'observer dans toutes les laryngites aiguës quelle qu'en soit la cause, grippe, rougeole, etc., aussi bien que dans le vrai croup diphtérique. Le faux-croup implique un pronostic moins sévère que celui du vrai croup, mais il n'est pas sans gravité. Il se produit parfois des accès terribles de suffocation qui nécessitent la trachéotomie, et j'ai vu de ces enfants mourir asphyxiés, malgré l'intervention opératoire, d'une broncho-pneumonie associée à la laryngite aiguë. J'ai proposé le nom de *faux croups graves* pour désigner ces formes mortelles de laryngite non diphtérique (1).

Nous avons fait placer notre petit malade dans une chambre saturée de vapeur d'eau, celle-ci, en agissant sur la muqueuse du larynx et des voies aériennes atténue la contracture des muscles glottiques et, par suite, le tirage; nous lui avons fait, dans le même but, appliquer au-devant du cou des com-

(1) G. Variot. *La diphtérie et la sérumthérapie*; Paris, Maloine.

presses humides chaudes renouvelées de demi-heure en demi-heure; nous avons calmé son système nerveux par l'administration d'une potion avec 1 centigramme de codéine et 80 centigrammes de bromure de potassium: enfin nous avons traité sa bronchite par de la révulsion sinapisée du thorax. Je dois ajouter, bien que la diphtérie nous ait paru peu probable, que l'enfant a reçu 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, car j'estime que, dans tous les cas de tirage laryngé où il peut subsister le moindre doute, on a le devoir d'injecter du sérum antidiphtérique. Il y a une telle disproportion entre les risques que l'abstention fait courir au malade en cas d'erreur, et la puissance curative du sérum antidiphtérique que la maxime : « Dans le doute abstiens-toi, » ne nous semble pas s'appliquer ici.

L'évolution et l'examen bactériologique ont d'ailleurs confirmé notre diagnostic; en même temps que la culture bactériologique sur sérum restait négative, le tirage n'a pas tardé à disparaître et les troubles laryngés se sont atténués; la voix reste un peu voilée, indiquant un léger degré d'irritation laryngée, entretenue par la bronchite en voie de résolution.

III

Enfin, Messieurs, je vous présente un petit garçon de trois ans, qui est atteint à la fois d'une inversion totale des organes, vérifiée par la radioscopie, et d'une maladie de Henri Roger. Il a un souffle d'une grande intensité dans la région précordiale, qui prend naissance dans le voisinage du sternum et se propage surtout vers la droite, en raison de l'inversion viscérale, mais qui s'étend à toute la région précordiale. Il n'est pas cyanique, la coloration de son visage est normale; il offre cependant une teinte rosée au niveau des extrémités, sur les mains, sur le nez, les oreilles, autour de la bouche et des yeux, sur les joues, sous l'influence du froid. Mais habituellement il n'a aucune lividité apparente du visage et des extrémités.

Cet enfant est né à New-York, et le médecin accoucheur, frappé dès sa naissance de l'intensité de son souffle cardiaque, crut devoir prévenir la mère que son enfant ne vivrait pas. Vous voyez que cette malformation cardiaque n'empêche pas l'enfant de se bien porter; sa croissance s'est trouvée seulement un peu ralentie; à trois ans il mesure 84 centimètres et pèse 9kg880.

Nous savons du reste que la maladie de Roger est probablement la plus bénigne des grandes malformations cardiaques. Mais je dois ajouter que nous autres, médecins français, connaissons mieux cette maladie que les étrangers, car c'est chez nous qu'elle a été décrite d'abord. Henri Roger présente en 1879 à l'Académie de médecine de Paris le tableau clinique de la maladie qui porte son nom, et la définit: *Inocclusion du septum ventriculaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et sans cyanose.* Fait remarquable, il individualisa l'affection sans avoir fait d'autopsie. Roger avait constaté à plusieurs reprises sur le vivant l'existence de ce souffle si intense, quand, en faisant l'autopsie d'un enfant mort accidentellement d'un traumatisme chirurgical, il trouva une petite communication interventriculaire, il vit une relation entre le souffle dont il cherchait l'explication et la lésion qui était sous ses yeux : le type était créé. Il ne fut vérifié que plus tard en 1891 par E. Dupré et Ch. Legroust qui publièrent la première observation de maladie de Roger diagnostiquée pendant la vie et contrôlée par l'autopsie.

Le souffle, dit souffle de Roger, qui résume en somme le tableau clinique de la maladie, est le souffle le plus intense de tous les souffles cardiaques, il couvre toute la région précordiale, prend naissance le long du sternum dans le troisième espace intercostal gauche et se propage transversalement vers la gauche; il est systolique, rude, semblant se produire sous l'oreille d'arrière en avant, dit Potain. Ce souffle dû au passage du sang du ventricule gauche, où la pression est plus forte, dans le ventricule droit par un orifice rétréci, s'accompagne souvent d'un frémissement analogue au thrill de l'anévrisme artério-veineux. Cet orifice est le résultat d'une malformation cardiaque, il provient d'un arrêt de développement du septum ventriculaire. Généralement cette inocclusion siège à la base du septum ventriculaire, et consiste dans un orifice étroit, où l'extrémité du petit doigt ne peut être introduite. L'absence de cyanose dans le type morbide individualisé par Roger est dû à l'absence de rétrécissement de l'artère pulmonaire et surtout au fait que c'est le sang rouge qui reflue dans le sang noir lancé du ventricule gauche dans le ventricule droit. Les souffles sont habituels dans la généralité des malformations cardiaques. On trouve des souffles entre autres dans la cyanose congénitale. Je m'élève à ce propos contre l'opinion erronée, sans cesse répétée, que la cyanose est fonction de la perméabilité du trou de Botal. Le trou de Botal n'est pour rien dans la cyanose le plus souvent. La cyanose se rencontre quand, à l'inocclusion de la cloison interventriculaire, se surajoute *un rétrécissement de l'artère pulmonaire.* Celle-ci est frappée comme le septum d'un véritable arrêt de développement; son calibre est régulièrement diminué sur tout son trajet; et cette régularité dans les dimensions peut expliquer l'absence du souffle dans quelques cas rares de cyanose. Quand la malformation porte seulement sur l'orifice pulmonaire dont les valvules sont soudées entre elles, cette lésion se manifeste constamment par un souffle orificiel, et comporte un pronostic particulier par la prédisposition qu'elle apporte à la tuberculose pulmonaire tardive.

La *cyanose congénitale* relève de l'association de deux lésions : perforation interventriculaire, rétrécissement de l'artère pulmonaire. En effet pour que le mélange du sang noir et du sang rouge devienne apparent, il faut qu'il y ait gêne dans la petite circulation, et reflux pendant la diastole du sang noir dans le sang rouge; le mélange passe dans la grande circulation et devient la cause de la cyanose.

Il existe des cas de cyanose congénitale sans souffle, où les lésions anatomiques sont les mêmes : inocclusion du septum, rétrécissement de l'artère pulmonaire. Le premier fait que j'observai de ce

genre avec M. Gampère, en 1889, concerne un enfant cyanique de deux ans, qui était atteint de méningite tuberculeuse. Les battements du cœur étaient ralentis, l'enfant était à la période paralytique de son affection; toutes les conditions étaient réunies pour faciliter l'examen; et cependant nous ne pûmes trouver le moindre souffle cardiaque. Nous n'en rencontrâmes pas moins à l'autopsie les deux lésions associées. Je consignai le fait et attendis. De nouveaux cas se présentèrent. J'en fis part à mon regretté maître, M. Marey, du Collège de France, qui pensa que l'absence de souffle devait être expliquée par l'égalité de pression dans les deux ventricules. En effet, l'égalité d'épaisseur des parois des deux ventricules se retrouve dans toutes les observations. Ces faits ont été repris dans la thèse de mon élève Besson (1). L'absence de souffle tient à l'égalité de pression dans les deux ventricules; il ne saurait y avoir, dans ces conditions, projection du sang d'un ventricule dans l'autre, et par suite le souffle fait défaut.

Enfin j'ai observé avec mon ancien interne Sébilleau, des enfants qui présentaient un souffle précordial et chez lesquels la cyanose est intermittente; c'est ce que j'ai appelé la cyanose congénitale paroxystique. L'enfant ne devient cyanique qu'au moment des crises; ou bien la cyanose est sujette à des accès, avec augmentation de l'hyperglobulie, et ces accès dominent essentiellement le tableau clinique de la maladie. En examinant le cœur à l'autopsie, on trouva au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, au-dessus de l'éperon de Wolff, un épaississement musculaire considérable, un véritable anneau contractile qui commande l'entrée de l'artère pulmonaire, rétrécie d'ailleurs dans tout son calibre. Il est probable, comme l'a suggéré Marey, que cet anneau se resserre sous l'influence de causes mal déterminées, diminue ou supprime complètement l'afflux du sang dans l'artère pulmonaire, et détermine ainsi ces crises de cyanose paroxystique.

Ces malformations cardiaques, qui comportent un pronostic variable pour la vie de l'enfant, ont un caractère définitif. Elles diffèrent considérablement en cela des lésions acquises, valvulaires surtout, qui peuvent subir particulièrement au moment de la puberté des modifications considérables, dues à l'intense poussée de croissance que déploie l'organisme. Les tissus sont remaniés, et si les lésions n'ont pas trop profondément touché l'organe, elles sont susceptibles de s'atténuer ou de disparaître à cette époque du modelage définitif.

Nous pouvons donc rassurer la mère dans une certaine mesure sur le sort de son enfant. Son état mérite d'être surveillé, il doit être mis à l'abri des fatigues, des écarts de température, des émotions, de tout ce qui pourrait demander un surcroit de travail à son cœur. Nous lui donnons de l'arrhénal, l'un de nos plus puissants modificateurs de la nutrition; et nous espérons, sous l'influence d'un régime alimentaire convenable, dans lequel le lait entre pour une bonne part avec les œufs et le jus de viande, que la croissance de cet enfant ne sera pas entravée.

(1) Besson. *Les cyanoses congénitales sans signes d'auscultation*, Th. de Paris, 1902.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 5 février 1906)

Action du sulfate d'hordénine sur les ferments solubles et sur les microbes. — M. L. Camus continuant son étude physiologique du sulfate d'hordénine montre qu'il y a antagonisme de cette substance et du ferment, antagonisme indirect en ce sens que la coagulation et la non-coagulation dépendent de la prédominance de l'une des deux substances sur la matière coagulable.

L'*invertine*, la *maltase*, la *lipaséidine* ne sont pas arrêtées dans leur action par le sulfate d'hordénine. Au point de vue de son action sur les microbes il ne semble pas que l'on puisse réaliser, avec cet alcaloïde, l'antisepsie absolue du tube digestif.

Un effet antiseptique partiel est seul à espérer, mais on doit se rappeler que le sulfate d'hordénine agit aussi sur le système cardio-vasculaire, sur l'appareil digestif, sur les sécrétions et que ces propriétés pourront peut être rendre d'excellents services dans le traitement des affections intestinales.

Chloroformisation. — M. Tissot établit qu'il n'y a pas de rapport direct entre les proportions de chloroforme contenues dans le sang artériel et les effets qu'elles déterminent; ces effets dépendent, non pas de ces proportions elles-mêmes, mais de la valeur des quantités de chloroforme que les lois de la diffusion permettent au sang artériel de céder aux centres nerveux.

Au point de vue pratique il faut retenir que l'anesthésique doit être donné avec prudence lorsqu'il se produit une augmentation de la ventilation pulmonaire, surtout au moment de la période d'excitation. Il faut déterminer l'anesthésie lentement. Enfin lorsqu'on administre le chloroforme par le procédé de la compresse, il faut le donner régulièrement, goutte à goutte.

La trépanation rolandique et la ponction ventriculaire dans l'arriération, par M. O. Laurent. — Après avoir rappelé les travaux de M. Lannelongue sur la trépanation dans la microcéphalie, M. Laurent montre qu'au point de vue pratique on peut diviser les arriérés (l'atrophie du cerveau étant mise à part) en deux grandes classes : arriérés essentiels, justiciables du traitement médico-pédagogique, et arriérés lésionnels, justiciables du traitement médico-chirurgical.

M. Laurent rapporte une série d'observations qui montrent les résultats heureux que donnent la trépanation rolandique et la ponction ventriculaire dans ces cas spéciaux.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des cancers épithéliaux de la prostate, par MM. Motz et Majevski.

— La Commission chargée de juger les concours des prix Montyon (médecine et chirurgie), Barbier, Bréant, Godard, du baron Larrey, Bellion, Mége, pour l'année 1906, est composée de MM. Guyon, d'Arsonval, Lannelongue, Laveran, Dastre, Roux, Brouardel, Chauveau, Labbé, Perrier.

La Commission chargée de juger les concours des prix Montyon (physiologie expérimentale), Philipeaux, Lallemand,

Pourat, Martin Damourette pour l'année 1906 et de présenter une question de prix Pourat pour l'année 1907, est composée de MM. d'Arsonval, Chauveau, Bouchard, Dastre, Roux, Laveran et Giard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1906)

Rapports réciproques de l'albuminurie orthostatique et de certains états pathologiques ou physiologiques. — M. Le Noir, à propos du procès-verbal de la dernière séance, résume un certain nombre d'observations dans lesquelles l'albuminurie orthostatique a disparu pendant le cours de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la grossesse et de la lactation, mais a reparu ensuite avec tous ses caractères sans aggravation de l'albuminurie, sans altération de l'état général.

Sans discuter les théories émises sur la nature de l'albuminurie orthostatique, il faut retenir, au point de vue pratique, qu'il n'y a pas lieu d'instituer systématiquement chez ces malades le régime qui convient aux néphritiques, que le pronostic des maladies intercurrentes n'est pas aggravé par l'albuminurie orthostatique, que la grossesse n'est pas à redouter.

Oblitération de la veine cave supérieure. — M. Comby. Un malade qu'il a présenté à deux reprises à la Société médicale des hôpitaux, le 8 janvier 1892 et le 15 décembre 1893, pour une oblitération complète de la veine cave supérieure (œdème avec cyanose de la moitié supérieure du corps, accès de suffocation, grosses veines variqueuses à la surface thoraco-abdominale), a survécu quinze ans. Il est mort en juin 1905 dans le service de M. Vigouroux (asile de Vaucluse), où il était entré pour une paralysie générale. Cet homme avait eu, en effet, la syphilis, et c'est à l'infection syphilitique qu'il faut rapporter l'oblitération de la veine cave d'abord, la méningo-encéphalite ensuite, sans parler des phénomènes tabétiques qui sont venus compliquer la paralysie générale.

L'autopsie, faite par M. Vigouroux et son interne, M. G. Collet, a été des plus intéressantes. On rencontre d'abord sous la peau d'énormes troncs veineux qui ramènent le sang de haut en bas dans les affluents de la veine cave inférieure. Derrière le sternum, on trouve un amas fibro-adipeux rempli de veines qui, pendant la vie, avait donné de la matité. Tous les organes du médiastin sont unis par un tissu fibreux très serré. La veine cave supérieure et ses affluents sont transformés en cordons fibreux analogues à des tendons. La veine cave inférieure est par contre dilatée. Pas d'anévrisme de l'aorte, pas de masses ganglionnaires pouvant expliquer la compression de la veine cave. Mais médiastinite fibreuse hypertrophique ayant certainement joué un rôle.

Du côté des centres nerveux, pie-mérite, encéphalite, myélite scléreuse, etc.

On voit, par cette observation, que l'oblitération de la veine cave supérieure n'est pas incompatible avec la vie, le malade en question ayant gardé sa lésion pendant quinze ans et n'ayant succombé qu'à une autre affection.

Eruption quinique à forme bulleuse. — M. Thibierge rapporte une observation d'éruption à forme bulleuse due à l'ingestion de sulfate de quinine. C'est l'histoire d'une femme ayant eu auparavant des éruptions après usage de l'antipyrine. Ce cas est remarquable par ce fait qu'après une série de six éruptions, d'origine antipyrinique, la malade a présenté une éruption semblable (éruption bulleuse à élément unique) après l'ingestion de sulfate de quinine.

Statistique de scarlatine. — M. Dufour ajoute de nouveaux chiffres à sa première statistique de scarlatine, en insistant sur le régime qu'il prescrit aux malades : régime oligo-chloruré ou déchloruré, saignée dans les cas hypertoxiques.

Les résultats sont les suivants :

Sur 375 cas de scarlatine, il y eut 6 décès, soit 1,60 p. 100, ce qui est la mortalité peut-être la plus faible que l'on ait observée.

Granulie à forme typhoïde. — M. Siredey rapporte une observation sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1906)

Ténias et flore intestinale. — Pour MM. Jammes et Mandoul, le pouvoir bactéricide des cestodes paraît être spécialement actif contre les microbes pathogènes qui s'introduisent dans le milieu intestinal ; il ne doit pas être considéré comme l'apanage spécial de ces ténias ; il peut, aussi bien que les sécrétions des ténias et des parois digestives, être rattaché à une cause générale qui détermine la convergence de toutes ces actions.

71 cas de méningo-encéphalopathie de nature grippale. — M. Trouillet (de Kairouan) divise ces cas en trois groupes : formes bénigne, moyenne et grave. Les symptômes seuls ne présentent rien de particulier. Le diagnostic ne peut guère hésiter qu'entre la méningite cérébro-spinale et la pneumococcie méningée. Or, dans tous les cas nettement confirmés, l'auteur a pu constater dans le sang des sujets des diplobacilles très mobiles et d'autant plus nombreux que la maladie est plus grave, cultivables et inoculables. Les lésions sont celles des méningites aiguës. Comme traitement, M. Trouillet a employé le chloral, l'antipyrine, et surtout les bains tièdes prolongés.

Action thérapeutique des liquides de Ringer et de Locke. — M. Capitan a pratiqué, chez des sujets anémiés et déprimés, des injections intra-musculaires de liquides de Ringer et Locke, liquides dans lesquels, comme on sait, on peut faire vivre pendant quelque temps des muscles et même des cœurs d'animaux divers. Ces injections ont eu, dans tous les cas, une action tonique des plus marquées. M. Capitan a essayé aussi de dissoudre le benzoate de mercure dans le liquide de Ringer : il a ainsi obtenu des solutions dont l'injection ne détermine que peu de douleur.

Recherches sur les constituants colloïdes du sang. — Il résulte des recherches de M. Iscovesco faites au moyen du sulfure d'arsenic colloïdal comme réactif électronégatif et de l'hydrate de fer colloïdal comme réactif electropositif :

1° Que le sérum sanguin est un mélange de colloïdes positifs et négatifs.

2° Que le globule rouge du sang est constitué par une enveloppe électronégative et un contenu électropositif.

3° Que le stroma globulaire existe et est électronégatif lui aussi.

Action de l'hypophyse sur la pression artérielle et le rythme cardiaque. — MM. Garnier et Thaon ont étudié, à l'aide de la méthode graphique, les effets de l'injection des deux lobes hypophysaires du bœuf sur le lapin.

Le lobe antérieur n'a aucune action. Le lobe postérieur produit, d'abord, une élévation légère de la pression artérielle suivie d'une chute rapide; la pression remonte alors lentement au niveau qu'elle avait atteint et les pulsations se ralentissent et augmentent d'amplitude.

La section des deux pneumogastriques supprime complètement l'action de l'hypophyse sur la circulation et si cette section est faite après injection de l'extrait et pendant que le cœur se ralentit, on voit immédiatement ce ralentissement disparaître.

On peut donc conclure que l'hypophyse n'agit pas sur le myocarde ni sur les ganglions intracardiaques, mais bien sur les centres bulbaires du cœur.

Hémorragie cérébelleuse avec déviation conjuguée de la tête et des yeux. — MM. Laignel-Lavastine et P. Halbron présentent le cervelet d'un homme atteint d'ictus avec déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche sans asymétrie faciale, avec prédominance de paralysie des membres gauches, abolition des réflexes tendineux gauches et diminution des droits, sans phénomène de Babinsky. Il existe dans l'hémisphère cérébelleux droit une hémorragie centrale par rupture de l'artère du *nucleus dentatus* droite, ayant détruit le noyau dentelé et les deux tiers postéro-internes de la substance blanche jusqu'à la partie profonde des lobes semi-lunaires. Le sang a en dedans atteint le vermis et en avant fusé dans le quatrième ventricule dont un caillot effleure la moitié droite du plancher protubérantiel.

Ainsi la déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche coïncidait avec une lésion destructive de l'hémisphère cérébelleux droit et intégrité des voies optiques; le phénomène de Babinski manquait et le système pyramidal était intact; enfin le réflexe contra-latéral des adducteurs de Pierre-Marie existait du côté lésé avec diminution considérable de la réflectivité rotulienne. C'est la deuxième fois que l'un des auteurs observe ce réflexe dans des conditions analogues.

Spirochète de Schaudinn et syphilis expérimentale. — MM. Thibierge, Ravaut et Burnet, inoculant à des macaques des fragments de ganglions, de papules et de chancres syphitiques et réinoculant en série à d'autres animaux les lésions ainsi déterminées, ont retrouvé soit sur frottis, soit sur coupes dans la plupart des cas le *spirochaete pallida*. Leurs expériences montrent qu'il est possible de suivre le spirochète de provenance humaine ou simienne au cours d'une série de passages, de lésion en lésion, en partant d'un virus aussi pur que possible. Elles constituent un argument de plus en faveur de la spécificité du spirochète de la syphilis.

Efficacité de l'ingestion des sels de calcium comme moyen préventif des éruptions sériques. — M. Netter a employé systématiquement le chlorure de calcium chez des malades atteints de diphtérie et soumis aux injections de sérum. Le médicament a été donné à la dose de 1 gramme par vingt-quatre heures le jour de l'injection et les deux jours suivants. Les résultats obtenus ont été très favorables.

Note sur un procédé de sphygmanométrie clinique. — M. Pariset décrit un procédé qui permet l'obtention simultanée du tracé et de la pression.

Autres communications :

Procédé d'extraction du chloroforme du sang et des tissus. — MM. Mansiot et Tissot;

Proportion de chloroforme que peuvent contenir le sang et les centres nerveux au début de l'anesthésie. — MM. Mansiot et Tissot;

Sur l'assimilation du pain complet. — M. Fauvel;

Toxicité comparée de la stovaïne et de la cocaïne. — M. Baylac;

Relations entre les phénomènes du rut, de la lactation, de la mue et de l'amour maternel chez une chienne hybride. — M. G. Loisel;

Action des divers sels sur le pouvoir hémolytique de la bile « in vitro ». — MM. Ruffer et Crendiropoulo.

ANALYSES

MÉDECINE

Un procédé pour la recherche des bacilles typhiques dans le sang. (H. Conradi. *Deuts. mediz. Wochens.*, 11 janv. 1906, nº 2, p. 58.) — L'ensemencement du sang des typhiques est surtout un procédé d'investigation applicable à l'hôpital ou tout au moins à portée des laboratoires. Conradi a cherché à le mettre à la portée des praticiens : il s'est particulièrement attaché à trouver un procédé pour empêcher la coagulation du sang recueilli, le sang non coagulé étant, d'après lui, dénué des propriétés bactéricides, qui peuvent faire échouer l'ensemencement tardif des prélèvements faits chez les malades. Conradi a donc eu l'idée d'utiliser les propriétés anticoagulantes de la bile et de la peptone. Son procédé est le suivant :

On mélange 90 centimètres cubes de bile de bœuf fraîche avec 10 grammes de peptone sèche et 10 centimètres cubes de glycérine.

Ce mélange est stérilisé dans un courant de vapeur et réparti dans des tubes qui peuvent être envoyés aux médecins.

Le sang des typhiques prélevé soit par piqûre du lobule de l'oreille, soit mieux encore par ponction de la veine, est immédiatement mélangé au liquide des tubes, dans la proportion de 1 de sang, pour 3 de bile-peptone.

Le liquide non coagulé obtenu ainsi, de coloration rouge bourgogne, est envoyé au laboratoire et mis directement à l'étuve à 37 degrés. Au bout de seize à dix-huit heures on prélève avec une pipette la moitié du mélange et on l'étale avec une spatule de verre à la surface de plaques de gélose de Drigalski-Conradi. Si ce premier ensemencement est négatif on peut repiquer de même ce qui reste du mélange, conservé à l'étuve pendant vingt-quatre à trente-six heures.

Par ce procédé, Conradi, chez 28 typhiques a pu déceler dans le sang 22 fois la présence des bacilles d'Eberth, 6 fois la présence de bacilles paratyphiques.

En terminant Conradi affirme que, d'après son expérience personnelle, le nombre de bacilles typhiques trouvés dans un volume donné de sang, n'est aucunement en rapport, contrairement à l'opinion de Schottmüller, avec la gravité de la maladie.

A. Lemierre.

Tuberculose du jeune âge. (Hamburger et Sluke. *Jahrb. f. Kind.*, oct. 1903.) — Les auteurs ne veulent, de leurs recherches, tirer aucune conclusion définitive au sujet de la porte d'entrée habituelle du bacille tuberculeux chez l'enfant. Les travaux récents de Weichselbaum et Bartel ne montrent-ils pas que les constatations faites *in anima vili* ne suffisent pas, à elles seules, à résoudre la question? Bartel a prouvé, en effet, que les lapins nourris avec des cultures de bacilles peuvent, au bout de plusieurs jours et même de plu-

sieurs semaines, ne présenter aucune lésion tuberculeuse des glandes mésentériques ou de l'intestin, mais que, cependant, dans ces glandes en apparence intactes, il existe des cultures virulentes de bacilles de Koch. Un examen macroscopique et même microscopique négatif ne suffit donc pas à affirmer que les bacilles n'ont pas traversé le segment de la muqueuse intestinale correspondant aux glandes atteintes. La question de savoir si la tuberculose pénètre dans l'organisme par la voie bronchique ou par la voie intestinale ne peut être résolue par la seule anatomie pathologique, mais bien par l'expérimentation sur les animaux.

L. BABONNEIX.

Physiologie de la nourrice. (G. VITRY, Th. de Paris, 1905; Steinheil, éditeur.) — Depuis longtemps, nombre d'auteurs avaient remarqué la fâcheuse influence qu'exerce la lactation sur la résistance de l'organisme aux maladies, mais aucun n'avait encore consacré à ce sujet une étude d'ensemble. Dans son travail, fondé sur l'observation clinique et expérimentale la plus rigoureuse, M. Georges Vitry montre que la lactation entraîne dans la physiologie normale de la nourrice un certain nombre de modifications, que voici résumées :

Ces modifications portent surtout sur le foie. Au point de vue histologique, on y trouve une surcharge graisseuse; au point de vue fonctionnel, on constate que ses différentes fonctions sont altérées : fonction glycogénique, comme le montre la glycosurie alimentaire; fonction antitoxique comme le montre son action sur la nicotine; fonction adipogénique, fonction uropoiétique. On note d'autres modifications portant sur le sang : diminution légère du nombre des globules rouges, leucocytose appréciable avec prédominance de mononucléaires. Une autre modification importante est la fréquence de la lactosurie consécutive à la résorption du sucre de lait au niveau de l'épithélium mammaire, entraînant par suite une augmentation de sucre dans le sang.

La nutrition générale est ralentie, le coefficient azoturique inférieur à la normale, les phosphates éliminés en excès, l'alcalinité du sang diminuée.

Un organisme qui a subi de telles modifications est-il moins résistant vis-à-vis des agents pathogènes? C'est ce que montrent l'expérimentation et la clinique.

Expérimentalement, l'animal en lactation est plus sensible à l'injection de certains poisons (strychnine), de certains microbes : pyocyanique, pneumocoque, bacille de Koch.

Cliniquement, sans que l'on puisse donner de statistique, la lactation semble donner une moindre résistance à l'organisme vis-à-vis de l'infection puerpérale, de la pneumonie, du paludisme, de la diphtérie, etc. Enfin, en ce qui concerne la tuberculose, la lactation semble en favoriser l'apparition chez les sujets prédisposés, et accélérer la marche chez les sujets légèrement atteints.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Fistule recto-utérine. (BERND. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XLV, 12 août 1905, p. 465.) — Les fistules rétro-utérines sont si rares que beaucoup de traités de gynécologie n'en font pas même mention. C'est ce qui donne un certain intérêt au fait de Bernd. Femme de trente-trois ans, probablement syphilitique : trois enfants nés vivants, l'un avec des stigmates syphilitiques et cinq fausses couches; mari dont les dénégations énergiques sont en partie infirmées par un nez d'apparence suspecte. La dernière fausse couche eut lieu cinq semaines avant son entrée à l'hôpital et nécessita un curetage qui fut pratiqué par le médecin de la famille. Mauvais état général, céphalée, maux de reins, pesanteur dans le petit bassin. Pertes sanguinolentes et fétides. Déchirure complète du périnée, déchirure unilatérale du col; l'utérus semble adhérent au rectum. Corps gros et mou, rien aux annexes. On remarque que le liquide des lavements ressort par le vagin. Un lavement de lait ressort par le col. Une sonde introduite dans l'utérus vient au contact du doigt rectal par un petit orifice, à environ 1cm5 au-dessus du sphincter interne. Curetage prudent, tamponnement iodoformé, réparation du périnée. Guérison sans incidents.

Dans ce cas, il est possible que la syphilis ait amené une adhérence de l'utérus au rectum, adhérence que la curette aurait perforée.

F. GARDNER.

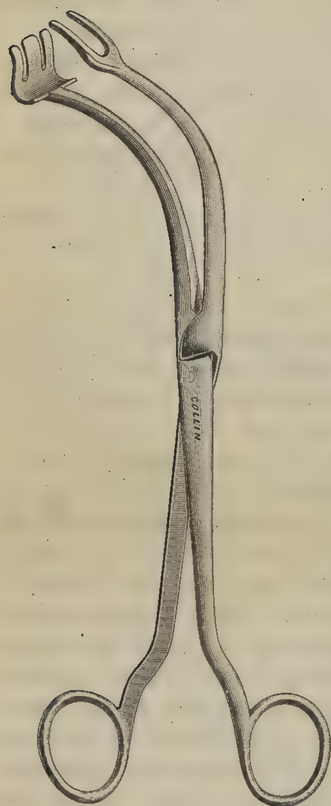
Ligature transpéritonéale des vaisseaux du rein, comme temps préliminaire de la néphrectomie lombaire pour tuberculose ou tumeurs malignes du rein. (George WALKER. *Journal of the Amer. med. Assoc.*, vol. XLV, n° 22, 25 nov. 1905.) — L'auteur a eu l'occasion, pour la préparation d'un travail considérable sur la tuberculose du rein, d'examiner un grand nombre de pièces. De cette étude, il conclut que, dans la néphrectomie lombaire pour tuberculose (et aussi pour cancer), l'opérateur court le risque d'exprimer des produits infectants du rein dans la circulation. En effet, l'examen microscopique des cas de tuberculose montre que les lymphatiques et les capillaires se terminent très fréquemment près des foyers tuberculeux. Un certain nombre de ces vaisseaux sont obturés par prolifération de l'épithélium, mais la lumière de beaucoup d'autres est manifestement libre. Des conditions très analogues se trouvent dans les tumeurs malignes. Dans certains cas de tumeurs du rein, le processus s'étend loin dans la veine rénale où parfois il forme une projection nette qui n'adhère pas intimement à la paroi vasculaire. Cliniquement, l'auteur a observé, dans deux cas, l'éclosion d'une miliaire à la suite d'une néphrectomie lombaire pour tuberculose du rein. Ces arguments théoriques ont une valeur indiscutable, car, dans une néphrectomie, les manœuvres d'isolement et de décortication ne peuvent s'effectuer sans que le rein soit saisi vigoureusement et plus ou moins comprimé.

Pour supprimer ce danger d'infection générale d'origine opératoire, Walker propose de faire, avant la néphrectomie lombaire, une laparotomie, de refouler les intestins d'un côté, inciser le péritoine pariétal postérieur, exposer les vaisseaux rénaux, poser une double ligature, sectionner les vaisseaux et libérer le bout distal sur une certaine longueur. En passant les ligatures, il est bon de prendre une certaine quantité des tissus immédiatement avoisinants pour lier aussi les lymphatiques qui ne sont pas visibles, mais courent parallèlement aux vaisseaux, tout près de ces derniers. Suture complète, puis néphrectomie lombaire.

On peut se demander pourquoi, l'abdomen étant ouvert, on ne fait pas la néphrectomie séance tenante. C'est que la voie abdominale est toujours plus périlleuse que la voie lombaire. Les deux opérations ne demandent pas plus de temps qu'une seule, car la ligature abdominale préalable supprime l'un des temps les plus longs, difficiles et délicats de l'opération lombaire. Enfin la boutonnière péritonéale ne doit avoir, dans des mains propres, nulle gravité.

F. GARDNER.

INSTRUMENTS ET APPAREILS



PINCE PORTE-INSTRUMENTS (1).

Pince à préhension solide permettant de prendre dans un plateau, ou dans un bouilleur, un instrument quelconque.

Cette pince est composée essentiellement d'une branche femelle avec mors en forme de plateau coudé presque à angle droit et échancré de deux larges incisures.

Dans ces incisures s'engagent les deux branches d'une fourche qui représente la branche mâle.

Il y a donc croisement des mors de la pince, à la façon du croisement des doigts, et il en résulte une préhension solide quelles que soient la forme, l'irrégularité du corps à saisir, quelque lisse et glissante que soit sa surface.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de radiographie dentaire (2), par René DARMEZIN.

Ce volume résume l'ensemble des connaissances nécessaires aux praticiens pour l'utilisation des rayons de Röntgen en art dentaire. Peut-être peut-on regretter l'importance relative accordée aux chapitres des « Généralités », alors que les applications de la radiographie à l'étude des fractures du maxillaire, des abcès dentaires, des inclusions des dents sont passées en revue en quelques lignes. G. LEGROS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 19 AU 24 FÉVRIER 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Mauclaire et Cunéo.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Wallich et Branca; — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — (2e série) : MM. Roger, Claude et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Poirier et Marion.

4e : MM. Gilbert, Langlois et Richaud; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Guyon, de Lapersonne et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Cunéo et Pierre Duval.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Terrier, Sébileau et Potocki; — (2e série) : MM. Kirmisson, Wallich et Branca.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Poirier et Faure.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Launois et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 23 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Cunéo et Pierre Duval.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Potocki et Branca; — M. Richaud, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Proust; — M. Claude, suppléant.

Samedi 24 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Auvray.

3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Gouget et Guiart; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Pinard, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 21 février 1906, à une heure. — M. LACASSE. Contribution à l'étude des hernies ombilicales dites congénitales. Hernies des nouveau-nés et des enfants. (MM. Pinard, président; Déjerine, Lepage et Legry.) — M. RASIS. Indications du curetage dans les accidents fébriles post-partum. (MM. Pinard, président; Déjerine, Lepage et Legry.) — Mlle FRANCILLON. Essais sur la puberté chez la femme. (MM. Déjerine, président; Pinard, Lepage et Legry.)

Jeudi 22 février 1906, à une heure. — M. HALLOPEAU. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. (MM. Le Dentu, président; de Lapersonne, Auvray et Morestin.) — M. BICHON. Du rôle des infections, particulièrement de la syphilis, dans la production des lésions de la myopie progressive. (MM. de Lapersonne, président; Le Dentu, Auvray et Morestin.)

La croisade moderne. Recueil mensuel des vérités qu'on ne doit pas ignorer pour conserver l'intégrité du capital humain, publié par le docteur SUAREZ DE MENDOZA (de Paris). — Un an : 10 francs. — Paris, 22, avenue de Friedland.

(1) Présentation faite à la Société de chirurgie par M. le docteur Walther (séance du 27 décembre 1905).

(2) In-8 de 95 p. avec 21 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — Voici la liste des candidats :

1. MM. Boix, Gallois, Nattan-Larrier, Crouzon, P.-E. Weill, Jousset, Jomier, Terrien, Comte, Ramond,

11. Simon, Bensaude, Rosenthal, Nobécourt, Bigart, Armand-Delille, Lortat-Jacob, Herscher, Lippmann, Castaigne.

21. Babonneix, Deguy, Roux, Decloux, Clerc, Merklen, Leven, Guillain, Lévi, Milian,

31. Laignel-Lavastine, L. Le Sourd, Londe, Pissavy, Ravaut, Léri, de Grandmaison, Camus, Kahn, Grenet,

41. Hauser, Bergeron, Courcoux, Lœper, Gouraud, Voisin, Lacapère, Rathery, Pagniez, Delamare,

51. Balthazard, Lereboullet, Salomon, Guillemot, Gaultier, Ferrand, Froin, Lemierre, Ribierre, Michel,

61. Géraudel, Lejonne, B. Weil, S.-J. Hallé, Coyon, Paris, M. Lenglet, Gkika, L.-Ch. Legroux, Ribadeau-Dumas.

71. Detot, Gastou, Schœfer, M. Sainton, Laubry, Hulot, Audistère, P. Tissier, Tollemer, Cavasse.

— Un concours pour la nomination à trois places de dentiste-adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 12 mars 1906. — Se faire inscrire, à l'administration centrale, jusqu'au 24 février.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 12 février 1906 : MM. Chantagnol, 11 ; Debertrand, 9; Riberol, Reynard et Weil (André-Achille), 8; Colibert, 7; Gauchery et Trotain, 6; Presbéanu et Roucayrol, 2 ; Marchal, 1.

Séance du 13 février : MM. Chabrol, 13; de Brunel de Serbonnes, Mlle Debat-Ponsan, MM. Leconte, 12; Flurin, 11; Paul-Boncour, 10; Charrier et Dehelles, 9; Frinault, 8.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 15 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 13 février 1906 : MM. Chazarain, 12; Coryllos et Monsaingeon, 11; Bonvoisin 10; Chambaud, 9; Dumas et Pépin, 8; Pellot, 7; Bruel, 6; Bijou, 3.

Les prochaines séances auront lieu le jeudi 15 février, à cinq heures un quart, et le vendredi 16 février, à huit heures trois quarts du soir, à la Charité.

ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury du concours pour des places de médecins de l'assistance médicale qui doit s'ouvrir le 21 février est composé de MM. Virey, Liandier, Noir, Puech et Vigouroux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Just Lucas-Championnière, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Dalché, médecin de la Pitié; Barbier, médecin de l'hôpital Hérold; Humbert, médecin de l'hôpital de Rambouillet.

MARINE. — Sont promus au grade de médecin de troisième classe, MM. les élèves du service de santé Bourrut-Lacouture et Lutaud.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie a procédé lundi à l'élection d'un correspondant pour la section de physique en remplacement de M. Bichat, décédé.

La section avait classé les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, sir William Crookes (de Londres); en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Guillaume, du service international des poids et mesures à Sèvres, et Righi, professeur à l'université de Bologne.

Sir William Crookes, l'éminent physicien anglais, universellement connu, notamment par ses travaux sur les radiations lumineuses dans les tubes à vide qui portent son nom, a été élu à la presque unanimité des 46 votants.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cuffer, médecin de l'hôpital Necker, Fernand Lartigue (de Lesparre), Jean Rabier (de Bergerac).

TROUBLES ISOLÉS ET SIMULTANÉS

DES

RÉFLEXES IRIENS

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL.

Nous avons eu la patience de suivre de très près les réflexes iriens chez 140 paralytiques généraux, depuis le jour de leur arrivée dans le service, à la première période, jusqu'à leur mort, afin de réussir à constater non seulement les troubles qu'ils présentaient d'une manière générale, mais encore aux trois périodes du mal, méthode que personne, à notre connaissance, n'a encore appliquée; car jusqu'ici tous les observateurs se sont contentés d'adopter celle si expéditive et si commode de Murh, qui consiste à observer en passant un grand nombre de sujets, mais sans se donner la peine de s'attacher à eux, et de les examiner fréquemment de la phase initiale à la phase ultime. On a ainsi l'avantage en peu de temps d'opérer sur des centaines de sujets, mais il n'est point nécessaire de beaucoup réfléchir pour comprendre que cette méthode de Murh ne saurait donner qu'une idée très incomplète du phénomène, aucune même des combinaisons entre les troubles, et qu'elle expose à de nombreuses erreurs.

C'est celle qu'a suivie le professeur Joffroy pour l'intéressante leçon qu'il vient de publier sur les signes oculaires dans la paralysie générale. Il s'est basé sur les examens de 227 paralytiques généraux faits dans son service par MM. Sauvineau et Schramett. La plupart de ces examens ont été pratiqués au moment de l'entrée des malades, et par conséquent, dans la majorité des cas, à la première période. Sur les 227, 212 ont présenté des signes oculaires. Mais le professeur Joffroy s'est bien rendu compte des défectuosités de la méthode adoptée, car il s'empresse d'ajouter que ce nombre de 212, exact d'une manière absolue, constitue une erreur, car un grand nombre des malades n'ont été examinés qu'une seule fois lors de leur arrivée et il est certain que parmi les 15, chez lesquels on n'a pas signalé de troubles oculaires, un examen ultérieur, à une période plus avancée, en eût fait découvrir. Rien de plus exact.

Et le professeur Joffroy prouve bien encore l'absolue nécessité de suivre les paralytiques durant tout le cours de leur maladie. Dans sa belle leçon, il signale un fait qu'avec raison, il trouve fort intéressant. Il lui a été possible, raconte-t-il, chez quelques malades, d'observer très nettement la marche régressive et finalement la disparition des réflexes pupillaires, du réflexe lumineux principalement, qu'il a vu s'affaiblir d'abord, puis au bout d'un certain temps disparaître complètement.

Il est donc absolument indispensable d'adopter la méthode que nous indiquons et qui est d'ailleurs celle que nous avons appliquée dans toutes nos recherches chez les paralytiques généraux, relatives aux troubles non seulement des réflexes, mais encore des sécrétions, des sensibilités et de la motilité. Toutefois il faut s'armer d'une grande patience, nous le reconnaissons, et ne pas se décourager. Nos investigations sur nos 140 paralysés, suivis dès leur entrée jusqu'à leur décès, nous ont demandé plusieurs années. Or 50 sont morts au cours de la première période et 36 au cours de la seconde, de telle sorte que 54 seulement ont parcouru les trois phases de l'affection. Certes avec notre méthode, on est loin par conséquent d'arriver au chiffre de plusieurs centaines de sujets que permet celle de Murh, et en peu de temps. Mais si les cas sont peu nombreux, au moins ils ont été suivis et étudiés de près d'un bout à l'autre du mal et dans leur évolution, chose impossible avec l'autre.

Nous ne dissimulons donc pas les déboires qui attendent les observateurs, mais nous espérons que tous, avec nous, penseront que 10 cas observés comme nous l'indiquons, ont plus de valeur que 100 de la méthode de Murh.

En conséquence, nous estimons que ce sont seuls les 54 paralytiques généraux chez lesquels nous avons réussi à bien constater les deux réflexes à toutes les phases de l'affection, qui fourniront des données certaines. Or les résultats que nous avons obtenus sont les suivants jusqu'à ce jour inédits :

Le total de tous les genres de troubles qui figurent dans notre tableau est de beaucoup supérieur au nombre de 54 de nos malades, car il est constant, d'après nos constatations, que chaque paralytique, au cours complet de la maladie, en présente plusieurs. Les réflexes iriens, en effet, sont chez le même sujet, tantôt *simultanément*, et tantôt *isolément*, *normaux* et *anormaux*. Il y a toujours alternance des deux états. Jamais nous n'avons constaté la normalité, ni l'anormalité constante du lumineux ou de l'accommodateur d'un bout à l'autre de l'affection. Il en résulte qu'il est possible de relever successivement jusqu'à quatre combinaisons différentes de troubles chez un même sujet : les deux réflexes simultanément normaux ou anormaux, le lumineux anormal avec l'accommodateur normal et vice-versâ.

Lumimeux et accommodateur, ou l'un d'eux, constamment normaux.....	0,	soit	0	p. 100
Lumineux et accommodateur, ou l'un d'eux, constamment anormaux....	0,	—	0	—
Lumineux et accommodateur isolément, le premier normal et le second anormal pour un temps..........	11,	—	20,35	—
Lumineux et accommodateur isolément, le premier anormal et le second normal pour un temps......	30,	—	55,50	—
Lumineux et accommodateur simultanément normaux pour un temps...	46,	—	85,10	—
Lumineux et accommodateur simultanément anormaux pour un temps..	54,	—	100	—

Il résulte tout d'abord de ce tableau qu'en suivant les malades du début à la terminaison de la paralysie générale, non seulement on est certain de trouver toujours à un moment où à un autre les deux réflexes pupillaires altérés, mais encore de les trouver simultanément altérés. L'altération du lumineux et de l'accommodateur, et même leur altération

simultanée durant un certain temps, sont donc des faits constants dans tous les cas de paralysie générale. Mais l'altération même isolée de l'un ou de l'autre réflexe n'est, d'après notre tableau, jamais une manifestation constante durant tout le cours de l'affection; toujours les réflexes sont également normaux à un moment ou à un autre de l'évolution du mal. On a là, par conséquent, la preuve de la nécessité absolue de ne pas se contenter de constatations en passant et de suivre de près les malades, d'autant plus que 85,10 p. 100 présentent, plus ou moins longtemps, les deux réflexes simultanément normaux; on peut tomber par hasard sur une série de paralytiques dans ce cas, et on comprend combien seraient erronées les conclusions que donnerait alors la méthode de Murh.

D'après notre tableau, il n'est donc pas exact, comme l'affirme le professeur Joffroy, que, si le réflexe lumineux est très fréquemment atteint, on peut dire presque constamment, l'autre, le réflexe accommodateur, ne l'est que très rarement; puisque nos constatations établissent qu'ils le sont l'un et l'autre, dans tous les cas et même simultanément dans tous. C'est la méthode de Murh qui l'a induit en erreur. En réalité, la différence pour les deux est que l'altération isolée du lumineux, l'accommodateur étant normal, est plus fréquente de près du triple que l'altération isolée de celui-ci, celui-là étant intact. Nous avons en effet 30 cas pour la première et seulement 11 pour la seconde. Par conséquent, le signe d'Argyll-Robertson est près de trois fois plus fréquent que le signe inverse.

Enfin, les altérations simultanées sont plus fréquentes que les isolées. En effet, celles-là sont au nombre de 54, soit dans tous les cas, 100 p. 100, et celles-ci au nombre de 41, soit dans la proportion de 75,85 p. 100, d'où une différence assez grande de 24,15 p. 100, en faveur des simultanées.

Mais, comme nous avons eu la patience d'observer nos paralytiques, du début du mal à sa terminaison par la mort, nous avons des données comparables qui nous permettent d'étudier les troubles isolés et simultanés des deux réflexes iriens aux trois périodes de la maladie, chez les mêmes malades, travail qui, à notre connaissance, n'a jamais été fait et qui pourtant offre autant d'importance que d'intérêt. D'après ce que nous avons dit plus haut, le nombre de nos sujets fut de 140 à la phase initiale, de 90 à la seconde et de 54 par cause de décès à la troisième; c'est, par conséquent, d'après ces chiffres que se sont établies pour les trois périodes, les proportions dans le tableau suivant, auquel sont applicables, bien entendu, les explications que nous avons fournies à propos du précédent, sur le nombre des altérations, plus élevé que celui des sujets, car tout ce que nous avons dit de l'alternance, de la normalité et de l'anormalité, du lumineux et de l'accommodateur au cours de l'affection est également vrai des

	PREMIÈRE PÉRIODE	DEUXIÈME PÉRIODE	TROISIÈME PÉRIODE
Lumineux et accommodateur toujours normaux...	55, soit 38,85 p. 100	28, soit 31,08 p. 100	3, soit 5,55 p. 100
Lumineux et accommodateur toujours anormaux..	12, — 8,52 —	18, — 19,98 —	37, — 67,45 —
Lumineux seul toujours normal	5, — 3,55 —	3, — 3,33 —	3, — 5,55 —
Lumineux seul toujours anormal	12, — 8,52 —	12, — 13,32 —	3, — 5,55 —
Accommodateur seul toujours normal...........	15, — 10,60 —	5, — 5,55 —	0, — 0 —
Accommodateur seul toujours anormal..........	12, — 8,52 —	9, — 9,99 —	5, — 9,25 —
Accommodateur et lumineux pr un temps normaux.	41, — 29,11 —	24, — 26,64 —	3, — 5,55 —
Accommodateur et lumineux pr un temps anormaux.	52, — 36,75 —	37, — 41,07 —	8, — 14,80 —
Lumineux pour un temps normal avec accommodateur anormal	18, — 12,72 —	9, — 9,99 —	3, — 5,55 —
Lumineux pour un temps anormal avec accommodateur normal	28, — 19,88 —	25, — 27,75 —	3, — 5,55 —

deux réflexes au cours de chaque période, et même, de plus, les deux réflexes peuvent être normaux ou anormaux durant toute une phase.

Ainsi, d'après notre tableau, les réflexes iriens sont à la première période déjà anormaux chez plus de la moitié des sujets, soit dans la notable proportion de 61,15 p. 100, et simultanément anormaux durant toute la période, chez 8,52 p. 100. Le professeur Joffroy a donc raison d'en recommander la recherche dans les cas douteux, comme utile pour le diagnostic. Toutefois la proportion assez élevée de normalité constante durant toute la période, de 38,85 p. 100, que nous avons constatée, prouve qu'il faut bien se garder de limiter les recherches à cette seule phase assez riche encore en réflexes iriens constamment normaux.

A cette phase initiale, le lumineux est plus souvent altéré que l'accommodateur, c'est certain, mais en faisant la somme de leurs altérations isolées constantes et momentanées, les simultanées étant égales pour tous les deux, les chiffres de notre tableau ne donnent en sa faveur qu'un écart assez peu considérable de 7,10 p. 100 avec 40 cas pour le premier d'où 28,40 p. 100 et 30 pour le second, d'où 21,30 p. 100. Nous ne pouvons donc pas dire avec le professeur Joffroy, que quand l'accommodateur est lésé, c'est en général bien plus tardivement que le lumineux, d'autant plus que, dans notre tableau, ils figurent comme simultanément altérés tous les deux durant toute la période, dans la proportion de 8,52 p. 100 et momentanément dans celle très élevée de 36,75 p. 100 et ainsi l'altération constante et isolée de l'un et de l'autre est la même, soit 8,52 p. 100; toutefois quand l'altération isolée, au lieu de durer toute la phase initiale, ne persiste qu'un certain temps, l'écart en faveur du lumineux est, il est vrai, de 7,10 p. 100, venons-nous de voir, mais c'est un écart faible, avons-nous déjà dit, et il n'est pas moins

vrai que le trouble isolé de l'accommodation et momentané est déjà à ce début du mal de 12,72 p. 100. Ici, encore, le professeur Joffroy nous paraît donc s'être trompé en affirmant que l'altération de l'accommodateur seul est extrêmement rare. Les chiffres de notre tableau donnent 30 cas pour l'altération constante et durant un temps de l'accommodateur seul, et encore à la première période, d'où la proportion totale de 21,30 p. 100, établie déjà plus haut, qui nous semble assez élevée. Certes, M. Dupré a raison quand, dans le magistral chapitre qu'il a écrit sur la paralysie générale dans le récent *Traité de pathologie mentale* de M. Gilbert-Ballet, il dit qu'il doit insister sur l'importance et la fréquence dès le début de la maladie, de la paresse ou de l'absence du réflexe irien à la lumière, mais il n'est vraiment pas juste de n'accorder aucune place au réflexe irien à l'accommodation.

A cette première période, l'altération isolée et constante durant toute celle-ci des deux réflexes, qui est pour chacun d'eux de 8,52 p. 100, est égale à la simultanée qui a la même proportion; quand au contraire l'altération isolée ne persiste qu'un certain temps, elle est pour le lumineux, qui est de 19,88 p. 100, inférieure de 16,87 p. 100 et pour l'accommodateur qui est de 12,72 p. 100 inférieure de 24,03 p. 100 à la simultanée qui est de 36,75 p. 100. Il en résulte que la somme totale de 64 cas de toutes les altérations simultanées des deux réflexes, les constantes et les momentanées réunies, d'où la proportion de 45,44 p. 100, est inférieure seulement de 4,26 à celle des 70 isolées qui a la proportion de 40,70 p. 100. Il est par conséquent très fréquent de trouver, même dès la phase initiale, les deux réflexes iriens simultanément troublés, soit durant toute la période, soit beaucoup plus souvent pour un temps seulement.

Passant à la seconde période, nous constatons, par rapport à la première, une notable aggravation des troubles des deux réflexes iriens. En effet, leur normalité constante durant toute la deuxième phase est inférieure de 7,77 p. 100, tandis que leur anormalité constante est supérieure dans la proportion assez notable de 11,46 p. 100. Egalement la normalité constante et momentanée du lumineux est inférieure pour celle-là de 0,20 p. 100 seulement, mais pour celle-ci de 2,73 p. 100, avec l'anormalité, au contraire, supérieure pour la première de 4,80 et pour la seconde de 7,80 p. 100. De même la normalité simultanée des deux réflexes pour un temps est inférieure de 2,47 p. 100 et l'anormalité supérieure de 4,32 p. 100.

Egalement pour l'accommodation isolément toujours normale durant tout le cours de la seconde période, nous avons sur la première une diminution de 3,94 p. 100 et une augmentation de l'anormalité, pas bien forte, il est vrai, de 1,4 p. 100, mais qui est la preuve néanmoins qu'à cette deuxième phase, l'accommodateur est plus constamment anormal à l'état isolé qu'à la phase initiale. D'ailleurs, dans l'ensemble, l'accommodateur est, tout comme le lumineux, plus altéré à la deuxième période qu'à la première, car si nous faisons la somme de toutes ses altérations isolées et simultanées, constantes et momentanées, nous obtenons pour la phase initiale 34 cas, d'où la proportion de 66,74 p. 100 et pour la phase intermédiaire, 73 cas avec la proportion de 81,03 p. 100, soit en faveur de celle-ci, un écart de 14,29 p. 100, assez accusé, c'est certain, et qui indique bien une aggravation. En ce qui concerne le lumineux, l'écart est autrement considérable, puisque la somme correspondante pour ce réflexe est à la première période de 104 cas, d'où la proportion de 73,84 p. 100 et à la seconde de 92 cas avec la proportion de 100 p. 100, d'où par conséquent un écart de 26,16 p. 100. Il est donc incontestable que les altérations des deux réflexes sont plus fréquentes à la deuxième période qu'à la première, surtout celles du lumineux qui l'emportent sur celles de l'autre.

Pour cette seconde période, l'altération isolée et qui dure toute la phase des deux réflexes, est inférieure à la simultanée, puisque la proportion pour celle-ci est de 19,98 p. 100, tandis que pour le lumineux elle n'est que de 13,32 p. 100, d'où une infériorité de 6,66 p. 100, plus accentuée encore pour l'accommodateur, qui n'est que de 9,99 p. 100, par conséquent moitié moindre. Nous avons constaté, au contraire, à la première période, la fréquence égale des deux. C'est une preuve éclatante de l'aggravation des troubles à la seconde période, puisqu'il est plus fréquent alors de rencontrer les deux réflexes simultanément altérés durant tout le cours de celle-ci que d'en rencontrer un seul dans ce cas. La fréquence plus grande du trouble du lumineux ressort aussi de ces chiffres.

Lorsque l'altération isolée ne dure qu'un certain temps, elle est également inférieure à la simultanée dans les mêmes conditions. Celle-ci est, en effet, de 41,07 p. 100 et la proportion du lumineux n'est que de 27,75 p. 100, d'où une infériorité de 13,32 p. 100 qui s'élève pour l'accommodateur à 31,08 p. 100, vu que sa proportion est de 9,99 p. 100. Par conséquent, la somme totale de toutes les altérations simultanées des deux réflexes, de celles qui persistent durant toute la période et de celles qui ne durent qu'un temps est de 55 avec une proportion de 61,05 p. 100 égale à celle de toutes les altérations isolées qui est également de 55. Sans doute, il y a égalité, mais celle-ci établit néanmoins qu'à la deuxième période les altérations simultanées sont plus fréquentes qu'à la première, puisque, au contraire, à la phase initiale, les premières sont inférieures aux secondes, avons-nous établi, de 4,24 p. 100. Nouvelle preuve bien démonstrative de l'augmentation des troubles des deux réflexes iriens à la phase intermédiaire.

Nous arrivons à la troisième periode, qui nous réservait des surprises. En effet, avant d'entreprendre nos recherches, nous partagions l'opinion que formule aujourd'hui encore M. Dupré, dans son tout récent chapitre. Comme lui, nous étions convaincu *à priori* qu'aux stades avancés, l'ophtalmoplégie interne est totale et l'inertie pupillaire constante à toutes les excitations. Eh bien! les 54 sujets que nous avons pu suivre jusqu'à leur mort à la phase ultime, dans le marasme paralytique, nous ont fourni la preuve que cette opinion est absolument erronée.

Certes, elle correspond à la majorité des cas, mais pas à tous. C'est, en effet, chez 37 seulement de nos 54 malades que le lumineux et l'accommodateur ont été anormaux durant toute la troisième période, soit dans la proportion de 67,45 p. 100, supérieure par conséquent de 47 p. 100 à celle de la seconde période et de 58,02 p. 100 à celle de la première. La proportion de l'anormalité simultanée, constante, des deux réflexes durant toute la phase ultime, est donc considérable, puisqu'elle comprend les deux tiers des sujets; mais il est incontestable pour nous que chez un tiers, soit dans la proportion de 32,55 p. 100, les deux réflexes ont des moments plus ou moins prolongés de normalité, le plus souvent isolés, mais parfois aussi simultanés, et même il est 3 de nos 54 paralytiques qui ont gardé leur lumineux et leur accommodateur normaux durant toute la phase ultime. Nous avons multiplié nos recherches et apporté les plus grands soins; jamais nous n'avons réussi à constater le moindre trouble.

L'anormalité constante d'un bout à l'autre de la période des deux réflexes, chez les deux tiers des paralytiques, est le fait saillant et tellement considérable qu'il absorbe tout et suffit à établir à lui seul combien se sont aggravées les altérations. Il est donc de toute évidence que, dans la paralysie générale, les troubles du lumineux et de l'accommodateur sont d'autant plus fréquents que la maladie est à une période plus avancée. Aussi, à cette phase ultime, les altérations simultanées des deux réflexes sont-elles exactement trois fois plus nombreuses que les isolées; mais un fait bizarre est à relever. A en juger par nos constatations, l'accommodateur, que nous avons trouvé un peu moins souvent atteint que le lumineux à la phase initiale et encore bien moins souvent atteint que celui-ci à la phase intermédiaire, serait au contraire un peu plus fréquemment troublé à la phase ultime. En effet, d'après les chiffres de notre tableau, nous avons, pour les altérations isolées, les altérations simultanées étant forcément de nombre égal, 3 cas aussi bien pour le lumineux anormal pendant un certain temps, avec l'accommodateur normal, que pour celui-ci anormal dans les mêmes conditions avec celui-là normal. Mais si pour le réflexe à la lumière seul, constamment anormal, nous avons également 3 cas, pour le réflexe à l'accommodation, nous en avons 5; en outre, tandis que ce réflexe n'a jamais été normal durant toute la troisième période, l'autre l'a été 3 fois. Mais il convient, nous croyons, d'être réservé, car nos recherches n'ont abouti jusqu'à la mort par marasme dans la phase ultime que chez 54 sujets, et ce nombre de paralytiques est peut-être un peu faible pour autoriser une affirmation absolue. Il serait donc indispensable que quelques collègues voulussent bien avoir, eux aussi, la patience d'appliquer la méthode, la seule sûre, de suivre chacun, comme nous l'avons fait, une centaine de paralytiques, depuis le début du mal jusqu'à sa terminaison par la mort, car alors nous aurions vite réuni une masse assez considérable de faits pour autoriser des affirmations.

Quoi qu'il en soit, de tout ce qui précède, nous tirerons les conclusions suivantes, nous réservant de traiter dans un autre travail la nature des altérations éprouvées par les deux réflexes et leur évolution :

I. L'altération du lumineux et de l'accommodateur, et même leur altération simultanée durant un certain temps, ont été des phénomènes constants dans tous nos cas de paralysie générale;

II. L'altération même seulement isolée, de l'un ou de l'autre réflexe, n'a jamais été permanente durant tout le cours de l'affection; toujours les deux réflexes furent normaux à un moment ou à un autre de l'évolution du mal pendant un certain temps, et ils le furent même simultanément dans plus des deux tiers des cas;

III. Les altérations simultanées du lumineux et de l'accommodateur ont été plus fréquentes que les isolées dans le quart des cas environ;

IV. Les altérations du lumineux furent plus de deux fois plus fréquentes que celles de l'accommodateur, et par conséquent le signe d'Argyll-Robertson que le signe inverse;

V. A la première période, le lumineux et l'accommodateur furent déjà anormaux chez plus de la moitié des paralytiques généraux et simultanément anormaux durant toute la période chez 8,52 p. 100;

VI. A la première période, le lumineux a été un peu plus souvent altéré que l'accommodateur, soit dans un tiers des cas, tandis que celui-ci ne le fut que dans un quart;

VII. A la première période, les altérations simultanées ont été égales en nombre aux isolées;

VIII. A la seconde période, les normalités ont été inférieures, et les altérations simultanées et isolées, constantes et momentanées, supérieures à celles de la première; l'accommodateur et le lumineux surtout ont donc été plus souvent altérés;

IX. A la seconde période, le lumineux fut plus souvent altéré que l'accommodateur dans près d'un quart des cas;

X. La seconde période eut les altérations simultanées des deux réflexes plus nombreuses que les isolées;

XI. A la troisième période, le lumineux et l'accommodateur furent simultanément altérés chez les deux tiers des paralytiques généraux, durant toute la durée de la phase ultime;

XII. A la troisième période, d'après nos constatations, chez un tiers des paralytiques généraux, les deux réflexes peuvent être normaux pendant un temps plus ou moins long, et le plus souvent isolément, mais aussi simultanément; il n'est même pas impossible qu'ils le soient exceptionnellement durant toute la période;

XIII. A la troisième période, contrairement à ce que nous avons constaté pour les deux autres, nous avons trouvé l'accommodateur un peu plus souvent altéré que le lumineux, mais de nouvelles recherches nous semblent nécessaires;

XIV. A la troisième période, les altérations simultanées des deux réflexes ont été trois fois plus nombreuses que les isolées;

XV. Dans la paralysie générale, les troubles du lumineux et de l'accommodateur ont donc augmenté

parallèlement à l'évolution progressive de la maladie et furent d'autant plus simultanées que celle-ci était à une période plus avancée.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE GLAIREUSE

M. Rousseau-Saint-Philippe consacrait récemment un intéressant article à cette question (*Pédiâtrie pratique*, 1er nov. 1905). Pour cet auteur, l'entérite glaireuse n'est justiciable d'aucun des moyens usités dans le traitement de la diarrhée : le bismuth, le ratanhia, le tanin, l'antipyrine, seront formellement proscrits. L'opium lui même ne sera employé que passagèrement, tout au début, et si les douleurs dépassent en violence les limites ordinaires. « Non, il ne faut ici ni resserrer, ni retenir : il faut balayer, modifier, il faut faire de la substitution. La sécrétion est anormale : il faut s'efforcer de la rendre normale. La bile est absente : il faut la rappeler. » Telle est la formule thérapeutique qu'il faut constamment avoir à l'esprit. C'est la seule rationnelle, c'est celle que Trousseau, le clinicien de génie, avait indiquée depuis longtemps.

La méthode des évacuants, des « substitutifs » est donc, en cette occurrence, la méthode de choix; mais il faut distinguer. C'est aux purgatifs *doux*, aux laxatifs qu'il faut s'adresser d'abord, si l'on ne veut risquer, au moins chez l'enfant, d'augmenter l'irritation, la phlogose intestinale. C'est ainsi que le calomel, qui donne, par ailleurs, dans l'infection gastro-intestinale cholérinique, par exemple, et à doses réfractées, de si merveilleux résultats, ne produit dans l'entérite dysentérique, que des résultats incertains. De même pour les purgatifs salins, dont l'indication est plus formelle dans les cas un peu anciens et rebelles. Au contraire, l'huile de ricin, seule, ou associée à l'huile d'amandes douces très fraîche, répond à toutes les exigences, ou mieux encore la *potion huileuse*, qui n'agit pas comme un purgatif, mais bien comme un sédatif, puisqu'elle modifie l'excrétion, sans l'exciter.

Mais la potion huileuse, pas plus que l'huile de ricin en nature, n'est tolérée assez longtemps par l'enfant, pour que ses heureux effets soient de longue durée. Il ne faut pas oublier que l'entérite dont il s'agit persiste en moyenne trois semaines. En sorte qu'au bout de peu de jours, si la guérison n'est pas obtenue de suite, on se trouve fort embarrassé pour constituer un traitement excellent mais dont l'enfant ne veut plus à aucun prix, ou que son estomac ne tolère plus.

C'est alors que, pour obvier à une difficulté réelle, M. Rousseau-Saint-Philippe recourt au sirop d'*ipéca composé* ou *sirop Dessessartz*, dont la formule figure dans tous les formulaires.

La présence, dans ce sirop, de la racine d'ipéca, antidysentérique par excellence, et son association à une petite quantité de sulfate de soude ou de magnésie, répond heureusement aux indications exigées.

Voici comment il faut procéder. On prescrit dans le cas avec fièvre et suivant l'âge :

Alcoolature de racines d'aconit.	x à xx gouttes.
Sirop Dessessartz...........	30 à 60 grammes.
Eau de tilleul...............	90 à 120 —

à prendre par grandes cuillerées toutes les deux heures, *de jour et de nuit*.

S'il n'y a pas de fièvre, on supprime l'aconit et on recommande de tenir constamment l'enfant sous l'effet de la potion.

Dans le cas où la médication échouerait ou dans les cas où l'amélioration s'est produite, mais où la guérison se fait attendre, M. Saint-Philippe conseille de substituer au sirop d'ipéca composé la macération à froid, de poudre fraîche de Guarana, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, dans 120 à 150 grammes d'eau sucrée, à prendre régulièrement dans les vingt-quatre heures par grandes cuillerées toutes les deux heures sans interruption. La macération de Guarana est vraiment souveraine dans l'entérite dysentériforme à forme subaiguë ou chronique et même dans les formes aiguës après la période initiale et quand la fièvre est tombée. Mais on ne saurait trop faire remarquer que la poudre en question est trop souvent délivrée à l'état de poudre simple de *Paullinia*, alors qu'il s'agit de la poudre complexe obtenue en râclant le rouleau ou boudin de *pâte de Guarana*. Aussi, pour éviter un échec, convient-il de bien insister sur la préparation pharmaceutique : *pâte de poudre sèche de Guarana*.

Quelle est la valeur des lavements dans l'entérite qui nous occupe? Les lavements détersifs n'arrivaient le plus souvent qu'à augmenter le ténesme. Aussi faut-il y renoncer totalement. Quant aux autres lavements médicamenteux, modificateurs et antiseptiques — eau oxygénée, nitrate d'argent, teinture d'iode — l'auteur estime qu'on ne devra y recourir que si les moyens ordinaires, surtout ceux indiqués plus haut, n'ont pas réussi, attendu qu'ils sont difficiles à faire accepter et supporter par les enfants, et qu'ils ne sont pas toujours sans dangers.

Quant à l'alimentation dans l'entérite glaireuse, elle est encore discutée. Trousseau écrivait qu'on pouvait donner du tapioca très épais à ces malades. Il y a là, au moins pour les tout jeunes enfants, une erreur manifeste, qui pourrait être funeste, même, si l'on prenait à la lettre cet enseignement des temps anciens.

Au contraire, la diète hydrique, l'abstinence de toute alimentation, même du lait et du bouillon, surtout du bouillon et du lait, semble toujours de règle en pareil cas, tout comme dans l'entérite cholériforme. Il est certain qu'il faut éviter à cet intestin très enflammé, dépouillé de son épithélium, et dont les sécrétions sont si altérées, l'apport d'un travail digestif quelconque, avec ses poisons endo et exogènes. Des boissons délayantes, puis plus tard de l'hydrogala, du bouillon de légumes devront seuls faire les frais de cette pseudo-alimentation, qui ne devra faire place que peu à peu, très lentement, à la vraie. Encore celle-ci ne laissera-t-elle pas d'être épineuse et difficicile, et d'embarrasser souvent le praticien, qui ne sait pas toujours manier « la cuisine » qui convient aux enfants.

M. Saint-Philippe s'est souvent bien trouvé de mettre le petit malade convalescent au régime lacté mitigé, coupé de café de malt (orge grillé), puis de joindre au lait les œufs, puis les soupes maigres et les purées, et, pour éviter la constipation fâcheuse qui succède souvent à l'entérite, et amène des rechutes, de recourir à la rhubarbe, sous forme de teinture ou de comprimés. La rhubarbe est, en effet, l'apéritif et le petit cholagogue de l'enfance.

L. BABONNEIX.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1906)

L'hygiène à Madagascar. — M. Kermorgant analyse un très intéressant rapport de M. Wis sur les mesures hygiéniques adoptées à Madagascar par le général Galliéni. C'est là, de la part de l'ancien gouverneur, une œuvre considérable aussi complète que possible et qui lui fait le plus grand honneur. Il semble que rien n'ait été omis et l'organisation des différents services est parfaite.

Choléra. — Comme corollaire à la communication qu'il a faite dans la dernière séance, M. Chantemesse propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

1° Que la législation française en matière d'émigration soit modifiée dans ses dispositions concernant l'entrée des émigrants sur notre territoire, leur voyage à travers la France et, enfin, leur séjour dans notre pays :

2° Que cette nouvelle réglementation s'inspire des mesures édictées par les gouvernements étrangers, notamment la Hollande, l'Allemagne et les pays américains ;

3° Que la surveillance administrative et la surveillance sanitaire des émigrants, complètement différentes l'une de l'autre dans leurs buts et dans leurs moyens, soient désormais divisées et confiées chacune au service compétent.

L'Académie a adopté.

Mortalité par la tuberculose. — Nous revenons ensuite à la discussion sur la mortalité par tuberculose, discussion qui s'est élargie, amplifiée, et qui ne porte plus seulement sur l'insuffisance ou la défectuosité des statistiques de la mortalité tuberculeuse, mais bien sur la prophylaxie de la tuberculose.

M. Brouardel fait remarquer que tous les orateurs sont d'accord sur les défectuosités de la statistique relative à la mortalité tuberculeuse. Mais on ne saurait reprocher à l'administration cette défectuosité ; elle n'y est pour rien ; elle se borne à enregistrer les faits qui lui sont fournis. C'est aux médecins eux-mêmes qu'il faut s'adresser pour avoir de bonnes statistiques.

Il y a des villes où il y a des médecins vérificateurs des décès, il y en a où ces médecins n'existent pas et où on ne peut avoir affaire qu'aux médecins traitants ; enfin il y a des campagnes dans lesquelles il n'y a pas de médecins du tout et où conséquemment il n'est pas de statistique possible. Le médecin vérificateur des décès n'est pas en situation de pouvoir toujours fournir des renseignements très exacts ; il n'a pas assisté au cours de la maladie ; dans bien des cas il ne peut faire qu'un diagnostic rétrospectif sur de simples renseignements donnés par l'entourage du décédé ou sur le vu d'ordonnances médicales. C'est donc aux médecins traitants que devra incomber le soin de fournir à l'administration la vraie cause du décès. Mais là intervient la grave question de secret professionnel à sauvegarder. Or est-il possible de concilier ces deux intérêts, l'intérêt public qui exigerait des statistiques exactes et l'intérêt privé qui, dans bien des cas, exigerait le silence ? M. Brouardel pense qu'il ne serait pas impossible de concilier ces deux intérêts. Il rappelle que, dès 1877, l'Académie de médecine s'est occupée de la question. D'une discussion qui a eu lieu sur ce sujet, à cette époque, il résultait que l'Académie émettait le vœu que les médecins traitants eussent à déclarer à l'administration la cause des décès par bulletins cachetés. Ces propositions ne furent pas adoptées par le gouvernement et la déclaration des causes de décès resta facultative.

En 1879, l'Académie fut de nouveau saisie de la question par M. Hérold, alors préfet de la Seine. Il fut demandé encore cette fois que le médecin traitant eût à déclarer la cause des décès, tout en respectant le secret professionnel. Même proposition, en 1888.

La conclusion de M. Brouardel est que, seul, le médecin traitant est compétent pour reconnaître et conséquemment pour déclarer la cause du décès.

M. Cornil fait observer que, dans l'état actuel des choses, c'est le médecin vérificateur qui indique à l'administration la cause des décès. Quand il n'y a pas de médecin-vérificateur des décès, ce sont les employés de l'administration eux-mêmes qui prennent leurs renseignements où ils peuvent, auprès des croque-morts.

C'est ainsi qu'il y a des villes de 5000 âmes dans lesquelles il n'y a pas un décès tuberculeux dans une année, tandis que dans une ville de 3800 âmes, on a compté 28 décès tuberculeux pour une seule année. Il faudrait qu'il y eût partout des médecins-vérificateurs chargés, non seulement de la vérification, mais aussi de la déclaration des causes de décès. La déclaration des tuberculoses ouvertes serait aussi d'une grande utilité, surtout si elle entraînait forcément après elle la désinfection. Dans les campagnes, le phtisique est considéré comme un paria ; on l'abandonne dans un coin et on ne fait même pas venir le médecin, considérant, dans ces cas, sa visite comme inutile. Donc pas de médecin pas de déclaration. Mais arriverait-on à obtenir la déclaration de tous les cas de toutes les tuberculoses ouvertes que les mesures de désinfection deviendraient absolument impraticables. On prévoit aisément en présence de quelles difficultés insurmontables on se trouverait.

M. Kelsch fait observer combien le débat a dévié de son point de départ, puisque d'une simple question de statistique on est arrivé à poser de nouveau devant l'Académie le vœu de la déclaration et de la désinfection obligatoires. En principe la déclaration de la tuberculose paraît à M. Kelsch tout à fait rationnelle. En pratique, il n'y aurait qu'une confiance très limitée. Quand il voit avec quelle peine on obtient des renseignements sur les oreillons, la diphtérie, etc., il se demande ce qu'on obtiendra quand il s'agira de tuberculose.

D'ailleurs M. Kelsch ne croit pas que la désinfection soit le dernier mot de la prophylaxie tuberculeuse. Il a eu l'occasion de constater, dans maintes autopsies, combien il existait de lésions bacillaires latentes, combien de soldats n'étaient que des réinfectés et non des infectés. Il pense que, dans ces cas, c'est surtout le lait bacillifère qu'il faut incriminer, ainsi que semblent le confirmer les récentes expériences de Behring. Passant de la caserne à l'atelier, M. Kelsch repasse en revue toutes les conditions que remplit le milieu ambiant pour favoriser le réveil de ces germes endormis. La désinfection suffira-t-elle ? Certes non. Il faudrait y ajouter l'air et l'aliment qui sont les meilleurs préservatifs contre l'invasion tuberculeuse. Il faut d'autres moyens de répression que l'étuve, vraiment insuffisante pour enrayer la marche envahissante de la tuberculose. Il faudrait l'abolition du surmenage, l'amélioration du bien-être, la surveillance du lait, etc. On voit combien la question se complique puisqu'elle devient une question sociale.

M. Lereboullet, en prenant part à ce débat et en défendant, seul contre tous, une opinion opposée à celle qui a été soutenue jusqu'ici, nous semble bien devoir avoir avec lui tous les praticiens, soucieux des vrais intérêts de leurs malades. Il proteste énergiquement contre la déclaration obligatoire de la tuberculose. Ainsi que l'a dit M. Grancher, dans une discussion antérieure, le médecin, dans l'espèce, doit agir selon sa science et sa conscience. De l'avis unanime, la désinfection, vrai but de la déclaration, est reconnue impossible à pratiquer dans la mesure où elle devrait l'être à l'égard des tuberculeux. Alors pourquoi imposer la déclaration ? M. Lereboullet

demande que l'Académie n'impose pas aux médecins de familles un rôle qu'ils ne pourront pas remplir. Le médecin traitant n'est pas un officier de police sanitaire. Quand il s'agira d'adénites tuberculeuses, de tumeurs blanches, de coxalgies, à quoi serviront la dénonciation et la désinfection? Comme l'a justement fait remarquer M. Josias, dans son rapport sur la déclaration obligatoire, si l'on venait à obtenir la déclaration obligatoire des tuberculoses ouvertes, il faudrait soumettre plus d'un million de malades à la désinfection. Dans ces conditions que fera l'administration? Que deviendra le tuberculeux? Au dire même de M. Martin, l'obligation légale de la désinfection serait inapplicable.

La déclaration de la tuberculose est donc, aux yeux de M. Lereboullet, inutile et elle constituerait un danger pour les familles. D'ailleurs, ce n'est pas tant dans la famille qu'il faudrait s'occuper du tuberculeux que dans les grandes agglomérations, les ateliers, les grands magasins, les logements insalubres. C'est surtout de ce côté qu'il faudrait diriger la lutte contre la tuberculose.

M. Lereboullet accepterait toutefois la proposition, faite par M. Chauffard, de demander l'obligation de la désinfection après un décès par tuberculose. Quant à la déclaration, M. Lereboullet est d'avis qu'elle reste facultative.

Nous ne saurions assez approuver ce langage, et nous ne doutons pas que la grande majorité des praticiens ne soient de l'avis de M. Lereboullet.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1906)

Chirurgie des voies biliaires. — Nous revenons, avec M. LEJARS, sur les divers modes d'exploration et de drainage des voies biliaires principales et, en particulier, sur la duodénotomie exploratrice, sur l'opération de Kehr, et enfin sur la cholédoco-entérostomie. D'accord avec la plupart de ses collègues, M. Lejars condamne cette dernière opération qu'il considère comme un pis-aller. Il a eu l'occasion de la pratiquer chez un homme de cinquante ans, cachectique, présentant des symptômes d'occlusion chronique du cholédoque et chez lequel il avait porté le diagnostic probable de cancer de la tête du pancréas; son intention était de pratiquer, chez son malade, une cholécystentérostomie, mais la vésicule était si petite, si rétractée, que M. Lejars ne put faire l'abouchement de cette vésicule à l'intestin. Il eut alors l'idée, le cholédoque étant très mobile et dilaté, de pratiquer une cholédoco-entérostomie. Cela fut difficile. Le malade a semblé d'abord amélioré, puis il succomba trois jours après. C'est donc là, pour M. Lejars, une opération à n'employer que comme dernière ressource, quand il n'est pas possible de faire autre chose.

Passant à l'examen de la duodénotomie comme mode d'exploration des voies biliaires, M. Lejars, dans un cas d'obstruction ancienne du cholédoque, dont il n'était pas possible de déterminer la cause, même le ventre ouvert, eut recours à cette opération qui lui montra que l'ampoule de Vater était libre; il en fit le cathétérisme sans rencontrer de calculs dans le cholédoque, celui-ci était enserré dans des adhérences; il les détacha le mieux possible et referma le ventre. Le résultat fut excellent, la circulation du cholédoque se rétablit.

Arrivant à la méthode de Kehr, M. Lejars rappelle avoir été un des premiers à l'employer en France. Il apporte trois nouveaux faits qui viennent s'ajouter aux trois cas qu'il a déjà publiés. Dans ces six cas, la guérison a été obtenue. Il s'agissait, dans ces cas, d'obstruction calculeuse chronique plus ou moins complète; l'incision large des voies biliaires, l'extraction des calculs, le drainage de l'hépatique, complétés par l'extraction de la vésicule et du cystique, ont donné de très bons résultats.

M. TUFFIER appelle l'attention sur une lésion rare des voies biliaires qu'il a rencontrée dans trois cas. Il s'agissait de noyaux cancéreux occupant le confluent cystico-hépatique. A l'ouverture du ventre, dans ces trois cas, M. Tuffier trouva une vésicule dilatée, augmentée de volume. Au confluent cystico-hépatique siégeait une petite tumeur dure, arrondie. Au-dessus du confluent, le canal hépatique était très distendu. M. Tuffier, chez ces trois malades, se contenta de pratiquer le drainage de l'hépatique à l'extérieur. Les deux premiers malades succombèrent à l'opération. Le troisième se trouva, au contraire, considérablement amélioré; l'ictère disparut, les douleurs cessèrent, le malade engraissa.

M. TERRIER communique une observation de pancréatite chronique. Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années chez lequel M. Hayem avait, en raison de troubles gastriques particuliers avec ictère, amaigrissement, et présence dans l'épigastre d'une tumeur dure, ovalaire, diagnostiqué une pancréatite chronique de la tête du pancréas avec compression du cholédoque. M. Terrier, quand il vit ce malade pour la première fois, confirma le diagnostic; malgré son état cachectique, il tenta l'opération, mais il dut borner son intervention au drainage de l'hépatique. Le malade eut des vomissements de sang et succomba le lendemain de l'opération. L'examen d'un fragment de pancréas enlevé au cours de l'opération montra qu'il s'agissait d'une cirrhose atrophique.

Luxation spontanée. — Parmi les présentations, signalons celle qu'a faite M. LE DENTU d'un cas de luxation spontanée de l'articulation huméro-radiale sur un membre atteint de paralysie infantile. M. Le Dentu se propose de faire, chez cette malade, la résection de la tête radiale.

Modification de l'appareil de Ricard. — M. WALTHER a apporté à l'appareil de Ricard, dont il se sert couramment, quelques modifications. Le tuyau de caoutchouc est remplacé par un tube métallique à anneaux articulés. Le masque a été modifié de façon à pouvoir s'adapter à tous les sujets; la soupape est disposée de façon à pouvoir être utilisée aussi bien dans le décubitus latéral que dans le décubitus dorsal.

Corps étrangers de la vessie. — M. LUYS présente une épingle à cheveux extraite de la vessie d'une jeune femme à l'aide du cystoscope à vision directe.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

UNE REMARQUE IMPORTANTE SUR LA POSOLOGIE DU THIOCOL

Par le docteur FOUSSAL.

L'action clinique et physiologique du Thiocol est aujourd'hui bien connue. On sait que parmi les composés créosotés, ce remède est à peu près le seul qui puisse, sans danger, être donné par la voie stomacale. On sait aussi que les Comprimés de Thiocol diminuent très nettement l'abondance des expectorations, arrêtent les sueurs et la toux des tuberculeux. Les auteurs ont insisté sur ce fait que ce remède aseptise les lésions pulmonaires, atténue, jusqu'à les faire disparaître, les râles humides et stimule l'état général.

Mais on n'a pas insisté suffisamment, à notre avis, sur un fait d'expérience clinique pourtant fort intéressant: c'est l'action du Thiocol sur les hémoptysies, et la nécessité de le donner à doses fractionnées chez les congestifs. C'est cette action que nous voulons faire connaître d'après nos observations personnelles.

On peut dire, pour être exact, qu'en réalité le Thiocol agit

sur le tuberculeux comme la créosote et le gaïacol. Mais il faut ajouter qu'il agit comme si ces médicaments n'avaient plus leurs inconvénients habituels. Cela veut dire qu'en sulfonant le gaïacol, les chimistes ont produit un corps ayant toutes les propriétés de ce remède mais cette fois sans toxicité, sans causticité pour les muqueuses, et sans intolérance stomacale. Ce produit, le Thiocol, étant aussi d'un maniement facile même pour les jeunes cliniciens, exerce sur les lésions locales et l'état général une action autrement puissante que le gaïacol même.

Mais il faut savoir aussi, que le Thiocol doit être donné avec mesure chez les hémoptysiques. Il agit en effet comme la créosote par hyperhémie, et il en résulte, si on l'emploie à haute dose, qu'il peut entraîner lui-même des hémoptysies chez les prédisposés.

Il faut donc, malgré l'innocuité très réelle des Comprimés de Thiocol et malgré le désir bien légitime de déterminer chez nos malades une antisepsie pulmonaire énergique, diminuer les doses quand on aura affaire à des tuberculeux congestifs. Tandis que dans la tuberculose torpide nous donnons sans hésiter jusqu'à six et huit comprimés par jour, notre expérience nous conseille de n'employer chez les congestifs que trois à quatre comprimés, du moins tant que le malade aura dans l'arrière-gorge ce goût de sang bien connu.

Par ce moyen on obtiendra tous les bénéfices de cette médication qui nous a toujours paru supérieure aux similaires et on évitera des accidents regrettables.

Il fallait mettre en garde les praticiens contre cette éventualité facilement évitable d'ailleurs, mais qui pourrait, si l'on n'est prévenu, jeter un certain discrédit sur une médication qui, nous le répétons, nous a paru fort active sur tous les autres symptômes de la tuberculose pulmonaire.

CONGRÈS

CROISIÈRE DES MÉDECINS FRANÇAIS ORGANISÉE A L'OCCASION DU XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. (Lisbonne, 19-26 avril, 1906.) — Le grand nombre de médecins, déjà inscrits au Congrès international de médecine, va augmenter les difficultés de trouver à Lisbonne des logements suffisants pour abriter les congressistes; aussi des croisières ont-elles été préparées, depuis plusieurs semaines, par les étrangers.

C'est ainsi que sur les rives du Tage les pavillons anglais, allemand, américain, seront représentés par nombre de navires.

En présence de ce mouvement un certain nombre de confrères ont pensé qu'il serait bon de voir également flotter, là-bas, les couleurs de la France.

Un navire a été retenu, l'*Etoile*, probablement, dont le nom est de bon augure. Ce bateau de plaisance, aménagé avec tout le confort moderne, partira de Marseille le 8 avril, touchera aux rives fleuries de Majorque, fera escale à Malaga. Là, un train spécial, après avoir traversé les gorges merveilleuses d'El Choro, amènera la caravane à Grenade, la capitale splendide des rois maures, où l'on retrouve à chaque pas les vestiges d'une civilisation presque disparue, ensuite, escale à Tanger; visite de la ville sur laquelle le monde a aujourd'hui les yeux fixés. Le groupe se dirigera alors sur Cadix, et remontant le Guadalquivir, arrivera à Séville pour assister aux fêtes si originales du samedi-saint et du jour de Pâques. A Séville, le bateau servira d'hôtel : repas et séjour à bord, sans aucun dérangement. Après, viendra Cordoue, où l'on ira par train spécial (mosquée l'une des plus belles et des plus anciennes du monde). Enfin nouveau séjour à Séville pour la visite des monuments, l'Alcazar et ses jardins, la cathédrale et la tour de la Giralda, etc. Et arrivée à Lisbonne.

Durant le Congrès, repas et séjour à bord, promenades dans les environs, probablement excursion à Porto par le bateau. Après les fêtes du Congrès, retour à Marseille par Algésiras, le détroit de Gibraltar et les côtes d'Espagne.

Prix du voyage de Marseille à Marseille, *tout compris* (transport, nourriture, excursions en trains spéciaux, visites, entrées, promenades en groupes, pourboires) : 850 francs. Durée du voyage : 23 jours. Retour à Marseille le 30 avril dans l'après-midi. La Compagnie P.-L.-M. accordera des permis de demi-tarif pour Marseille et retour.

Il a paru nécessaire, pour la bonne réussite du projet en cours, que son organisation demeurât impersonnelle. Il était indispensable cependant de créer un centre de renseignements. C'est donc au docteur Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, que les adhésions ou demandes de renseignements devront être adressées.

Pour que la croisière ait lieu, il faut au moins cent adhésions. Sont admis les médecins, étudiants et leur famille, voire même des amis présentés par un membre du corps médical.

M. Heuzé, qui s'occupe depuis près de huit ans de l'organisation matérielle des V. E. M., dirigera la caravane. C'est dire que les excursionnistes sont assurés de tout le confort et de tous les soins possibles.

N. B. — Les places à bord seront attribuées dans l'ordre d'inscription. Chaque cabine ne comportera que deux occupants, trois ou quatre si on le désire, mais dans ce dernier cas on devra en faire la demande et indiquer ses compagnons de route.

Adresser *avant le 15 mars, terme de rigueur*, les adhésions et souscriptions au docteur Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

Les hémorragies méningées peuvent siéger : a) *en dehors de la dure-mère*, dans l'espace épidural; b) *entre la dure-mère*, (revêtue à sa face interne par le feuillet pariétal de l'arachnoïde) *et le feuillet viscéral de l'arachnoïde*; c) *au-dessous de ce feuillet vicéral.* Les premières sont dites *épidurales*; les secondes, *intra-arachnoïdiennes*; les dernières, *sous-arachnoïdiennes.*

HÉMORRAGIES ÉPIDURALES

ÉTIOLOGIE. — 1° **Craniennes.** — *Très rares*, fait qu'explique l'adhérence intime de la dure-mère au crâne, sauf dans les régions temporo-pariétale et occipitale (*zone décollable*, G. Marchant), elles succèdent habituellement à une fracture du crâne. Consécutivement à la fracture, quelques branches de la méningée moyenne se rompent, d'où production d'un épanchement qui décolle la dure-mère dans la zone indiquée. Plus rarement, elles sont dues : à un traumatisme cranien non suivi de fracture ; à une violence obstétricale; elles coïncident alors avec le céphalématome et sont parfois désignées sous le nom de *céphalématome interne*; à une brusque exagération de la tension veineuse (coqueluche, épilepsie). — 2° **Rachidiennnes.** — Elles relèvent presque toujours du traumatisme.

SYMPTOMATOLOGIE obscure : ou l'hémorragie reste absolument latente, ou elle donne lieu à des symptômes de compression, ou encore les symptômes qu'elle détermine s'effacent au milieu des troubles produits par l'affection causale. fait important, *le liquide retiré par la ponction lombaire reste incolore*, la dure-mère constituant une barrière infranchissable pour l'épanchement.

HÉMORRAGIES INTRA-ARACHNOÏDIENNES

(Syn. *sus-arachnoïdiennes.*)

PRIMITIVES. — 1° **Du nouveau-né.** — Elles s'observent à la suite d'un accouchement long et laborieux, et sont dues aux ruptures vasculaires qui résultent des déformations de la tête fœtale au moment de son passage dans la filière génitale, ou quelquefois à la congestion veineuse encéphalique occasionnée par des circulaires du cou. Pour Parrot, elles seraient favorisées par le stéatose des vaisseaux encéphaliques. Les enfants naissent en état d'*asphyxie apparente*, ils meurent généralement au bout de quelques heures ou de quelques jours. A l'autopsie, la cavité arachnoïdienne contient de la sérosité sanguinolente et des caillots, surtout abondants au niveau des régions postérieures de l'encéphale.

2° **De l'adulte.** — Très rares, elles ont été signalées à la suite : α. *de traumatismes*; β. *d'infections ou d'intoxications hémorragiques*; γ. *d'affections déterminant une augmentation de latension vasculaire encéphalique*; δ. chez l'enfant, de la *thrombose des sinus*. Le sang épanché se coagule en partie; peut-être, dans quelques cas, l'épanchement s'enkyste-t-il. L'hémorragie s'annonce par un ictus, se traduit, à la période d'état, par des contractures et des convulsions suivies de paralysies. La mort survient rapidement dans le coma.

SECONDAIRES. (*Pachyméningite hémorragique interne, hématome de la dure-mère.*) — Ici, l'hémorragie est secondaire à une inflammation chronique de la dure-mère.

Etiologie. — Une cause capitale, l'*alcoolisme*. Diverses autres causes d'importance secondaire : *aliénation mentale* (paralysie générale) ; *infections diverses* (rhumatisme); *traumatismes*. La maladie, fréquente aux deux âges extrêmes de la vie, atteint surtout les individus du sexe masculin.

Anatomie pathologique. — *Pathogénie.* — La dure-mère s'épaissit, présente, à sa face interne, des néo-membranes stratifiées, d'autant plus épaisses qu'elles sont plus anciennes, siégeant surtout à la face convexe du crâne, et très vasculaires. Les vaisseaux qui les parcourent n'ont pas de tunique moyenne; de plus, leurs parois sont souvent dégénérées; aussi se rompent-ils fréquemment, de façon à constituer un épanchement accolé, suspendu à la face interne de la pie-mère.

L'épanchement, généralement allongé dans le sens antéro-postérieur, *reste toujours enkysté*, de par son mode même de formation; jamais il ne se rompt (Virchow).

Symptomatologie. — *Deux périodes* : Une première, de *pachyméningite sans épanchement*, quelquefois caractérisée par de la céphalalgie, souvent latente; une deuxième, d'*hématome* annoncée par un ictus incomplet, auquel succèdent des symptômes diffus (excitation ou dépression) et des symptômes de localisation. Les ictus peuvent se répéter fréquemment. La mort est la conséquence ordinaire de la maladie. La ponction lombaire *peut* donner issue à une certaine quantité de liquide teinté par le sang. Pour le diagnostic, v. classiques.

HÉMORRAGIES SOUS-ARACHNOÏDIENNES

Ce sont les plus fréquentes et les plus importantes.

ÉTIOLOGIE. — Elles peuvent : α. succéder : 1. à une hémorragie produite à l'intérieur de la substance nerveuse : *hémorragies cérébro-sous-arachnoïdiennes*, Froin (Th. de Paris, 1904); 2. à une hémorragie intra-arachnoïdienne, par rupture du feuillet viscéral de l'arachnoïde ; β. être primitives : il y a alors rupture d'un ou des vaisseaux contenus de l'espace arachnoïdo-pie-mérien. Dans ce dernier cas, l'épanchement ne peut-il diffuser rapidement, il comprime et irrite la substance cérébrale sous-jacente : *hémorragies méningo-cérébrales* (Froin).

Multiples sont les causes : *traumatismes* : fracture du crâne ou du rachis, contusion, commotion cérébro-médullaire ; *infections diverses* ; *états démentiels* (paralysie générale); *alcoolisme*, arthritisme; chez le nouveau-né, *athrepsie* (Parrot et Hutinel). Toutes ces causes, agissant sur des artères préalablement lésées, peuvent en déterminer la rupture.

Cette variété d'hémorragie méningée est beaucoup plus *fréquente* qu'on ne le disait jadis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le sang, liquide ou coagulé, *n'a jamais de membrane d'enveloppe* ; il s'accumule surtout à la base du cerveau. Comme lésions *antérieures* à l'hémorragie, il faut signaler les altérations vasculaires (anévrismes, dégénérescences artérielles diverses, thrombose des sinus), comme lésions *consécutives*, l'attrition de la substance cérébrale sous-jacente à l'épanchement (v. classiques). Le liquide céphalo-rachidien hémorragique est le siège d'une *hématolyse* active que constituent : l'hématophagie, la globulolyse, l'hémoglobinolyse et l'antiglobulolyse (v. Froin).

SYMPTOMES. — Parfois précédée par de la céphalée, l'hémorragie survient d'habitude rapidement, et s'annonce par un *ictus* plus ou moins violent. Si l'hémorragie est très abondante, l'ictus est apoplectiforme, et aboutit subitement au coma complet ; sinon le coma est incomplet, éphémère.

Des *troubles moteurs*, les plus importants sont les contractures et l'hémiplégie. Les *contractures* constituent un symptôme fondamental (Durand-Fardel). Leur intensité n'est pas toujours proportionnelle à la quantité de sang épanché; elles peuvent être spontanées ou provoquées (*signe de Kernig*). Plus marquées chez les névropathes, elles disparaissent en cas de coma profond. L'*hémiplégie* est la forme habituelle de paralysie; très accusée lorsque l'hémorragie sous-arachnoïdienne est secondaire à une hémorragie cérébrale; elle est, au contraire, peu apparente, fugace, en cas d'hémorragie primitivement sous-arachnoïdienne. Elle peut se compliquer d'*aphasie*. Les *réflexes rotuliens* sont augmentés, le *signe de Babinski en extension*. Les *troubles sensoriels* les plus fréquemment notés sont les paralysies oculaires et la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Les *symptômes bulbaires* (vomissements, modifications du pouls et de la respiration, etc.) sont presque constants. La température s'élève avant la fin, dans les formes mortelles; dans les autres, la fièvre coïncide avec les phénomènes de résorption sanguine dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne (*fièvre hématolytique*, Froin).

Pour l'ÉVOLUTION v. Froin, qui distingue des *formes comateuses*; *avec torpeur et contractures*; *douloureuses*; *frustes et latentes*. Le PRONOSTIC n'est franchement mauvais qu'en cas d'hémorragie cérébrale ou d'hémorragie très abondante.

DIAGNOSTIC. — Dans l'*hémorragie cérébrale*, il n'y a pas de contractures précoces ; la *méningite cérébro-spinale* se caractérise par les grands signes infectieux : endocardite, néphrite, arthrite, etc. Mais, dans la plupart des cas, il est indispensable de recourir à la *ponction lombaire*, faite avec une technique spéciale (v. Froin). 1. LE LIQUIDE EST-IL ROSÉ OU ROUGE, on pourra affirmer l'hémorragie sous-arachnoïdienne *s'il n'y a pas de coagulum fibrineux*, celui-ci indiquant ou une piqûre vasculaire, ou la coexistence d'une méningite fibrineuse; 2. LE LIQUIDE EST-IL JAUNE, ou 3. LIMPIDE, le diagnostic est beaucoup plus délicat (v. Froin). Le diagnostic de la variété (hémorragie cérébro-méningée ou sous-arachnoïdienne pure) n'est possible que dans certains cas : les dernières ont pour elles : l'absence d'ictus comateux ou son évolution rapide; les contractures; le signe de Kernig; des parésies légères et transitoires avec signe de Babinski; une fièvre hématolytique légère.

TRAITEMENT. — Ponctions lombaires répétées.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 20. — SAMEDI 17 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 17 FÉVRIER 1906. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 15 février 1906 : MM. Bazy, 12; Deroide, 11; Duchet-Suchaux, 10; Lorin, 9; Barbet, 8; Gautier (Jean) et Railliet, 7; Barré, 6.

La prochaine séance aura lieu le samedi 17 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 15 février 1906 : MM. Brissaud et Marsan, 13; Lyon-Caen, 12; Guyader et Pénard, 10; Chevallier (Albert), 9; Roux (Georges) et Touraine, 8.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Pollosson, agrégé, est nommé professeur de clinique gynécologique.

NANCY. — M. Haushalter, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

LA MALADIE DU SOMMEIL. — Les journaux allemands annoncent que le professeur Koch partira de Naples le 16 mars pour Dar-Es-Salam, à la tête d'une mission scientifique chargée d'étudier la maladie du sommmeil.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE EN ALSACE-LORRAINE. — Un des correspondants du *Temps* à Strasbourg lui écrit :

« Le gouvernement du statthalter vient de déposer, sur le bureau de la Délégation, l'exposé des motifs avec le nouveau projet de loi sur l'assistance publique en Alsace-Lorraine. Aux termes de cette loi, qui a bien des chances d'être votée, les communes seront obligées de pratiquer l'assistance à domicile à tout habitant inscrit comme nécessiteux et comme incapable de travailler. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la sixième semaine, 984 décès, au lieu de 944 pendant la semaine précédente (moyenne 985). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, sauf toujours la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 32, au lieu de la moyenne 50.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 11 au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La rougeole a causé 21 décès, au lieu de 22 pendant la semaine précédente, la moyenne est 10; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 431, au lieu de 319 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 153.

La scarlatine a causé 3 décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 61, il s'élevait à 63 pendant la semaine précédente, la moyenne est 66. La coqueluche a causé 8 décès (moyenne 6). La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 60, au lieu de 77 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 107.

La diarrhée infantile a causé 12 décès de 0 à 1 an, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 20).

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 195 décès, au lieu de 184 pendant la semaine précédente (moyenne 193). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (moyenne 16); bronchite chronique, 23 (moyenne 24); pneumonie, 40 (moyenne 42); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 122 (moyenne 111), dont 58 sont dus à la congestion pulmonaire et 49 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 192 décès; la méningite tuberculeuse, 30; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 décès; les maladies organiques du cœur, 77; le cancer, 57; la hernie et l'obstruction intestinale, 2; la cirrhose du foie, 17; la néphrite, 27; enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

COURS PRATIQUES PAR D'ANCIENS INTERNES. — Une première série de cours, conçus dans un esprit absolument pratique, et s'adressant surtout aux étudiants à la fin de leurs études, aura lieu *du 5 mars au 28 mars 1906*. Chaque cours comprendra dix leçons qui se suivront à deux jours d'intervalle; pour chacun le prix d'inscription est de 20 francs.

Cette série comprendra les cours suivants (à heures différentes) :

Lundi, mercredi, vendredi : Maladies de la peau, M. Lenglet; — Hydrologie, M. Esmonet; — Gynécologie pratique,

M. Bender; — Maladies nerveuses, M. Armand-Delille; — Voies urinaires, M. Minet; — Chirurgie journalière, M. Huguier; — Orthopédie, M. Tridon.

Mardi, jeudi, samedi : Larynx, nez, oreilles, M. Bourgeois; — Maladies des yeux, M. Terrien; — Maladies de l'appareil respiratoire, M. Oppenheim; — Maladies de l'estomac et du foie, M. Lippmann; — Maladies des enfants, M. Ball; — Electrothérapie et radiothérapie, M. Delherm; — Obstétrique, M. Jeannin.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser, *15, rue Malbranche*, les lundis, mercredis, vendredis de deux à quatre heures, ou par correspondance au docteur Minet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

RÉCOMPENSES DES SERVICES DES ÉPIDÉMIES ET DE LA VACCINE

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or à :* M. le docteur Vergely (de Bordeaux).

Rappel de médaille d'or à : M. le médecin-major Carlier (de Grenoble).

Médailles de vermeil à : MM. les docteurs Hoël (de Reims), Lestocquoy (d'Arras) et Pitance (de Saint-Moreil).

Rappels de médailles de vermeil à : MM. les docteurs André (de Toulouse), Balestre (de Nice), Baudin (de Besançon) et Foucault (de Fontainebleau).

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Camescasse (de Saint-Arnoult), Devé (de Beauvais), Félix (de Bruxelles), Hassler, médecin principal à Saint-Etienne; Petit, médecin-major à Montauban; Rouffiandis, médecin des troupes coloniales.

Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs Colin (de Quimper), Jaubert, médecin-major à Tlemcen; Legros (de Rochefort), Leray (de Rennes), René Moreau (de Sens) et Sudour, médecin principal à Blidah.

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Bernard (de Corbelin), Coppin, médecin des troupes coloniales; Jacquey (de Faucogney), Le Roy des Barres (d'Hanoï), Malafosse, médecin-major aux hôpitaux de la division d'Oran; Mantel, médecin des troupes coloniales; Paul Martin, médecin-major à Brest; Pélissier, médecin des troupes coloniales.

Rappels de médailles de bronze à : MM. les docteurs Brisson (de la Palisse), Decouvelaere (d'Hazebrouck), Deumier, médecin-major à Brest; Dezautière (de la Machine), Guérin (de Blois), Moinet, médecin-major à Tours; Moulonguet (d'Amiens), Ollivier (de Dinan), Omont (de Pont-Audemer), Paris (de Maréville).

SERVICE DE LA VACCINE. — 1° Un prix de 1 000 francs à M. le docteur Arnould (médecin des troupes coloniales).

2° *Médailles d'or à :* MM. les docteurs Fuzet du Pouget (de Casteljau), Le Guével (de Pont-l'Abbé), Pethiot (du Conquet).

3° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Bossion (de Saint-Arnaud), Claudo (de Nice), Dorain (de Nantes), Poujol (d'Aïn-Bessem), de Welling (de Rouen), Busquet, médecin-major.

4° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Colin (de Quimper), Gouez (de Plougastel-Daoulas), Latour (du Puy), Reny (de Longwy), Sanquer (de Morlaix), Houillon médecin des troupes coloniales.

5° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Camescasse (de Saint-Arnoult), Chabaud (de Lavelade), Courjade (d'Outarville), Denizet (de Château-Landon), Frémicourt (de Jaulgonne), Gagnière (de Saint-Chef), Morvan (de Pleyben).

6° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Agniel (de Bagnols-sur-Cèze), Alirol (du Puy), Aubry (de Campbon), Auger de Bolbec), Balland (de Paris), Benoist (de Guémené-Penfao), Bergeret (de Bourgoin), Bertoye (de Villeurbanne), Braillon (de Paris), Briot (de Chaussin), Cailleteau (de Saint-Philbert-de-Grandlieu), Chatelier (de Saint-Vincent-des-Landes), Chevrot (de Bletterans), M. Coliez (de Longwy), Contal (de Biénod-les-Toul), Courvoisier (de Champagnole), Crouigneau (de Paris), Daum (de Saint-Lupicin), Deville (de Toulon), Dodin (de Challans), Douare (de Saint-Siméon-de-Bressieux), Ducos (de Viella), Dufour (de Corné), Evrard (de Vernantes), Fournial (de Montastruc), Fourrier (de Briey), Greslé (de Guenrouet), Haut (de Villers-la-Montagne), de Jaëgher (de Carhaix), Joly (de Mende). Lamarche (de Florac), Lamothe (de Gramat), Le Cabon (de Plogastel-Saint-Germain), Leraître (de Beauvais), Lévy (de Nancy), Luquet (de Toulon-sur-Arroux), P. Magnin (de Paris), Malbos (de Goudargues), Mansion (de Nomény), Marchal (de Saint-Nicolas-du-Port), Massé (de Moirans-du-Jura), Mérop (d'Audierne), Ollivet (du Vigan), Ott (de Lillebonne), Panel (de Ronen), Parmentier (de Flize), Portalier (de Florac), Pottevin (du Havre), Rapp (de Cirey), Robert (d'Arbois), Rochette (du Cheylard), Schmitt (de Baccarat), Toigne (de Cazères-sur-Garonne), Brau, médecin des troupes coloniales; Félix Galli-Valério (de Lausanne).

7° *Rappels de médailles d'argent* à : MM. les docteurs Abrial (du Puy), Azema (d'Aurignac), Béchon (de Brest), Behr (d'Yvetot), Bermondy (de Nice), Bois (de Paris), Bonnet (de Saint-Genis-Laval), Boyt (de Lamastre), Calmeau (de Paris), Cazal (de Toulouse), Charpenel (de Narbonne), Daday (de Bourg-d'Oisans), V. Delarue et Dubreuil (de Paris), F. Ducournau (de Benesse-Marenne), Fauré (de Loubens), Frasey (de Paris), Gazzola (de Nice), E.-A. Gérard (de Paris), Girard (de Cannes), H. Gourichon et L. Gourichon (de Paris), Guers (de Mouzaïaville), Hamaide (de Paris), Isnel (de Vizille), Lagarde (de Vals), Le Coquil (de Châteauneuf), Messier (de Badonviller), Michel (de Cavaillon), Miquel (de Paris), Pactet (de Mont-sous-Vaudrey), Pascalis (de Paris), Quintin (de Malestroit), Recht et E.-L. Richard (de Paris), Rondet (de Neuville), Rouvier (de Voiron), Sage (de la Tour-du-Pin), Tagnard (de La Mure), Talazac (de l'Isle-en-Dodon), Tolédano (de Paris), Trémoureux (de Nort), Trouillet (de Kairouan), Valette (de Cahors), Vitry et Zibelin (de Paris), Malafosse et Sandras (médecins majors).

8° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Déperet-Muret (de Paris), Ménard (de Port-Gueydon), Merle (de Dieudel), Paisseau (de Paris), Trenga (de Tablat), Truffet (de Seyssel), Pelegrin et Sylvestre, médecins aides-majors; Chagnolleau et de Goxon, médecins des troupes coloniales.

9° *Rappel de médaille de bronze à :* M. le docteur Blind (de Paris).

PRATIQUE DERMATOLOGIQUE

UN NOUVEL EXCIPIENT

D'après M. BALZER.

Dans un cas de psoriasis atypique au cours d'une infection blennorragique, M. Balzer (1) a employé une pommade cadique faible à 5 p. 100. Il s'est servi comme excipient d'un produit spécial, la *diadermine*, qui lui a été soumise par M. Deblangey, ancien élève en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis. C'est simplement un savon mou à la glycérine, inaltérable, très neutre, qui a l'avantage de permettre un facile lavage de la peau. Dans plusieurs cas M. Balzer l'a employé pour décaper l'épiderme et il ne lui a pas paru irriter la peau.

Les essais faits dans les dermatoses sèches sont encore peu nombreux, mais ils sont, en somme, plutôt favorables à ce produit qui ne contient ni corps gras, ni poudres d'aucune sorte, et qui peut constituer un bon excipient pour pommades.

(1) *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, janv. 1906, n° 1, p. 24.

REVUE GÉNÉRALE

SEPTICÉMIE ET PYOHÉMIE GONOCOCCIQUES

Par A. LEMIERRE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et M. FAURE-BEAULIEU,
Interne des hôpitaux de Paris.

La blennorragie reste le plus souvent une affection localisée aux organes génito-urinaires. Il n'est pas exceptionnel néanmoins de la voir s'accompagner de phénomènes généraux et de manifestations à distance. Celles-ci ont été l'objet de nombreuses discussions; disons tout de suite que la difficulté éprouvée par les observateurs à déceler le gonocoque lui-même au niveau des métastases a été la principale cause des incertitudes qui ont obscurci longtemps la question. On applique aujourd'hui à ce genre d'études des moyens d'investigation plus minutieux et une technique plus perfectionnée, si bien qu'aujourd'hui la nature de la plupart des accidents ne doit plus faire de doute pour personne.

L'existence d'une toxine gonococcique a été mise hors de doute par les travaux de Wassermann, Nicolaysen, Laitinen, Scholtz, Moltschanof, Cantani, Gross et Krauss, de Christmas, Fonseca, Pompeani, Jundell. Mais cette toxine peut-elle, du point initial de l'infection, diffuser dans tout l'organisme? Peut-elle, à elle seule, déterminer des localisations secondaires, et quelles localisations détermine-t-elle particulièrement? Au contraire cette toxine a-t-elle une action purement locale et liée intimement à la présence du gonocoque lui-même? Les recherches expérimentales et cliniques ne nous renseignent point encore suffisamment sur tous ces points. De même le rôle des infections secondaires, tenu en grand honneur par quelques-uns, nous apparaît comme de plus en plus restreint à mesure que la technique bactériologique s'améliore. Ces infections secondaires existent bien quelquefois, mais elles constituent l'exception, et le plus souvent le gonocoque lui-même s'est trouvé dans les foyers inflammatoires ou suppurés à côté de microbes d'infection secondaire : streptocoque (Finger, Ghon et Schlagenhaufer, Sobotka, Powers, Pitruzella, Keller), staphylocoque (Rindfleisch, Prochaska, Stein, Charvet et Lesieur, Wynn, Courtois-Suffit et Beaufumé), ou pneumocoque (Cardile).

Au contraire la lecture des nombreuses observations cliniques parues pendant ces dernières années met hors de doute l'aptitude du gonocoque à produire loin de l'urètre des complications métastatiques nombreuses et variées. Il est démontré que le gonocoque peut envahir la circulation, et, par voie sanguine, aller coloniser en différents points de l'organisme. Le fait est d'autant mieux connu qu'on a pu pour ainsi dire surprendre le gonocoque à ses différentes étapes ; au point où il pénètre dans les veines, dans la circulation sanguine, et au niveau des métastases.

Il y a longtemps déjà Richet et Voillemier avaient observé la phlébite des corps caverneux dans la blennorragie. Plus récemment Burckart, en 1883, étudiant des urètres atteints d'inflammation gonococcique, a trouvé le gonocoque dans les veinules enflammées de la muqueuse, ainsi que dans les lacunes sanguines des corps spongieux et caverneux. Wertheim, chez une femme atteinte de cystite et d'arthrite blennorragiques, a vu en certains points de la muqueuse vésicale les capillaires et les veinules thrombosés et contenant du gonocoque en abondance. Enfin, dans divers cas d'infection générale blennorragique, on a noté pendant la vie la phlébite de la veine dorsale de la verge (Woss), et à l'autopsie, en même temps que l'inflammation de la prostate et des vésicules séminales, la phlébite, parfois suppurée, des plexus veineux périprostatiques. Ces faits démontrent amplement quelle voie emprunte le gonocoque pour faire irruption dans la circulation, et comment, les veines locales une fois atteintes, rien ne s'oppose plus à ce qu'il soit entraîné par le courant sanguin.

C'est justement dans le courant sanguin de malades suspects d'infection générale blennorragique que, depuis plusieurs années, les observateurs ont eu l'idée de rechercher le gonocoque. Les faits où ce microbe aurait été trouvé par examen direct sur lame ne peuvent être accueillis sans réserve, mais l'ensemencement du sang pendant la vie a été suivi jusqu'à présent de succès assez nombreux pour mettre hors de doute la réalité de l'infection sanguine. Les résultats positifs ont été obtenus au cours de cas cliniques très divers par les auteurs suivants : Hewes (2 cas de polyarthrites), Thayer et Blumer (endocardite), Ahmann (synovite, pneumonie), Colombini (bubon, épididymite, parotidite), Thayer et Lazear (endocardite), Panichi (2 cas de polyarthrite), Bjelogowy (endocardite), Unger (polyarthrite), Wilson (endocardite), Prochaska (2 cas d'arthrite), Diggelmann (3 cas de polyarthrites), Barbiani (polyarthrite, éruption polymorphe), Bressel (pneumonie), Harris et Johnston (endocardite), Silvestrini (endocardite), Krause (1 cas d'endocardite, 1 cas de pyosalpinx avec septicémie), Withington (endocardite), Horder (endocardite), Widal et Faure-Beaulieu (endocardite), Achard et Louis Ramond (polyarthrite, purpura). Enfin, tout récemment, Prochaska a publié les résultats positifs obtenus dans les six cas suivants ; 2 cas de polyarthrites, 2 cas d'endocardites, 1 cas de méningite cérébro-spinale, 1 cas de pleurésie. Voilà donc 32 cas où l'ensemencement du sang pendant la vie a démontré l'existence de la bactériémie gonococcique.

Mais dans cette bactériémie il est tout à fait exceptionnel que le microbe lancé dans la circulation ne s'arrête pas en un ou plusieurs points de l'organisme, pour y déterminer des lésions. C'est la troisième étape du gonocoque. Les observations abondent aujourd'hui où l'on a pu le déceler soit dans la vie, soit à l'autopsie, au niveau des foyers inflammatoires ou suppurés qu'il provoque : au niveau des articulations, de l'endocarde, du péricarde, de la plèvre, du poumon, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Il est donc bien démontré aujourd'hui que la plupart des métastases de la blennorragie ne sont que la conséquence de la bactériémie gonococcique ou gonococcémie. C'est là une thérorie qui a été soutenue depuis longtemps en France par quelques auteurs, et qui a été particulièrement développée par M. Balzer dans son rapport au Congrès de 1900 sur « Les infections généralisées dans la blennorragie ». C'est à l'étude de la gonococcémie, des aspects cliniques qu'elle affecte et des lésions qu'elle déter-

mine que nous consacrerons cet article. Nous nous fonderons pour établir son histoire sur les seuls faits où l'examen bactériologique ne peut laisser aucun doute.

Comme toutes les bactériémies, la gonococcémie peut se traduire au, point de vue clinique et anatomique, sous deux aspects différents. Tantôt le microbe spécifique passe dans la circulation et y séjourne plus ou moins longtemps sans engendrer aucune localisation secondaire; il s'agit alors de septicémie pure. Tantôt il s'arrête en certains points de l'organisme et y détermine des métastases. Celles-ci peuvent rester simplement inflammatoires, ou bien aboutissent à la suppuration, réalisant alors ce qu'on désigne plus particulièrement sous le nom de pyohémie. Mais il est impossible, au point de vue clinique et pathogénique, de séparer ces deux ordres de faits, car si les lésions inflammatoires n'aboutissent pas toujours à la suppuration, celle-ci est toujours la conséquence d'une inflammation préexistante. Nous engloberons donc les faits de gonococcémie avec localisation secondaire sous le nom de septicémie métastatique.

La gonococcémie, particulièrement dans ses formes graves, se rencontre avec une plus grande fréquence chez des individus du sexe masculin. On l'observe à tous les âges. Le plus souvent elle éclate au cours d'une blennorragie floride; parfois elle apparaît alors que la blennorragie paraît depuis longtemps guérie, ou quand il n'existe plus qu'un écoulement chronique, passant même inaperçu. Signalons enfin le cas exceptionnel de Griffon où des manifestations articulaires se sont montrées avant l'urétrite.

Le point de départ de l'infection est le plus souvent, chez l'homme, l'urètre, surtout quand l'inflammation a envahi l'urètre postérieur et intéresse la prostate et les vésicules séminales; chez la femme le vagin, l'utérus, les trompes enflammées avec ou sans participation du péritoine pelvien. Mais parfois la source de l'infection peut être moins profonde : Macaigne et Finet ont rapporté un cas de synovite blennorragique consécutive à une simple balanite; chez les petites filles la vulvite peut devenir le point de départ d'une infection généralisée. Enfin il existe des faits de pyohémie gonococcique apparue chez des nouveau-nés atteints de conjonctivite blennorragique.

Une constatation intéressante découle de quelques faits : certains gonocoques paraissent particulièrement virulents, ont une tendance à ne pas rester localisés et envahissent plus volontiers l'organisme. On a pu voir plusieurs individus contaminés à la même source présenter tous des localisations métastatiques. Telles sont les observations rapportées par MM. Vaquez et Laubry et par M. Antony; et un fait expérimental dû à Ahmann est plus suggestif encore : cet auteur ayant inoculé dans l'urètre d'un sujet sain un gonocoque isolé d'un sang d'un homme atteint d'infection blennorragique généralisée, a vu se développer non seulement une urétrite, mais une septicémie avec localisations secondaires dans les gaines synoviales et au niveau du poumon.

Si la virulence du microbe à une grande importance il ne semble pas ressortir des observations que la gonococcémie soit particulièrement l'apanage de sujets, antérieurement moins résistants ou tarés. Nous ne pouvons signaler que l'observation de Barbiani, où l'infection s'est montrée chez un diabétique qui a du reste guéri; et aussi celle de Doléris où l'infection mortelle évolua chez une femme enceinte de six mois.

Par contre les localisations métastatiques se font volontiers en des points de moindre résistance : les arthrites apparaissent parfois au niveau d'articulations antérieurement atteintes par d'autres infections. Hochmann a signalé un phlegmon métastatique à gonocoque développé en un point contusionné peu de temps auparavant; Busquet et Bichelonne ont noté la suppuration d'un hématome déjà ancien. Mais la chose est particulièrement fréquente en ce qui concerne l'endocarde et l'on voit le gonocoque se localiser souvent au niveau de valvules altérées depuis longtemps.

Enfin on a rapporté comme cause occasionnelle marquant le début de l'infection, un cathétérisme portant sur un urètre infecté (Courtois-Suffit et Beaufumé). Dans l'immense majorité des cas aucune cause occasionnelle ne peut être relevée.

I

Septicémie gonococcique. — La septicémie gonococcique, c'est-à-dire la gonococcémie se traduisant par de simples phénomènes généraux, sans localisations métastatiques du microbe, est jusqu'à présent mal connue. Nous n'en avons trouvé qu'une observation incontestable, due à Krause. Elle concerne une femme qui fut prise brusquement de fièvre intense avec tuméfaction de la rate. Puis survinrent des douleurs dans le genou droit, mais sans signes objectifs, sans tuméfaction, sans épanchement articulaire; au bout de quelques jours se montrèrent des symptômes de pyosalpinx bilatéral avec pelvipéritonite. L'ensemencement du sang donna du gonocoque en culture pure. La malade sortit guérie de l'hôpital au bout de trois mois.

Il est certain que dans ce cas, l'arthralgie a été l'indice d'une localisation à peine ébauchée du gonocoque au niveau du genou. Mais cette localisation a été si minime, si passagère, qu'elle disparaît devant l'importance des phénomènes généraux et qu'elle dépare à peine le tableau. Au point de vue clinique nous devons considérer l'observation de Krause comme une simple septicémie.

C'est la seule dont nous puissions faire mention. Mais si l'on songe que le gonocoque, comme nous le verrons plus loin, peut passer dans la circulation et déterminer des arthrites et autres métastases sans qu'il se produise de phénomènes généraux appréciables, il est possible que des septicémies temporaires, fugaces et bénignes, ne soient pas exceptionnelles chez des sujets atteints de blennorragie. Dans les cas de blennorragie accompagnée de fièvre et sans complications à distance comme en signalent Jullien, Finger, Nogues, Trekaki, Rouat, Guiard, l'infection sanguine joue peut-être quelquefois un rôle. Elle devient très vraisemblable dans les accès de fièvre à type rémittent décrits par Padula chez certains blennorragiques, et s'accompagnant de dépression, de fatigue et d'une légère tuméfaction de la rate.

De même chez deux malades observés par von Zeissl, qui ont présenté un état général nettement septicémique, avec une fièvre atteignant 40 degrés se prolongeant pendant une douzaine de jours, avec amaigrissement rapide, tuméfaction de la rate et ictère léger des conjonctives.

Il serait bon de diriger des recherches de ce côté et de pratiquer des ensemencements répétés de sang chez les sujets atteints de blennorragies fébriles. Il est certain que, le gonocoque existant en très minime quantité dans le sang et disparaissant sans doute rapidement, la plupart de ces examens seraient sans résultat. Mais il suffirait de quelques cas positifs pour éclairer définitivement la question.

II

Septicémie métastatique et pyohémie gonococciques. — La gonococcémie se traduit dans l'immense majorité des cas par l'aspect d'une septicémie métastatique. Le microbe charrié par le sang tend à s'arrêter en divers points et c'est alors que l'on voit apparaître les localisations secondaires dans les séreuses, dans les viscères, au niveau de la peau et du tissu cellulaire, localisations secondaires qui parfois restent purement inflammatoires, mais qui souvent aboutissent à la suppuration, et réalisent alors le tableau de la pyohémie.

La recherche du gonocoque au niveau de ces métastases a souvent été effectuée avec succès, et ce sont ces faits bactériologiques qui nous permettent d'édifier l'histoire de cette forme de la gonococcémie. C'est pourquoi nous passerons en revue ces différentes métastases, glissant rapidement sur les plus fréquentes, dont la nature exacte est universellement admise, nous arrêtant plus longuement sur les moins connues, dont la pathogénie nous semble devoir être bien mise en lumière.

1° Articulations. — Les articulations sont le point d'élection des métastases gonococciques. Il semble que, si le gonocoque passé dans le sang doit se localiser quelque part, c'est au niveau des jointures qu'il le fait d'abord et avec le plus d'intensité. C'est une règle en clinique de toujours songer à la blennorragie et de la rechercher chez tout individu porteur d'une arthrite dont on ne voit pas immédiatement la cause. Dans presque toutes les observations d'infections blennorragiques avec manifestations cardiaques, pleurales, cutanées, etc., on note en même temps la présence d'arthropathies, et celles-ci sont en général d'autant plus nombreuses que l'infection affecte un caractère plus malin.

Ainsi que l'avait soutenu jadis Lasègue, l'arthrite blennorragique est bien l'expression d'une pyohémie atténuée; cela est juste surtout pour l'arthrite que l'on observe le plus fréquemment, celle qui touche seulement une ou deux articulations et qui n'aboutit pas en général à la suppuration. Dès que l'infection devient plus intense, le nombre des articulations frappées augmente, il se fait d'autres métastases dans les séreuses et les viscères et la maladie se rapproche par certains côtés du rhumatisme articulaire aigu.

C'est un fait aujourd'hui acquis que les arthrites blennorragiques relèvent d'une façon indubitable de la localisation du gonocoque lui-même au niveau des jointures. Le rhumatisme blennorragique est un pseudo-rhumatisme gonococcique, comme il existe des pseudo-rhumatismes streptococcique, staphylococcique ou pneumococcique. Cette vérité énoncée personnellement par Bouchard en 1882 est aujourd'hui surabondamment démontrée. En effet les observations sont nombreuses où l'examen bactériologique de la sérosité ou du pus articulaire ont révélé la présence du gonocoque, et comme le fait remarquer Marcel Sée dans sa thèse, les faits positifs seuls ont de la valeur. Ces faits positifs sont trop nombreux pour qu'il nous soit possible de les énumérer. Nous rappellerons simplement les travaux des auteurs qui ont fait des recherches en série. En 1897, Rindfleich a publié les résultats que lui a fournis l'examen bactériologique de 30 cas d'arthrites blennorragiques de types divers : 16 fois il a isolé le gonocoque à l'état de pureté; 2 fois le gonocoque associé au staphylocoque; 3 fois le staphylocoque seul; enfin, dans 9 cas les exsudats se sont montrés stériles. En 1902, Michaelis constate que dans le service de von Bergmann le gonocoque est isolé dans plus de la moitié des cas des arthrites blennorragiques ponctionnées. La même année, MM. Vaquez et Laubry ont publié les résultats de recherches portant sur 4 cas d'arthrites blennorragiques : 2 fois ils ont trouvé du gonocoque.

Ces statistiques montrent que dans plus de la moitié des cas le gonocoque existe dans le liquide épanché dans l'articulation. Et si dans les autres cas le gonocoque peut faire défaut dans l'exsudat inflammatoire, il existe toujours dans la paroi de l'articulation; les faits de Burci et Respighi et de Vaquez et Laubry l'attestent amplement : ces auteurs ont rapporté des observations montrant que l'ensemencement d'une fongosité détachée de la synoviale articulaire après arthrotomie donne du gonocoque en culture abondante, alors que l'ensemencement de l'exsudat reste négatif. L'un de nous a fait dans un cas la même constatation. On peut donc dire avec Vaquez et Laubry que, si les insuccès des auteurs anciens s'expliquent naturellement par l'insuffisance des moyens d'examen, ceux des modernes reconnaissent seulement comme cause la difficulté que l'on a parfois à atteindre le microbe.

2° Gaines synoviales et bourses séreuses. — Les inflammations frappant les gaines synoviales tendineuses au cours de la blennorragie, qu'elles aboutissent ou non à la suppuration, reconnaissent la même origine que les arthrites : le gonocoque a été isolé de la sérosité ou du pus synovial par Dupré en 1888 (synovite séro-purulente du dos de la main), Tollemer et Macaigne en 1893 (tendovaginite de l'extenseur de l'index), Macaigne et Finet 1894 (synovite du cou-de-pied), Jacobi et Goldmann en 1894 (tendovaginite suppurée du tibial postérieur), Ahmann en 1897 (synovite du muscle tibial antérieur, synovite des extenseurs des orteils). Enfin la nature gonococcique des hygromas blennorragiques a été démontrée par une observation de Griffon et Nattan-Larrier : ces auteurs ont isolé le gonocoque à l'état de pureté d'un hygroma suppuré siégeant dans une bourse séreuse voisine de l'articulation de la hanche.

3° Os et cartilages. — Les périostites et les périchondrites observées au cours de la blennorragie reconnaissent sans aucun doute comme cause initiale la bactériémie gonococcique. Mais ces lésions aboutissant rarement à la suppuration, on n'a pas l'occasion d'y rechercher l'agent spécifique. Nous ne connaissons que l'observation de Finger, Ghon et Schlagenhaufer où le gonocoque a été isolé d'une péricondrite costale suppurée.

4° Appareil cardio-vasculaire. — *Endocardite.* — L'affinité très grande du gonocoque pour l'endocarde est un fait d'acquisition relativement récente, mal-

gré de nombreuses observations cliniques antérieures d'endocardite blennorragique. En l'absence de toute preuve bactériologique, elles justifiaient pleinement les réserves sur la nature de l'endocardite survenant au cours de la blennorragie, telles que M. Souplet les a formulées dans sa thèse parue en 1893.

Le premier cas satisfaisant d'endocardite due au gonocoque paraît être celui de His (1892); dans deux cas antérieurs, ceux de Martin (1882) et de Weckerle (1886), le gonocoque avait été, il est vrai, incriminé, mais les imperfections et les lacunes de la technique à la disposition de ces deux auteurs font qu'on ne peut être certain, à la lecture de leurs observations, qu'il s'agit bien de gonocoques. Peu après vinrent les cas de Wilms (1893) et de Leyden (1893). Depuis, le nombre des cas où le gonocoque fut trouvé d'une façon certaine s'est tellement multiplié qu'il n'y a pas à songer à les citer tous.

Dans une première série de faits, la plus nombreuse de beaucoup, nous avons affaire à des autopsies d'endocardites où l'examen de frottis et de coupes révélèrent un diplocoque ayant tous les caractères morphologiques et tinctoriaux du gonocoque.

Dans une seconde série, le diagnostic bactériologique se complète par la constatation des caractères biologiques du gonocoque, c'est-à-dire par sa culture. Tels sont les cas de Rendu et Hallé, Thayer et Lazéar, Ghon et Schlagenhaufer, Bjelogowy, Harris et Dabney, Lartigan, Wassermann, Prochaska. Dans le cas de Lenhartz la démonstration fut portée à son maximum de rigueur : le diplocoque prélevé sur l'endocarde fut inoculé à un urètre humain sain et y provoqua une blennorragie vulgaire.

Plus rares, et particulièrement intéressants au point de vue clinique, sont les cas où le diagnostic bactériologique d'endocardite a pu être porté à coup sûr pendant la vie par la constatation du gonocoque dans le sang ensemencé. Ce sont ceux de Thayer et Blumer (1895), Thayer et Lazéar, Bjelogowy, Wilson, Harris et Johnston, Silvestrini, Krause, Prochaska, Horder, Withington, Widal et Faure-Beaulieu. De tous ces cas, trois seulement guérissent : ceux de Silvestrini, Prochaska et Withington.

La constatation du gonocoque dans le sang des malades atteints d'endocardite blennorragique a eu pour résultat précieux de préciser nos notions sur l'évolution et les variétés de cette affection. Avant cette découverte, les observateurs fidèles aux règles qu'imposent les progrès de la technique bactériologique étaient tenus, pour décrire l'endocardite blennorragique, de s'en tenir aux seuls cas où le gonocoque avait pu être dépisté à l'autopsie. Ils avaient pu de la sorte établir que la lésion siège dans la majorité des cas sur l'endocardite du rein gauche (67 p. 100 des cas dans la statistique de Thayer et Lazéar), plus souvent à l'orifice artériel (aortique ou pulmonaire) qu'à l'orifice auriculo-ventriculaire (mitral ou tricuspide). Mais on n'avait ainsi de notions certaines que sur une seule forme de la maladie, la forme maligne, végétante et ulcéreuse. Si peu nombreux soient-ils, les cas d'endocardite gonococcique guéris et diagnostiqués par l'ensemencement de sang, fournissent la preuve que la maladie peut revêtir le type de l'endocardite simple, plastique, bénigne. L'endocardite ne reste pas moins la plus redoutable des métastases gonococciques ; aussi Lemierre fait-il remarquer dans sa thèse, et nous développerons ce point au chapitre du pronostic, que la gonococcémie tire surtout sa gravité de ce qu'elle est une menace d'endocardite.

Un fait se dégage très net de toutes les observations bien prises d'endocardite blennorragique : c'est que le gonocoque en est presque toujours l'agent unique. Les cas d'infection mixte sont absolument exceptionnels : tels les cas de Prochaska (gonocoque et staphylocoque) et de Harris et Dabney (gonocoque, staphylocoque et colibacille).

Myocardite. — Dans de nombreuses autopsies de septicopyémie blennorragique, la teinte feuille-morte du myocarde est notée. Mais il ne s'agit pas là de métastases gonococciques du myocarde. Celles-ci sont rares. Elles consistent, soit en abcès contenant du gonocoque (cas d'Iwanoff, Dauber et Borst, Siegheim, Doléris), soit en dégénérescence cireuse et infiltration hémorragique avec gonocoques décelés au microscope (cas de Councilmann), soit enfin en une simple pénétration de proche en proche, par le gonocoque, des couches superficielles du myocarde en contact avec une lésion valvulaire (cas de Renon et Hallé).

Péricardite. — Il s'agit là d'une complication plus fréquente. Elle n'existe généralement pas pour son propre compte, mais accompagne la myocardite et l'endocardite. C'est presque toujours une péricardite exsudative, avec liquide séreux ou séro-purulent, parfois hémorragique.

Tantôt la nature gonococcique de l'affection est démontrée par l'examen microscopique de coupes ou de frottis (cas de Rendu et Hallé, de Siegheim), tantôt elle est confirmée par la présence du gonocoque dans l'exsudat (cas de Thayer et Lazéar, de Doléris) ; dans le cas de Doléris, l'exsudat était virulent pour la souris et lui donna une péricardite et une péritonite mortelles. Les cas où le liquide s'est montré stérile (Siegheim, Councilmann) sont à rapprocher des cas d'arthrite gonococcique sans gonocoque décelable dans le liquide synovial.

Artères et veines. — Moore a rapporté une observation d'artérite aiguë des deux iliaques et de leurs branches principales, survenue au cours d'une blennorragie et ayant entraîné la mort par gangrène des membres inférieurs. Le gonocoque a été trouvé dans les thrombus artériels.

Quant à la phlébite gonococcique elle est depuis longtemps connue. Nous avons noté déjà la phlébite des veines de l'appareil génital, où le gonocoque a pu être décelé. En ce qui concerne les phlébites à distance, celles du membre inférieur par exemple dans plusieurs cas ont été rapportées (Hamonic, Perrin, Gouget). En raison de la bénignité de l'affection, la preuve bactériologique n'a pas été faite. Pourtant Tédenat aurait, dans deux cas de phlébite, démontré la présence du gonocoque dans le sang retiré par ponction des veines enflammées.

Ganglions lymphatiques. — L'existence d'adénites suppurées gonococciques de voisinage est un fait maintenant connu, l'infection se faisant par voie lymphatique. Mais il existe un cas curieux, dû à Raymond Petit et Pichevin, où l'infection ganglionnaire s'est faite évidemment par voie sanguine. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte de blennorragie vaginale et urétrale, qui présenta au milieu de phénomènes généraux nets, trois adéno-phlegmons successifs de la région cervicale. L'examen direct et les cultures du pus montrèrent le gonocoque à l'état de pureté.

5° Appareil respiratoire. — *Plèvre.* — Elle peut revêtir deux modalités bien distinctes : ou bien la détermination pleurale prend une place importante ou même prépondérante dans le complexus morbide, ou bien elle n'est qu'un épiphénomène noyé au milieu des multiples localisations de la septico-pyémie gonococcique. Dans ce dernier cas, c'est une trouvaille d'autopsie : il y a un épanchement séro-purulent dans les plèvres comme il y en a dans le péricarde, dans les articulations (cas de Babès et Sion, Doléris, Wynn), et il contient du gonocoque à l'état pur. Dans le cas de MM. Courtois-Suffit et Beaufumé (pyémie généralisée mixte, à gonocoques et à staphylocoques) l'épanchement pleural contenait non du gonocoque, mais du staphylocoque.

Quand la pleurésie se présente comme une localisation plus isolée ou plus émergente, elle est annoncée par un point de côté, de la dyspnée, et attestée par les signes classiques de toute pleurésie aiguë. C'est une pleurésie exsudative à liquide séreux, généralement unilatérale (le cas de Mazza et Bordoni-Uffreduzzi fait exception à cette règle), son évolution est bénigne. La nature gonococcique de l'épanchement résulte soit de la constatation dans le liquide d'un diplocoque ayant les caractères du gonocoque (cas de Bertrand, de Chiaiso et Isnardi, de Paldrok) soit de sa culture (cas de Mazza et Bordoni-Uffreduzzi, de Cardile, de Prochaska).

Une observation de Crosby, différente de toutes les autres, semble avoir trait à une pleurésie gonococcique de nature non métastatique : il s'agissait d'une infection gonococcique purulente des muqueuses conjonctivales, buccale et nasale, étendue de proche en proche à tout l'arbre respiratoire ; il n'y avait pas d'endocardite ni d'arthrite, et par conséquent, la signature de la gonococcémie manquait; l'infection de la plèvre avait donc dû se faire par contiguité.

Poumon. — Le type de la *pneumonie* gonococcique est fourni par l'observation de Bressel : chez un blennorragique il vit survenir, à la suite de phénomènes généraux et de signes cardiaques douteux, une pneumonie révélée par de la toux et de l'expectoration, de la matité dans la région scapulaire gauche, un souffle entouré de râles, et terminée par une défervescence en lysis. Le sang ensemencé avant l'éclosion de la pneumonie contenait du gonocoque ; pendant son évolution il resta stérile.

Symptômes et évolution analogues dans le cas d'Ahmann. Le gonocoque isolé du sang du malade, et inoculé à l'urètre humain sain, produisit non seulement une urétrite banale, mais des phénomènes pleuro-pulmonaires.

A côté de cette forme, il y a la *bronchopneumonie* à foyers multiples contenant du gonocoque, signalés dans la seule observation d'Asahara.

En outre, on peut voir, à l'autopsie de cas graves de septico-pyémie généralisée, des *infarctus septiques* suppurés des poumons, comme dans les cas de Thayer et Lazéar et de Wynn; dans ce dernier le gonocoque était associé au staphylocoque et au colibacille.

Terminons ce qui a trait aux métastases pleuro-pulmonaires de la blennorragie en mentionnant les cas où on a constaté la *présence de gonocoques dans les crachats* : dans les cas de Fischer et Scholtz (dans ce dernier l'expectoration était sanglante) l'examen direct est seul pratiqué; mais dans celui de Jicinsky la culture confirma qu'il s'agissait de gonocoque. Daus le cas de Bressel, enfin, l'identité du microbe présent dans les crachats avec celui isolé du sang ne permet guère de douter qu'il s'agisse de gonocoque.

6° Système nerveux. — Les accidents nerveux signalés au cours de la blennorragie peuvent être de toute sorte. Delamare (1901) les divise en névroses, accidents cérébro-méningés, accidents spinaux et névrites : ils sont bien près d'occuper tous les cadres de la neuropathologie. Quelles que soient leur variété et leur multiplicité, ils ne rentrent pas, sauf exception, dans le cadre de notre travail, c'est-à-dire dans la pyémie gonococcique bactériologiquement démontrée. Le fait est évident *a priori* pour les névroses et les psychoses : mais dans les lésions organiques profondes, dans les myélites (Hayem et Parmentier, Spillmann et Haushalter, Leyden), on ne trouve pas le gonocoque, ou on trouve d'autres microbes, comme le staphylocoque (thèse de Barrié). Le rôle du gonocoque ou tout au moins de ses toxines est cependant probable, puisque Moltschanoff et Osokin, par injection de cultures ou de toxines gonococciques, ont pu reproduire des lésions médullaires.

Le seul exemple indiscutable de métastase nerveuse du gonocoque est le cas tout récent de Prochaska : il s'agissait d'un malade blennorragique entré à l'hôpital avec tous les signes d'une méningite aiguë avec fièvre à 39°1; la ponction lombaire ne donna pas de liquide, le sang contenait du gonocoque. Après la mort, survenue au bout de sept jours, on trouva tout le long de la moelle dorsale un exsudat purulent, crémeux, et très adhérent; sur la pie-mère cérébrale, plusieurs dépôts de pus épais et jaunâtre et une forte congestion vasculaire ; à la coupe du cerveau, congestion cérébrale et foyers grisâtres multiples d'encéphalite (ceux-ci ne furent pas examiés bactériologiquement). Les cultures faites avec le pus méningé donnèrent du gonocoque à l'état de pureté. Les coupes montrèrent dans le dépôt purulent de la moelle des gonocoques intra et parfois extracellulaires, surtout abondants entre les racines postérieures; il n'y avait pas de foyers myélitiques, mais seulement de la congestion des vaisseaux de la moelle.

Rappelons seulement, pour mémoire, que dans un cas cliniquement analogue (méningite cérébro-spinale chez un blennorragique), Fürbinger avait, dans le liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction, trouvé un diplocoque qu'il avait été tenté de prendre pour du gonocoque, mais que la culture révéla être du méningocoque.

7° Reins. — L'albuminurie blennorragique est très fréquente, même en l'absence de complications : les statistiques de M. Balzer et de ses élèves Souplet et Jacquinet en font foi. Mais ne nous occupons que des métastases rénales vraies, c'est-à-dire de la colonisation sur le rein de gonocoques charriés par le sang. Il nous faut donc éliminer aussi les cas de pyélonéphrite par infection gonococcique ascendante, comme celui déjà ancien de Borckardt (1883).

Il reste les cas où on a trouvé à l'autopsie des abcès du parenchyme rénal. Dans le cas de Doléris, il y avait bien pyélonéphrite ascendante, mais les abcès miliaires de la substance corticale étaient de nature métastatique non douteuse.

Dans une première série de faits le gonocoque est le seul micro-organisme constaté : dans le cas d'Asa-

hara les reins gonflés, pâles, présentaient à leur surface des foyers jaunâtres, un peu saillants, ne laissant pas couler de pus à leur ouverture; les frottis faits sur la surface de section montrèrent des diplocoques identiques au gonocoque. Même constatation faite par Ivanoff dans un abcès de la substance médullaire du rein. Dans ces deux cas la culture ne fut pas pratiquée.

Dans le cas de Wynn (abcès miliaires des reins) il y avait infection mixte par le gonocoque, le staphylocoque et le colibacille.

Enfin, à l'autopsie de leur cas d'infection généralisée à gonocoques et à staphylocoques, MM. Courtois-Suffit et Beaufumé ont trouvé du staphylocoque blanc, dans le pus d'une collection développée dans la capsule adipeuse du rein droit. Il s'agissait donc là d'infection secondaire.

8° Muscles. — Nous avons pu trouver 4 cas de myosite à gonocoques.

Dans le premier cas, celui de Ware, il s'agit de *myosite non suppurée*. Au milieu de légers symptômes fébriles, apparut chez un blennorragique un gonflement douloureux du pli axillaire postérieur; l'incision donna issue à une sérosité trouble contenant des gonocoques, mais dont la culture sur milieux usuels ne donna pas de résultats. Un fragment verdâtre du muscle grand dorsal fut prélevé et examiné histologiquement : on trouva des lésions d'inflammation interstitielle du muscle et de nombreux diplocoques présentant les caractères des gonocoques.

Les autres cas ont trait à des *abcès musculaires* toujours multiples. Bujwid observa des abcès dans la région de l'épaule, dans le creux poplité, sur la face interne de la jambe droite et au-dessus de la malléole externe. Tous ces abcès étaient intra-musculaires et le pus contenait des gonocoques reconnaissables à leurs caractères de coloration et de culture. Strong, au cours d'une blennorragie chronique datant de quatre ans, observa un abcès de l'extenseur des doigts, un autre du sterno-cléido-mastoïdien, un autre du bord antérieur du deltoïde, et une induration de la partie médiane du biceps; les deux abcès de l'avant-bras et du deltoïde furent incisés: le pus fut cultivé sur sérum sanguin et donna en quarante-huit heures des colonies de gonocoque; l'examen direct du pus montrait des gonocoques à l'état de pureté. Dans le cas de MM. Courtois-Suffit et Beaufumé il y avait une myosite suppurée du triceps sural droit (un demi-verre de pus rougeâtre) et du triceps brachial droit (un grand verre de pus verdâtre). L'examen direct du pus de ces deux abcès montra du staphylocoque et un diplocoque ayant tous les caractères du gonocoque; mais les cultures du bouillon, gélose et sérum, ne donnèrent que du staphylocoque.

9° Peau et tissu cellulaire. — Les complications cutanées de la blennorragie sont connues depuis longtemps et se présentent sous des aspects variables : érythèmes scarlatiniformes, urticaires, érythèmes noueux ou polymorphes, purpura, cornes cutanées. Elles ont été souvent mises sur le compte des balsamiques; la plupart des auteurs invoquent, pour les expliquer, l'action des toxines sur le système nerveux central. Il existe aujourd'hui des observations permettant d'affirmer que quelques-unes, au moins, des manifestations cutanées sont dues à la localisation du gonocoque lui-même, au niveau de la peau. Nous n'avons pas à nous occuper ici, bien entendu, des cas où le gonocoque a produit des lésions par inoculation directe des téguments : c'est ainsi qu'on a rapporté des observations de panaris et de pyodermites diverses relevant de cette pathogénie. Le cadre de ce travail nous impose de n'avoir en vue que les faits où l'infection s'est faite par la voie sanguine.

Déjà, en 1899, Buschke, passant en revue les observations jusqu'alors publiées d'éruptions cutanées blennorragiques, fait remarquer qu'elles se rencontrent, en général, dans les cas où la maladie prend une allure septicémique, où des localisations secondaires se font au niveau des articulations et de l'endocarde. Il tend donc à considérer les éruptions blennorragiques comme le résultat d'embolies microbiennes.

Les recherches cliniques et bactériologiques plus récentes confirment entièrement l'opinion de Buschke.

Scholtz, chez un sujet atteint de blennorragie et présentant des accès de fièvre à type intermittent coïncidant avec des signes d'endocardite, a vu se développer sur la jambe droite d'abord, puis sur le tronc, le coude gauche et le dos de la main du même côté, des taches rouges, bien circonscrites, infiltrées et douloureuses, ressemblant à de l'érythème noueux. Un de ces éléments évolua jusqu'à la suppuration; dans le pus, le gonocoque fut isolé à l'état de pureté.

En 1900, Paulsen, chez un nouveau-né atteint d'arthropathies multiples consécutivement à une ophtalmie blennorragique, a observé une éruption cutanée généralisée aux membres, au tronc et à la face et constituée par des papules bientôt surmontés de vésicules. Dans la sérosité des vésicules, comme dans le pus d'une articulation, le gonocoque fut isolé à l'état de pureté.

Tout récemment Audry a publié, sous le titre de « gonococcie métastatique de la peau », une observation extrêmement intéressante. Chez un jeune homme atteint de blennorragie urétrale avec arthrites multiples, il a vu apparaître tout d'abord un exanthème scarlatiniforme généralisé. Celui-ci disparut et, en différents points, se montrèrent des élevures rouge bleuâtre, ressemblant à de l'érythème polymorphe. Un de ces éléments suppura et l'examen bactériologique du pus montra le gonocoque à l'état de pureté. Une biopsie, faite au niveau d'un des éléments non suppurés, révéla une dilatation et une réplétion intense des vaisseaux du derme, en même temps qu'une infiltration considérable de polynucléaires autour des vaisseaux. Dans un de ces polynucléaires on put voir nettement des gonocoques. Audry en conclut que la blennorragie peut être la cause de certains érythèmes polymorphes.

Voici donc des cas d'érythèmes noueux, polymorphes et vésiculo-pustuleux, où le gonocoque a pu être décelé au sein même de la lésion cutanée. Ce sont les seuls existant dans la littérature. D'autres observations existent où l'examen bactériologique de la lésion cutanée elle-même n'a pas été fait, mais qui sont également suggestifs.

Doléris a observé une éruption polymorphe chez une femme morte de pyohémie gonococcique bactériologiquement démontrée. Un malade de Barbiani atteint de gonococcémie avec polyarthrite, mais sans endocardite, présenta d'abord un érythème scarlatiniforme, puis une éruption polymorphe généralisée,

s'étendant même aux muqueuses de la bouche et du pharynx : le gonocoque fut isolé du sang au septième jour de la maladie, au moment de la plus grande intensité de l'éruption. Achard et Louis Ramond ont rapporté le cas d'un homme atteint de blennorragie avec arthropathies, fièvre et purpura; le gonocoque fut isolé du sang pendant la vie. Enfin, tout récemment Prochaska, chez un sujet atteint de polyarthrite avec érythème noueux, a isolé du sang le gonocoque à l'état de pureté.

Tels sont les faits sur lesquels on peut fonder d'une manière irréfutable la nature gonococcique de certaines manifestations cutanées de la blennorragie. Quelques-unes relèvent peut-être d'actions toxiques à distance, mais beaucoup dépendent à coup sûr de l'action même du microbe.

Le tissu cellulaire, et particulièrement le tissu cellulaire sous-cutané, peut être également le siège de métastases gonococciques. En 1887, Sahli a cité un cas d'abcès multiples à gonocoques siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région du genou, des deux côtés; Lang et Horowitz, en 1892, un abcès de la face dorsale de la main. Sobotka, en 1893, signale, chez un enfant atteint de conjonctivite blennorragique, des abcès au voisinage de diverses articulations; Finger, Ghon et Schlagenhaufer en 1894, un phlegmon péri-articulaire de la cuisse gauche; Hochmann, en 1895, de la région du coude. Jundell, en 1897, rapporte une observation de phlegmon du tissu cellulaire compris entre le tendon d'Achille et les muscles profonds de la face postérieure de la jambe, faisant saillie derrière la malléole interne. Meyer note un abcès de la région du coude. Rendu et Hallé, chez un malade atteint de septicémie avec endocardite gonococcique, voient se développer un gonflement œdémateux périarticulaire de la région du coude; la sérosité obtenue par ponction du tissu cellulaire enflammé montre le gonocoque en culture pure. Almkwist en 1899 note un abcès de la face dorsale du pied; Young, en 1900, de la région du genou. En 1903, Powers, chez un sujet atteint de blennorragie, a vu se développer un gonflement considérable du coude droit, occupant bientôt tout le membre supérieur, simulant le phlegmon diffus et aboutissant même en un point à la suppuration; puis quelques jours plus tard survinrent une tuméfaction considérable et une rougeur diffuse du cou, de la nuque, de la région parotidienne, et s'étendant même aux régions pectorale et scapulaire. Tous ces phénomènes rétrocédèrent sans suppuration. Cette observation est intéressante à rapprocher d'une plus moderne de Kerassotis (1904) concernant un phlegmon développé dans la région mastoïdienne, au niveau des insertions du sterno-cléido-mastoïdien. Enfin, Busquet et Bichelonne ont publié en 1904 l'histoire d'un sujet chez qui la suppuration d'un hématome déjà ancien, siégeant dans l'interstice celluleux compris entre le soléaire et les muscles profonds de la face postérieure de la jambe, survint sous l'influence d'une blennorragie.

Dans tous ces cas, le gonocoque a été isolé du pus. Dans l'observation de Sobotka et celle de Finger, Ghon et Schlagenhaufer, il était associé au streptocoque. Le pus obtenu par une incision du phlegmon diffus présenté par le malade de Powers contenait du gonocoque et du streptocoque; par contre la sérosité donnée par des incisions faites en d'autres points de ce phlegmon n'a montré que du gonocoque.

Un point intéressant de l'histoire des abcès métastatiques à gonocoques, c'est qu'ils se développent le plus souvent au voisinage des articulations. Pourtant, dans tous les cas, l'intervention chirurgicale a montré que les abcès étaient nettement indépendants de la cavité articulaire. L'énorme tuméfaction périarticulaire d'aspect plegmoneux, si souvent notée au cours des arthrites blennorragiques, est donc bien due à la localisation du gonocoque dans les tissus périarticulaires en même temps que dans l'articulation elle-même. De même que le processus phlegmasique articulaire peut aboutir à la suppuration, de même la réaction inflammatoire des tissus ambiants peut aller jusqu'à la formation d'abcès.

10° Parotide. — Colombini a signalé dans un cas d'infection blennorragique l'existence d'une parotidite suppurée. Le gonocoque fut isolé à l'état de pureté du pus parotidien, en même temps qu'il fut trouvé par deux fois dans le sang au cours de la maladie. Celle-ci se termina par la guérison.

11° Yeux. — Outre la conjonctivite blennorragique commune, qui n'est qu'une infection par inoculation locale du gonocoque, la blennorragie peut déterminer à distance toute sorte de lésions oculaires : d'abord la conjonctivite métastatique dont les caractères, d'après Moll, seraient d'être bilatérale, séro-purulente et non purulente, bénigne d'évolution, toujours accompagnée d'autres métastases blennorragiques, au premier rang desquelles la polyarthrite; grâce à ce dernier fait, l'absence de gonocoques dans tous les cas (sauf dans celui de Morax) n'empêche pas la nature métastatique de l'affection d'être très probable.

Les autres lésions oculaires de la blennorragie sont l'iritis (de Lapersonne), la dacryoadénite (Terson), la rétinite, la ténonite (Puech) et même la panophtalmie (Panas). Les mêmes considérations exactement s'appliquent à celles-ci qu'à la conjonctivite : elles sont probablement des métastases parce qu'elles sont toujours liées à une septicémie gonococcique, mais la preuve bactériologique est encore à faire.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 14 février 1906)

Kystes hydatiqnes du foie. — M. Quénu revient sur cette question pour critiquer plusieurs points de la communication de M. Marion qu'a analysée et également critiquée M. Delbet dans un rapport un peu sévère. M. Quénu reproche à M. Marion d'avoir mal interprété certaines parties de ses communications. M. Quénu fait ensuite connaître sa statistique d'opérations pour kystes hydatiques du foie. Depuis 1898, il a opéré 26 cas sur lesquels il n'a eu que deux décès et six insuccès; devant ces résultats, M. Quénu ne voit aucune raison d'abandonner la réunion comme méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Chaput communique plusieurs cas de **guérison des kystes hydatiques par l'injection de quelques gouttes de formol concentré.**

En juillet 1904, il opérait un malade qui présentait plusieurs centaines de kystes hydatiques de l'abdomen, dont une vingtaine d'un volume supérieur à celui d'une noix. Il com-

mença par extirper ou inciser une dizaine d'entre eux; puis, convaincu qu'il ne pourrait suffire à sa tache, il injecta les dix autres avec xx gouttes de formol à 40 p. 100. Il injecta de même trois kystes du cordon spermatique. L'année suivante, les kystes du cordon étaient guéris; mais d'autres kystes se montraient dans le ventre, avec une situation toute différente de la première fois. Le malade présentait en outre un kyste de la paroi thoracique qui fut injecté au formol et ne reparut plus. Les kystes abdominaux furent, cette fois, incisés et vidés.

Il a injecté de même, avec ou sans laparotomie, quatre malades atteints de kystes hydatiques du foie, qui ont tous guéri sans récidive. Dans tous les cas, les suites de l'injection furent des plus simples.

La technique est très sommaire : avec une seringue de Pravaz, munie d'une aiguille rachidienne de Tuffier, on ponctionne le kyste soit à travers les téguments, soit après ouverture du ventre; on retire un ou deux centimètres cubes du liquide hydatique et on injecte la même quantité de formol à 40 p. 100. On applique un bandage de corps très serré sur le ventre et on garde le malade au lit pendant quarante-huit heures.

La simplicité de cette technique et son efficacité dans six observations paraissent à M. Chaput de nature à la recommander pour les malades pusillanimes qui redoutent l'ouverture du ventre.

M. Potherat fait observer que ce n'est pas là une méthode nouvelle. C'est la méthode de Baccelli introduite en France par M. Debove.

M. Quénu fait la même observation et ajoute que cette méthode est absolument insuffisante pour neutraliser complètement les échinocoques.

M. Chaput se défend d'avoir préconisé cette technique comme nouvelle. Toutefois, Baccelli avait recommandé le sublimé, tandis que M. Chaput se sert du formol.

Pancréatite chronique. — M. Segond, à propos de la communication faite sur ce sujet par M. Terrier, relate le fait suivant : Un homme de cinquante-quatre ans, paludique, syphilitique et morphinomane, est opéré le 22 décembre 1886 à New-York pour des accidents douloureux et fébriles avec un peu d'ictère. Le chirurgien américain fait une laparotomie exploratrice, il ne trouve rien, il ne peut arriver à trouver la vésicule biliaire; il referme le ventre. Il s'agit d'un des chirurgiens les plus habiles et les plus hardis de New-York. Après une légère amélioration, les accidents reparurent : crises douloureuses, frissons, transpirations vespérales de 39 à 40 degrés. En septembre 1905, M. Segond fut appelé au moment d'une crise plus forte, avec ictère vert. Le malade était mourant. Il a fait une laparotomie, sans trouver la vésicule; en explorant les parties profondes avec le doigt, il sentit une masse indurée, y conduisit un tube à drainage et referma le ventre. Le malade se remit et les accidents disparurent pour reparaître vers la fin de novembre 1905. M. Terrier, appelé à voir le malade, diagnostiqua une pancréatite chronique et conseilla une nouvelle intervention. M. Segond fit donc une troisième laparotomie, et cette fois trouva la vésicule extrêmement rétrécie et petite; puis il arriva sur un clapier suppuratif qui se trouvait être au niveau de la tête du pancréas. Le foie était très petit et rétracté. Il s'agissait bien d'une pancréatite chronique, comme l'avait diagnostiquée M. Terrier. Le malade alla bien pendant une huitaine de jours et succomba.

Tétanos. — M. Reynier fait un rapport sur un cas de tétanos suraigu survenu malgré l'emploi préventif du sérum antitétanique, communiqué par M. Lop (de Marseille). Un ouvrier a le médius et l'annulaire pris dans une plaque, véritable foyer d'infection. Pansement antiseptique une heure après et application sur la plaie de poudre de sérum sec. Le lendemain, injection. Trois jours après, amputation et pansement au sérum sec antitétanique. Huit jours après, trismus, tétanos. Réouverture de la plaie, saupoudrage de sérum sec, injections sous-cutanées, chloral, morphine; mort trente-six heures après l'apparition des premiers symptômes. Il n'y avait jamais eu de tétanos dans l'infirmerie où a été soigné ce malade.

Ainsi que le fait justement observer M. Reynier, ce fait, joint à plusieurs autres, est de nature à ébranler notre confiance dans l'efficacité des injections antitétaniques préventives.

M. Tuffier ne croit pas qu'il faille abandonner pour cela les injections préventives ni l'application du sérum sec sur les plaies. Mais pour cette dernière application, il faudrait la faire sans panser les malades.

M. Bazy estime qu'il serait dangereux de renoncer aux injections préventives antitétaniques, d'ailleurs tout à fait innocentes pour les malades. Depuis qu'on fait systématiquement ces injections préventives dans son service, M. Bazy n'a plus jamais eu de cas de tétanos.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme (1), par L. Pénard et G. Abelin.

Cette neuvième édition a été mise au courant des progrès les plus récents de la science obstétricale, tout en conservant les qualités de clarté et de précision qui ont fait le succès de ses devancières. A. Lemierre.

Les conditions microbiennes de l'infection et l'immunité (2), par M. E. Bodin, professeur de bactériologie à l'Université de Rennes.

Continuant l'étude de microbie générale commencée dans deux volumes précédents (*Biologie générale des bactéries* et *Les bactéries de l'air, de l'eau et du sol*), l'auteur poursuit le même but en celui-ci : donner un exposé clair et concis des questions les plus importantes concernant les maladies bactériennes, de façon à les mettre à la portée de tous.

Ce volume est consacré au mécanisme de la maladie microbienne et, pour rendre plus aisément abordable ce sujet compliqué, l'auteur procède par voie d'analyse et envisage les deux facteurs de l'infection, les bactéries et l'organisme, qu'elles envahissent avec les moyens d'action et de réaction dont dispose chacun de ces facteurs.

En premier lieu se place un aperçu sur la virulence des bactéries et les conditions microbiennes de l'infection, puis vient l'étude des moyens de défense de l'organisme contre les microbes et contre leurs toxines, sur laquelle l'auteur a tenu à insister tout particulièrement.

Sans avoir besoin de se reporter aux longs et multiples travaux publiés sur ce sujet, tous ceux qu'intéressent les sciences médicales trouveront donc dans ce petit volume un résumé court, mais aussi complet que possible, de l'état actuel de la question si importante et si délicate de l'immunité dans les maladies infectieuses. L. Gayard.

(1) 9e édit. In-18 de 710 p. avec 229 fig. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Petit in-8° (Encyclop. scient. des aide-mém.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.

N° 21. — MARDI 20 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. MARDI 20 FÉVRIER 1906. — N° 21.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — Le jury est définitivement composé de la façon suivante :

MM. Brault, de Beurmann, Thoinot, Dalché, Roger, Labadie-Lagrave, Florand, Comby, Tapret et Moutard-Martin.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 17 février 1906 : MM. Petiteau, 12; Senlecq, 11; Maulu, 10; Berger (Jean), Metzger et Rousselot, 8; Foy, Levant et Lévy-Bruhl, 7; Jumon, 2.

La prochaine séance aura lieu le mardi 20 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 16 février 1906 : MM. Roux (Jean), 13; Vézard, 12; Lagane, 10; Dubosc et Sevestre, 9; Trocmé, 8; Wolfromm, 7; Faugeron, 6; Monnet, 5; Boucaut, 1.

Séance du 17 février : MM. Grasset, 11; Laroche, 10; Jumentié, 8; Lemarignier, 7; Binet de Jassonneix, Couton et Marquet, 6; Ménard, 5; Maillet et Mignard, 4; Magnin, 3; Chamard-Bois, 1.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira le 11 octobre 1906 devant l'École de médecine d'Amiens pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Got (de Paris) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le 22 février, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine. La conférence sera faite à cinq heures trois quarts par M. le professeur Le Dentu sur les « Complications broncho-pulmonaires post-opératoires ».

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le docteur André Thomas, ancien interne des hôpitaux, commencera le jeudi 1er mars, à deux heures et demie, dans le laboratoire du professeur Déjerine, un cours d'anatomie pathologique du système nerveux.

Ce cours continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure et comprendra une quinzaine de leçons.

PROGRAMME. — Lésions cellulaires. Dégénérescences. Scléroses. Méningites. Lésions vasculaires.

Chaque leçon sera accompagnée de présentations de pièces et d'examens microscopiques.

Le prix du cours est fixé à 40 francs.

On peut s'inscrire au laboratoire du professeur Déjerine à la Salpêtrière.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association a accordé une subvention de 500 francs pour aider aux recherches de M. le professeur Mayet (de Lyon) sur la pathogénie du cancer.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1906.) Louis VASSEUR : La lutte contre la poussière. — P. BROUARDEL : Tuberculose et traumatisme. — RAPPIN, AUDOUARD et Louis FORTINEAU : Recherches sur l'origine des accidents observés à la suite de la consommation de canards à la rouennaise.

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1906.) BÖKAY : Traitement des ulcérations décubitales du larynx. — DAUCHEZ : Albuminuries intermittentes. — CRUCHET : Pneumothorax tuberculeux. — MOUSSOUS : Mégalérythème épidémique. — CHARTIER : Mongolisme avec malformations cardiaques.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 182, 25 janv. 1906.) BORDIER et ROUCH : Expériences sur les phénomènes d'entraînement et de transport des ions par l'électricité statique. — VAN DUYSE et DE NOBELE : Prolifération lymphomateuse hyaline de la conjonctive bulbaire; guérison par les rayons X. — Ch. DU BOIS : Mycosis fongoïde à forme circonscrite guéri par les rayons X. — (N° 183, 10 fév.) H. Lewis JONES : Directions nouvelles en électrothérapeutique. — E. S. LONDON : Action physiologique de la radioactivité très faible. — VASSILIDÈS : Le traitement de la pelade par les courants de haute fréquence.

Archives générales de médecine. — (N° 4, 23 janv. 1906.) PATER et HALBRON : Considérations cliniques sur la fièvre typhoïde chez l'enfant. — POISOT et R. MERRY : Tétanos utérin post-abortum à évolution subaiguë. Guérison. — DIEULAFOY : Localisations régionales invétérées de la syphilis tertiaire. — (N° 5, 30 janv.) MARION : A propos des kystes hydatiques du foie. — H. BERNARD : Une conception pathogénique du rhumatisme chronique. — ESMONET : Comment une même eau peut agir sur le spasme de l'intestin et sur son atonie. — LE JEMTEL : Perforation de l'intestin grêle par corps étranger. — (N° 6, 6 fév.) P.-E. LÉVY : La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation physique. — G. ÉTIENNE : Ictère infectieux aigu par angiocholite, seule manifestation d'un cancer de la tête du pancréas. — JACQUET : Hygiène de la peau et de la chevelure. — (N° 7, 13 fév.) KLIPPEL et Maurice VILLARET : Asthénies et atrophies myopathiques (étude synthétique). — POISOT et Cl. VINCENT : Purpura hémorragique à réaction myélocytaire. Hémorragie méningée, guérison. — A. MOUGEOT : La leucothérapie.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 2, 11 janv. 1906.) Weston P. CHAMBERLAIN : Analyse de 120 cas de malaria survenus au camp de Gregg, dans les îles Philippines (avec 8 tracés). — Daniel FISKE JONES : Trois observations de perforation par ulcère de l'estomac; gastro-entérostomie. — Robert SOUTTER : Pieds et chaussures (avec 15 figures). — Thomas J. MAYS : Le mirage des statistiques médicales. — (N° 3, 18 janv. 1906.) E. H. BRADFORD : Le traitement au plein-air à la maison de convalescence de Wellesley des tuberculoses osseuses : avec une liste de 30 cas guéris définitivement (avec une figure). — Théobald SMITH : Quelle relation y a-t-il entre la tuberculose humaine et bovine, et comment se fait l'infection dans les institutions publiques? — O. F. ROGERS : Faut-il disperser les tuberculeux soignés dans les asiles d'aliénés? — Owen COPP : Quelle doit être la réglementation de la tuberculose dans les asiles d'aliénés? — John H. NICHOLS : Quelles instructions spéciales faut-il donner au sujet de la tuberculose dans les écoles de nurses et d'autres employées? Les nurses qui soignent les tuberculeux sont-elles en danger de contracter la maladie? — Herbert C. CLAPP : Sur l'importance du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Doit-on dans les institutions user de la tuberculine en vue du diagnostic? — Wilder TILESTON : Le traitement de la tuberculose dans les institutions publiques. — Austin PETERS : La suppression de la tuberculose dans les troupeaux qui alimentent nos laiteries. — David TOWNSEND : Le sanatorium de jour pour phtisiques, de Parker Hill à Boston (avec 3 figures).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 3, 23 janv. 1906.) E. ROCHARD : Doit-on avertir le malade du danger que lui fait courir l'administration du chloroforme, quand on a jugé l'anesthésie nécessaire? — (N° 4, 30 janv.) A. ROBIN : Régime et traitement fonctionnels dans les maladies du foie (*fin*). — H. BOUQUET : Les contre-indications et les impossibilités de l'allaitement maternel (*fin*). — (N° 5, 8 fév.) E. ROCHARD : Faut-il enlever les ovaires quand on pratique une hystérectomie pour fibrome? — KLEIN : Novocaïne : nouvel anesthésique local.

Écho médical du Nord. — (N° 3, 21 janv. 1906.) MANOUVRIEZ : Questions d'hygiène publique liées à l'exploitation des tramways de Valenciennes. — PATOIR : Aphasie sensorielle d'origine traumatique. — (N° 4, 28 janv.) LAGUESSE : Le pancréas envisagé comme organe à sécrétion interne. — (N° 5, 4 fév.) DELÉARDE : Sur un cas de pleurésie purulente à pneumocoques. — BERTIN : A propos d'un cas d'arthropathie syphilitique tertiaire. — POUCHET : Les dangers de la ponction sus-pubienne de la vessie. — HOREL : Simple histoire d'un sou avalé par un enfant. — (N° 6, 11 fév.) FOLET : Suture de la rotule revue au bout de sept ans. — DELÉARDE : Sur un cas de paratyphus. — CANNAC : A propos d'un cas d'épilepsie menstruelle. — MINET et HANNARD : Deux cas d'ostéomyélite prolongée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 3, 21 janv. 1906.) GAUDUCHEAU : Reproduction expérimentale de la dysenterie amibienne par inoculation intraveineuse de pus d'abcès du foie. — CAEN-SMITH : Des otites moyennes suppurées dans leurs rapports avec les abcès métastatiques du foie [trad. de l'anglais par le docteur Trivas (de Nevers)]. — (N° 4, 28 janv.) CASSART : De l'importance des déformations de la matité précordiale dans le diagnostic des anévrismes de l'aorte. — PITRES et ABADIE : Un cas de maladie de Thomsen. — (N° 5, 4 fév.) CAVALIÉ : Parallèle entre les enseignements dentaires de la Suisse, de l'Allemagne, de l'Autriche-Hongrie et de l'Angleterre; avantages et inconvénients de chacun d'eux. — (N° 6, 11 fév.) ANGLADE et DUCOS : Sur la paralysie générale sénile.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 3, 21 janv. 1906.) PITRES : Organisation et fonctionnement de la lutte antituberculeuse à Bordeaux et dans la région (*suite*). — MONGOUR : A propos de la réforme de l'enseignement médical. — CROUSEL : Nouvelle méthode de pansement général des plaies. — (N° 4, 28 janv.) PITRES : Organisation et fonctionnement de la lutte antituberculeuse à Bordeaux et dans la région (*suite*). — BARTHE et Ch. MONGOUR : Quelques considérations sur l'intoxication aiguë par le mercure. — (N° 5, 4 fév.) PITRES : Organisation et fonctionnement de la lutte antituberculeuse à Bordeaux et dans la région (*fin*). — A. VENOT : De l'ostéomyélite chronique d'emblée. — (N° 6, 11 fév.) E.-J. MOURE : Traitement de l'otite moyenne purulente chronique. — ANGLADE et DUCOS : Sur une forme clinique et anatomique d'hémorragie cérébrale.

(*Voir la suite, p. 250.*)

COURS DE MÉDECINE LÉGALE

VIOL & VIOLENCES

Par le professeur BROUARDEL (1).

L'une des questions fréquemment posées par le juge d'instruction est la date de la défloration. Cette date, bien rarement, vous serez à même de la déterminer. Si vous êtes appelé dans les quelques heures qui suivent le viol vous trouverez un hymen encore ensanglanté et vous pourrez dire que la défloration est toute récente. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent. La femme ne se précipite pas chez le commissaire et le commissaire ne précipite pas la rédaction de son rapport qui arrive plus ou moins tardivement chez le procureur de la République; celui-ci charge de faire une enquête le juge d'instruction, lequel nomme un médecin légiste. Il y a cependant quelques exemples de constatation immédiate. Il y en a un publié par un médecin de Nantes qui était chez le commissaire de police au moment où une jeune fille est venue porter plainte. Donc, lorsque vous êtes appelés une huitaine de jours après le crime, que vous vous trouvez en présence d'un hymen déchiré, en voie de cicatrisation, ne précisez pas la date, dites que l'attentat est récent sans trop dire ce que vous entendez par le mot récent.

Il y a aussi une question de forme sur laquelle je dois appeler votre attention. Vous ne devez pas dire qu'il y a eu viol, vous pouvez dire qu'il y a eu défloration par introduction d'un objet ayant à peu près le volume d'une verge en érection. La défloration, comme cela s'est vu, peut être le résultat de l'introduction d'un corps étranger, d'une carotte ou de tout autre objet.

Vous avez aussi à chercher s'il y a des traces de violence. Ces traces siègent autour de la vulve, elles sont péri-génitales ou extra-génitales. Vous trouvez des écorchures, des traces laissées par les ongles, des rougeurs, des ecchymoses. Les ecchymoses extra-génitales vous les trouverez sur les bras, sur les seins, vous les trouverez également sur les membres inférieurs. Mais il faut vous défier, car un certain nombre de femmes, comme l'a fait remarquer Hofmann, ont à la partie supérieure et interne des cuisses, deux lignes pigmentaires qui ressemblent tout à fait à des ecchymoses datant de huit ou dix jours. Vous trouvez des ecchymoses sur les genoux, au cou, sur la face, sur les lèvres. L'individu qui commet un viol se trouve dans un état d'excitation extraordinaire. Une fois j'ai trouvé sur une femme un mamelon enlevé par une morsure, une partie de la grande lèvre fendue par une morsure. Sur une autre j'ai trouvé aussi une morsure de la grande lèvre et en même temps un morceau de peau de la cuisse enlevé avec les dents.

Le juge d'instruction peut aussi vous demander si l'assassinat a précédé ou suivi le viol. Il paraît qu'au point de vue doctrinal il y a une différence considérable. Lorsqu'un individu ne parvient pas à faire disparaître la résistance de sa victime, il la tue par strangulation. La mort par strangulation est une mort lente. C'est une opération en deux temps. Vous ne parviendrez à étrangler une personne que si vous l'avez mise hors d'état de se défendre en l'assommant antérieurement d'un coup de poing. Si ce n'est pas pour perpétrer le viol que l'individu a étranglé la femme, s'il l'a étranglée après avoir commis le viol pour faire disparaître le témoin qui pouvait l'accuser, il la tuera de même, si bien que ce n'est pas dans le mode d'assassinat que vous trouverez des indications.

J'appelle particulièrement votre attention sur les ecchymoses. Beaucoup de médecins qui ne sont pas habitués à faire de la médecine légale prennent une rougeur pour une ecchymose. Quels sont les caractères essentiels d'une ecchymose? Une ecchymose, c'est un épanchement de sang dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle change de couleur, s'étend, mais ne disparaît pas dans les deux ou trois jours qui suivent. L'ecchymose peut paraître de suite après l'événement, souvent elle paraît un peu plus tard. Les ecchymoses disparaissent au plus tôt dans les quinze jours et souvent dans les vingt-cinq jours. Lorsque l'ecchymose est sur une muqueuse et non sur la peau, la résorption est plus rapide, il en est ainsi pour les muqueuses des organes génitaux. Elles semblent disparaître un peu plus tôt chez les enfants que chez les adultes et surtout que chez les vieillards. Une ecchymose dure toujours au moins quinze jours. Par conséquent, si la rougeur qui a été signalée a disparu avant cette époque, ce n'est pas une ecchymose.

Au point de vue des ecchymoses il peut y avoir aussi de la simulation. La simulation des ecchymoses dans l'armée est extrêmement fréquente et dans tous les ouvrages des médecins militaires il y a un chapitre réservé à la simulation des ecchymoses.

Le procédé le plus habituel de simulation est la succion. Mais la succion produit la forme de l'objet qui fait le vide : elle est arrondie quand il s'agit d'une ventouse; elle est elliptique quand elle a été faite avec la bouche. On peut simuler des ecchymoses un peu anciennes en se frottant la peau avec du plomb, avec des orties, avec du nitrate d'argent. Comment reconnaître que c'est un fait simulé ou non simulé? Voici comme il faut faire. Dans le certificat, vous décrivez à part chacune des taches qu'on vous a montrées. Lorsqu'on vient vous trouver, c'est en général quand les ecchymoses sont sur le point de disparaître. Or, à ce moment, les ecchymoses sont jaunes et n'ont plus le caractère des taches qu'on peut imiter avec les orties ou autres choses. Vous constaterez donc sur votre certificat que les taches n'ont pas la couleur habituelle des ecchymoses arrivées à cette date.

Si c'est une simulation la personne ne se servira pas du certificat.

Mais outre les ecchymoses simulées, il y a les ecchymoses spontanées. Il y a des ecchymoses qui surviennent à la suite d'une maladie infectieuse et peuvent être prises pour des sévices commis chez

(1) Leçon recueillie par M. Gallot.

des enfants et chez de jeunes femmes. Les ecchymoses surviennent dans toutes les maladies du système nerveux, surtout chez les hystériques. Il y a des femmes qui ne peuvent toucher un objet sans que cet objet ne provoque une ecchymose. Très souvent, vous avez autour de ces ecchymoses spontanées un peu d'œdème bleu ou blanc de la peau. Vous avez là une zone un peu gonflée qu'il faut interpréter en faveur de l'origine hystérique. Souvent aussi ces personnes sont atteintes de dermographie. C'est encore un élément qui vous permet de reconnaître si ces ecchymoses sont la suite de violences ou sont spontanées. Au moyen âge des filles hystériques accusaient le diable de les avoir frappées avec des verges de fer, et de fait on trouvait sur elles des traces d'ecchymoses. Mais si ces personnes, au lieu d'accuser le diable, accusent leur mari ou des voisins, le médecin légiste se trouve dans une singulière situation. En présence d'ecchymoses très réelles, il doit se demander si la personne qui a ces ecchymoses les a par le fait d'une auto-suggestion ou par suite de violences qu'elle a subies.

Il y a à ce sujet une histoire classique, très curieuse, celle de saint François d'Assise. Un soir saint François d'Assise voit Jésus descendre de croix au milieu d'un nuage. Il est extrêmement frappé de voir Jésus se détacher de la croix ayant la paume des mains, des pieds et la région précordiale ensanglantées. Pendant la nuit, il se produit sur lui des ecchymoses qu'il a vues sur Jésus. Comme cela se répéta plusieurs fois la peau subit des troubles qui firent qu'il y avait au milieu de la paume de la main une tête de clou formée par une hypertrophie du derme. Lorsque j'étais médecin à Saint-Antoine, j'ai remarqué le même genre d'ecchymoses sur un individu qui pourtant était très profondément indifférent aux idées mystiques.

A côté des ecchymoses il y a encore les sueurs de sang. La première description qui en ait été faite date de 1857. Une jeune fille hystérique accusait un voisin de lui avoir donné un coup sur la tête. Il y avait une hémorragie abondante. On cherche la contusion, on ne la trouve pas. On s'apercevait cependant d'un ruissellement de sang qui cessait pour reparaître après une attaque de nerfs. Ces sueurs de sang n'appartenaient pas à l'hémophilie. Au moment où vous ferez les conclusions de votre rapport pensez à cette cause d'erreur.

Il y en a encore une autre. Une jeune fille se laisse inviter à dîner par un jeune homme. Bacchus et Vénus ont eu de tout temps la réputation de bien vivre ensemble. A la suite d'un dîner on monte en chambre particulière et là probablement qu'au bout d'un certain temps Bacchus prenant le dessus devient querelleur. Les deux jeunes gens se battent. Il y avait donc eu d'abord un acte consenti et ensuite une lutte, des violences. La jeune fille est alors allée porter plainte au commissaire de police disant qu'elle avait été victime d'un viol. La conséquence de ceci, c'est qu'il ne suffit pas de constater la rupture de l'hymen et les traces de violence pour conclure au viol. Pas du tout, il ne faut pas réunir les deux faits. Mettez simplement la nature et l'intensité des coups, déclarez qu'il y a rupture de l'hymen, mais ne faites pas la conclusion dans le sens du viol ou non.

Quelles sont les conséquences immédiates d'un viol chez une personne qui l'a subi? Il peut y avoir des syncopes, souvent des accidents nerveux, de la fièvre. Souvent aussi la fille navrée de se voir déshonorée tente de se suicider. Enfin il y a des conséquences plus tardives, comme la grossesse. Ne concluez pas trop à la grossesse avant d'avoir des signes d'une certitude absolue. Tant que vous n'avez qu'une suppression de règles, des vomissements, cela peut être le résultat de l'émotion.

Nous avons aussi les accidents qui surviennent lorsque le viol a été entouré de circonstances encore plus brutales, comme le viol commis par plusieurs personnes. Dans ces cas-là il y a des accidents plus graves caractérisés parfois par une inflammation du péritoine.

Comme conséquence surviennent aussi des accidents hystériques épileptiques. On rencontre également de la chorée qui survient chez des enfants entre sept ou huit ans et douze ou quinze ans. Mais il faut chercher si ces phénomènes n'ont pas leur explication naturelle dans les antécédents. Lorsque le viol se pratique d'une façon habituelle chez des enfants, ces enfants sont étiolées, anémiques et ont des troubles menstruels, des troubles de la nutrition. Chez celles que j'ai vues je n'ai jamais rien trouvé d'assez caractéristique pour être mis sur la voie, si nous n'avions pas su par ailleurs ce qui se passait.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA PAR UN BAUME AUX PRINCIPES ACTIFS EN COMBINAISON AVEC LE CAMPHRE ET EN DISSOLUTION DANS L'ACÉTONE.

D'après M. Griffon (1), médecin des hôpitaux.

Pendant les quelques mois que M. Griffon a remplacé M. Du Castel à l'hôpital Saint-Louis, il a expérimenté sur un grand nombre de cas d'eczéma, de séborrhéide, d'impétigo, d'acné, de sycosis, de prurigo, un baume préparé à sa demande par l'interne en pharmacie du service, M. Duret.

Il avait employé précédemment, dans les cas analogues, le baume de M. Baissade, que M. de Beurmann a présenté à la Société de dermatologie il y a quelques années. Mais il a cru qu'il y avait intérêt à se servir pour ses malades d'un baume de formule définie et connue, préparé à l'hôpital même.

Voici la formule de la composition qui lui a donné des résultats tout aussi satisfaisants que le baume Baissade :

Goudron	18
Huile de cade	15
Résorcine	2
Menthol	5
Gaïacol	5
Camphre	40
Soufre	15
Borate de soude	36
Glycérine	54
Acétone	80
Huile de ricin	43
Lanoline	100

(1) *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, janv. 1906, n° 1, p. 31.

Ces substances sont associées ou même combinées les unes avec les autres dans un véhicule éminemment favorable, l'acétone, qui les tient en solution et donne au baume une homogénéité complète.

Les principes actifs (goudron, huile de cade, résorcine, menthol, gaïacol, etc.) sont non seulement associés au camphre, mais forment avec cette substance de véritables combinaisons chimiques.

Le soufre employé est préparé spécialement par précipitation d'une solution saturée chaude dans l'essence de térébenthine, puis chauffé dans un récipient clos entre 125 et 130 degrés avec le mélange de goudron, huile de cade, huile de ricin, lanoline.

Enfin le véhicule, l'acétone, également miscible à l'eau et aux corps gras, joint à ses propriétés dissolvantes la qualité de ne pas être irritant et d'exercer au contraire une action locale sédative.

M. Griffon ajoute que le baume de M. Duret a été expérimenté, dans ces derniers temps, par la plupart des chefs de service de l'hôpital Saint-Louis, qui se sont montrés très contents des résultats qu'ils ont obtenus. L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1906)

Mécanisme des modalités pathologiques spéciales à chaque organe au cours d'une maladie générale, par M. CHARRIN. — En dehors des désordres généraux (circulatoires, nerveux, thermiques, etc.), relevant d'agents (microbes, toxines, poisons), souvent non étroitement localisés, au cours d'une affection fébrile ou non, d'un viscère à l'autre interviennent des éléments pathogènes variables. Chaque organe fait, en partie, la maladie à sa façon : plus que jamais le rôle du terrain se manifeste.

Sur l'existence des bicarbonates dans les eaux minérales et sur les prétendues anomalies de leur pression osmotique, par MM. L.-C. MAILLARD et Lucien GRAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1906)

Oblitération de la veine-cave supérieure. — MM. Emile SERGENT et COMBIER, à propos des observations apportées dans la dernière séance, montrent le cœur d'un homme qui mourut à cinquante-quatre ans de granulie généralisée, après avoir présenté, pendant les derniers mois de la vie, tous les signes d'une oblitération de la veine-cave supérieure. Ce rétrécissement allant jusqu'à l'oblitération était consécutif à une médiastinite chronique avec adénopathie trachéo-bronchique considérable.

Œdème du poumon au cours d'infections pulmonaires. — MM. CAUSSADE, MILHIT et ISRAËL DE JONG rapportent plusieurs cas d'œdème pulmonaire fébrile (38,5, 39), survenu au cours de bronchites, de congestions pulmonaires, de broncho-pneumonies, de pneumonies et de tuberculose. Cet œdème peut exister seul et constituer ainsi toute l'affection. Différent de l'œdème aigu il débute silencieusement au point — cas fréquent — de n'être découvert qu'à l'autopsie, cependant parfois il apparaît brusquement et se révèle par un point de côté analogue à celui de la pneumonie, l'expectoration se fait sans efforts, elle est fragmentée, et se compose d'une mousse blanche jamais teintée par les crachats de l'affection pulmonaire concomitante; elle ressemble à du blanc d'œuf battu ou à de la crème fouettée; à l'autopsie il s'écoule un liquide baveux non sanglant : histologiquement cette mousse est constituée par un liquide albumineux contenant presque uniquement des polynucléaires, révélant ainsi déjà la nature infectieuse, que les cultures et les inoculations ont prouvée d'une manière encore plus évidente. Cette expectoration est assez abondante : le malade remplit environ deux crachoirs en vingt-quatre heures. Ainsi constituée, cette expectoration albumineuse dure environ dix, quinze et même au delà de vingt jours, apparaissant soit pendant, soit après l'affection pulmonaire dont elle semble être le satellite, et lui survivant même de plusieurs jours. Cette évolution caractéristique plaide en faveur de l'individualité de cet œdème. L'auscultation ne révèle pas cette pluie de râles que l'on trouve dans l'œdème aigu : la respiration est rude, sifflante et s'accompagne de quelques gros râles muqueux. Les auteurs pensent, en l'absence de tout trouble ou lésion cardio-aortique ou rénale et en présence de sa nature infectieuse prouvée par leurs observations, que cette toxi-infection est un facteur prépondérant dans la production de ce phénomène. L'infection est prouvée d'autre part par la présence en grande abondance du pneumocoque de Talamon-Frænkel dans la mousse elle-même. Ce micro-organisme était virulent puisqu'il tuait les souris en vingt-quatre et quarante-huit heures. Sa virulence a persisté au delà de dix et même de vingt-trois jours. Bien que différent, par son évolution et son pronostic bénin, de l'œdème aigu, l'œdème en question semble être dans certains cas de même nature que celui-là : les auteurs ont observé en effet d'une manière concomitante, dans la même salle d'hôpital et chez des malades atteints d'affections pulmonaires identiques, ces deux variétés d'œdème. Pour prouver que l'infection préside à l'éclosion de l'une et de l'autre forme d'œdème, ils citent entre autres faits le cas de ce malade qui eut en un an six poussées érysipélateuses dont chacune s'accompagna d'œdème aigu du poumon.

Cas de mongolisme. — M. COMBY présente un nouvel enfant atteint de mongolisme type. C'est une petite fille âgée de six ans et demi; elle présente tous les stigmates de ce type de dégénérescence, visage rond, bouche bée, yeux petits obliques de bas en haut et de dedans en dehors, fendus en amandes, strabisme convergent, épicanthus très prononcé, front régulier, tête arrondie de brachicéphale mesurant 46 centimètres de circonférence, cheveux abondants et fins, ne rappelant en rien ceux des myxœdémateux : langue volumineuse, fissurée et sans épithélium. L'enfant est très en retard au point de vue intellectuel. Le père et la mère sont de race blanche. La mère âgée de trente ans n'a pas eu d'autres enfants; son accouchement s'est fait normalement. Elle n'a pas eu de fausses couches; on ne retrouve comme incident de grossesse qu'une grosse frayeur vers le deuxième mois.

Cette frayeur au cours de la grossesse a pour M. GUINON une certaine importance. Car, dans tous les cas de mongolisme qu'il a observés il a retrouvé chez les ascendants des troubles psychopathiques très nets.

Pseudo-rhumatisme infectieux à entérocoque de Thiercelin. — MM. MÉNÉTRIER et Rubens DUVAL rapportent l'observation d'une femme de soixante-sept ans, présentant un pseudo-rhumatisme infectieux intéressant l'épaule, le genou

et l'articulation tibio-tarsienne gauche. Les arthrites suppurèrent, la malade mourut, et dans le pus on retrouva en culture pure l'entérocoque de Thiercelin. Cet agent parasitaire fut retrouvé aussi au niveau des reins. C'est donc un cas de septicémie à entérocoque avec prédominance des localisations articulaires.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 17 février 1906)

Sur la résistance globulaire dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — La résistance globulaire étudiée chez un paludéen présentant des crises d'hémoglobinurie, chaque fois qu'il absorbait de la quinine, a montré à MM. Vincent et Dopter les particularités suivantes :

A l'état normal, la résistance globulaire est plus faible que chez un sujet sain. Une heure après l'absorption de la quinine, elle s'affaiblit encore, pour s'élever après la fin de la crise hémoglobinurique. Neuf jours après, cette résistance était devenue égale à la normale.

Chez ce même malade, la résistance globulaire à la quinine s'est montrée constamment inférieure à la normale. Ce fait prouve bien que l'administration de la quinine est une cause capitale d'hémoglobinurie chez certains paludéens.

Le retour à la normale de la résistance globulaire vis-à-vis des solutions hypotoniques de NaCl peut s'expliquer par ce fait que l'hémolyse, chez ce malade, a provoqué la formation d'une sensibilisatrice, ayant appelé elle-même la formation d'une substance antifixatrice spécifique.

Nouvelles recherches sur la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — Pour MM. H. Vincent et Dopter, l'hémolyse dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique n'est pas due comme dans l'hémoglobinurique paroxystique (Widal et Rostaine) à une insuffisance d'antisensibilisatrice : le sérum du malade étudié par ces auteurs s'est montré doué d'un pouvoir antifixateur aussi énergique que celui d'un sujet sain.

D'ailleurs l'épreuve de Landsteiner est restée toujours négative dans leur cas.

Elle n'est pas due non plus à un excès de cytase : les globules humains sensibilisés mis en présence d'alexine de sujet normal et du malade ont été hémolysés par des quantités semblables de cytase.

L'insuffisance d'anticytase ne doit pas davantage être incriminée, car le sérum du malade est doué d'un pouvoir protecteur aussi considérable que celui d'un individu sain, d'après les expériences de MM. Vincent et Dopter.

Il est possible que l'hémolyse due à la quinine, chez les paludéens, soit déterminée par l'insuffisance des substances lipoïdes ou par une déminéralisation des globules sanguins. Ce qui semblerait prouver cette dernière hypothèse c'est la diminution de la résistance globulaire : c'est aussi ce fait que les injections de sérum artificiel possèdent un pouvoir préventif sur l'apparition des crises de bilieuse hémoglobinurique.

Enfin des globules rouges du malade prélevés au moment de leur résistance minima au NaCl, imprégnés de chlorure de calcium, puis lavés, recupèrent sous cette influence une résistance à peu près semblable à celle d'un sujet sain.

Action du sulfate d'hordénine sur les ferments solubles et les microbes. — Pour M. L. Camus, le sulfate d'hordénine retarde la digestion de l'albumine coagulée par la pepsine ou le suc pancréatique kimasé; il entrave la coagulation du lait par la présure ; quant à l'invertine, la maltase, la lipaséidine, elles ne sont pas arrêtées dans leur action par le sulfate d'hordénine. Enfin cette substance paraît jouir, vis-à-vis des cultures microbiennes, d'une action antiseptique marquée.

Action sur les animaux de l'inhalation prolongée des mélanges titrés d'air et de chloroforme difficilement anesthésiques. — MM. Mansiou et Tissot concluent de leurs recherches que : 1° pendant l'inhalation prolongée d'un mélange de chloroforme et d'air à 4 p. 100, le sang artériel se charge progressivement de chloroforme, jusqu'à ce qu'il en contienne à peu près la proportion maxima qu'il pourrait en fixer *in vitro*, en présence de ce mélange; 2° l'anesthésie est complète longtemps avant que la mort survienne chez l'animal; 3° la mort est précédée d'une chute lente et progressive de la pression artérielle jusqu'au niveau où peut se produire la syncope cardiaque; 4° cette chute de pression, ainsi que les proportions de chloroforme que contient le bulbe, montre que la mort résulte de l'intoxication des centres cardiaques.

Action du nitrite d'amyle sur la circulation pulmonaire. — Contrairement à l'opinion récemment soutenue par MM. Pic et Petitjean (v. *Gaz. des hôp.*, 1906, n° 13). M. Plumier admet que le nitrite d'amyle provoque une dilatation des vaisseaux pulmonaires.

La docimasie pulmonaire. — Pour MM. Balthazard et Lebrun, la docimasie pulmonaire *hydrostatique* ou *chimique* ne peut donner de renseignements aussi importants que la docimasie pulmonaire *histologique*, qui permet seule d'indiquer avec précision la présence ou l'absence d'air dans les alvéoles pulmonaires.

Histologie pathologique de la syphilis expérimentale du singe dans ses rapports avec le spirochaete pallida. — Pour MM. Levaditi et Manouélian, les spirochètes existent presque constamment dans les lésions primaires des singes anthropomorphes et cathariniens; leur disposition périvasculaire et leur existence au milieu des tissus sclérosés plaident en faveur du rôle actif joué par les spirochètes dans la pathogénie des lésions syphilitiques. Enfin l'extirpation du chancre chez le singe n'empêche pas l'évolution des spirochètes dans les tissus cicatriciels et sa pénétration dans les glandes lymphatiques du voisinage.

Diagnostic du cancer de l'estomac. — M. Mongour (de Bordeaux) a expérimenté le procédé extraordinairement complexe désigné sous le nom d'*épreuve de Salomon* : il conclut que ce procédé infidèle, pénible et dangereux, doit être écarté de la pratique.

Action de l'extrait d'intestin sur la pression artérielle. — D'après MM. Roger et Josué, le liquide obtenu en faisant macérer de l'intestin de lapin vidé de son contenu dans trois fois son poids d'eau salée à 7 p. 100, détermine, quand on l'injecte dans les veines du lapin, un abaissement très marqué de la pression artérielle : 10 centimètres cubes d'extrait, dose souvent mortelle, ont fait baisser la pression de 90 millimètres; 5 centimètres cubes de 50 millimètres; 2 centimètres cubes agissent d'une façon inconstante. La chute se produit une minute environ après le début de l'injection. La pression atteint son minimum au bout d'un temps qui varie d'une à cinq minutes; elle se maintient basse plus on moins longtemps, puis remonte. Au bout de quinze à vingt minutes, elle n'est pas encore revenue à son niveau primitif.

Si on injecte une nouvelle dose, même considérable, 10 centimètres cubes par exemple, à un lapin qui a déjà reçu 6 centimètres cubes et dont la pression commence à remonter, on ne provoquera aucun trouble nouveau, et la courbe continuera son ascension. La première injection empêche donc la deuxième d'agir.

Bien plus, des quantités trop faibles pour modifier la courbe sont cependant capables d'empêcher l'action ultérieure de fortes doses. Par exemple, un lapin reçoit en deux fois 4 centimètres cubes, cinq minutes plus tard on injecte 10 centimètres cubes, puis 5 centimètres cubes, sans que la pression se modifie, alors que le témoin qui reçoit 5 centimètres cubes seulement de la même solution, subit une dépression de 50 millimètres. Les injections répétées d'extrait d'intestin amènent donc très rapidement, en quelques minutes, des modifications de l'organisme telles, que l'injection de fortes doses qui sont extrêmement toxiques et même mortelles, quand on les injecte sans préparation, n'entraîne aucun trouble apparent et ne détermine plus aucune modification de la pression artérielle.

Action de la catalase lorsqu'on varie les concentrations. — M. Iscovesco montre que si on étudie la catalase en variant tantôt la concentration de celle-ci et tantôt celle de H^2O^2, on constate qu'il y a un rapport précis et constant entre le poids de la catalase employée et le poids de H^2O^2 pur décomposé.

Autres communications :

Note sur les nerfs du cœur des invertébrés. — M. Carlson ;

Origine de l'oxyde de carbone contenu dans le sang normal et dans certains sangs pathologiques. — M. Boulud ;

De la présence du glucose dans le liquide d'hydrocèle. — M. Patein ;

Immunisation du lapin et du cobaye contre le charbon et questions relatives à l'immunité anticharbonneuse. — M. Marino ;

Sur la digestion brusque de l'ovalbumine et du sérum sanguin par la papaïne. — MM. Delezenne, Mouton et Pozerski.

ANALYSES

MÉDECINE

Diagnostic précoce de la perforation dans la fièvre typhoïde. (Meakins. *Montreal med. Journ.*, oct. 1905, p. 741.) — La plupart des traités donnent comme symptômes de la perforation des signes qui dépendent uniquement de la péritonite. L'auteur a spécialement étudié à ce point de vue 32 cas de perforation qui se sont produits sur un total de 1230 cas de fièvre typhoïde. Vingt d'entre eux ont été opérés; cinq ont guéri après intervention.

Le début des symptômes de perforation est habituellement soudain. Une *douleur subite* s'observe dans 84 p. 100 des cas. Le plus souvent elle est diffuse ; parfois elle irradie dans une ou plusieurs directions particulières. La *sensibilité à la pression* est constante; c'est un signe précoce très important. La *contracture* a été observée 24 fois ; elle apparaît en moyenne douze heures après les premiers symptômes.

Les signes suivants n'ont qu'une importance de second plan : les *nausées* et les vomissements ont été notés dans 46,8 p. 100 des cas. Les *sueurs* constituent un signe tardif; il en est de même du *hoquet* qui a été observé trois fois. Le *pouls* et la *température* ne sont pas des signes précoces.

Dans 10 cas une accélération de la *respiration* est apparue au bout de trois heures et dans 20 cas au bout de cinq heures. L'aspect du *facies* est un signe infidèle. Il n'en est pas de même de l'arrêt de la respiration « abdominale ».

Le *toucher rectal* peut donner parfois un renseignement précieux en permettant de déterminer un point maximum douloureux à droite, plus rarement à gauche. L'auteur cite à ce propos une observation concluante. La numération des leucocytes est sans valeur comme signe précoce.

En résumé, il est dangereux, pour opérer, d'attendre l'apparition des symptômes de perforation décrits dans les traités. L'exposé qui précède montre l'importance relative qu'on doit attacher aux différents signes. La douleur, même légère, se place au premier plan, puis viennent la sensibilité et la contracture. Les autres signes indiquent des stades plus ou moins avancés de la perforation. Un examen attentif et souvent répété est nécessaire. D'après l'auteur il vaut mieux en cas de doute faire une laparotomie exploratrice que d'opérer trop tard.

A. Housquains.

Un cas de fièvre typhoïde et de rougeole évoluant simultanément. (Morosow et Chatunzew. *Archiv. f. Kinderheilk.*, t. XLII, fascic. 3 et 4, p. 266-273.) — Une petite fille de huit ans et demi, lymphatique, souffrant depuis un à deux jours de céphalée et de malaise, entre, le 17 novembre 1902, à la clinique de Korsakoff. Les jours suivants, elle présente tous les signes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité : roséole, ballonnement du ventre, splénomégalie, diarrhée, signes de bronchite, fièvre continue. La diazo-réaction, pratiquée à ce moment, est nettement positive; le sérum de la malade agglutine les cultures de bacille d'Eberth à 1/40, en un quart d'heure.

Le 24 décembre, apparaît une violente conjonctivite; l'examen de la muqueuse buccale décèle l'existence du signe de Koplik; les roséoles typhiques disparaissent pour faire place à une éruption rubéolique qui, d'abord localisée à l'abdomen et à la poitrine, s'étend les jours suivants à tout le corps, pour s'effacer vers le 27.

A partir du 10 décembre, la température qui était redevenue normale, s'élève de nouveau; le 12, apparaît une éruption roséolique qui, d'abord localisée au ventre, s'étend bientôt à toute la surface du corps; la diarrhée, la splénomégalie et la bronchite reparaissent; le sang, extrait des roséoles, et cultivé sur bouillon et gélose, contient des bacilles d'Eberth; de même, le sang retiré d'une veine. A partir du 19 et jusqu'au 28, la fièvre décroît progressivement, et l'éruption disparaît.

Du 28 décembre 1902 au 19 janvier 1903, l'état général s'améliore, et l'enfant commençait à se lever lorsque, vers le 19 janvier, la température s'élève encore; peu après (24 janvier), survient une troisième éruption roséolique, accompagnée de splénomégalie et de diarrhée. L'urine, examinée à cette période, présentait encore très nettement le phénomène de la diazo-réaction.

Dans ce cas, l'existence d'une fièvre typhoïde n'est pas douteuse ; celle de la rougeole a pour elle la conjonctivite, le signe de Koplik, le fait que l'un des frères de l'enfant était atteint de rougeole, lorsque celui-ci entra à l'hôpital, et cet autre fait que la malade donna, à trois autres enfants, une rougeole typique.

La fièvre typhoïde, dissociée en quelque sorte par l'apparition de la rougeole, continua son cours lorsque celle-ci fut guérie. Elle présenta alors deux rechutes, comme le montrèrent, en plus des signes cliniques, les méthodes bactériologi-

ques et, particulièrement, l'ensemencement sur le milieu de Conradi et Drigalski. La première survint un mois après le début de la fièvre typhoïde, la seconde, vingt-six jours après la première.

Les auteurs insistent sur trois points : la rareté de rechutes aussi éloignées de la maladie principale; la difficulté du diagnostic avec les érythèmes infectieux; le caractère absolument exceptionnel des faits analogues au leur. Des observations comparables ont été publiées par Fischl (*Jahrb. f. Kind.* Bd. XX, p. 213) et Von Simanowitsch (*Eschenedelnaja Klin. Gaseta*, 1882, n° 38).

L. BABONNEIX.

Traité de la syphilis articulaire. (Ch. FOUQUET. Th. de Paris, 1905; Jacques, édit.) — Dans ce travail, M. Ch. Fouquet démontre que les localisations articulaires de la syphilis sont relativement fréquentes. Les unes relèvent de l'hérédo-syphilis, les autres, de la syphilis acquise. Celles-ci comme celles-là sont favorablement influencées par le traitement antisyphilitique. Il est donc de toute nécessité de savoir distinguer les manifestations articulaires de la syphilis des manifestations articulaires d'autre nature, et, particulièrement, de nature tuberculeuse, car nous possédons, contre la syphilis, des moyens d'action énergiques, et d'autant plus actifs qu'ils ont été plus précoces. Un curieux historique, un index bibliographique soigné complètent ce très intéressant ouvrage, dans lequel l'auteur s'affirme comme un syphiligraphe d'avenir.

L. BABONNEIX.

MÉDECINE COLONIALE

Influence des pays chauds sur l'état mental des coloniaux. (ESCANDE DE MESSIÈRES. *Essai sur la psychologie des coloniaux*, imprimerie charentaise, Angoulême.) — Le docteur Escande de Messières, ancien médecin-major des troupes coloniales, vient de publier un essai sur la psychologie des coloniaux.

Il nous montre, dans ces quelques pages, l'action lente et néfaste *du démon thermique*, qui anémie le cerveau du blanc, hypertrophie son foie, sa rate, congestionne son tube digestif et ses reins.

Lentement, mais progressivement, sa belle santé de France s'émiette.

L'insomnie, la fièvre, la chaleur accablante, la pestilence des marigots, l'oisiveté forcée des blockhaus, l'immense désolation de ces régions maudites effritent sa constitution robuste et transforment ces mâles en pleine virilité en de précoces vieillards au teint hâve, ratatinés et « jaunes comme des citrons à moitié vidés ».

L'organisme se déminéralise, le système nerveux s'hyperesthésie, « la conscience se bronze vite au feu de l'Equateur. »

Tous les coloniaux sont plus ou moins atteints : les uns, les mieux trempés, réagissent, s'adaptent à leur nouveau milieu, font taire leurs vieux souvenirs et mettent à profit la minute présente; les autres, les faibles, les rêveurs, esclaves du passé et des habitudes prises, ne peuvent s'accoutumer à cet isolement et tombent dans le marasme et l'ennui.

Chez ces découragés, l'anémie cérébrale va grandissant, exaltant le moi et ses souffrances, hyperesthésiant les désirs sexuels et les passions anormales, hypertrophiant le moi et les prérogatives du grade.

L'intoxication de l'idée est telle que le moindre fait futile prend des proportions gigantesques et devient la source de ces férocités inexplicables du centre africain, de ces meurtres mystérieux dont la brousse garde le secret, de ces révoltes armées, qui ont stupéfié nos calmes cerveaux de France.

D'ailleurs aucune considération n'arrête ces épuisés, ces délirants à l'état de veille et devant l'indignation provoquée par leurs forfaits nous devons pourtant plaider pour eux les causes atténuantes, car ce sont des victimes du climat débilitant des Tropiques, souvent exaltées par l'alcool ou l'opium.

Aussi, pour éviter le retour de faits si fâcheux, il serait grand temps de faire un choix plus sérieux des candidats qui veulent suivre les carrières coloniales. (Le ministre des Colonies vient tout récemment d'entrer dans cette voie.)

L'intégrité morale des coloniaux devrait être à la hauteur d'une santé physique parfaite. Il faudrait leur recommander d'éviter l'oisiveté comme le surmenage, de surveiller leur alimentation et surtout les prémunir contre les dangers de l'alcoolisme et des fumeries d'opium.

Sans scrupules et sans retard, il faut renvoyer dans leurs foyers tous les absinthiques, tous les intoxiqués que le soleil rend fous.

Enfin, comme l'ennui plane sur la tête de tous nos coloniaux, il faudrait préparer nos filles à suivre là-bas nos fils sous ces climats dissolvants que leur présence égayerait.

BONNETTE.

PHYSIOLOGIE

Propriétés inhibitrices et anesthésiques des sels de magnésium. (S. J. MELTZER. *Medical Record*, vol. LXIII, n° 25, 16 déc. 1905, p. 965-967.) — Poursuivant une série de recherches biologiques sur le rôle de l'excitation et de l'inhibition dans la vie, Meltzer a été amené à se demander si l'agent favorisant l'inhibition n'est pas le magnésium, le seul des quatre principuux éléments inorganiques du corps (potassium, sodium, calcium, magnésium) dont les effets n'aientpas encore été étudiés avec précision. Les recherches de cet auteur lui ont démontré que les sels de magnésium ont un pouvoir inhibiteur constant et profond. Dans une série d'expériences, il injecta dans la voie veineuse des solutions de sulfate ou de chlorure de magnésium. Une très petite dose de ces sels suffit pour arêter en quelques secondes la respiration et tous les mouvements du corps. La rapidité d'absorption est un facteur très important. La respiration artificielle parvient à sauver les animaux, mais souvent seulement au bout d'une heure d'efforts. Une solution à 25 p. 100 de sulfate de magnésium ne produit aucune excitation du nerf, mais abolit la conductivité et l'excitabilité nerveuses, tout comme la cocaïne. Le lavage du nerf à l'eau salée physiologique est suivi du retour des fonctions. L'injection sous-cutanée de solutions de sels de magnésium produit chez les animaux, pourvu que la dose ne soit pas trop forte et mortelle, une narcose qui dure de deux à trois heures. Enfin l'injection sous-arachnoïdienne lombaire de sels de magnésium chez les singes a donné uniformément, à la dose de 0,06 grammes de sel par kilogramme d'animal, une anesthésie et une paralysie complètes de la queue et des membres inférieurs, paralysie se produisant en une ou deux minutes. En moins d'une heure, la paralysie remonte, atteint la tête et le cou et alors il semble y avoir paralysie de tout le corps. Les réflexes palpébraux ne sont jamais abolis, il semble y avoir des zones hyperalgésiques autour des oreilles et de la tête, les battements du cœur ne sont pas modifiés, mais la respiration est ralentie. Une dose quatre fois plus forte (0,25 par kilo) fut mortelle. La position horizontale semble hâter la diffusion de l'anesthésie et de la paralysie vers la tête. Il n'y a pas de troubles consécutifs.

Douze malades ont été opérés sous anesthésie due exclusivement ou en majeure partie au sulfate de magnésie. La dose maxima employée chez l'homme fut de 0,02 par kilogramme, ou plus exactement un centimètre cube d'une solution à 25 p. 100 pour 20 livres anglaises (9g 080) d'être vivant. Au début, Meltzer n'espérait pas obtenir un effet complet par suite de la faible dose de sel employé de telle sorte qu'il conseilla l'emploi simultané des anesthésiques. Mais dans les 4 derniers cas, on n'eut pas recours aux anesthésiques généraux. Le meilleur moment pour opérer est de trois à quatre heures après l'injection sous-arachnoïdienne. Ses malades qui n'eurent pas de chloroforme ne ressentirent aucune douleur; l'un d'entre eux où la dose avait été par erreur de 1 centimètre cube de solution à 25 p. 100 pour 16 livres de poids tomba deux heures et demie après l'opération dans une narcose profonde qui dura cinq heures. Le pouls resta bon à 70 ou 80, mais la respiration tomba à 10 par minute. On fit une ponction lombaire, on laissa s'écouler une certaine quantité de liquide, on fit des irrigations à la solution salée physiologique et la respiration redevint rapidement normale. Les malades qui reçurent du chloroforme en reçurent une quantité beaucoup moindre que celle qui aurait été nécessaire d'emblée, et cependant le sommeil se prolongea beaucoup plus qu'à l'ordinaire après l'opération. Dans un cas désespéré de tétanos, après échec de 115 centimètres cubes de sérum antitétanique, une première injection de sulfate de magnésium donna un grand soulagement pour trente-six heures et quelques autres injections amenèrent la guérison. F. GARDNER.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (1)

Rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit soumis à l'Académie par MM. les docteurs C. Jacobs, agrégé à l'Université, et V. Geets, assistant à l'Institut Sainte-Anne, à Bruxelles, intitulé : *Thérapeutique anticancéreuse par inoculations de vaccins bactériens* (M. Van Ermengem, rapporteur) :

« Entièrement ralliés à la théorie des opsonines, soutenue par A. E. Wright, les auteurs de ce mémoire ont adapté à l'objet spécial de leurs recherches les vues doctrinales et les procédés techniques du bactériologiste anglais.

Comme lui, ils croient à l'importance d'une administration méthodique de ces produits thérapeutiques, à action si subtile, que constituent les vaccins microbiens. Ils insistent aussi sur l'obligation de ne jamais s'en servir en aveugle, de régler leur administration d'après les résultats du dosage des opsonines. Ils ont également constaté que le taux des opsonines descend sous la normale dans certaines infections, notamment chez les malades atteints de staphylococcie ou de tuberculose.

Il en serait de même dans la cachexie cancéreuse, lorsqu'on détermine le pouvoir opsonique par rapport au microbe de Doyen, le *M. neoformans*. La diminution constante des opsonines chez les cancéreux serait la conséquence même de l'envahissement de l'organisme par ce microbe; elle tendrait à prouver que le microcoque en question joue un « rôle primordial » dans le développement des néoplasmes de mauvaise nature.

En faveur de ce rôle, MM. Jacobs et Geets invoquent, en outre, la présence fréquente du *M. neoformans* dans les tissus cancéreux. Ils l'ont rencontré dans 90 p. 100 des cas. De plus, ils assurent avoir provoqué des lésions de cancer au moins trente fois sur cent en inoculant ses cultures à des souris et à des rats blancs. Mais ils ne fournissent, malheureusement, aucun détail au sujet de leurs expériences.

Après avoir constaté que le sérum anticancéreux de Doyen n'a aucune valeur thérapeutique et ne contient aucun des anticorps qu'on devrait y rencontrer, puisqu'il a été obtenu par des injections de *M. neoformans* au cheval, ils font connaître les raisons de leur préférence pour l'emploi d'une méthode d'immunisation active. Leur vaccin, constitué par des cultures riches en éléments microbiens tués à 60 degrés et dosés par une méthode de numération empruntée à M. Wright, doit être administré sous le contrôle continuel d'un dosage des opsonines, si l'on veut en obtenir de bons résultats et éviter de graves accidents.

A la suite de la vaccination, on voit, dans les cas favorables, l'index opsonique se relever en même temps que l'état général et local s'améliore. Dans les cas défavorables, cet index reste stationnaire et la cachexie devient irrémédiable.

Lorsque l'infiltration au voisinage des foyers cancéreux a disparu, MM. Jacobs et Geets conseillent d'enlever les néoplasmes afin d'éviter la toxémie que leur histolyse ne pourrait manquer de provoquer.

Il n'est pas besoin de faire ressortir tout ce que la partie doctrinale et expérimentale du travail de MM. Jacobs et Geets renferme d'hypothèses et de questions litigieuses. *Ils doivent convenir eux-mêmes que la démonstration péremptoire du rôle pathogénique du microbe de Doyen n'a pas été faite. Il est certain, d'autre part, que la théorie de Wright et ses applications pratiques ont encore besoin d'être contrôlées et confirmées à plus d'un point de vue.*

Les observations cliniques, rapportées dans le mémoire, ne sont pas faites, non plus, pour entraîner la conviction que la vaccination anticancéreuse jouit d'une réelle efficacité. Elles sont au nombre de cinq, choisies parmi les plus typiques, dans un total de 46 cas traités. Aucun détail n'étant fourni sur 41 de ces cas, ces derniers restent forcément en dehors de toute appréciation comme de toute critique.

Les deux premiers cas, rapportés avec détails, n'ont nullement été améliorés par la vaccination. Un cas de cancer du rectum a paru très avantageusement influencé; mais comme les accalmies, les régressions apparentes, sans aucune intervention spéciale, s'observent souvent dans cette affection, il n'est pas permis d'y voir une preuve suffisante de la valeur spécifique du traitement. Un autre cas concerne un cancer du corps de l'utérus, jugé inopérable. Après trois inoculations, on put procéder à l'enlèvement de l'organe, et il n'y a pas eu de récidive depuis sept mois. Ce cas ne paraît guère probant, les observations de cancers du corps utérin restés guéris après opération n'étant pas très rares.

La dernière observation est celle d'un cas de myxo-sarcome généralisé du péritoine chez une personne relativement jeune, âgée de trente-quatre ans. Après enlèvement des masses néoplasiques, l'état cachectique de la malade s'est amélioré rapidement, lorsqu'on lui eut fait plusieurs inoculations de vaccin, et les tumeurs ont beaucoup diminué de volume. Mais on sait combien est grande l'analogie entre le myxo-sarcome diffus

(1) Les *Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique* nous apportent aujourd'hui le rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le mémoire de MM. Jacobs et Geets, sur le *Traitement du cancer*, mémoire dont tous les journaux politiques ont parlé il y a quelques jours.

Nous reproduisons ce rapport textuellement et sans commentaires.

du péritoine et la forme dite néoplasique de la *tuberculose péritonéale*. On doit se demander si, dans ce cas, le seul qui pourrait avoir une valeur démonstrative, le diagnostic de cancer est bien à l'abri de toute contestation.

Les rapporteurs évitent donc de se prononcer sur l'efficacité de la méthode préconisée par MM. Jacobs et Geets. *Ils considèrent les faits invoqués en sa favenr comme ne réunissant pas les caractères requis pour constituer les éléments d'une démonstration rigoureuse.*

Cependant, désireux de ne pas décourager, par un scepticisme systématique, les efforts faits pour combattre un mal aussi désespérant que la cachexie cancéreuse, et croyant qu'il est utile de permettre au public médical de juger, en connaissance de cause, la valeur théorique et pratique de la nouvelle méthode, les rapporteurs proposent l'impression du mémoire de MM. Jacobs et Geets. »

SUITE DES SOMMAIRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 4, 25 janv. 1906.) Bordet : La valeur de la sérothérapie d'après les recherches récentes sur l'immunité. — Rouffart et Walvarens : A propos de la narcose scopolamique. Etude de 65 observations personnelles (*fin*). — (N° 5, 1er fév.) Hoton : Un procédé d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — (N° 6, 8 fév.) Richard Blumenthal : Etudes d'hématologie clinique. Méthodes, valeur et avenir de l'examen du sang.

Marseille médical. — (N° 2, 15 janv. 1906.) Oddo et Achard : Troubles trophiques d'origine syringomyélique. — Vallette et Mollaret : Un cas de rétrécissement congénital de l'aorte chez un nourrisson. — (N° 3, 1er fév.) Alezais : Dédoublement de la corde vocale inférieure. — Raybaud : Méningite tuberculeuse avec hémiplégie précoce chez un enfant.

Montpellier médical. — (N° 2, 14 janv. 1906.) Forgue : La technique de notre procédé antéfuniculaire de cure radicale de la hernie inguinale (procédé de Bassini modifié). — Jeanbrau : Le tétanos et les accidents du travail. — (N° 3, 21 janv.) Virès : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies (*suite*). — (N° 4, 28 janv.) Forgue : Valeur de l'examen du sang en chirurgie chez les cancéreux. — Granel et Rouquier : Observation de faisceaux musculaires surnuméraires sur la face dorsale de la main. — (N° 5, 4 fév.) Rauzier : Traitement de l'hémoptysie.

Pédiâtrie pratique. — (N° 2, 15 janv. 1906.) Berruyer : Luxation congénitale de la hanche et coxalgie au début chez les jeunes enfants : diagnostic différentiel. — Solon Verras : Sur un cas d'imperforation du rectum. — Cazal : Néphrite aiguë consécutive à l'impetigo pédiculaire. — Gomot : Quelques cas de laryngite striduleuse avec tirage persistant simulant le croup.

Revue médicale de l'Est. — N° 2, 15 janv. 1906.) Hergott : Du nanisme en obstétrique. — Michel : Deux nouveaux cas de fracture du larynx.

Semaine gynécologique. — (N° 3, 16 janv. 1906.) Paul Petit : Diagnostic du début de l'épithéliome utérin et particulièrement de l'exulcération épithéliomateuse de la surface vaginale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 26 février au 3 mars 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 28 février, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pinard, Legueu et Branca ; — (2e série) : MM. Reclus, Lepage et Cunéo ; — (3e série) : MM. Segond, Retterer et Wallich ; — (4e série) : MM. Tuffier, Sébileau et Potocki ; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Laënnec* : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Legry et Marcel Labbé ; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 1er mars, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Guyon, Bonnaire et Launois ; — (2e série) : MM. Berger, Thiéry et Brindeau ; — (3e série) : MM. Poirier, Ribemont-Dessaignes et Marion ; — (4e série) : MM. Bar, Hartmann et Rieffel ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Thiroloix et Guiart ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 2 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Sébileau et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Potocki et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Brissaud et Macaigne.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu ; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Gosset ; — M. Claude, suppléant.

Samedi 3 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Le Dentu, Bar et Launois ; — (2e série) : MM. Poirier, Bonnaire et Morestin.

4e : MM. Raymond, Chantemesse et Vaquez ; — M. Carnot, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Méry et Gouget ; — (2e série) : MM. Troisier, Jeanselme et Bezançon ; — M. Auvray, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Ribemont-Dessaignes et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 28 février 1906, à une heure. — M. G. de Saunais de Guermarquer. Appendicite parasitaire. (MM. Blanchard, président ; Gaucher, Teissier et Richaud.) — M. Kahan. De l'alimentation par les décoctions végétales dans les gastroentérites infantiles. (MM. Gaucher, président ; Blanchard, Teissier et Richaud.) — M. Isautier. Ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus. (MM. Kirmisson, président ; Roger, Mauclaire et Macaigne.) — M. Touze. L'appendicectomie préventive, méthode de Longuet. (MM. Roger, président ; Kirmisson, Mauclaire et Macaigne.)

Jeudi 1er mars 1906, à une heure. — M. Ehringer. Contribution à l'étude des péritonites à pneumocoques et à streptocoques primitives. (MM. Dieulafoy, président ; Le Dentu, Pozzi et Renon.) — M. Lequeux. Etiologie et pathogénie des hémorragies graves du nouveau-né. (MM. Pozzi, président ; Dieulafoy, Le Dentu et Maygrier.) — M. Binet. Des luxations ouvertes de l'articulation du coude. (MM. Le Dentu, président ; Dieulafoy, Pozzi et Renon.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 22. — JEUDI 22 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 22 FÉVRIER 1906. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 20 février 1906 : MM. Chenot et Garbon, 12; Bénard (Henri) et Olivier, 11; Debré, 10; Mallein, 8; Haller et Queuille, 7; Bax, 5; Gauduchon et Vermorel, 4.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 22 février, à quatre heures trois quarts, à l'Hôtel-Dieu.

Pathologie. — Séance du 20 février 1906 : MM. Boudet, 12; Bailly et Houdard, 10; Guggenheim, 9; Boyé, Duval, Schaeffer et Stern, 8; Mock, 7; Fortin, 5.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 22 février, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

Une épreuve écrite supplémentaire pour 3 candidats, MM. Léger, Giraud et Galippe, aura lieu le jeudi 22 février, à midi, à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Gervais de Rouville, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique gynécologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Platon, chargé de cours de clinique chirurgicale infantile, est chargé du cours de gynécologie. — M. Brun, chirurgien des hôpitaux, est chargé du cours de clinique chirurgicale infantile.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — CONFÉRENCES PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRÉPARATOIRE AU TROISIÈME EXAMEN DE DOCTORAT. — Sous la direction de M. Pierre Sebileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de douze conférences pratiques d'anatomie pathologique, en vue de la préparation des élèves à la deuxième partie du troisième examen sera faite par le docteur Pautrier, sous-chef du laboratoire, *à partir du 28 février 1906*. Chaque conférence sera suivie d'un exercice pratique et d'une reconnaissance des coupes. Le cours est ouvert à tous les étudiants en médecine. Le nombre des places est limité. Se faire inscrire à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — Première conférence : Prélèvement des pièces; technique et indications de la biopsie; les services qu'elle rend; sang normal; technique d'un examen du sang.

Deuxième conférence : Sang à l'état pathologique; notions de diagnostic et de pronostic fournies par l'examen du sang.

Troisième conférence : Examen des liquides organiques; cytodiagnostic; ponction lombaire : sa technique, sa signification diagnostique.

Quatrième conférence : Processus généraux; inflammation et sa valeur; inflammations aiguës et nodulaires chroniques; anatomie pathologique générale de la tuberculose et de la syphilis; cellules géantes; gommes.

Cinquième conférence : Processus de dégénérescence; tuméfaction trouble; dégénérescences hyaline, amyloïde, etc.; nécrose, gangrène; processus de sclérose.

Sixième et septième conférences : Tumeurs (épithélioma sarcome); différents types de néoplasmes.

Huitième conférence : Lésions du système vasculaire et lymphatique : myocardites, artérites, phlébites; lésions des ganglions et de la rate.

Neuvième conférence : Anatomie pathologique générale du système respiratoire; lésions des bronches et du poumon; pneumonie; tuberculose pulmonaire.

Dixième conférence : Anatomie pathologique du tube digestif; cancer, tuberculose, syphilis de la langue; ulcère, cancer de l'estomac et de l'intestin; appendicite; lésions du foie : cirrhoses, foie cardiaque.

Onzième conférence : Néphrites; anatomie pathologique du rein, du testicule, des ovaires, des trompes, de l'utérus.

Douzième conférence : Anatomie pathologique générale du système nerveux; myélites, paralysie générale, tabès.

Une séance supplémentaire sera réservée à la technique d'une autopsie.

(*Voir la suite, p. 260.*)

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

SUR QUELQUES VARIÉTÉS DE VOMISSEMENTS HYSTÉRIQUES

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Nature des vomissements hystériques et leurs caractères distinctifs.
Vomissements incoercibles hystériques chez les enfants.
Vomissements de la grossesse.
Vomissements incoercibles aérophagiques.

Nous avons déjà signalé dans un article précédent combien fréquente était l'association des troubles organiques et des accidents hystériques dans le domaine de la pathologie gastro-intestinale. Cette relation n'est nulle part plus manifeste que dans l'étiologie des vomissements hystériques.

Chez un malade présentant les désordres psychiques qui caractérisent l'hystérie, tout vomissement lié à une lésion ou à un trouble fonctionnel de l'estomac, pourvu qu'il se répète avec quelque fréquence, peut revêtir les caractères des vomissements hystériques et persister indéfiniment lorsque la maladie primitive est guérie, ou d'une façon générale lorsque la cause réelle a disparu. Rien n'est plus banal que de voir ces vomissements survenir à la suite d'une ulcération stomacale, d'une gastrite alcoolique, ou s'associer aux digestions longues et pénibles qui révèlent l'atonie et la dilatation de l'estomac chez les inanitiés et chez les nerveux. Ils peuvent compliquer les paroxysmes douloureux liés à l'existence des ptoses gastro-intestinales, enfin ils peuvent s'installer à la suite des vomissements, normaux pour ainsi dire, du début d'une grossesse et dans ce dernier cas une série de circonstances morales favorise leur développement.

Nous ne prétendons pas que, dans certains cas, les vomissements hystériques ne puissent relever uniquement de causes morales. Nous avons vu des vomissements hystériques apparaître chez un jeune soldat, à la suite de régurgitations volontaires continuelles qu'il s'était imposées pour se faire réformer; nous avons soigné des vomissements incoercibles hystériques, chez un mari impressionnable, qui imitait sans le savoir les nausées de sa jeune femme enceinte, ou chez des petites filles suggestionnées par l'exemple de leur mère atteinte de troubles dyspeptiques avec vomissements. Parfois aussi la cause première nous échappe : sans raison reconnue ou avouée le malade présente brusquement des vomissements, fréquents d'abord, puis incoercibles.

Mais ces faits sont relativement exceptionnels, et dans la majorité des cas on peut trouver un désordre gastrique primitif, parfois léger il est vrai, qui a servi de point d'appel à la névrose et qui explique pourquoi l'hystérie du malade se traduit seulement par des vomissements incoercibles.

Quelle que soit d'ailleurs leur origine, les vomissements hystériques révèlent par leurs symptômes essentiels les caractères de l'état mental hystérique que nous avons définis dans les articles précédents.

Une fois installés, les vomissements hystériques sont *persistants* et se répètent tous les jours pendant de longues périodes, pendant des mois ou des années. L'insuffisance du pouvoir inhibiteur volontaire explique la ténacité de cet accident. Le malade ne peut ou ne sait pas faire l'effort volontaire nécessaire et les vomissements persistent au même titre que les contractures. Il suffit pourtant de réveiller la volonté endormie, par une menace, ou par une contrainte comme l'isolement absolu, pour que les vomissements incoercibles s'arrêtent aussitôt.

Ces vomissements se produisent presque *régulièrement* après chaque repas, en général peu de temps après le repas, et sans que le malade ressente ni douleur, ni parfois de nausées. L'acte de manger rappelle l'autosuggestion morbide et le vomissement se produit. Toutefois chez les hystériques inanitiés par exemple, il n'est pas rare de voir survenir à jeun des vomissements nauséeux.

La *rapidité* du vomissement après le repas est encore un bon signe de diagnostic, sur lequel insiste avec raison P. Cohnheim. On ne voit guère de vomissements aussi rapprochés du repas que dans certaines formes d'ulcère. Encore faut-il reconnaître que le vomissement est alors précédé de douleurs intenses.

La *facilité* du vomissement est un symptôme aussi important. Les nausées sont souvent absentes et les aliments reviennent à la bouche sans effort. Rien n'est plus fréquent que de voir le malade sortir de table un instant, rejeter une partie du contenu gastrique, puis revenir aussitôt continuer de bel appétit un repas qui n'est plus en général vomi.

L'aisance avec laquelle ces malades rejettent ainsi leurs aliments, peut tenir dans une certaine mesure à l'habitude, mais nous pensons que cette facilité relève pour une part de l'action extraordinaire de l'idée sur l'organisme de ces malades, comme nous l'avons établi dans un article antérieur. Les hystériques vomissent sous la seule idée du vomissement, de même que l'on peut à volonté, chez certaines d'entre elles, provoquer de la diarrhée ou de la constipation, par suggestion verbale ou par une vigoureuse affirmation. La malléabilité de ces malades est extrême. C'est peut-être la différence la plus nette qui existe entre les hystériques et les neurasthéniques. Il y a des neurasthéniques qui, pour des motifs hypocondriaques variés, éprouvent le besoin de vider périodiquement leur estomac; ils n'y arrivent qu'avec peine en titillant leur luette avec leurs doigts ou en se lavant l'estomac. Ils n'ont pas, comme les hystériques, la possibilité de vomir à volonté dès que l'idée du vomissement se présente à leur esprit.

Aux quatre signes précédents, persistance, régularité, rapidité et facilité de vomissement, on peut ajouter un autre caractère que l'on note assez souvent, le *bon état général* du malade malgré des vomissements répétés et incessants. Cette conservation de la santé n'existe pas toujours, nous devons le dire, et chez certains malades les vomissements incoercibles peuvent entraîner un état cachectique qui

peut mettre leurs jours en danger. Mais les faits assez nombreux où l'on observe une mine prospère malgré des troubles en apparence effrayants, est une des raisons qui autrefois avaient conduit certains auteurs à reconnaître aux hystériques une nutrition particulière leur permettant de vivre sans manger. En réalité, Gilles de la Tourette l'a bien montré, la santé de ces malades se maintient surtout parce que les vomissements sont toujours partiels. Les malades ne rejettent qu'une partie des aliments ingérés.

Comme nous l'avons dit plus haut, les vomissements hystériques s'observent dans les conditions les plus variées, mais il est quelques types morbides, dont le diagnostic est particulièrement délicat et que nous voulons signaler ici.

Les vomissements hystériques incoercibles peuvent s'observer assez souvent chez les enfants très jeunes. Nous avons eu l'occasion de soigner une petite fille, âgée de cinq ans, et qui présentait des vomissements hystériques nets après avoir passé quelques mois auprès d'une tante, atteinte de cancer de l'estomac et vomissant une partie de la journée. Par imitation elle avait contracté l'habitude de rejeter après chaque repas ses aliments. A priori on ne songeait nullement à l'hystérie, mais le traitement donna la preuve de la nature psychique de la maladie. Une bonne douche administrée chaque fois que cette petite nerveuse avait vomi, fit cesser instantanément des vomissements rebelles à toute autre médication. Dans les semaines qui suivirent elle eut quelques tentatives de vomissement, mais la menace de la douche suffit à les réprimer.

Plus souvent qu'on ne le pense, les vomissements incoercibles, chez l'enfant, peuvent tenir à une simulation plus ou moins consciente. Un petit garçon âgé d'une dizaine d'années, que nous avons eu l'occasion de soigner, avait des vomissements qui effrayaient fort sa mère chaque fois qu'on le remettait au collège. On accusait la nourriture de l'établissement, mais malgré toutes les modifications apportées à son régime alimentaire, l'enfant vomissait toujours tant qu'il n'était pas revenu auprès de ses parents. La peur de la sonde gastrique suffit à le guérir en quelques jours.

Les vomissements incoercibles qui apparaissent ainsi chez les enfants peuvent, s'ils sont mal soignés, persister presque indéfiniment. Nous venons de voir une jeune fille âgée de dix-huit ans, atteinte de vomissements incoercibles depuis l'âge de sept ans. Sauf de courtes périodes d'amélioration, elle a vomi pour ainsi dire après chaque repas. Quelques semaines d'isolement suffiront vraisemblablement à la guérir complètement; et la peur de revenir à l'isolement maintiendra la guérison.

Les vomissements incoercibles de la grossesse sont souvent de nature hystérique. Pendant les premiers mois, presque toutes les femmes enceintes ont des nausées et des vomissements espacés qui paraissent tenir à un développement progressif de l'utérus ou à quelque état d'intoxication mal défini. Mais souvent des conditions morales toutes particulières donnent à ces vomissements une allure plus grave. Les attentions multiples de l'entourage, les précautions prises contre le vomissement, les mines des convives au début du repas et au moindre malaise, agissent comme autant de suggestions puissantes. Il n'en faut pas plus pour graver dans l'esprit d'une jeune malade prédisposée l'idée de la nécessité du vomissement pour ainsi dire. C'est dans ces conditions que nous avons vu se développer les vomissements incoercibles de la grossesse, qui ont parfois une évolution si grave. Chez ces malades on n'observe pas habituellement la persistance d'un bon état général que nous avons signalée comme un caractère des vomissements hystériques dans certains cas.

Il se peut que tous les vomissements incoercibles de la grossesse ne relèvent pas de ce mécanisme, et que dans certains cas ils tiennent à une auto-intoxication profonde, ou à une insuffisance du foie. Mais nous ne connaissons aucun signe qui permette de distinguer cette forme, des vomissements incoercibles névropathiques. Le résultat du traitement pourrait seul les séparer. Jusqu'à présent, chaque fois que nous avons pu traiter par l'isolement strict une malade enceinte et atteinte de vomissements incoercibles, nous avons vu les accidents cesser très rapidement. Tout récemment encore nous recevions à l'hôpital une jeune femme qui à l'occasion d'une première grossesse présentait depuis deux mois des vomissements incessants, elle avait maigri rapidement, et chaque semaine perdait plus d'un kilogramme. Isolée, mise au lit, séparée de sa famille et de son mari, la malade put en vingt-quatre heures arrêter les vomissements et sortit guérie au bout de deux semaines.

La quantité d'aliments rejetés à chaque vomissement est très variable. Certains malades vomissent tout ou presque tout leur repas d'un seul coup, d'autres au contraire n'évacuent les aliments que par gorgées successives. Ces *régurgitations incoercibles* constituent un type de vomissement hystérique; elles en présentent tous les caractères et relèvent du même traitement. Elles établissent une transition entre les vomissements hystériques et le mérycisme. De ces régurgitations incoercibles se rapproche une dernière variété peu connue de vomissements hystériques, les *vomissements aérophagiques*, bien décrits par Bouveret. Certains malades, atteints du tic aérophagique, à force de déglutir de l'air et de le rejeter, parviennent à vider partiellement leur estomac. Il est probable que dans certaines formes d'aérophagie l'air est introduit dans l'estomac par une inspiration, la glotte restant fermée, ce qui dilate brusquement l'œsophage. Par suite du vide relatif créé dans l'œsophage, les aliments peuvent être aspirés en quelque sorte. Quoi qu'il en soit, dans le mouvement d'expulsion de l'air, le malade rejette une petite quantité des aliments contenus dans l'estomac, et par régurgitations successives, il parvient à évacuer une bonne partie du contenu gastrique. Cet accident s'observe souvent chez les hystériques,

mais il ne relève pas exclusivement des désordres psychiques de ces malades, car il peut aussi se voir chez des névropathes atteints d'aérophagie et sans aucun stigmate de la névrose. C'est à cette dernière variété qu'appartient le malade dont voici l'observation.

Dernièrement, à la consultation de l'hôpital Andral, on nous amenait un homme âgé de soixante ans, amaigri, et qui depuis trois ou quatre mois vomissait tous ses repas; l'aspect cachectique du malade, son âge, l'histoire même de l'affection, indiquait plutôt l'existence d'un néoplasme. Mais à l'examen, un premier fait frappait l'attention, c'était l'existence d'un tympanisme gastrique, comme on l'observe souvent dans l'aérophagie. Ce signe, l'existence de quelques déglutitions d'air réflexes, lorsqu'on comprimait le plexus solaire, éveillait l'idée de vomissement aérophagique et en effet l'examen du malade le lendemain, après un repas copieux, confirmait ce diagnostic. Le malade avait des mouvements incessants de déglutition d'air : par l'auscultation on entendait l'air pénétrer régulièrement dans l'estomac. De temps en temps une éructation profonde se produisait, vidant l'estomac de l'air qu'il contenait et d'une partie des aliments. Le traitement était des plus faciles une fois la nature de la maladie bien déterminée. Un gros bouchon, mis entre les dents du malade de façon à maintenir la bouche ouverte, empêchait la déglutition d'air et par suite arrêtait tous vomissements. Cette simple démonstration suffisait; très rapidement, le malade a appris à résister à son tic d'aérophagie.

Nous avons eu l'occasion d'observer souvent des accidents semblables, chez des hystériques. La seule différence c'est que parfois ces malades sont moins dociles et moins sensibles aux procédés de démonstration. Souvent il ne suffit pas de leur expliquer le mécanisme de l'aérophagie, il faut encore user de l'intimidation ou de tel autre procédé psychothérapique, pour arrêter les déglutitions d'air continuelles, en quelque mesure subconscientes et involontaires.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU CORYZA SIMPLE DES NOUVEAU-NÉS

Cette affection débute souvent peu de temps après la naissance et est assez tenace. La sécrétion muco-purulente, surtout pendant la nuit, se concrète, forme même des croûtes qui obstruent les méats si étroits à cet âge. Le ronflement nocturne est tres marqué; le jour, les enfants gardent la bouche ouverte et sont très gênés pour têter : ils lâchent le sein : la croissance même peut être temporairement ralentie quoique moins troublée que par les végétations adénoïdes. On conseille généralement d'introduire dans les narines matin et soir un fragment de :

Vaseline	20 grammes.
Menthol	0gr10

Mais il est préférable de faire usage de l'huile mentholée au même titre.

M. Variot (1) donne la préférence aux instillations matin et soir dans les narines avec :

Glycérine bien stérilisée	30 grammes.
Acide borique	1 —

Cette mixture bactéricide a l'avantage de ramollir les concrétions muco-purulentes. La guérison par son usage est rapide.

Les injections aqueuses sont contre-indiquées.

Les inhalations de vapeurs d'eucalyptus rendent des services.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1906)

Le sérum antidysentérique. — MM. VAILLARD et DOPTER, après des considérations générales sur la nature étiologique de la dysenterie, où ils rappellent la distinction établie entre la dysenterie amibienne et la dysenterie bacillaire, communiquent les résultats qu'ils ont obtenus à l'aide d'un sérum antidysentérique, préparé par eux à l'Institut Pasteur. Les effets de ce sérum ne visent que la dysenterie bacillaire.

Ce sérum antidysentérique a été obtenu à la suite d'injections faites au cheval, sous la peau, et dans les veines, à l'aide de cultures vivantes de bacille dysentérique et de toxine.

Etudié expérimentalement sur le lapin, il a manifesté des propriétés préventives, dont la durée n'excède pas huit à dix jours, ainsi qu'un pouvoir curatif.

Appliqué à la thérapeutique humaine, dans 96 cas de gravité différente où seul il a été utilisé pour le traitement, son efficacité s'est montrée de la façon suivante :

1° Action presque immédiate sur tous les symptômes locaux et généraux de la dysenterie. Les coliques, le ténesme, les épreintes diminuent d'intensité et disparaissent complètement vingt-quatre heures après l'injection de sérum. Parallèlement les selles perdent le caractère dysentérique pour devenir fécaloïdes et se réduire à une selle par jour. L'état général est de même favorablement influencé.

2° Rapidité de la guérison. Chez tous les sujets soumis au sérum la durée de la maladie a été très réduite : la guérison est survenue après deux à trois jours dans les cas moyens, trois à quatre jours dans les cas sévères et quatre à six jours dans les formes graves. Sur quatre malades considérés comme voués à une mort prochaine, trois ont guéri après huit, onze et vingt jours; le quatrième a succombé au treizième jour.

La convalescence habituellement longue et pénible est rendue plus courte et facile;

Enfin, certains malades soumis tout d'abord aux traitements traditionnels, et n'étant pas amendés par ces derniers ont reçu, après plusieurs jours, les injections de sérum. Le résultat n'a pas tardé à se manifester et, dès le lendemain, les symptômes ont rétrocédé pour prendre fin à bref délai. Le contraste a été frappant.

Le sérum antidysentérique agit d'autant mieux qu'il a été injecté tout au début de l'affection. Il influence, cependant, très favorablement les atteintes prolongées.

Vingt centimètres cubes de sérum sont suffisants dans les formes moyennes; 30 centimètres cubes dans les formes sévères; 40 à 60 centimètres cubes d'emblée sont nécessaires dans

(1) *Clinique infantile*, 1905, p. 128.

les formes graves; si, le lendemain, la détente n'est pas jugée suffisante, de nouvelles doses doivent être réinjectées. Dans les formes extrêmement graves, il ne faut pas hésiter à injecter, dès le premier jour, 80, 90 et 100 centimètres cubes, et à répéter les injections les jours suivants.

Le sérum antidysentérique constitue, en réalité, le seul traitement spécifique de la dysenterie bacillaire. Il est incomparablement supérieur, en efficacité, à tous les autres traitements habituellement employés.

Lait et tuberculose. — MM. Calmette et Breton font une communication de la plus haute importance dans laquelle ils établissent que chez les cobayes infestés de tuberculose soit par les voies digestives naturelles, soit par injection intra-péritonéale, l'ingestion répétée de petites quantités de bacilles tuberculeux tués par l'ébullition hâte considérablement la mort, comme le ferait l'injection répétée de petites doses de tuberculine.

Chez les cobayes sains, l'ingestion répétée de bacilles tuberculeux tués par l'ébullition n'est pas inoffensive et produit parfois des désordres absolument semblables à ceux que l'on observe lorsqu'on fait ingérer, à peu de jours d'intervalle, plusieurs petites doses successives de tuberculine à des animaux non tuberculeux.

Des expériences actuellement en cours, faites en collaboration avec C. Guérin sur les grands animaux (bovidés et chèvres), montreront bientôt si ces conclusions doivent être étendues à d'autres espèces animales sensibles à l'infection tuberculeuse.

Mais, dès maintenant, il convient d'appeler l'attention des médecins et des hygiénistes sur ce fait que l'ingestion de produits tuberculeux, même stérilisés par la chaleur, peut être très dangereuse pour les sujets déjà infectés de tuberculose, et peut ne pas être inoffensive pour les sujets indemnes de cette maladie. On devrait donc proscrire de l'alimentation de l'homme, le lait, même stérilisé, provenant de vaches tuberculeuses, la stérilisation par la chaleur ne suffisant pas à enlever à ce lait toute nocuité. On devrait surtout éviter d'une manière absolue de nourrir des enfants et des sujets adultes, déjà tuberculeux, avec les laits même stérilisés, provenant de vaches suspectes ou tuberculeuses.

Il est éminemment désirable que la connaissance de ces faits nouveaux décide les pouvoirs publics à édicter des mesures tendant à astreindre les producteurs de lait destiné à la vente à une surveillance rigoureuse de leurs étables et les obligeant à soumettre périodiquement tous les animaux à l'épreuve de la tuberculine par les soins des vétérinaires sanitaires.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde. — M. Raoul Brunon a employé le sérum antityphique de Chantemesse dans le traitement de 100 enfants atteints de fièvre typhoïde.

Voici les conclusions auxquelles il a été amené.

« 1° Dans le service des enfants de l'hospice général de Rouen, la mortalité par fièvre typhoïde était de 17 p. 100 avec le traitement des bains. Elle est tombée à 3 p. 100 avec le traitement par le sérum et les bains.

2° Tous les malades traités dès la première semaine ont guéri.

Ceux qui sont morts avaient été injectés tardivement : quinzième, seizième, trente-huitième jour.

3° L'injection de sérum divise la marche de la maladie en deux périodes. L'injection est suivie d'une courte période de réaction à laquelle fait suite la période de défervescence.

Dans tous les cas injectés près du début, la durée de la maladie a été diminuée, la marche a été normale sans complications.

Enfin, sur 100 cas, les complications graves ont été rares. Chez la moitié des malades l'urine contenait au moment de l'entrée 0,10 à 0,40 centigrammes d'albumine. Dans aucun cas l'albumine n'a augmenté après l'injection de sérum.

5° D'après les cas observés par nous pendant une période de deux ans et demi, le sérum de Chantemesse a modifié la physionomie classique de la fièvre typhoïde, atténué la maladie dans son ensemble, diminué la durée, diminué les risques de complications et abaissé considérablement le taux de la mortalité. »

La mortalité par la tuberculose. — La discussion reste ouverte et continuera très vraisemblablement longtemps encore.

M. Pinard n'est pas partisan de la déclaration obligatoire, qui soulèverait contre l'Académie tous les praticiens. Ce qu'il faut, c'est armer le médecin et lui donner le droit d'ordonner la désinfection quand il la jugera nécessaire.

Il n'y a pas eu de loi pour faire entrer l'asepsie et l'antisepsie dans la pratique courante, il faudrait qu'il en fût de même pour la désinfection.

Puisqu'on parle de modifier la liste des maladies soumises à la désinfection, M. Pinard demande qu'on y ajoute la coqueluche.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ANNULATION D'UN DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE SUR LA PLAINTE D'UN SYNDICAT PROFESSIONNEL

Un sieur X... s'était fait dispenser, grâce à des certificats inexacts, de la scolarité exigée par la loi de 1892 sur l'exercice de l'art dentaire et avait donc été admis irrégulièrement à passer ses examens de chirurgien-dentiste devant la Faculté de Paris.

Au cours des examens auxquels il se présenta une plainte fut adressée par le Syndicat des dentistes de France au vice-recteur de l'Académie de Paris.

Cette plainte, instruite régulièrement, fut rejetée par le conseil de l'Université parce que « les examens qui conduisent à l'obtention des grades et diplômes sont des actes d'administration scolaire et intérieure qui ne confèrent aux candidats aucun droit définitif, puisque c'est le ministre seul qui délivre le diplôme ». Le conseil ajoutait d'ailleurs qu'un pareil pourvoi n'est ouvert qu'aux recteurs d'une part et d'autre part aux candidats et aux concurrents.

Le sieur X... put donc continuer à passer ses examens et obtint du ministre le diplôme de chirurgien-dentiste.

Le Syndicat déféra alors au Conseil d'Etat la décision du conseil supérieur et la décision du ministre relativement au diplôme.

Le Conseil d'Etat vient de déclarer que c'est à tort que X... a été admis à passer ses examens, que la délivrance du diplôme était irrégulière. L'acte ministériel conférant ce diplôme a donc été annulé.

C'est la première fois, croyons-nous, que le Conseil d'Etat est appelé à se prononcer sur la validité d'un diplôme à la suite d'une plainte d'un syndicat professionnel.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales (1), sous la direction de MM. G.-M. Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; Ch. Achard, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; J. Castaigne, chef de laboratoire à la Faculté, médaille d'or des hôpitaux; par MM. J. Castaigne, E. Feuillié, A. Lavenant, M. Lœper, R. Oppenheim, F. Rathery.

Ce *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales* arrive bien à point pour classer les nombreux travaux qui ont été publiés dans ces dernières années.

En peu de temps, en effet, a paru toute une série de recherches sur la perméabilité rénale, sur le mécanisme régulateur de la composition du sang, sur la pathogénie des œdèmes et de l'hypertension artérielle, sur la débilité rénale, sur le régime déchloruré, sur le traitement chirurgical des néphrites. De même, le rôle des capsules surrénales et l'étude de ses maladies se sont singulièrement précisés dans ces dernières années.

Il était nécessaire, dans ces conditions, de modifier la description classique des maladies des reins et des capsules surrénales, en tenant compte de toutes ces acquisitions nouvelles.

C'est le but que se sont proposé les collaborateurs du Manuel et qu'ils ont atteint, en faisant preuve d'une grande clarté d'exposition jointe à un sens critique très judicieux, grâce à la compétence qu'ils avaient acquise par leurs travaux antérieurs sur cette partie de la science médicale.

Les néphrites, l'albuminurie, l'urémie, ainsi que toutes les inflammations non spécifiques des reins ont été décrites par M. Castaigne, avec la collaboration de M. Feuillié pour les questions délicates de chimie urinaire, et celle de M. Rathery pour les travaux qu'ils avaient faits en commun sur l'histologie et la physiologie du tube contourné.

Nul n'était plus autorisé que M. Castaigne pour exposer les récentes découvertes auxquelles il avait collaboré : il l'a fait avec une précision et une clarté qui rendent les questions qu'il a traitées faciles à comprendre et à retenir. Les deux premiers tiers du Manuel ont été écrits par lui et constituent une œuvre scientifique et didactique de premier ordre, dans laquelle on trouvera un exposé pratique de presque toutes les maladies des reins.

Les chapitres sur la syphilis et les tumeurs du rein, l'hydronéphrose et le rein flottant sont dus à M. Rathery dont la remarquable thèse avait précisé toute une série de points concernant ces différentes maladies. C'est ce même auteur qui a décrit la lithiase rénale avec la collaboration de M. Lavenant pour la partie chirurgicale de la question. Enfin, la pathologie des capsules surrénales a été rédigée par MM. Lœper et Oppenheim qui avaient, sur ce sujet, une compétence toute particulière, en raison des nombreux travaux qu'ils avaient faits au triple point de vue de la pathologie expérimentale, de la clinique et de la thérapeutique.

On conçoit que, dans de telles conditions, tous les collaborateurs de ce Manuel étaient bien placés pour exposer, d'une façon précise et en parfaite connaissance de cause, les travaux récents qui ont si profondément modifié la description des maladies des reins et des capsules surrénales, et l'on peut dire que la mise au point qu'ils en ont faite est excellente à tous égards. Et, ce qui ajoute encore au mérite des auteurs, c'est que tout en n'omettant d'exposer aucune des découvertes récentes, ils ont réussi cependant à faire un livre didactique et essentiellement pratique où l'étudiant apprendra et comprendra la pathologie rénale et surrénale, où le médecin trouvera les indications précises sur lesquelles on doit se baser pour porter un diagnostic et prescrire un traitement.

L. GAYARD.

L'eau de mer en injections isotoniques sous-cutanées au pavillon des débiles de la Maternité (1), par Olivier Macé et René Quinton.

Quinton et Julia ayant établi en physiologie animale la supériorité de l'eau de mer sur le sérum artificiel, il pouvait paraître indiqué de substituer la première de ces solutions à la seconde, dans le traitement des débiles et des prématurés, afin d'observer si la supériorité marine se maintenait en physiologie pathologique humaine.

Le travail de MM. Macé et Quinton confirme cette prévision : ils y rapportent les observations de 40 enfants dont le poids restait stationnaire malgré toute thérapeutique. L'augmentation moyenne de poids qui était de 1g34 par jour et par enfant sans aucun traitement hypodermique, et qui monte déjà à 4g78 avec le traitement sous-cutané chloruré sodique, s'élève à 8g49 avec le traitement sous-cutané marin. Ainsi l'augmentation pondérale, qui mesure d'une façon si précise chez l'enfant l'activité générale des fonctions organiques, est près du double sous l'injection marine de ce qu'elle est sous l'injection chlorurée.

Les injections sont pratiquées tous les deux jours à la dose de 10 centimètres cubes dans la région de l'omoplate. Exceptionnellement elles sont quotidiennes et effectuées dans ce cas à la dose de 5 centimètres cubes. Exceptionnellement encore l'intervalle est de trois jours, la dose restant à 10 centimètres cubes. Cette eau de mer est captée au large, à 10 mètres de profondeur. Elle est ramenée à l'isotonie par addition d'eau de source stérilisée à froid au filtre Chamberland, et utilisée dans les quinze jours qui suivent sa capture.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'eau de mer isotonique employée en injection sous-cutanée devra être préférée, en thérapeutique infantile, au sérum artificiel communément employé aujourd'hui;

2° L'eau de mer a sa place marquée dans les cas de débilité, d'arrêt de croissance, d'athrepsie, compliquée ou non d'ictère, d'entérite ou de bronchite;

3° Aucune contre-indication ni générale, ni particulière n'apparaît jusqu'ici à ce procédé thérapeutique nouveau.

A. LEMIERRE.

De l'emploi rationnel des farines dans l'alimentation du nourrisson (2), par M. Justin Roux (de Cannes).

« Le but de cette modeste monographie est d'exposer simplement les faits donnés par l'analyse chimique, le laboratoire, l'expérience, sur la question des farines, de mettre en relief les qualités alimentaires ou autres de ces produits ; de tenter enfin une classification pratique basée sur leur composition chimique seule et sur l'adaptation intestinale du nourrisson. »

C'est en ces termes que notre ami J. Roux explique le but

(1) In-8° de VIII-792 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8°. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

qu'il se propose en étudiant les farineux. Il étudie successivement les farines au point de vue *quantité* et *qualité*, le choix dans les diverses farines, les farines médicamenteuses et industrielles, et, enfin, les préparations diverses. Les détails dans lesquels il entre à l'occasion de ces chapitres permettent au praticien de se faire une opinion personnelle sur la meilleure alimentation à prescrire à un enfant, dans un cas donné, à comprendre le pourquoi et le comment des guérisons qu'il obtient.

L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (*Hôpital des Enfants-Malades, service de M. le professeur Grancher.*) — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Une série de conférences théoriques et pratiques de clinique médicale et chirurgicale infantile aura lieu en deux cours, du 1er au 31 mars 1906, à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours. Chaque cours comprendra vingt-cinq conférences.

Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé; J. Hallé et Guillemot, anciens chefs de clinique médicale infantile; E. Terrien et P. Armand-Delille, chefs de clinique médicale infantile; Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile; Tridon, chef de clinique chirurgicale infantile; avec le concours de MM. Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau; B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie; Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux; Cuvillier, pour l'oto-laryngologie, et Larat, pour l'électrothérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le matin à neuf heures et dix heures et demie, le soir à cinq heures.

PROGRAMME DU PREMIER COURS. — *Maladies des nourrissons* : MM. Méry et Guillemot. — 1. Les laits. Falsification des laits. Microbes du lait. — 2. Flore intestinale des nourrissons. Pathogénie des gastro-entérites. — 3. Symptomatologie des gastro-entérites. Formes cliniques. — 4. Prophylaxie et thérapeutique des gastro-entérites. — 5. Thérapeutique diététique des gastro-entérites. — 6. Gastro-entérites chroniques. — 7. Dyspepsies du sevrage et alimentation dans la deuxième année. — 8. Consultations de nourrissons. Rôle social du médecin dans la lutte contre la mortalité infantile. — 9. Syphilis héréditaire du nourrisson. — 10. Tuberculose du nourrisson. — 11. Rachitisme. — 12. Infections cutanées. Erythèmes. Abcès sous-cutanés multiples, etc.

Maladies de l'appareil respiratoire, du tube digestif et du péritoine : M. P. Armand-Delille. — 13. Pneumonie et congestion pulmonaire. — 14. Broncho-pneumonie aiguë et chronique. — 15. Adénopathie trachéo-bronchique. — 16. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant et son traitement. Principes d'hygiène scolaire. — 17. Pleurésie purulente. Diagnostic et traitement. — 18. Troubles fonctionnels de l'intestin dans la deuxième enfance. — 19. Péritonite tuberculeuse. Son traitement.

M. E. Terrien. — 20. Fièvre typhoïde.

Diphtérie : M. B. Weill-Hallé. — 21. Diagnostic clinique de l'angine diphtérique. — 22. Diagnostic bactériologique et sérothérapie de la diphtérie. — 23. Diagnostic du croup. — 24. Tubage. — 25. Trachéotomie.

PROGRAMME DU DEUXIÈME COURS. — *Maladies du cœur. Fièvres éruptives* : M. E. Terrien. — 26. Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — 27. Péricardite. Symphyse rhumatismale et symphyse cardio-tuberculeuse. — 28. Affections congénitales du cœur chez l'enfant. — 29. Rougeole; formes cliniques; diagnostic; complications. — 30. Scarlatine; ses complications. — Néphrites de l'enfance.

Affections chirurgicales : MM. Grisel et Tridon. — 31. Examen et traitement du mal de Pott. — 32. Examen et traitement de la coxalgie. — 33. Traitement des difformités rachitiques et du pied-bot. — 34. Diagnostic et traitement de l'appendicite. — 35. Diagnostic et traitement de la mastoïdite aiguë. — 36. Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Maladies du sang et de l'appareil hématopoiétique : M. Rist. — 37. Séméiologie des anémies chez l'enfant. — 38. Lymphadénie. Leucémie et splénomégalies.

Maladies du système nerveux : M. Jean Hallé. — 39. Chorées de l'enfance. Complications et traitement. — 40. Scléroses cérébrales. Hémiplégie cérébrale infantile. Maladie de Little. Idiotie. Myxœdème. — 41. Tumeurs et abcès du cerveau. Le crâne de l'enfant (cranio-tabes, syphilis, rachitisme, etc.). — 42. Paralysie infantile et myopathies primitives. — 43. Convulsions infantiles. Epilepsie et hystérie.

Maladies des méninges : M. P. Armand-Delille. — 44. Méningite cérébro-spinale et méningite tuberculeuse. Ponction lombaire. Cytodiagnostic.

Maladies de la peau : M. Jean Hallé. — 45. Teigne. Tricophities. Favus. Examen microscopique et traitement. — 46. Formes cliniques. Complications et traitement des eczémas de l'enfance.

Maladies des yeux : M. Félix Terrien. — 47. Les conjonctivites. Hérédo-syphilis oculaire.

Principes d'électrothérapie : M. Larat. — 48. Traitement électrothérapique de la paralysie infantile, des paralysies diphtériques et névritiques.

Maladies de la gorge, du nez et des oreilles : M. Cuvillier. — 49. Hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes. — 50. Complications nasales et auriculaires des infections pharyngées.

Il sera organisé de plus des excursions dans divers hôpitaux d'enfants, dispensaires et pouponnières. Excursions facultatives avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer.

Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

VACCINE

DÉFINITION. HISTORIQUE. — La vaccine est une infection habituellement bénigne, artificiellement provoquée chez l'homme par l'inoculation soit de cow-pox des bovidés, soit de horse-pox des chevaux. Elle confère, vis-à-vis de la variole, une immunité débutant huit jours après la vaccination et durant de sept à huit ans.

Jadis, dans le même but, on pratiquait la *variolisation* qui offrait deux grands inconvénients : exposer le sujet aux risques d'une variole grave ; exposer son entourage à la contagion. Jenner, ayant remarqué que, dans le comté de Glocester, ceux des vachers et des vachères qui avaient, en soignant leurs animaux, contracté le *cow-pox* (maladie caractérisée par la présence de pustules sur les trayons), étaient réfractaires à la variole, eut l'idée d'inoculer à un enfant du virus de cow-pox. Quelques mois après, il essayait sans succès d'inoculer la variole au même enfant. La vaccine était découverte (1798).

ÉTUDE CLINIQUE. — A. **Vaccine normale.** — INCUBATION. — Habituellement, elle dure trois jours et ne se traduit par aucun symptôme.

ERUPTION. — Elle débute, *vers le quatrième jour*, par une tache congestive du derme ; à la macule succède une papule, qui se transforme bientôt en *pustule*. A la période d'état, cette pustule, large, comprend : des bords nets ; un centre opaque, *ombiliqué*, une zone périphérique blanc opalin, gonflée de lymphe (zone lymphogène), qui, après piqûre de la pustule, apparaît comme un liquide clair et visqueux. Chaque pustule est entourée d'une aréole rougeâtre.

SUPPURATION. — *Vers la fin du huitième jour*, la pustule augmente de volume, et perd son ombilication ; la zone lymphogène se bossèle, devient louche, l'aréole périphérique se congestionne davantage. Les ganglions correspondants s'engorgent ; la fièvre peut survenir.

DESSICCATION. — Elle commence *dès le dixième jour* ; les symptômes inflammatoires s'atténuent ; une croûte apparaît au centre de la pustule ; elle s'étend, s'épaissit et se fonce ; elle tombe vers la troisième ou quatrième semaine, laissant à sa place une cicatrice blanchâtre, gaufrée, indélébile (cicatrice dite *légitime*). La pustule vaccinale, semblable comme structure à la pustule variolique, *peut* se compliquer de troubles généraux, dont le plus constant est une fièvre survenant vers le quatrième jour, rémittente, durant deux à quatre jours, et accompagnée de leucocytose (*fièvre vaccinale*). — V. classiques, pour compléter cette description très élémentaire.

B. **Vaccines anormales.** — 1. Dans la *fausse vaccine* ou *vaccinoïde*, l'éruption, précoce, débute vers la fin du premier jour ; elle est atténuée, incomplète, et disparaît rapidement. Pour les classiques, elle ne confère pas l'immunité, opinion actuellement contestée.

2. La *vaccine latente* se caractérise par la lenteur de la période d'incubation, qui peut se prolonger jusqu'à vingt et trente jours. Elle succède habituellement aux injections sous-cutanées de lymphe vaccinale, et conférerait l'immunité.

3. Deux variétés de *vaccine généralisée* : l'une *spontanée*, caractérisée par l'apparition simultanée, sur toute la surface du corps, de nombreuses pustules toutes de même âge ; cette éruption, qui évolue avec rapidité, peut, si elle est très confluente, s'accompagner de phénomènes généraux graves ; l'autre consécutive au grattage, *due à l'auto-inoculation* ; fréquente chez les malades atteints de dermatose chronique, elle débute souvent par la région inoculée, et évolue par poussées successives. Le diagnostic de la vaccine généralisée, en l'absence de tout commémoratif, peut être fort difficile (v. classiques).

4. Dans l'*éruption vaccinale par migration*, l'éruption se fait, non aux points inoculés, mais sur une autre région du corps.

5. *Eruptions vaccinales.* — Analogues aux érythèmes observés au cours des diverses infections, elles surviennent à la période suppurative et disparaissent rapidement sans troubler l'état général ; elles peuvent être constituées par : α. de la *roséole* (v. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n°s 60 et 65) ; β. de l'*érythème polymorphe* ; γ. de la *miliaire* ; δ. du *pemphigus* (enfants débiles) ; ε. de l'*eczéma* ; ζ. du *purpura*, etc.

6. *Infections secondaires.* — Elles peuvent être banales ou spécifiques.

A. Les infections *banales localisées* : *érysipèle*, surtout fréquent jadis ; *impétigo*, *ecthyma*, *gangrène cutanée*, *dermites diverses*, *phlegmons*, *adéno-phlegmons* peuvent être épidémiques ; il faut en rapprocher la *vaccine ulcéreuse*, caractérisée par la présence, au niveau de tous les points d'inoculation, d'ulcérations arrondies, reposant sur une base indurée, se compliquant d'adénopathies, et quelquefois de troubles généraux. Ces ulcérations, qui simulent parfois à s'y méprendre le chancre mou ou syphilitique (Leloir), dont elles ne se différencient qne par leur apparition précoce, *du douzième au quinzième jour*, aboutissant souvent à une cicatrice difforme. Surtout épidémique parmi les enfants malingres, mais non toujours (épidémie de La Motte-au-Bois), la vaccine ulcéreuse, jadis attribuée à un vaccin humain trop ancien, dépend sans doute d'une infection secondaire.

B. Ces infections banales peuvent se généraliser, d'où *septicémie*, sévissant parfois sous forme épidémique.

C. Comme infections *spécifiques* capables de se transmettre par la vaccine, il faut ne pas compter la *tuberculose*, ne signaler la *lèpre* qu'à titre exceptionnel, et insister surtout sur la *syphilis*. Née de la vaccination jennérienne (c'est-à-dire de bras à bras), la syphilis vaccinale peut présenter deux formes (Fournier). 1. le vaccin avorte, la syphilis se développe seule ; 2. la vaccine évolue normalement et ce n'est qu'à la chute des croûtes qu'apparaît le chancre. Ce second cas est le plus fréquent. La syphilis vaccinale est très grave, ce qui est dû : α. au très jeune âge des sujets ; β. à ce fait qu'elle est habituellement méconnue et, par suite, non traitée.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — La *réceptivité* de l'organisme humain à la vaccine est générale ; si elle manque parfois chez le nourrisson, c'est parce que leurs parents ont eu antérieurement la variole, opinion discutée. L'*immunité* n'est pas nécessairement liée à l'évolution normale de la vaccine ; elle peut être acquise par d'autres voies que la voie cutanée (inoculations dans la cornée, la chambre antérieure de l'œil, le système veineux, etc., etc.). La substance immunisante est contenue dans le sang, et particulièrement dans le sérum (Chambon et Béclère). Le micro-organisme de la vaccine, malgré de nombreuses recherches, est encore inconnu ; on sait seulement qu'il se trouve dans la lymphe des pustules et dans la lymphe environnante ; que sa présence est rare dans le sang ; qu'il résiste mieux au froid qu'au chaud, etc., etc. (v. *Manuel de médecine*, t. VIII, p. 78).

La vaccine. Rapports avec la variole et la varicelle. — Le *horse-pox*, bien étudié par Bouley, est spécial aux équidés ; il se manifeste soit par des petites pustules acuminées, soit par de grosses ampoules, etc., de siège quelconque ; le *cow-pox* sévit surtout sur les bovidés : il siège aux trayons et consiste en pustules peu nombreuses reposant sur une base indurée, non ombiliquée.

L'inoculation du horse-pox ou du cow-pox à l'homme lui donne la vaccine. La vaccine est-elle de même nature que la variole ? Sur cette question, unicistes et dualistes n'ont pu se mettre d'accord malgré d'innombrables travaux (rapport de la Commission lyonnaise, Chauveau, Haccius et Eternod, Monckton Copeman) (v. classiques). Même discussion pour la varicelle, dont les uns, avec Trousseau, font une forme atténuée de variole, et que les autres considèrent, au contraire, comme une vaccine atténuée (Talamon).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archiv of Pediatrics. — (Janv. 1906.) W. Townsend : Cas anormal de tuberculose chez l'enfant. — E. Vipond : Plaidoyer pour que la fièvre ganglionnaire acquière une situation plus prépondérante parmi les maladies infectieuses, avec rapport de 12 cas. — Ager : Fièvre typhoïde chez les enfants. — Judson et Camp : Rapport d'un cas de tumeur cérébrale avec autopsie. — Le rhumatisme chez l'enfant, à l'Académie de médecine de New-York.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 3, 20 janv. 1906.) R. Desplats : Gomme syphilitique de la moustache simulant un sycosis rebelle au traitement mercuriel, guéri par six séances de radiothérapie. — C. Lepoutre : Ostéo-arthrite tuberculeuse du tarse et du métatarse. Résection. Résultat anatomique et fonctionnel. — (N° 4, 27 janv.) H. Desplats : Asystolie à point de départ pulmonaire, traitée vainement par les agents de la médication cardiaque guérie par les mouchetures et l'usage de la théocine, administrée pendant six semaines à la dose de 2 grammes par jour. — A. Dequidt : Sarcome volumineux du rein chez une enfant. — (N° 5, 3 fév.) Delobel : Paralysie récurrentielle droite par compression médiastinale. — Veyrat : Epithelioma du rein à cellules claires. Néphrectomie lombaire. Guérison.

Journal des praticiens. — (N° 4, 28 janv. 1906.) Paul Reclus : Le curetage utérin. — (N° 5, 3 fév.) L. Rénon : La tuberculose pulmonaire et la grossesse. — F. X. Gouraud : Les processus gastriques de défense intestinale. — (N° 6, 10 fév.) Broca : Opération d'un bec de lièvre complexe unilatéral. — Bar : L'anneau de Bandl dans la version podalique par manœuvres internes.

Medical Record. — (Vol. LXVIII, n° 27, 30 déc. 1905.) J. Thomson : Ecoulement chronique dans les troubles organiques et fonctionnels de l'urètre profond ; diagnostic et traitement. — W. Spratling : L'épilepsie ; la maladie la plus étrange dans l'histoire de l'humanité. — Houghton : Sur la présence des bactéries dans l'intestin de l'adulte à l'état normal. — Gifford : L'ostéosculpture, méthode originale pour étudier l'ostéologie. — Isaacs : Kyste dermoïde de l'ovaire simulant un rein flottant. — D'Evelyn : Alcalinité du sang dans les toxémies fébriles. — (Vol. LXIX, n° 1, 6 janv. 1906.) Howard Lomax : Rupture de l'œsophage consécutive à un traumatisme externe. — R. Grandy : Atrophie jaune aiguë du foie consécutive à l'éclampsie. — W. Wang : Absorption élective par la cellule. — Samuel Wallian : Les yeux et les oreilles qu'on pourrait sauver ; appel aux praticiens. — Hanbald : Enclouage de la tête humérale dans la fracture du col chirurgical. — Watters : Les sutures et leur préparation. — Wetzenbaum : Le radium : ce qu'on sait de sa valeur médicale. — (N° 2, 13 janv. 1906.) Sturndorf : Observations sur la néphroptose et la néphropexie. — Madison Taylor : Rôle des solutions salines dans le traitement de la pneumonie. — Thomas S. Southworth : Enquête sur les principes scientifiques qui régissent l'alimentation lactée des nourrissons. — Hurtin Halsey : Obstruction pylorique. — Morgan : Aspect clinique de l'endocardite rhumatismale. — Benham Snow : Méthode de traitement non opératoire de la protastite. — Eli Moschcowitz : Nouvelle méthode de traitement de l'acné. — (N° 3, 20 janv. 1906.) Karl von Ruch : Immunisation contre la tuberculose, en particulier par la méthode du professeur von Behring. — N. Down : Quelques faits concernant le cancer stomacal. — Erdmann : Troubles digestifs et douleur abdominale ; les adhérences de la vésicule biliaire, du pancréas et de l'estomac au point de vue chirurgical. — Ludlow : La distribution des moustiques aux Etats-Unis. — Fred Wise : Observations sur l'emploi des rayons X dans le traitement de certaines maladies de la peau. — Albert Bardes : La douleur d'oreille.

Pediatria. — (Oct. 1905). Cavazzani : Etiologie de la cirrhose hépatique infantile. — Finizio : Forme filamenteuse du bacillus coli communis. — Jovane : Auto-sérothérapie de la pleurésie séro-fibrineuse et de l'ascite chez les enfants. — Smaniotto : Possibilité d'une « lacto-réaction » chez les tout jeunes enfants, sains ou malades, nourris avec un lait hétérogène. — Ballico : Valeur du symptôme de Koplik dans le diagnostic précoce de la rougeole. — Modigliano : Influence de l'alimentation sur la composition du lait de femme, lettre ouverte au professeur Vitale Tedeschi.

Pediatrics. — (Janv. 1906.) Dickey : Alimentation chez les enfants. — Barr : Institution pour enfants mentalement anormaux. — Hastings : Rhumatisme infantile. — Carstair Douglas : Usage du formol pour la conservation du lait. — *Editorial* : Céphalée chez les enfants. Nouveau traitement du tétanos.

Presse médicale. — (N° 7, 24 janv. 1906.) A. Broca : Elévation congénitale de l'omoplate. — J.-L. Faure : La méthode de Bier. — Desfosses : Le meilleur moyen d'entérorraphie après entérectomie. — (N° 8, 27 janv.) Tuffier : L'ouverture de la plèvre sans pneumothorax. — Maté : Existe-t-il une stomatite provoquée par les dentiers en caoutchouc ? — (N° 9, 31 janv.) A. Létienne : De la sénilité. — G. Leven et G. Banet : Radioscopie gastrique, forme, limite inférieure et mode de remplissage de l'estomac. — (N° 10, 3 fév.) E. Barié : Des oblitérations artérielles par embolie dans le cours des maladies du cœur. — Landouzy : Médecine sociale. — (N° 11, 7 fév. Gilbert et Villaret : L'hépatalgie des asthmatiques. — Langlois : Innervation de la vésicule biliaire. — Martinet : Comment on peut administrer la valériane. — (N° 12, 10 fév.) H. Iscovesco : Des colloïdes. Définition. Importance de leur étude pour la biologie et la thérapeutique. — Ferry et Mandoul : Le bacille fluorescent liquéfiant dans diverses affections de l'appareil broncho-pulmonaire. — Noiré : Des bonnes ampoules en radiothérapie.

Province médicale. — (N° 4, 27 janv. 1906.) Tédenat : La dilatation forcée de l'anus. — Rispal : Sur la forme adéno-splénique de la lymphadémie tuberculeuse. — Viannay (de Lyon) : Les causes de la mort brusque dans les abcès latéro-pharyngiens. — (N° 5, 3 fév. Crespin : Diagnostic et traitement chirurgical de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. — Piéry et Corbel : Le pouls dans les divers ictères. — (N° 6, 10 fév.) Jaboulay : Myxosporidies et tumeurs de l'homme. — Soubeyran : Les phlegmons de la paume de la main. — Piéry et Corbel : Le pouls dans les divers ictères.

Revue scientifique. — (N° 1, 6 janv. 1906.) Costantin : L'ancêtre de l'homme d'après les anciens. — Mally : La photothérapie et les tuberculoses localisées de la peau. Le lupus. — (N° 2, 13 janv.) Costantin : L'ancêtre de l'homme d'après les anciens. — Pilatte : La stérilisation des eaux par l'ozone. — Juvénal Derôme : Les soies artificielles. — G. Contremoulins : De l'unification des méthodes en radiographie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 1, 15 janv. 1906.) Longuet : De l'appendicectomie complémentaire (en cas d'appendice sain).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 23. — SAMEDI 24 FÉVRIER 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 24 FÉVRIER 1906. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 22 février 1906 : MM. Paillard et Vernes, 10 ; Aine et Nicaud, 8 ; Gomand, 5.

Pathologie. — Séance du 22 février 1906 : MM. Combier et Macé de Lépinay, 13 ; Bécus, Pottet, Robert et Vigneron d'Heucqueville, 10 ; Mlle Déchaux, 9 ; MM. Chaudron et Worth, 8 ; Loubeyre, 3.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 23 février, à huit heures trois quarts du soir, à la Charité.

La dernière séance dans laquelle seront appelés les candidats excusés aura lieu le samedi 24 février, à quatre heures trois quarts.

MARINE. — Par décision ministérielle du 20 février 1906, deux prix, consistant l'un en une trousse d'une valeur de 210 francs, l'autre en une trousse d'une valeur de 140 francs, ont été accordés :

Premier prix, à M. le docteur Le Berre, médecin de troisième classe de la marine ; — Deuxième prix, à M. le docteur Robin, médecin de troisième classe de la marine, qui ont obtenu les numéros 1 et 2 au classement de sortie de l'École principale du service de santé de la marine en 1906.

L'ALCOOL ET L'EFFICACITÉ DU TIR. — Le *Giornale medico del R° Esercito* rapporte le fait suivant qui mérite d'être signalé. Au Congrès antialcoolique tenu à Budapest à la fin de 1905, le docteur Mernetsch a communiqué les résultats de ses expériences sur l'influence de l'alcool sur le tir. On fit un choix des meilleurs tireurs parmi les sous-officiers et les soldats, puis après leur avoir fait faire une première série de tirs à 200 mètres on leur fit absorber une dose d'eau-de-vie de 50 grammes environ. Les hommes firent alors une nouvelle série de tirs semblable à la première. Ces expériences furent renouvelées plusieurs jours de suite dans des conditions différentes de temps et de lieu et donnèrent constamment des résultats identiques. Pour le feu accéléré, l'efficacité du tir après absorption d'alcool fut de 30 p. 100 inférieure à ce qu'elle était avant ; pour le tir avec pauses, la différence atteignait 50 p. 100. — G. L. H.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la septième semaine, 970 décès, au lieu de 984 pendant la semaine précédente (moyenne 985). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, sauf toujours la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 41, au lieu de la moyenne 50.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13 au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La rougeole a causé 20 décès, au lieu de 21 pendant la semaine précédente, la moyenne est 10 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 452, au lieu de 431 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 153.

La scarlatine a causé 2 décès, la moyenne est 2 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 45, il s'élevait à 61 pendant la semaine précédente, la moyenne est 66. La coqueluche a causé 5 décès (moyenne 7). La diphtérie n'a causé aucun décès parisien (moyenne 6) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 58, au lieu de 60 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 107.

La diarrhée infantile a causé 18 décès de 0 à 1 an, au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 20).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 203 décès, au lieu de 195 pendant la semaine pré-

cédente (moyenne 193). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 13 décès (moyenne 16); bronchite chronique, 26 (moyenne 24); pneumonie, 31 (moyenne 42); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 133 (moyenne 111), dont 33 sont dus à la congestion pulmonaire et 88 à la broncho-pneumonie. En outre, 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 201 décès; la méningite tuberculeuse, 19; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 56 décès; les maladies organiques du cœur, 72; le cancer, 64; la hernie et l'obstruction intestinale, 4; la cirrhose du foie, 14; la néphrite, 34; enfin, 44 vieillards sont morts de débilité sénile.

INFIRMERIE SPÉCIALE DE SAINT-LAZARE (107, faubourg Saint-Denis). — Des cours complets élémentaires et pratiques de syphiligraphie et de vénéréologie sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La première série de ces cours commencera le mardi 6 mars à dix heures et demie du matin et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ce cours sera fait : le mardi par M. le docteur Le Pileur (syphiligraphie); — le jeudi par M. le docteur Verchère (vénéréologie); — le samedi par M. le docteur Ozenne (blennorragie, complications); et sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine, pourvus de douze inscriptions, qui se feront inscrire chez le directeur de Saint-Lazare.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — COURS PRATIQUE D'AUSCULTATION (3e série). — Sous la direction de M. Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Berthaux, interne du service, commencera le lundi 5 mars, à huit heures trois quarts du matin, un cours élémentaire pratique d'auscultation qui aura lieu tous les jours.

Ce cours sera complet en quinze leçons.

Le droit à verser est de 40 francs. Se faire inscrire le matin auprès de M. Berthaux.

ENSEIGNEMENT LIBRE DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (9e année). — Le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 4 mars, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans son laboratoire de l'hôpital, une série de quatre conférences sur la radiothérapie du cancer.

CONFÉRENCES. — Les internes en médecine et en chirurgie de l'Hôtel-Dieu commenceront le 1er mars une série de conférences de clinique médicale et une série de conférences de clinique chirurgicale avec examen des malades par les élèves.

Chaque série comprendra 25 leçons. Le droit d'inscription est de 50 francs pour chaque série.

On peut s'inscrire dès maintenant à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu où le programme détaillé sera communiqué aux élèves.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS DE PHYSIQUE APPLIQUÉE AUX SCIENCES NATURELLES. — M. H. Becquerel, professeur, membre de l'Institut, a ouvert son cours aujourd'hui vendredi 23 février 1906, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le Professeur traitera des théories nouvelles des phénomènes physiques et physico-chimiques; il s'occupera en particulier des propriétés des ions et des électrons, et de la radioactivité de la matière.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Cook, les excursions suivantes :

Italie. — Départs de Paris, les 26 février et 29 mars 1906. — Retours à Paris, les 25 mars et 25 avril 1906. — Durée de l'excursion : 28 jours.

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1070 fr.; 2e classe : 975 fr.

Algérie-Tunisie. — Départ de Paris, le 15 mars 1906. — Retour le 12 avril. Durée de l'excursion : 29 jours.

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1245 fr.; 2e classe : 1120 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Cook, 1, place de l'Opéra, et 250, rue de Rivoli, à Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 2, fév. 1906.) PASQUIER et AVÉROUS : Traumatisme du crâne par arme à feu. Plaie pénétrante de la région temporale droite; recherche du projectile dans le cerveau; guérison. — TARTARIN : Etude sur la tuberculose dans les milieux maritimes en Allemagne. — H. GROL : L'infection palustre et son traitement (*fin*). — LE MÉHAUTÉ : Notes médicales sur les localités visitées pendant la campagne du *Duguay-Trouin*, spécialement la Havane et Copenhague (1904-1905.)

Archives générales de médecine. — (N° 8, 20 fév. 1906.) CRESPIN : La variole à Alger. Relation de l'épidémie de variole de 1904-1905, observée à l'ambulance d'El-Nettar. — CALMETTE : Les venins et l'envenimation. — Julien BOUYGUES : Le casier sanitaire des maisons.

Bulletin médical. — (N° 7, 24 janv. 1906.) QUÉNU : De la cholédocotomie. — (N° 8, 27 janv.) DE BEURMANN et ROUBINOVITCH : Pseudo-hermaphrodisme masculin, androgyne de Saint-Denis. — Ch. NÉLATON : Eloge de Tillaux. — (N° 9, 31 janv.) LION : Estomac en sablier avec sténose médio-gastrique. Des caractères cliniques des sténoses médio-gastriques. — (N° 10, 3 fév.) H. MINET : Difficultés de diagnostic des rétrécissements urétraux. — (N° 11, 7 fév.) JANICOT : Contribution à l'enquête médicale sur l'emploi du blanc de céruse. — NOEL : Les funérailles dans les hôpitaux militaires et la responsabilité des médecins chefs. — (N° 12, 10 fév.) COMBY, VIGOUROUX et COLLET. Oblitération de la veine cave supérieure. — (N° 13, 14 fév.) VALUDE : Accidents oculaires du travail; les plaies simples. — BALTHAZARD et LEBRUN : La docimasie pulmonaire. — (N° 14, 17 fév.) H. MONTOT : Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes. — NOEL : Les funérailles dans les hôpitaux militaires et la responsabilité des médecins chefs.

Lyon médical. — (N° 3, 21 janv. 1906.) DURAND et THÉVENOT : Traitement de l'appendicite aiguë par l'appendicectomie pratiquée dans les vingt-quatre premières heures. — MOLLE : L'épicondylalgie (névralgie professionnelle) chez les « cordeurs » ou « fileurs » de crin végétal en Algérie. — PIÉRY : Le pityriasis versicolor dermato-mycose tuberculeuse. — (N° 4, 28 janv.) AUDRY : Rétrécissement de l'isthme de l'aorte chez un nouveau-né.

(*Voir la suite*, *p. 274.*)

REVUE GÉNÉRALE

SEPTICÉMIE ET PYOHEMIE GONOCOCCIQUES (1)

Par A. LEMIERRE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et M. FAURE-BEAULIEU,
Interne des hôpitaux de Paris.

III

Synthèse clinique. — Le travail d'analyse auquel nous venons de nous livrer met en lumière la multiplicité des métastases gonococciques. Il nous reste maintenant à voir comment tous ces phénomènes peuvent se grouper et sous quels aspects la septicémie métastatique gonococcique peut se révéler au médecin. On éprouve quelque difficulté en présence de la diversité de ces aspects cliniques, tels que nous les livre l'étude des observations, à dégager quelques types bien tranchés et à les condenser en un petit nombre de tableaux. C'est ce que nous avons tenté de faire et il nous semble qu'on peut distinguer au milieu des cas de pyosepticémie, deux ordres de formes cliniques :

1° Des formes graves, intenses, généralisées ;
2° Des formes bénignes atténuées.

1° Formes graves. — La forme grave de la gonococcémie débute parfois d'une façon lente et insidieuse. Un sujet, le plus souvent porteur d'une blennorragie ancienne, parfois guérie en apparence, éprouve pendant une assez longue période une sensation de malaise et de lassitude ; il a de temps en temps de petits frissons, il transpire facilement, ses forces diminuent ; il a de l'inappétence, parfois des vomissements ; l'amaigrissement est rapide. Cet état peut durer quinze jours ou trois semaines pendant lesquels le malade continue ses occupations, jusqu'à ce qu'un symptôme de localisation, arthrite, phénomènes pulmonaires ou cardiaques, le force à s'aliter et à consulter le médecin.

Plus souvent le début est moins traînant ; il existe une période prodromique caractérisée par de la fatigue, des frissons de la fièvre, de la céphalalgie ; le sujet se plaint de courbature et de douleurs erratiques dans les membres ; mais tous ces signes au bout de quelques jours prennent une telle acuité que le malade est contraint au repos. Dans certaines observations on trouve notées, en même temps que les phénomènes prodromiques, des manifestations locales très nettes : un écoulement urétral qui semblait tari reparaît brusquement ; ou bien, malgré l'absence d'écoulement, la muqueuse urètrale se montre enflammée et turgescente au niveau du méat, le gland et même la verge tout entière sont rouges, chauds et tuméfiés, en même temps que survient de l'adénite inguinale (Barbiani) ; on a même vu la phlébite de la veine dorsale de la verge (Voss) ; enfin une orchi-épidymite peut marquer le début des accidents (Colombini, Courtois-Suffit et Beaufumé).

Parfois enfin on note de la pesanteur périnéale et une sensation de corps étranger dans le rectum. Le toucher rectal permet de constater une tuméfaction de la prostate et un empâtement des tissus voisins, qui fait soupçonner une phlébite des plexus veineux péri-prostatiques.

Arrivés à leur pleine acuité les phénomènes généraux restent parfois seuls en scène pendant quelques jours. La température se maintient entre 39 et 40 degrés, avec ou sans rémissions matutinales. Le malade est abattu, parfois plongé dans la stupeur. La langue est sèche. Le ventre est légèrement météorisé ; il existe même du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le pouls est dicrote ; la rate est volumineuse. En présence d'un tel tableau clinique on a parfois songé à une fièvre typhoïde (Wynn, Prochaska), ou à une ostéomyélite (Willy Wolf).

Mais quel que soit le mode de début, on voit le plus souvent apparaître d'une façon précoce les localisations articulaires, qui sont comme la signature de la gonococcémie : les genoux, les hanches, les coudes, les épaules sont les jointures les plus souvent atteintes ; souvent aussi l'on note la participation des poignets, des cous-de-pied, des articulations vertébrales et particulièrement de la colonne cervicale, des articulations sterno-claviculaires, des petites articulations des doigts et de l'articulation temporo-maxillaire. Les jointures frappées sont rouges, tuméfiées, extrêmement douloureuses ; le sujet est incapable d'aucun mouvement. La fièvre est vive, l'état général sérieusement atteint. Les urines contiennent en général une certaine quantité d'albumine. Enfin on voit parfois survenir de l'assourdissement des bruits du cœur, et plus souvent encore des souffles orificiels, indices d'une localisation sur l'endocarde. On peut noter également l'apparition d'éruptions cutanées diverses : érythèmes scarlatiniformes, purpura, éruptions vésiculo-pustuleuses, et surtout érythème polymorphe.

On comprend, qu'en présence d'un pareil tableau clinique, le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu franc ait souvent été posé. L'inefficacité du salicylate de soude et surtout la marche ultérieure de l'affection permettent seules d'écarter ce diagnostic. Celle-ci ayant ainsi débuté peut évoluer de différentes façons :

Tantôt les manifestations articulaires restent prédominantes. L'inflammation tend à se localiser dans un petit nombre de jointures et au bout de quelques semaines tout rentre dans l'ordre ; il ne persiste que quelques raideurs articulaires, et atrophies musculaires de voisinage. Tantôt, dans une ou plusieurs jointures on voit survenir la suppuration, nécessitant l'arthrotomie. Tantôt même, en l'absence de toute suppuration des jointures, surviennent des abcès périarticulaires à gonocoques qui guérissent facilement après incision.

Ce mode de terminaison, malgré les raideurs articulaires et les ankyloses qu'il peut laisser, malgré l'état d'anémie et de dénutrition où se trouve le malade au moment de la convalescence, doit malgré

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hopit.*, 1906, n° 20, p. 231.

tout être considéré comme heureux, en raison de l'allure qu'avait prise tout d'abord l'infection.

Parfois, en effet, l'évolution des accidents est tout autre et l'on voit se dérouler le grand tableau d'une pyohémie mortelle. Les phénomènes articulaires restent aigus; on perçoit au niveau du cœur des souffles rudes variables d'un jour à l'autre; le corps se couvre de taches purpuriques, la fièvre est élevée, irrégulière, procédant parfois par grands accès avec frissons et sueurs; le facies est terreux, l'amaigrissement rapide, l'adynamie profonde. La rate est tuméfiée; il y a parfois de l'ictère (Babès et Siou, Wynn), et du subdélire. On peut voir survenir des signes de broncho-pneumonie ou d'infection pulmonaire, d'épanchement pleural ou péricardique. Le pouls est petit, mou, extrêmement rapide; il peut même devenir irrégulier à la période terminale si les symptômes cardiaques sont particulièrement marqués. La mort survient parfois en quelques jours au milieu de phénomènes infectieux intenses. D'autres fois la maladie prend une marche traînante; le patient se cachectise et la terminaison fatale peut ne se produire qu'au bout de plusieurs semaines.

A l'autopsie, on découvre des arthrites suppurées ou en voie de suppuration; des abcès périarticulaires; de l'endocardite végétante, de la péricardite avec épanchement séro-purulent ou séro-hémorragique; des foyers de broncho-pneumonie ou des infarctus pulmonaires; des épanchements pleuraux louches ou hémorragiques; des infarctus suppurés du rein, et même des abcès de l'atmosphère périrénale.

La rate est volumineuse et peut présenter des infarctus suppurés ou non; le foie mou, jaunâtre, graisseux, est profondément dégénéré. Enfin l'examen des organes génito-urinaires permet parfois de découvrir de la phlébite des veines du petit bassin, point de départ de la pyohémie.

Telle est la grande forme pyohémique de la gonococcémie, coïncidant en général avec des artropahies multiples, dominant la scène pendant toute la maladie.

Parfois les artropathies sont moins nombreuses; elles intéressent une ou deux articulations seulement; elles peuvent même évoluer vers la guérison et l'atteinte paraît être bénigne, lorsqu'une autre localisation viscérale fait son apparition et vient occuper le premier plan. En pratique c'est d'une endocardite qu'il s'agit le plus souvent. L'évolution contraire peut se montrer : on peut observer tout d'abord la localisation sur l'endocarde, tandis que les arthrites apparaissent ultérieurement (Michaelis). Nous n'insisterons pas longuement sur cette localisation bien connue aujourd'hui, frappant souvent des individus déjà porteurs d'une lésion vasculaire ancienne. Nous rappellerons seulement qu'elle peut évoluer sous deux aspects : une forme grave, infectante, mortelle, et une forme légère et curable (Anel).

La forme grave est la mieux et la plus certainement connue, car c'est elle qui a permis la plupart des examens bactériologiques. Elle se révèle par l'existence de souffles le plus souvent intenses et rudes, siégeant le plus souvent au niveau des orifices aortique ou mitral, et variables d'un jour à l'autre, bref ayant les caractères des souffles de l'endocardite végétante et ulcéreuse. Elle s'accompagne d'une fièvre irrégulière; on trouve notées dans certaines observations l'apparition d'embolies cutanées, d'embolies dans les artères des membres, suivies de gangrène, d'infarctus rénaux, pulmonaires, spléniques et même d'embolie cérébrale. Son évolution est plus ou moins rapide et sa durée peut varier de quelques jours à plusieurs semaines; la mort survient par asystolie ou par adynamie; parfois elle se produit brusquement avec des phénomènes d'angoisse cardiaque (Widal et Faure-Beaulieu). L'autopsie montre souvent de la péricardite, en même temps que des végétations valvulaires, des ulcérations profondes et même des abcès du myocarde.

La forme bénigne ne diffère pas sensiblement au point de vue des signes cardiaques, de la forme grave. Si l'on note parfois uniquement de l'assourdissement des bruits du cœur, ce sont en général des souffles orificiels que l'on perçoit. On peut même voir se produire des embolies et particulièrement des embolies cutanées. Mais la maladie prend une marche traînante; pendant des semaines le sujet présente une fièvre irrégulière, souvent coupée d'intervalles d'apyrexie. Puis la guérison survient; seulement il persiste une lésion valvulaire indélébile.

Nous avons passé en revue tout d'abord des formes cliniques de la gonococcémie qui empruntent leur gravité à l'intensité de l'infection générale et à la diffusion des lésions. Avec l'endocardite, nous avons rencontré une forme nouvelle où une localisation secondaire, déjà dangereuse par elle-même, devient à son tour infectante et contribue à exagérer l'atteinte de l'état général.

Mais il est des cas où, l'infection restant relativement bénigne, la sévérité du pronostic est liée uniquement au siège de la métastase. C'est ainsi que les complications méningo-médullaires se terminent en général par la mort. Enfin rappelons comme cas typique de pronostic fatal dû à la seule localisation du gonocoque, l'observation déjà citée de Moore où l'artérite des deux veines iliaques fut suivie d'une gangrène des membres inférieurs à terminaison rapidement mortelle.

2° Formes atténuées. — Les formes sérieuses de la gonococcémie métastatique que nous venons d'étudier se caractérisent par l'intensité des phénomènes généraux, par la diffusion des localisations secondaires, et par la gravité de celles-ci. Entre ces formes sérieuses et les formes réellement légères, il existe toute une série de cas cliniques d'intensité moyenne, intermédiaires entre les deux formes. On peut ranger déjà parmi eux des observations précédemment citées où malgré un début parfois inquiétant tout se borne finalement à quelques localisations articulaires qui guérissent avec ou sans suppuration, l'endocarde étant resté intact. On peut ranger aussi parmi ces formes intermédiaires certains cas d'abcès métastatiques, rappelant le phlegmon diffus par leur volume et leur étendue et qui finissent par guérir (Powers, Kerassotis); ou certains cas se traduisent par une fièvre assez vive, des arthrites et des syno-

vites peu intenses et des localisations pulmonaires simulant la congestion ou même la pneumonie (Ahmann, Bressel), et enfin le cas de parotidite rapporté par Colombini.

Mais les formes véritablement légères de la gonococcémie se caractérisent par le peu d'intensité ou même par le manque absolu de réaction générale, en face de déterminations secondaires prédominantes, se localisant en un ou deux points seulement, dont l'atteinte ne pourrait faire craindre un pronostic fatal. Il est curieux de voir, en lisant nombre d'observations, comment le gonocoque a pu passer dans la circulation, se localiser au niveau de certaines jointures, de gaines synoviales, du tissu cellulaire sous-cutané, de la peau, et même de la plèvre, sans que la température dépasse 38 degrés, sans même qu'on remarque des phénomènes généraux prémonitoires. Il est vraisemblable que, dans de pareils cas, le gonocoque ne fait que traverser la circulation pour aller se fixer en un point d'élection, si bien que très rapidement la maladie générale disparaît pour faire place à une maladie locale qui évolue pour son propre compte. La forme la plus commune de gonococcémie métastatique atténuée, c'est le rhumatisme blenuorragique vulgaire, mono ou pauci-articulaire, qu'il s'agisse d'hydarthrose, d'arthrite plastique ankylosante et même parfois d'arthrite suppurée; s'il n'est pas rare de noter un mouvement fébrile au début de ces formes du rhumatisme blennorragique, on sait que ce mouvement fébrile est en général peu intense et de courte durée; en tous cas il ne prend jamais les allures inquiétantes; que nous avons notées dans certaines formes de rhumatisme polyarticulaire. Mais le rhumatisme blennorragique est trop connu pour qu'il soit utile d'insister.

On peut observer au cours de ces formes bénignes, coïncidant ou non avec l'arthrite, d'autres localisations métastatiques sans réaction fébrile intense; abcès du tissu cellulaire (Almkwist, Busquet et Bichelonne), éruptions cutanées pouvant aboutir à la suppuration (Audry), et même pleurésie avec épanchement (Bertrand). Dans tous ces cas, non seulement la guérison survint facilement, mais encore à aucun moment la situation des malades n'a pu être considérée comme critique.

IV

Diagnostic. — Le diagnostic de la gonococcémie repose surtout sur l'existence d'une blennorragie concomitante, et dans ce cas la nature de la maladie s'impose la plupart du temps; mais en présence d'une localisation isolée et peu habituelle, comme une endocardite, un érythème polymorphe, un phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané, on ne songe pas toujours à examiner l'urètre chez l'homme, le vagin chez la femme, et du reste les sécrétions pathologiques peuvent être fort minimes, surtout après quelques jours de repos au lit.

Certes, on doit toujours penser au gonocoque lorsque, en présence d'un état infectieux indéterminé avec prédominance du côté des articulations, on peut écarter le rhumatisme articulaire aigu. En ce qui concerne les arthrites aiguës isolées, c'est une coutume aujourd'hui universellement admise d'incriminer la blennorragie avant toute autre infection.

Mais, même lorsque le diagnostic clinique semble bien établi, il est bon de l'étayer sur un diagnostic bactériologique toujours plus rigoureux et plus scientifiquement exact. A plus forte raison, lorsque l'origine de l'infection demeure douteuse, l'examen bactériologique s'impose. Il doit porter sur l'urètre chez l'homme, sur les voies génitales chez la femme, mais il ne donne pas toujours des résultats probants.

Aussi faut-il s'imposer, en face d'un sujet suspect de gonococcémie, la conduite que l'on doit tenir en face de toutes les infections dont la nature est tant soit peu douteuse : la recherche du microbe spécifique au niveau des métastases et dans la circulation sanguine.

Au niveau des métastases, c'est en pratique dans le liquide des arthrites qu'il importe de le déceler le plus fréquemment. Nous avons vu, d'après les statistiques publiées, que même après simple ponction et ensemencement du liquide, on réussit assez souvent à déceler le gonocoque. Peut-être en aspirant la plus grande quantité possible de liquide et en l'ensemençant dans de grandes quantités de milieu liquide approprié (bouillon mélangé de liquide ascitique) ou sur de nombreux tubes de gelose au sang (Bezançon et Griffon), obtiendrait-on des résultats plus souvent encore positifs. En tous cas, si ces arthrites viennent à suppurer, nous avons vu, d'après les observations de Burci et Respighi, de Vaquez et Laubry, que le gonocoque est facile à déceler après arthrotomie dans les franges synoviales enflammées. De même, on trouve en général facilement par examen direct et par culture le gonocoque dans le pus des autres localisations accessibles : abcès cutanés et sous-cutanés, liquide pleural. Il est nécessaire de toujours compléter l'examen direct par la culture.

L'ensemencement du sang a le grand avantage de pouvoir être plus précoce, de pouvoir être fait quand les phénomènes généraux ouvrent la scène et quand les localisations secondaires se font attendre; il est seul applicable dans les cas d'endocardite sans autre localisation.

Le sang est aspiré par ponction d'une veine du pli du coude; la quantité de sang prélevée doit être assez considérable : 15 à 20 centimètres cubes, de manière à augmenter les chances de réussite.

Différents milieux de culture peuvent être employés. Parmi les milieux solides la gelose ordinaire, glycérinée, glucosée, ou la gelose ascite mélangée avec un tiers de son volume du sang du malade et coulée dans des boîtes de Petri a donné de nombreux succès (Thayer, Blumer et Lazear, Wilson, Harris et Johnston, Bressel, Wynn, Panichi, Colombini, Prochaska).

En clinique, il est peut-être plus simple de se servir de milieux liquides répartis à la dose de 300 à 500 centimètres cubes dans de grands ballons. On ensemence de cette façon d'un seul coup, au lit du malade tout le sang recueilli, en réduisant ainsi les manipulations au minimum. Quant aux milieux em-

ployés, nous ne mentionnerons que pour mémoire le petit lait tournesolé utilisé avec succès par Harris et Johnson; le milieu de choix, le plus simple et le plus facile à préparer rapidement dans un service de clinique, c'est le bouillon additionné d'un tiers ou d'un quart de liquide d'ascite. Prochaska, Unger, Widal et Faure-Beaulieu ont obtenu avec ce milieu des cultures abondantes de gonocoque après ensemencement du sang.

Il est certain que fréquemment cet ensemencement restera sans résultat; le gonocoque semble ne jamais exister en très grande quantité dans le sang et il tend à se localiser rapidement. Néanmoins, en le recherchant d'une façon précoce chez les sujets qui paraissent profondément infectés, il semble qu'on doive le trouver plus facilement. En tous cas, depuis que la technique de l'ensemencement du sang s'est perfectionnée, le nombre des cas positifs a sensiblement augmenté.

V

Pronostic. — Le pronostic de la septicémie gonococcique simple ou métastatique peut apparaître comme un peu sombre après la description que nous venons d'en donner. Mais il faut se souvenir que nous avons surtout mis en lumière les formes graves, les moins connues et qui sont aussi de beaucoup les moins fréquentes. Dans l'immense majorité des cas, la bactéricémie se traduit uniquement par des arthrites, le plus souvent peu nombreuses, et le pronostic se réduit aux conséquences locales de l'inflammation articulaire. Même dans les formes intenses, celles où coexistent les arthropathies multiples et les localisations pleurales, pulmonaires, cutanées et sous-cutanées, la guérison a été le plus souvent obtenue. En effet, envisageons seulement les 32 cas où l'ensemencement du sang pendant la vie a été pratiqué avec succès : 22 fois, les infections gonococciques intenses qui ont donné lieu à ces examens se sont terminées par guérison. Mais l'étude des 10 cas restants montre que 9 fois l'infection évoluait sous l'aspect d'une endocardite végétante; de plus, dans la plupart des autres observations publiées de pyohémie gonococcique mortelle avec autopsie, il existait une localisation sur l'endocarde. C'est donc là un fait qu'il importe de bien mettre en lumière : l'existence d'une endocardite gonococcique équivaut le plus souvent à un arrêt de mort, et c'est par elle que meurent le plus souvent les sujets atteints de gonococcémie. Elle peut pourtant guérir, puisque sur les 22 cas heureux elle se trouve mentionnée 3 fois (Silvestrini, Withington, Prochaska). Mais c'est la localisation qu'il faut toujours craindre dans les cas un peu intenses d'infection générale blennorragique, surtout lorsque l'examen bactériologique montre que le gonocoque existe encore dans la circulation.

Enfin on ne saurait se dissimuler que, même dans des formes relativement bénignes, l'état général est souvent fort atteint : l'anémie surtout peut atteindre une certaine intensité. C'est ainsi que deux malades atteintes de polyarthrite fébrile, observées par Vaquez et Laubry, ont présenté, au moment où les phénomènes locaux étaient à leur période d'acné, un abaissement du nombre des globules rouges allant jusqu'à 3500000 dans un cas et à 2700000 dans l'autre, et s'accompagnant d'une légère leucocytose polynucléaire.

VI

Traitement. — Nous sommes obligés d'être brefs sur le traitement de la gonococcémie. Il se réduit le plus souvent au traitement médical ou chirurgical des localisations secondaires superficielles. Pour ce qui est d'opposer au microbe circulant dans le sang ou localisé dans les organes profonds une médication spécifique ou même réellement efficace, nous sommes encore désarmés. Nous avons vu guérir dans le service de M. Widal un homme atteint d'endocardite blennorragique, auquel on avait pratiqué une série d'injections intraveineuses de collargol; mais l'action du médicament n'a pas été assez évidente pour que nous osions lui attribuer la terminaison heureuse. Néanmoins comme le collargol s'est montré parfois efficace dans d'autres infections, il faudra dans les cas de gonococcémie grave ne pas négliger ce médicament et l'ordonner en injections intraveineuses.

Une seule indication thérapeutique ressort clairement de l'histoire de la septicémie et de la pyohémie gonococciques. C'est la nécessité du traitement de la blennorragie initiale, poussé jusqu'à ce qu'on soit assuré de la disparition du microbe spécifique. La présence du gonocoque, même quand les symptômes locaux semblent aussi atténués que possible ou passés à l'état chronique, constitue un danger dont il est bon d'être averti.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et Louis RAMOND. Soc. méd. des hôpit., 30 juin 1905. — ASAHARA. Ueber Metastasen der Gonorrhoe, *Inaug. Dissert.*, Berlin 1898. — AUDRY. Gonococcie métastatique de la peau (angiodermite suppurée à gonocoques), *Ann. de dermatol. et syphil.*, juin 1905.

BALZER. Les causes des infections généralisées dans la blennorragie, Rapp. au Cong. internat. de méd. de 1900. — BARBIANI. La gonocciemia, *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, 1902, p. 9. — BEZANÇON et GRIFFON. Culture du gonocoque sur le sang gélosé, Soc. de biol., 30 juin 1900. — BUSCHKE. Uber Exantheme bei Gonorrhee, *Arch. f. Dermat., und Syphil.*, 1899, t. XLVIII, p. 180 et 385. — BUSQUET et BICHELONNE. Sur un cas d'infection générale à gonocoque avec localisation secondaire, *Revue de méd.*, 1904, p. 433.

COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ. Infection généralisée mortelle à gonocoques et à staphylocoques, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1905, p. 352. — CROSBY. Gonorrhœal urethrites with unusual complications, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1905, t. I, p. 880.

DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, Paris 1904, t. IV. — DIGGELMANN. Uber Gonocokken im Blute bei Polyarthritis gonorrhica, *Inaug. Dissert.*, Zurich 1902. — DOLÉRIS. Infection blennorragique ayant amené la mort chez une femme enceinte de six mois et demi, Soc. d'obstétr. de Paris, 1er juin 1900; *Presse méd.*, 11 juillet 1900.

GUIARD. *Les complications locales et générales de la blennorragie aiguë et chronique chez l'homme*, Paris 1898.

HARRIS et DABNEY. *John Hopk. Hospital's Bull.*, 1900, p. 68. — VON HOFFMANN. Gonorrhoische Allgemein Infektionen und Metastasen, *Centralbl. f. d. Grenz. der Med. und Chir.*, 1903, vol. VI, p. 241, 308, 347, 375. — HORDER. *Pathol. soc. of London*, 18 avril 1905.

Kerassotis. Sur un cas d'abcès métastatique d'origine gonococcique, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1904, XXII, 516-518. — Krause. Zwei Fälle von Gonocokkensepsis mit Nachweris der Gonocokken im Blute bei Lebzeiten der Patienten, *Berl. klin. Wochens.*, 1904, p. 492-494.

Lemierre. *L'ensemencement du sang pendant la vie, procédé d'investigation clinique*, Th. de Paris, 1904.

Moore. A case of arterial thrombosis of gonorrœhal origin, *Lancet*, 19 déc. 1903.

Nobécourt et Vitry. Polyarthrite suppurée au cours de l'ophtalmie purulente du nouveau-né; culture du gonocoque obtenue avec le pus conjonctival et articulaire, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, Paris 1903, V, 302-307.

Paulsen. Ein Fall gonorroischer Gelenk-und Haut metastasen im Anschluss au blennorrhea neonatorum, *Munch. med. Woch.*, 1900, p. 1209. — Powers. A case of diffuse gonococcus infection of the entire upper extremity with notes on the occurence and course of gonorrhœal septicemia, *Ann. surg. Ass. Phil*, 1903, XXI, 491-506; *Med. Record*, 3 oct. 1903, p. 521. — Prochaska. Bakteriologische Untersuchungen bei gonorrhoischen Allgemein-infektionen, *Dsche Arch. f. Klin. med.*, 1905, t. LXXXIII, p. 184.

Vaquez et Laubry. Arthrites blennorragiques. Considérations étiologiques et bactériologiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 21 nov. 1902, p. 1008. — Voss. Trombophlebitis gonorrhoica, *Dermat. Ztsch.*, Berlin 1905, XII, 83-90.

Widal et Bezançon. Article : Diagnostic des maladies infectieuses, in *Traité de pathologie générale* de Bouchard. — Widal et Faure-Beaulieu. Endocardite blennorragique. Constatation du gonocoque dans le sang pendant la vie et sur les végétations valvulaires après la mort, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1905, p. 613. — Withington. A case of malignant endocarditis with recovery, *Boston med. and surg. Journ.*, 28 juillet 1904. — Willy Wolf. Uber Gonokokken pyämie, *Centralb. für Bakteriol.*, 1903, vol. XXXII, p. 78. — Wynn. General gonococcal infection, *The Lancet*, 11 fév. 1905, p. 352.

Young (H.). The gonococcus : A report of successful cultivations from cases of arthrites, subcutaneous abcess, acute and chronic cystitis, pyonephrosis and peritonitis, *Journ. of cutan. and genito-urin. diseases*, juin 1900, n° 6, p. 241.

ANALYSES

MÉDECINE

Septicémie pneumococcique. (Thacher. *Amer. Journ. of Med. sc.*, nov. 1905, p. 779.) — L'infection pneumococcique peut déterminer dans l'organisme, dans un temps relativement court, des ravages considérables. L'observation suivante en est un exemple intéressant.

Un sujet de quarante-cinq ans, alcoolique, atteint de pneumonie de la base droite et entré à l'hôpital le sixième jour, présentait de l'albuminurie avec cylindres hyalins et granuleux. Pendant quatre jours il eut du délire avec cyanose et une température de 40 degrés. Après une amélioration passagère, des signes d'épanchement pleural à droite firent leur apparition le quatorzième jour. Le dix-septième jour la ponction permit d'extraire 300 centimètres cubes d'un liquide contenant des pneumocoques en culture pure.

Deux jours après, on entendit un souffle diastolique à la pointe du cœur et le pouls atteignit 114 pulsations. Puis apparut un double souffle à la base. En même temps que ces signes d'endocardite, des symptômes méningitiques firent leur apparition : céphalée et congestion de la conjonctive gauche bientôt suivies de rigidité de la nuque avec demi-coma et signe de Kernig. Le liquide céphalo-rachidien contenait, lui aussi, des pneumocoques en abondance; il en était de même du sang qui fut examiné la veille de la mort du sujet.

L'autopsie montra une pneumonie en voie de résolution avec empyème, endocardite ulcéreuse et végétante, et méningite intense. Une des valvules aortiques présentait une perforation. Le poumon gauche était notablement œdématié. Le cerveau était couvert d'un exsudat abondant et on pouvait noter de nombreuses taches hémorragiques sur les parois du quatrième ventricule et des ventricules latéraux; ces derniers contenaient un peu de pus.

A. Housquains.

A propos du réflexe cardiaque d'Abrams. (*Rivista di Clinica pediatrica*, n° 5, 1905.) — Crisafi a examiné quarante et un malades atteints d'affections diverses, afin de contrôler la réalité du réflexe décrit par Abrams et proposé par lui comme moyen de diagnostic entre les épanchements péricardiques et la dilatation du cœur. Lorsqu'on pratique des frictions sur la région précordiale avec un corps mousse, une gomme élastique par exemple, il se produirait une contraction du myocarde perceptible par la radioscopie. En cas d'épanchement du péricarde la contraction ne se produirait pas. Le foie et la rate se comporteraient de façon identique, les poumons réagiraient de façon opposée.

Crisafi, ayant déterminé l'aire cardiaque par la percussion digitale avant et après la friction chez les quarante et un malades observés, est arrivé aux conclusions suivantes : les frictions pratiquées sur la région précordiale n'apportent aucune modification aux dimensions du cœur et du poumon.

Cette méthode de diagnostic entre l'épanchement péricardique et la dilatation du cœur n'a de valeur ni au point de vue pratique ni au point de vue scientifique; elle est en contradiction avec les lois de la physiologie cardiaque et pulmonaire.

A. Gaullieur l'Hardy.

Accidents paralytiques au cours du traitement antirabique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 oct. 1905.) — Sur un total de 107.712 personnes ayant subi le traitement antirabique, M. Remlinger a rassemblé 40 observations de manifestations paralytiques, ayant revêtu presque toutes le masque très inquiétant de la myélite aiguë, puis s'étant terminées par guérison. Le tableau clinique présente dans tous les cas une grande uniformité. Entre le huitième et le dernier jour du traitement, ou encore pendant la semaine qui suit sa terminaison, une personne présente un état fébrile léger, de l'anorexie, une courbature intense, des douleurs lombaires violentes. Le lendemain, il existe de la parésie des membres inférieurs et celle-ci devient bientôt une paraplégie absolue. La vessie et le rectum se paralysent à leur tour. La plupart du temps, les phénomènes restent localisés aux membres inférieurs et aux sphincters, mais d'autres fois la paralysie suit nettement une marche ascendante et revêt le type classique de la maladie de Landry. Après une période très inquiétante où on se demande si les troubles bulbaires ne vont pas amener un dénouement fatal, les symptômes s'arrêtent, puis s'améliorent, et la guérison est complète en quelques jours ou en quelques semaines. La pathogénie de ces accidents a donné lieu à des interprétations très différentes (manifestations hystériques ou neurasthéniques — effet d'une association microbienne, le microbe à détermination médullaire ayant envahi l'organisme par la voie de la morsure ou par celle des émulsions — rage d'origine canine atténuée et guérie par les inoculations pasteuriennes..., etc.). M. Remlinger attribue les phénomènes

paralytiques aux émulsions vaccinantes elles-mêmes, et celles-ci agiraient par l'intermédiaire non du virus mais de la toxine rabique dont il a démontré l'existence. La brusquerie habituelle du début des paralysies, la *restitutio ad integrum* sont en faveur de cette hypothèse. Toutefois l'action paralysante de la toxine rabique ne peut s'exercer que moyennant une idiosyncrasie tout à fait spéciale du sujet, idiosyncrasie indépendante de l'hystérie, de la neurasthénie, de l'émotivité, de l'âge, du sexe... etc. La prophylaxie de ces accidents se réduit pour ainsi dire à néant, étant donné le rôle important joué par l'idiosyncrasie. La paralysie une fois établie, le plus sage paraît être d'interrompre le traitement antirabique, bien que dans plusieurs observations celui-ci ait été poursuivi sans nul inconvénient. Il faut se garder de toute médication active et laisser la maladie suivre son évolution naturelle vers la guérison. L. GAYARD.

Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis par les injections de sels solubles. (*Arch. de méd. milit.*, 5 nov. 1905.) — M. MALAFOSSE a eu, depuis 1902, l'occasion d'employer les injections mercurielles à doses assez élevées chez vingt-neuf Arabes atteints de syphilis. Si l'on veut que ces doses soient bien supportées, il est indispensable de faire, avant tout traitement, un examen détaillé du malade au point de vue de l'état général et de l'intégrité des différents organes, en portant tout particulièrement l'attention du côté de la denture, des gencives et des reins (analyse d'urine) ; il faut aussi tenir compte de l'âge, du sexe et du poids.

Ces différentes données fournissent, pour ainsi dire, le coefficient de résistance probable à la mercurialisation, mais il n'y a là aucun signe de certitude, car il faut toujours penser aux cas d'idiosyncrasie que rien ne peut faire prévoir. Aussi est-il nécessaire, sauf dans des circonstances exceptionnelles, de commencer par 1 ou 2 centigrammes de mercure que l'on augmente graduellement, suivant la tolérance de l'organisme.

Les malades sont visités tous les jours et la température est régulièrement prise matin et soir. Le régime habituel n'est pas modifié, mais des gargarismes fréquents ou des irrigations antiseptiques sont prescrits dans la journée.

Dans les cas observés par l'auteur, les injections mercurielles n'ont donné de stomatite que lorsque les dents du malade étaient en mauvais état ; elles ont été d'autant mieux supportées qu'elles étaient faites à intervalles espacés (tous les deux jours) ; elles ont exercé sur des accidents spécifiques tenaces une action des plus heureuses et des plus rapides. M. Malafosse a surtout employé le biiodure, soit selon la formule de Panas, soit, plutôt, selon celle de MM. Emery et Druelle. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Etude sur le choc opératoire. (Lockhart MUMMERY. Hunterian Lectures at the college of surgeons, *Lancet*, 1905, I, 696, 776, 846.) — Dans ces trois articles, Mummery donne une étude très complète de la question.

Etudiant d'abord les théories pathogéniques, il montre que d'abord certaines affections produisent par elles-mêmes, et non par leurs interventions curatives, un choc considérable, tel le cas de l'occlusion intestinale aiguë, des hernies étranglées, des grands écrasements.

A côté de cela il est des territoires où l'intervention amène un choc considérable comme l'exposition des intestins à l'air, les interventions sur les grandes articulations, les affections dans le territoire du nerf laryngé supérieur.

Tous ces faits montrent qu'une seule théorie du choc est possible, c'est la théorie du réflexe inhibitoire sur le pneumogastrique, sur le nerf moteur du cœur.

Cette théorie est corroborée par ce fait qu'on peut supprimer le choc des grandes amputations en injectant au préalable de la cocaïne dans les troncs nerveux principaux. L'effet de l'éviscération est plus difficile à combattre. L'enveloppement des intestins dans des compresses chaudes relève bien la tension, mais seulement momentanément.

Les anesthésiques agissent très différemment sur la tension sanguine. L'éther élève la tension, le chloroforme l'abaisse. Dans tous les cas de choc, on devra employer l'éther. La rachicocaïnisation est contre-indiquée pour les mêmes raisons.

Mummery montre que l'alcool et la strychnine sont de mauvais médicaments contre le choc, leur action est très passagère. Le vrai médicament est l'adrénaline en injections intraveineuses, dans du sérum sanguin ; on peut employer une solution à 1 p. 20.000. Le sérum sanguin seul agit bien à condition d'être vite absorbé en injection intra-veineuse ou dans le péritoine. Mais son action s'épuise et nécessite parfois des doses énormes qui peuvent devenir dangereuses.

L'habit pneumatique de Crile est un auxiliaire précieux qui agit comme la ligature des membres et augmente considérablement la tension sanguine centrale. M. LANCE.

Traitement opératoire des rétrodéviations. Une nouvelle opération, la transplantation intrapariétale des ligaments ronds. (BARRETT. *Surg., Gynecol. and Obst.*, nov. 1905.) — L'opération de Barrett débute par une laparotomie que l'auteur, suivant la tendance américaine, fait déplorablement courte, 4 à 5 centimètres ! Par cette boutonnière, on examine et traite d'abord les complications inflammatoires péri-utérines ; puis avec une pince spéciale à mors en caoutchouc, l'on va accrocher les ligaments ronds, autour de chacun desquels on passe un fil de suspension à environ 6 centimètres de la corne utérine. Si le ligament est bien développé, on fait une incision longitudinale au péritoine qui le couvre, et on isole les fibres musculaires autour desquelles seules on passe le fil d'attente. Puis l'on saisit avec une pince le feuillet aponévrotique qui recouvre le grand droit et, près de l'angle inférieur de l'incision, on insère une pince hémostatique courbe que l'on fait cheminer entre aponévrose et muscle jusqu'à l'orifice inguinal interne. La pince est guidée par la vue ou par deux doigts passés à travers l'incision abdominale. Une fois l'orifice inguinal atteint, il n'est pas difficile de faire cheminer la pince le long du ligament rond, sous le péritoine, jusqu'à ce qu'elle atteigne le point où est le fil d'attente. Alors on saisit ce fil avec la pince et on retire celle-ci. Une anse de ligament rond suit. Cette anse est alors suturée à la face inférieure de l'aponévrose du droit. Si les ligaments ronds sont assez longs, les anses de chaque côté peuvent être suturées l'une à l'autre sur la ligne médiane au-devant du corps charnu des droits. Après cette opération le ligament rond va de l'utérus à un point tout voisin de l'orifice inguinal interne, puis sous l'aponévrose jusqu'à un point voisin de la symphyse, puis rebrousse chemin jusqu'à l'orifice interne où il reprend alors sa disposition anatomique normale. Il ne forme nulle part une bride qui pourrait étrangler l'intestin. L'utérus est solidement maintenu et cependant garde sa mobilité normale. F. GARDNER.

Contribution à l'étude de l'endothéliome et du périthéliome des os. (W. T. Howard et G. A Crile. *Ann. of surg.*, sept. 1905.) — Aux 19 cas antérieurement publiés dans la littérature les auteurs ajoutent 4 cas personnels. Le premier fut observé chez un homme de soixante-cinq ans; un périthéliome de l'humérus gauche, après avoir déterminé des phénomènes douloureux pendant deux ans et demi, provoqua une fracture spontanée de l'os. Cette fracture ne se consolida pas et un noyau secondaire apparut au bout du nez. Une biopsie pratiquée sur celui-ci établit le diagnostic de périthéliome. On pratiqua la désarticulation du bras et l'amputation de la moitié antérieure du nez, mais le malade présenta immédiatement après l'opération des symptômes pulmonaires mal caractérisés et mourut à peu près subitement le troisième jour.

Le second malade eut, en 1899, une fracture spontanée du tiers moyen de l'humérus gauche. Cette fracture se consolida, du moins en apparence, mais deux mois après, une seconde fracture se produisit au même endroit que la première. Peu de temps après la première fracture, un petit nodule apparut sur l'os temporal. Le malade mourut cachectique environ sept mois après la première fracture.

Le troisième cas a trait à un homme de quarante-cinq ans, porteur d'un endothéliome primitif à point de départ dans les espaces lymphatiques des vertèbres lombaires, de la clavicule et des côtes, avec métastases nombreuses, cholécystite chronique, calculs biliaires et épaississement de la vésicule, et qui mourut dans le coma. Le quatrième et dernier cas est celui d'une fillette de onze ans, atteinte d'endothéliome primitif du fémur gauche avec noyaux secondaires dans les ganglions lymphatiques de l'aine, mais dont malheureusement l'autopsie ne put être faite.

L'étiologie de ces tumeurs est des plus incertaines. Les auteurs font cependant remarquer que, dans plusieurs de leurs coupes (qu'ils ont faites nombreuses et dont ils donnent un compte rendu détaillé), la prolifération de l'endothélium lymphatique était bien comparable à celle qu'engendrerait l'action de microbes ou de toxines microbiennes. Cliniquement, l'histoire est celle d'un ostéosarcome avec ce point particulier qu'ils surviennent surtout à un âge déjà avancé, ce qui les rapprocherait de l'épithélioma et du carcinome. Les os longs sont les sièges de prédilection. La pulsation, quelquefois notée, peut donner le change pour un anévrisme. Le diagnostic ne peut guère être établi par la simple clinique, une biopsie est nécessaire.

F. GARDNER.

OBSTETRIQUE

Oblitération congénitale du pylore et transposition des viscères. (H. M. Little et H. F. Helmholtz. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, juillet 1905, vol. XVI, n° 172, p. 249.) — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer un cas d'absence congénitale du pylore à la Maternité du John Hopkins Hospital. Ils posèrent le diagnostic le septième jour après la naissance en s'appuyant sur les dix particularités suivantes :

1° Vomissement d'une grande quantité de liquide amniotique peu après la naissance;

2° Vomissements répétés survenant non immédiatement après l'ingestion de petites quantités de liquides, mais dès que 20 à 30 centimètres cubes environ ont été donnés;

3° Présence dans l'estomac de la quantité complète d'aliments ingérés quand l'estomac est lavé deux heures après leur ingestion;

4° Absence complète de bile dans les vomissements et les liquides de lavage;

5° La présence et l'émission de méconium prenant graduellement l'aspect de bile pure, démontrant ainsi la perméabilité du tube digestif au-dessous du pylore;

6° Absence complète de lait ingéré dans les selles;

7° Hypothermie persistante;

8° Perte progressive du poids;

9° Anurie;

10° Présence de l'hydramnios chez la mère.

Les auteurs, par contre, n'ont pas observé un signe important signalé d'abord par Wyss : l'absence de bactéries dans le méconium. Ils montrent l'importance de l'hydramnios chez la mère. Dans les 6 cas d'obstruction complète signalés, 4 fois l'hydramnios existait. Dans les 2 autres cas on ne le signale pas. Les auteurs expliquent, en effet, que le fœtus ne pouvant avaler, ni absorber de liquide amniotique, ceci explique deux choses : son aspect amaigri à la naissance, la présence de liquide plus abondant dans l'œuf. L'enfant fut opéré le septième jour. On pratiqua facilement une gastro-entérostomie, mais il mourut quatorze heures après, sans aucune complication. Cette intervention est avec celle de Maygrier et Jeannin et celle d'Abel, les seuls cas analogues publiés.

L'autopsie vint montrer tout d'abord une inversion absolue et complète de tous les organes. Les auteurs la décrivent avec soin. Tous les vaisseaux, de même, présentaient une inversion de leur disposition.

Le pylore finit en cul-de-sac, et ne présente aucun prolongement fibreux ou autre vers le duodénum. Un centimètre plus loin, au niveau de la tête du pancréas et de l'abouchement des canaux du foie et du pancréas, on trouve le commencement du duodénum terminé lui-même en cul-de-sac. Aucune formation spéciale ne réunit ces deux organes. On trouve seulement sur l'estomac un petit nodule de 1 millimètre de longueur qui peut ressembler à une ébauche de conduit. L'examen histologique en séries montre que ce nodule finit en cul-de-sac et est tapissé par une couche de hautes cellules cylindriques. Autour du pylore on ne trouve pas d'anneau musculaire anormal.

Mais point capital, on observe l'absence des artères de la région du pylore : absence de la pancréatico-duodénale supérieure, de la gastro-épiploïque gauche, et de la branche pylorique de l'artère hépatique. Aussi, discutant toutes les théories proposées pour expliquer les cas semblables : arrêt de développement, volvulus, péritonite fœtale, embolies vasculaires, anomalies vasculaires, les auteurs n'hésitent pas à se rattacher à la dernière de ces explications, très plausible dans le cas présent.

A ce travail sont annexées 3 figures, un tableau des 27 observations connues d'oblitération congénitale du pylore, et la bibliographie complète de la question.

M. LANCE.

THÉRAPEUTIQUE

Action antiseptique du brome. (H. E. Stroud. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. I, n° 6, déc. 1905, p. 530-53.) — Une solution de 8 grammes de brome et 8 grammes de bromure de potassium dans 500 grammes d'eau, conservée dans un flacon bouché à l'émeri, a une puissance bactéricide énorme, mais les vapeurs qu'elle dégage sont extrêmement irritantes, et il faut éviter soigneusement de les respirer soi-même, ou de les laisser respirer au malade. L'endroit à traiter est nettoyé aussi bien que possible et enveloppé d'une seule épaisseur de gaze, au-dessus de laquelle on applique une couche épaisse de coton hydrophile. Dans un vase de verre, l'on met de six à vingt compresses ordinaires et l'on verse sur ces compresses autant de la solution bromée que ces com-

presses peuvent absorber. L'excès est exprimé. Avec une paire de pinces on dépose ces compresses rapidement sur le coton hydrophile et l'on couvre immédiatement avec une autre couche de coton, du taffetas gommé et une bande. On renouvelle le pansement après un intervalle de six à vingt-quatre heures. L'auteur a appliqué sa méthode dans des cas hyperseptiques observés par lui dans une des régions les plus désertes du Far West où l'on trouve beaucoup de ces infections, parmi une population à demi civilisée. Dans un cas de gangrène du pied, avec cordon gros comme le petit doigt se rendant à l'aine, où se trouvait une adénite de la grosseur d'une orange, et où les phénomènes généraux étaient extrêmement graves, la guérison avec une toute petite cicatrice fut obtenue rapidement. En quatre jours, une thermo-cautérisation, et des pansements au brome mirent sur pied un homme qui avait un furoncle s'étendant du sommet de la tête à la pointe de l'omoplate. Ce furoncle avait été traité pendant plusieurs semaines avec des cataplasmes de bouse de vache, et l'homme était moribond. En quelques heures, le brome jugula l'infection du genou d'un berger, qui avait essayé de retirer une épine qui s'y était enfoncée, avec une paire de pinces qui lui servait à extraire les larves de vers de ses moutons. Enfin, le pansement au brome modifie mieux que n'importe quoi les ulcères variqueux atones et fétides.

F. GARDNER.

SUITE DES SOMMAIRES

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 3, 20 janv. 1906.) Wilhelm ROTH : Contribution à l'étude de l'étiologie de l'obstruction rénale. — BICHATON : A propos de deux cas de mucocèle au sinus maxillaire. — DIEU : Abcès extradural consécutif à une otite moyenne aiguë; trépanation spontanée et ouverture dans la fosse temporale externe; apophyse mastoïde intacte. — (N° 4, 27 janv.) M. BARGY : Abcès de la cloison nasale. — (N° 5, 3 fév.) ROYET : Sur l'insuffisance respiratoire nasale causée par l'existence de soudures de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du cavum. — F. BLANC : Polype de l'amygdale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 3, 1er fév. 1906.) A. PARIS : Enfants épileptiques ou enfants prédisposés à l'épilepsie et enfants indisciplinés; soins spéciaux dont ils ont besoin. — PERRIN et PARISOT : Paraplégies syphilitiques. Nécessité du diagnostic étiologique et d'un traitement précoce intensif et prolongé. — H. GÉRARD : Aperçu médico-légal sur les effets de la balle renversée des revolvers. — (N° 4, 15 fév.) FRUHINSHOLZ : Quelques considérations sur la physiologie pathologique de l'avortement. — PERRIN et PARISOT : Paraplégies syphilitiques. Nécessité du diagnostic étiologique et d'un traitement précoce intensif et prolongé (*suite*).

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Fév. 1906.) DEGUY et DETOT : Les pleurésies métadiphtériques. — PATER : Sur deux formes anatomiques rares de la tuberculose dans la première enfance. — HERVOIT : Emphysème généralisé par rupture pulmonaire chez une enfant tuberculeuse atteinte de croup et tubée.

Revue neurologique. — (N° 1, 15 janv. 1906.) E. DUPRÉ et Paul CAMUS : Paraplégie pottique par myélomalacie, sans leptoméningite, ni compression, éclosion du signe de Babinski. — H. DELACROIX et F. SOLAGER : Amnésie rétro-antérograde générale et presque totale; délire, anesthésie considérable des diverses sensibilités chez une hystérique. — (N° 2, 30 janv.) RAYMOND et Georges GUILLAIN : Un cas de syringobulbie. Syndrome d'Avellis au cours d'une syringomyélie spasmodique. — GAUSSEL : La guérison histologique de la méningite cérébro-spinale. — ETIENNE : Ulcère utéro-vaginal phagédénique et gangrène cutanée de nature hystérique. — (N° 3, 15 fév.) HUET et LEJONNE : Paralysie faciale et hémiatrophie linguale droites ayant vraisemblablement comme origine une polioencéphalite inférieure aiguë ancienne. — LONG et CRAMER : Du tabes tardif. — TROLARD : Des radiations du septum lucidum et du trigone. Espace sous-calleux antérieur.

Revue scientifique. — (N° 3, 20 janv. 1906.) MAUCLAIRE : La chirurgie esthétique. — BIRAULT : Tunnels sous les fleuves. Les nouvelles lignes du métropolitain sous la Seine. — H. PIERON : Alimentation et tuberculose. — (N° 4, 27 janv.) Paul PAINLEVÉ : Les principes de la physique, et les phénomènes de radio-activité. — C. BIRAULT : Tunnels sous les fleuves. Les nouvelles lignes du métropolitain sous la Seine. — Jean JAUBERT : Les industries du vide. — (N° 5, 3 fév.) *Editorial :* L'état actuel de la question des rayons N. — Marcel BAUDOUIN : La technique moderne des fouilles des sépultures mégalithiques. — DAUZAT : La question du téléphone. — (N° 6, 10 fév.) C. MATIGNON : Les aciers électriques. — F. MALMÉJAC : Rôle hygiénique des germes de l'eau. — (N° 7, 17 fév.) C. MATIGNON : Les aciers électriques (*fin*). — Ph. TISSIÉ : Le témoignage des faits en matière d'éducation physique. — A. L'HERRERA : La renaissance du problème de la génération spontanée.

Semaine gynécologique. — (N° 4, 23 janv. 1906.) RICHELOT : Un cas de métrite tuberculeuse. — PICHEVIN : A propos de la pathogénie de l'ovarite scléro-kystique. — (N° 5, 30 janv.) Paul PETIT : Un aperçu de la thèse de M. Henry Arnal sur l'utérus sénile. — (N° 6, 6 fév.) PICHEVIN : Crête médiane postérieure de l'utérus. — (N° 7, 13 fév.) PICHEVIN : Traitement médical de l'infection puerpérale. — (N° 8, 20 fév.) PICHEVIN : De l'hystérométrie.

Semaine médicale. — (N° 3, 17 janv. 1906.) Miguel CONTO : Le souffle systolique de l'insuffisance aortique pure. — (N° 4, 24 janv.) Ch. AUBERTIN : L'albuminurie orthostatique essentielle. — (N° 5, 31 janv.) REMOUCHAMPS : Sur la parotidite chronique muco-purulente. — (N° 6, 7 fév.) DE BOVIS : Le corps jaune. — (N° 7, 14 fév.) B. SCHIASSI : La splénocléisis contre l'anémie splénique et la maladie de Banti.

Tribune médicale. — (N° 3, 20 janv. 1906.) L. DEVÈZE et J. SARBADOU : Relation de deux épidémies d'Orient. Particularités cliniques et complications. — (N° 4, 27 janv.) GOUGEROT : Péritonites aiguës des brightiques. — ROTTENSTEIN : Traitement des kystes hydatiques par l'incision minima et l'injection de formol.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 2, 30 janv. 1906.) LONGUET : De l'appendicectomie complémentaire [en cas d'appendice sain (*fin*)]. — (N° 3, 15 fév.) P. GOSSET : La maladie des Colbert; la goutte.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Pathologie.* — Séance du 23 février 1906 : MM. Basset, 13; Cruet et Vaucher, 10; Cadenat et Cremer, 8; Mlle Bouteil, MM. Lerat (Henri) et Rafinesque, 7; Blocq, 6; Delapchier, 5.

Séance du 24 février 1906 : MM. Lamy, 11; Burnier et Porée, 9; Fimbal, 8; Bénazet, Boulland (Léon) et Francey, 7.

— Epreuve écrite supplémentaire pour 3 candidats dont les copies avaient été égarées :

Question donnée : « Artère sylvienne. Signes et diagnostic de l'hydronéphrose. » Deux copies ont été remises, aucun des candidats n'a répondu à l'appel de son nom pour la lecture de sa copie.

— EPREUVE ORALE. — La première séance aura lieu le jeudi 1er mars, à cinq heures, à l'amphithéâtre, 49, rue des Saints-Pères.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Petit est affecté, pour ordre, à l'hôpital militaire de Toulouse.

MM. les médecins-majors de première classe Bischoff, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Chambéry (service); — Fribourg, passe aux salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal (service); — Petit, à l'hôpital militaire de Nancy; — Février, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Germain; — Mitry, passe aux salles militaires de l'hospice de Vannes (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ponsot, passe au 20e escadron du train (service); — Ravé, au 46e d'infanterie (service); — Metzquer, au 11e chasseurs à cheval (service); — Jodry, aux batteries alpines du 2e d'artillerie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Bénard, passe au 155e d'infanterie; — Dupuich, au 45e d'infanterie (service); — Léard, au 146e d'infanterie (service); — Coste, au 95e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chaduc, passe au 92e d'infanterie; — Hugel, au 120e d'infanterie (service).

LA SOCIÉTÉ FRRNÇAISE D'HYGIÈNE met au concours pour 1906 la question de l'*Air* : Sa composition, causes de viciation, aération et ventilation des locaux habités, portes et fenêtres.

La Société affecte à ce concours une médaille de vermeil, offerte par son président honoraire, M. Janssen, de l'Institut; une médaille d'argent et une médaille de bronze.

Les mémoires devront être inédits, écrits en français et ne pas dépasser 36 pages in-8°.

Ils seront remis dans la forme académique, avant le 1er décembre 1906, au siège de la Société française d'hygiène, Hôtel des Sociétés savantes, 26, rue Serpente.

Un second concours, spécialement réservé aux auteurs féminins, et institué par M. Janssen, qui y affecte une médaille de vermeil, portera sur *les vêtements et le linge*, leur entretien hygiénique. — Mêmes conditions et même date que pour le concours de l'Air.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Colin, ancien président de l'Académie de médecine, ancien professeur au Val-de-Grâce, médecin-inspecteur général du cadre de réserve, grand-officier de la Légion d'honneur; Guibet (de Bapaume), Jamme (de Saint-Laurent-du-Pont), J.-L. Michalon (de Vienne), Moron, externe des hôpitaux de Bordeaux; Poiteau (de Bienvillers-au-Bois) et Sayé (de Rivehaute).

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1906, par M. H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le docteur Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1906.) COSTA : La forme pure de l'insuffisance surrénale. Etude clinique et critique. — MALAFOSSE : Le paludisme à Géryville. — BODARD : Au sujet de l'eau oxygénée et du perborate de soude. — MONART et LAFFORGUE : Péritonite par perforation à évolution paradoxale au cours d'une fièvre typhoïde. — NICLOT : Syndrome de Brown-Séquard incomplet par dissociation, dite syringomyélique, de la sensibilité. Lésion médullaire droite et plaie cutanée gauche. — LAIR : Fracture du crâne, trépanation. Transport de dix heures en montagne deux jours après. Guérison. — CHAUDOYE : Fracture du pariétal ; trépanation ; épilepsie jacksonienne tardive.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 4, 25 janv. 1906.) Joseph H. PRATT : Sur le développement de l'hydrothérapie scientifique (avec 4 figures). — E. E. FOSTER : Description de l'opération de Kilian pour la cure des sinusites frontales (avec 6 fig.). — D. Crosby GREENE : Etude sur le larynx des tabétiques. — Max BÖHM : Contribution à l'étude de l'étiologie de la scoliose (avec 7 fig.).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 5, 3 fév. 1906.) PAL : Le sphygmoscope pour la fixation de la tension artérielle. — (N° 6, 8 fév.) JAKSCH : Une source non encore remarquée de pentosurie alimentaire.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 1er fév. 1906.) LEWIN : Le sort des substances chimiques étrangères dans le corps humain et particulièrement sur leur excrétion. — ZUNKER : L'organisme humain a-t-il besoin d'excitants artificiels ? — HOFMEIER : L'opération césarienne vaginale et le domaine de la chirurgie en obstétrique. — WESTENHOEFFER : Suppuration périhypophysaire dans la méningite. — LÜDKE : Remarques sur la dysenterie bacillaire dans le cercle de Barmen (1904-1905). — KALISKI : Sur un nouveau procédé d'exploration du chimisme gastrique pendant la digestion, sans emploi de la sonde. — MOSSE et ROTHMANN : Sur l'intoxication par la pyrodine chez le chien. — (N° 6, 8 fév.) STERNBERG : Clystère et irrigations. — HERING : Sur la fréquence de la coïncidence du pouls veineux et du pouls constamment irrégulier. — SCHNEIDER : Valeur de la désinfection par le lusoforme à une température modérée. — STENGER : La stase de Bier dans les suppurations aiguës de l'oreille. — WECHSELMANN : Critique des recherches sur la transmission de la syphilis aux animaux faite par Siegel. — LEWIN : La destinée des substances chimiques étrangères au corps humain, et particulièrement leur excrétion. — LUDKE : Remarques sur la dysenterie bacillaire dans le cercle de Barmen (1904-1905).

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 15, 4 fév. 1906.) CURLO et GOGGIA : Quelques criteriums pour le pronostic de la fièvre typhoïde. — Mario CARLETTI : A propos de la réaction dite du bleu de méthylène. — Pietro GIOIELLI : Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ictère grave chez les femmes enceintes. — E. LEONARDI : A propos d'une épidémie de rougeole. — (N° 18, 11 fév.) Luigi PESERICO : Quelques notes sur la fièvre typhoïde. Typhus ambulatoire à issue fatale. Typhoïde et puerpéralité. La peau chez les typhiques. — Antonio VIGNOLA : Contribution à l'étude du triangle paravertébral de Grocco dans les pleurésies séreuses de l'enfance. — MARCHISIO : Infection pneumococcique primitive de l'estomac et de l'intestin ; péritonite et pneumonie secondaires. — Percacini GIO-BATTA : Prévention chez l'enfant des maladies de l'adulte. — Arturo CAMPANI : La thérapeutique du cancer de la peau. — Paolo SABBATANI : Les variations de l'apnée volontaire pendant les inhalations sulfhydriques.

Medizinische Blatter. — (N° 5, 1er fév. 1906.) SNELLEN : Importance de certaines mensurations pour les assurances sur la vie. — FISCH : Balnéothérapie dans le cœur gras. — ROBBERS : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. — (N° 6, 8 fév.) SADGES : Sur l'hydriatique des maladies organiques de la moelle. — ROBBERS : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. — FISCH : La balnéothérapie dans le cœur gras.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 6 fév. 1906.) GRÜBER et FUTAKI : Séroactivité et phagocytose. — FISCHER : La lutte contre la diphtérie. — RUPPANNER : Sur la pyélonéphrite pendant la grossesse. — COLLEY : Traitement des affections suppuratives aiguës par la méthode d'hyperémie de stase de Bier. — HERHOLD : Emploi de l'hyperémie de stase dans les affections suppuratives aiguës à l'hôpital militaire d'Altona. — MINDERS : Sur la technique de la méthode de Bier pour l'hyperémie de stase. — GRŒDEL : Doigts en baguette de tambour du côté gauche dans un anévrisme de la crosse de l'aorte. — BITTORFS : Sur la pathogénie de la coprostase congénitale (maladie de Hirschsprung). — SCHIFF : Rayons Röntgen et radium dans l'épithélioma. — SAMMER : Sur la rigidité cadavérique intra-utérine. — (N° 7, 13 fév.) ZWEIFEL : Le poison de l'éclampsie et ses conséquences pour le traitement. — LOCKEMANN : Sur la présence de l'acide sarcolactique dans le sang, l'urine et le liquide céphalo-rachidien des femmes éclamptiques. — KEMPEL : Sur le moyen d'obtenir du lait stérile pour les nourrissons, les enfants et les malades. — MANTEUFEL : Statistique sur l'importance du lait stérilisé pour la lutte contre la mortalité infantile. — ZAUBZER : Le lait de vache. — HECHT : Recherche clinique de la graisse dans les fèces. — HERXHEIMER et OPIFICIUS : Nouvelles recherches sur le spirochaete pallida. — VEIEL : Sur les rapports entre les sensations psychiques et les troubles cardiaques. — DAXENBERGER : Un cas de hernie du diaphragme avec rupture de l'estomac. — FISCHER : La lutte contre la diphtérie, à propos d'observations faites à l'occasion d'une épidémie dans un restaurant d'automates. — OTTINGER : Chirurgie de guerre dans la guerre russo-japonaise 1904-1905.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 6, 11 fév.) 1906.) ZIRKELBACH : Sur la fièvre typhoïde. — SCHEIBER : Sur un cas de syringomyélie évoluant sous l'aspect d'une paralysie musculaire progressive.

Policlinico. — *Section médicale.* — (N° 2, fév. 1906.) Prof. Agenore ZERI : La leucémie aiguë. — BOCCIARDO : Les secousses latérales de la tête comme symptôme différentiel entre les diverses localisations des anévrismes de l'aorte thoracique. — Angelo SIGNORELLI : Les pulsations du tube laryngo-trachéal. Le double battement laryngo-trachéal. Le pouls laryngien ascendant. — CARLETTI : Les déplacements du cœur par augmentation de pression dans la cavité pleurale gauche.

Riforma medica. — (N° 4, 27 janv. 1906.) Emilio Ugo FITTIPALDI : La réaction ammoniacale d'Erlich. — L. GIUFFRE : Une question fondamentale pour la doctrine de la fièvre. — Carlo COLOMBO : La dosimétrie des rayons de Röntgen. — Bruno DOMENICO : Le bromure de méthylatropine. — (N° 5, 3 fév.) Giuseppe SERAFINI : Contribution à la cure du prolapsus rectal. — Dario ROMANI : Les entérorragies occultes dans l'infection typhique. — PINI et BENINI : Diazo-réaction et indicanurie chez les aliénés. — Augusto CIANNI : L'action de l'adrénaline dans la maladie de Werlhof.

LEÇONS DE PRATIQUE MÉDICALE

ÉTUDE DE L'EMBARRAS GASTRIQUE

PRIS COMME TYPE DES AFFECTIONS PAR TROUBLES SÉCRÉTOIRES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Par M. le docteur Paul LE GENDRE (1),
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Nous avons étudié, Messieurs, dans les leçons précédentes, les troubles de la motricité et de la sensibilité qui peuvent affecter le tube digestif; nous allons nous occuper aujourd'hui des troubles sécrétoires. Ceux-ci sont très complexes et il a fallu bien longtemps avant qu'on parvînt à élucider en grande partie leur étude. C'est là ce qui apparaît avec évidence si l'on envisage l'état pathologique connu sous le nom d'*embarras gastrique* et dont la description clinique est à peu près la même dans Grisolle que dans les traités de médecine les plus récents. Mais combien s'est modifié le point de vue pathogénique à mesure que l'on connaissait mieux les états cliniques de l'appareil digestif d'une part et de l'autre le rôle des microbes dans les phénomènes de la digestion!

L'embarras gastrique est un état morbide que vous rencontrerez à chaque instant dans la pratique; si nous voulons faire une description rapide de ses traits principaux nous verrons que le malade, dont le facies est terreux et qui présente une teinte subictérique des conjonctives, est abattu, se plaint souvent de céphalalgie frontale, a une inappétence absolue et un dégoût marqué surtout pour les aliments solides. La soif par contre est ardente, mais c'est une soif élective pour ainsi dire, car les boissons sucrées sont repoussées tandis que les liquides acidulés sont bus avec avidité. L'haleine est fétide, parfois repoussante; la langue est étalée, large, recouverte d'un enduit plus ou moins épais, d'un blanc sale ou jaunâtre, où les dents laissent leur empreinte très nette; la salive est rare, on la voit collectée par places sur la langue, et elle est épaisse et gluante. Il existe un état nauséeux, mais les vomissements sont rares, les efforts aboutissant plutôt à des vomituritions; les renvois aigres et nidoreux sont fréquents, et la constipation est de règle au début pour faire place parfois au bout de quelques jours à une diarrhée qui a la valeur d'un phénomène critique. Cette dernière est provoquée souvent d'ailleurs par la thérapeutique mise en œuvre; quand elle apparaît spontanément elle est due à une polycholie arrivant après une sécrétion insuffisante de la bile, qui commandait la constipation.

Si l'on vient à palper la paroi abdominale on constate de la sensibilité au niveau du creux épigastrique et dans la région hépatique, cette dernière plus marquée lorsque la teinte subictérique des téguments et des conjonctives est également plus nette. Le malade se plaint aussi d'insomnie, de douleurs vagues et diffuses dans les muscles, c'est-à-dire de myalgies, ou de névralgies fixes ou erratiques; enfin il y a très souvent une fébricule irrégulière, parfois même une poussée fébrile temporaire assez élevée.

Lorsqu'à la période purement clinique de la médecine a succédé celle où l'on s'est mis à étudier de plus près l'état anatomique des organes dans les diverses affections, on a attaché une grande importance à l'état catarrhal, et l'embarras gastrique a reçu en conséquence le nom de *catarrhe muqueux* de l'estomac ou de *gastrite catarrhale*. Puis l'étude des urines a montré que ces dernières, qui sont rares et foncées au cours de l'embarras gastrique, contiennent deux fois sur trois de l'indican, lequel est comme la signature des fermentations intestinales, et une fois sur trois de l'urobiline qui révèle la participation de la cellule hépatique au processus morbide et son insuffisance fonctionnelle momentanée.

Plus récemment enfin, l'étude chimique a montré que souvent le suc gastrique, dans l'affection qui nous occupe, ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, et qu'il ne digère pas l'albumine *in vitro*, c'est-à-dire qu'il ne renferme pas de pepsine. Quant aux féculents ils sont également digérés de façon insuffisante, d'où l'on peut conclure que la diastase salivaire fait défaut. Les fermentations microbiennes secondaires sont la résultante naturelle de la suppression des ferments digestifs normaux.

Voici donc, en résumé, une affection générale où prédominent les symptômes digestifs, avec participation des glandes annexes, et réaction de l'organisme manifestée par les troubles nerveux et la fièvre. Parfois il existe des phénomènes critiques comme l'herpès labial ou nasal; or l'herpès se rencontre dans de nombreuses maladies infectieuses où il est sous la dépendance d'un trouble du système nerveux central, ce que démontre dans certains cas une lymphocytose temporaire du liquide céphalo-rachidien. Partant de ces données, je crois pouvoir conclure que, dans l'embarras gastrique, le phénomène fondamental est la suppression ou la viciation en plus ou en moins des sécrétions physiologiques, et comme la régulation n'existe plus, il s'ensuit des fermentations secondaires par pullulation microbienne.

Ces troubles de la sécrétion qui créent l'embarras gastrique peuvent d'ailleurs être primitifs ou secondaires, et dans ce dernier cas l'embarras gastrique apparaît comme symptomatique d'affections diverses. Voulez-vous quelques exemples d'embarras gastrique primitif? Je vous rappellerai celui qui est dû à des écarts de régime passagers et qui porte les noms classiques et expressifs de « a crapula » ou encore « a nimio potu ». L'embarras gastrique est souvent consécutif au refroidissement et surtout à l'abaissement de température accompagné d'humidité; on voit fréquemment dans ces conditions une épidémie d'embarras gastrique frapper une région, tout comme on voit sous l'influence de la même cause se produire une série d'accidents pulmonaires. Cela se conçoit aisément si l'on réfléchit que, lorsque le système nerveux est détourné de ses fonctions

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Gaullieur l'Hardy.

défensives par l'action inhibitrice du froid, l'organisme peut être envahi, et que cette invasion peut porter aussi bien sur le poumon, où le pneumocoque entre en scène, que sur l'appareil digestif où la flore microbienne crée l'embarras gastrique.

Vous connaissez tous pour l'avoir éprouvé peu ou prou l'intoxication passagère des anatomistes et l'embarras gastrique qu'elle crée, et à propos des embarras gastriques provoqués par des médicaments toxiques ou irritants je vous parlerai du temps, que vous n'avez pas connu, où au jeune étudiant qui se plaignait à son maître d'un embarras gastrique pénible, celui-ci répondait : « Supprimez d'abord le copahu. » L'avènement des lavages au permanganate de potasse a fait disparaître cette dernière cause.

Il en reste d'ailleurs assez d'autres sans cela, car à côté des troubles primitifs que nous venons de passer en revue nous pouvons en effet citer ceux qui sont secondaires, par exemple, aux angines, ceux qui coïncident avec l'invasion de l'érysipèle, avec le début du rhumatisme, de la grippe, des fièvres éruptives. Tels sont encore l'embarras gastrique qu'on voit survenir chez les saturnins ou les urinaires, celui qui revient périodiquement dans la tuberculose chronique, et tant d'autres enfin qu'il serait trop long, sinon impossible, d'énumérer.

En présence des phénomènes que nous avons étudiés plus haut, comment devons-nous diriger la thérapeutique? Simplement en nous inspirant de la pathogénie, et vous allez voir là, Messieurs, une fois de plus, la science contemporaine justifier les procédés de traitement employés dès la plus haute antiquité. Dans le cas qui nous occupe, la nature triomphe de la maladie d'abord par la diète qui résulte de l'inappétence absolue du malade; or la diète supprime l'apport nouveau de substances fermentescibles dans l'appareil digestif, il reste donc à éliminer celles qui s'y trouvent déjà, c'est-à-dire à administrer des évacuants, vomitifs et purgatifs. Les premiers sont représentés surtout par l'ipéca, qui en outre de son action émétique jouit de propriétés sécrétoires manifestes; vous savez d'ailleurs que le premier phénomène qui se traduit au moment du vomissement est une inondation salivaire de la bouche. Ce pouvoir sécrétoire de l'ipéca produit également l'hypercrinie des glandes muqueuses de l'estomac, et cette sécrétion abondante nettoie mécaniquement le conduit excréteur des glandes encombré de mucus.

Le purgatif, lui, a pour premier résultat de faire fluer la bile en plus grande quantité, et nous avons dit un mot tout à l'heure du rôle de la polycholie; la même action se fait sentir sur le suc intestinal, en même temps qu'il se produit une vaso-dilatation des capillaires de la muqueuse, d'où flux séreux considérable.

Les boissons copieuses, acidulées et diurétiques, que l'on a de temps immémorial l'habitude de donner dans l'embarras gastrique, provoquent la sécrétion urinaire et facilitent ainsi l'élimination des produits toxiques par la voie rénale.

Dans la seconde période de la maladie, où les phénomènes aigus sont finis, mais où l'appétit ne revient pas, on a de tout temps administré des amers, qui d'une part masquent les sensations gustatives qui accompagnent la convalescence, et d'autre part excitent la sécrétion peptique. Ce dernier effet constaté depuis bien longtemps par l'empirisme a été vérifié par les expériences de Frémont et de Pawlow sur l'estomac isolé.

Donc, lorsque nous aurons à traiter un cas d'embarras gastrique, nous imposerons au début la diète hydrique absolue pendant quelques heures, mais comme il faut parer à la déminéralisation du malade nous ordonnerons rapidement le bouillon de légumes qui, sans introduire dans l'organisme aucune substance fermentescible, lui fournit des sels minéraux assimilables.

En même temps nous prescrirons des boissons acidulées, des sucs de fruits, surtout si la saison permet d'avoir des fruits frais et de donner leur suc en nature, car je vous rappelle encore que le sucre est désagréable aux malades en ce cas et que les sirops sont contre-indiqués. On alternera ces préparations avec des boissons alcalines, car on sait que le mucus gastrique se dissout bien dans les liquides alcalins.

Comme évacuant nous aurons recours à l'ipéca pour provoquer le vomissement, soit 1g50 à 2 grammes d'ipéca par doses de 50 centigrammes administrées de dix en dix minutes avec un verre d'eau tiède. Il sera bon de s'en tenir à l'ipéca et d'éviter les antimoniaux qui ont une action dépressive. Dans certains cas d'embarras gastrique tenace, vous vous trouverez bien de pratiquer le lavage de l'estomac avec de l'eau alcaline légèrement tiède.

Comme purgatifs il faudra choisir, nous l'avons vu, ceux qui ont une action cholagogue, et de préférence le sulfate de soude; vous pourrez également vous servir de la crème de tartre et du calomel, quoique le pouvoir cholagogue de ce dernier ait été contesté.

Utiliserons-nous les antiseptiques intestinaux? A la rigueur on peut s'en passer, car avec les moyens thérapeutiques que nous venons d'énumérer, on réalise une antisepsie naturelle, ou mieux une diminution de l'état septique, en débarrassant le tube digestif de ses poisons et du trop plein de ses microbes. Dans certains cas, cependant, les antiseptiques pourront nous rendre des services et nous emploierons alors de préférence le naphtol α ou le naphtol β qui ont l'avantage d'être insolubles et de laisser en permanence dans le tractus gastro-intestinal de petites quantités de substance antiseptique disséminées. Le naphtol a une saveur cuisante qui nécessite son administration en cachets. Le benzonaphtol, le bétol, le salol qu'on emploie beaucoup aussi ont le défaut d'être un peu solubles. Tous ces antiseptiques seront donnés à la dose de 1g50 à 3 grammes par vingt-quatre heures et vous les ferez prendre par doses fractionnées et fréquemment répétées de façon à maintenir constamment le tube digestif sous leur influence. Vous pourrez d'ailleurs les associer à des poudres plus ou moins inertes, salicylate de bismuth et de magnésie, et entre autres au charbon de peuplier qui est absorbant et s'oppose

aux fermentations parce que ses molécules fixent certains principes sécrétés par les microbes.

Dans la seconde période, celle où il est bon de recourir aux amers pour réveiller les sécrétions normales, vous pouvez ordonner des macérations de gentiane, de quassia-amara, de petite centaurée; vous vous adresserez aussi aux amers strychniques qui stimulent la contractilité. Les gouttes amères de Baumé, le sulfate de strychnine vous rendront des services dans cet ordre d'idées.

Lorsque vous ferez reprendre l'alimentation vous ne laisserez d'abord absorber au malade que des substances pauvres en albumine ou qui en sont privées, par exemple des potages au bouillon de légumes avec un peu de tapioca, de semoule ou de crème de riz. Puis viendront les potages aux herbes auxquels succéderont les purées de légumes au lait. Ce dernier ne doit apparaître dans l'alimentation qu'à ce moment-là et il faut l'écarter pendant le cours de l'embarras gastrique, car sa caséine et sa graisse sont facilement fermentescibles; vous vous trouverez bien d'ailleurs de le faire prendre écrémé ou coupé d'une eau alcaline qui réduit la caséine en grumeaux beaucoup plus fins.

Trouveront alors leur place les fruits cuits, les marmelades, et seulement après eux les substances albuminoïdes (blanc de poulet, maigre de jambon, poissons et œufs extrêmement frais). Méfiez-vous du poisson qui la plupart du temps est transporté dans la glace, celle-ci maintient pour ainsi dire les microoganismes en respect et ils pullulent ensuite avec une rapidité d'autant plus grande. Or un malade qui vient d'avoir un embarras gastrique est en imminence de rechute et la moindre infection peut le faire retomber.

L'embarras gastrique est donc, pour ainsi dire, un état type, un type représentatif des troubles digestifs et des phénomènes généraux qui peuvent survenir, quand la suppression des sécrétions normales a permis le développement exagéré des fermentations microbiennes, et je vous ai exposé son histoire pour vous faire bien comprendre l'importance considérable de l'auto-intoxication par perturbation sécrétoire, puisque son action s'étend non seulement sur le tube digestif mais sur l'organisme tout entier. Cette importance nous apparaîtra maintenant avec plus de clarté encore si nous envisageons les perturbations sécrétoires de l'appareil digestif dans ses différents segments et dans différents états pathologiques. C'est cette étude qui fera l'objet de notre prochaine leçon.

INFECTION PUERPÉRALE POST-ABORTUM

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. GUERISON

Par le docteur LOP,

Chargé du cours complémentaire d'accouchement et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

I

L'observation que nous allons rapporter ne constitue pas très exactement le type idéal de l'infection puerpérale grave, que certains chirurgiens veulent rendre justiciable de l'hystérectomie abdominale quand tous les traitements préalables ont échoué.

Ce sont pourtant les cas analogues à celui-ci, qui paraissent relever de l'hystérectomie totale permettant d'espérer les plus grandes chances de succès; opérer dans d'autres conditions, c'est aller, il me semble, au-devant du pire des aléas.

En priant mon ami Acquaviva, chirurgien des hôpitaux, d'intervenir plus activement, je me suis inspiré du tracé de la température et de l'insuccès de deux curetages avec écouvillonnage, de la répétition des poussées péritonitiques et surtout de l'état du pouls, dont la fréquence ne correspondait pas à la température, traduisant ainsi un état grave.

L'état général de la malade, bien qu'assez précaire, permettait pourtant d'espérer. Le cœur était encore vigoureux; les urines, quoique peu abondantes, étaient très limpides et ne renfermaient pas d'albumine. La déchéance organique, l'amaigrissement et la fréquence des poussées fébriles étaient autant d'indications pour tenter une intervention, plus radicale que celles faites jusqu'alors.

Opérée le 2 septembre la malade sortait le 1er octobre complètement guérie.

Observation (recueillie par l'interne du service). — *Avortement au quatrième mois. Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale avec salpyngectomie double.* — Primipare, trente-quatre ans, entrée le 5 août à la clinique gynécologique, service du professeur Queirel, suppléé par le docteur Lop.

Cette femme est entrée dans le service en pleine infection, huit jours après un avortement en ville. L'état général est des plus mauvais; le pouls est fréquent, petit, la température élevée; il y a des frissons fréquents, la langue est sèche, rôtie, l'abdomen ballonné, douloureux. Depuis trois jours la malade n'est plus allée à la selle; l'utérus, difficilement appréciable à cause du ballonnement de l'abdomen, est plus facilement accessible par le toucher vaginal.

Cet organe est volumineux, très douloureux, le col largement entr'ouvert laisse écouler un sang noirâtre, infect. Le vagin est recouvert de fausses membranes. Les culs-de-sac sont souples, non douloureux. L'examen bactériologique des sécrétions donne comme résultat du *streptocoque* à l'état de pureté.

Après désinfection minutieuse du vagin, et après avoir débarrassé l'intestin par un copieux lavage de deux litres, on pratique le curetage suivi d'un écouvillonnage et de deux grandes injections intra-utérines d'eau oxygénée à 10 volumes (dédoublée). Les fausses membranes sont touchées à la teinture d'iode.

L'intervention très bien supportée est suivie d'une injec-

tion sous-cutanée de 350 grammes de sérum caféiné, répétée matin et soir pendant cinq jours.

Rapportée dans son lit, une large application de vessie de glace est faite sur l'abdomen et la malade ne tarde pas à prendre un meilleur aspect que celui qu'elle avait quelques heures auparavant, à son entrée.

Malgré ce traitement auquel on adjoint, dès le lendemain et les 5, 6 et 8 août, l'injection quotidienne de 30, 20, puis 10 centimètres cubes de sérum de Marmorek, la température tombe le 9, pour se relever le 12, où l'on injecte encore 30 centimètres cubes de sérum de Marmorek et 20, le 13.

Malgré l'abaissement de la température, on pratique pourtant un nouvel écouvillonnage le 14 au matin. Le thermomètre redescend et l'état général devient meilleur.

Il y avait lieu d'espérer que tout se terminerait là, lorsque le 21 survinrent de nouveaux frissons avec élévation de température.

Immédiatement on pratique un deuxième curetage. Pendant cette intervention, le docteur Lop explore attentivement par le toucher intra-utérin, combiné au palper abdominal, les parois utérines. Les annexes et le Douglas sont aussi examinés; ce double examen ne fait rien constater de très appréciable.

Le thermomètre redescend encore à la normale dès le 24 au matin pour s'élever de nouveau le 29 au soir, en même temps que se fait une nouvelle poussée péritonitique.

En présence de cette nouvelle rechute, de l'insuccès du traitement et du mauvais état de la malade, qui offrait pourtant une résistance assez grande, le docteur Lop a recours à une intervention plus radicale qui seule semble permettre de pouvoir sauver la malade.

Un détail qui a son importance, *c'est que jamais, en aucun moment, malgré l'état local, le sang examiné à différentes reprises ne renferma de streptocoque.*

II

Le 30 août, je priais mon ami le docteur Acquaviva, chirurgien des hôpitaux, de vouloir bien venir me donner son avis.

Après un nouvel examen local détaillé (le toucher intra-utérin fut impossible à pratiquer à cause de la rétraction de l'orifice interne), nous trouvons à droite une salpingite; l'annexe gauche, que l'opération devait montrer comme la plus malade, n'était que très difficilement accessible, même par le toucher rectal.

Après une étude approfondie des symptômes généraux nous nous décidons à pratiquer une laparotomie exploratrice qui deviendrait curative si les lésions trouvées à l'ouverture n'étaient pas trop étendues.

Après les préparatifs d'usage et malgré que le thermomètre ait été la veille au matin au-dessous de 38 degrés mais avec un pouls à 120, le docteur Acquaviva, auquel je servais d'aide, pratiqua la laparotomie. L'abdomen aussitôt ouvert, la malade est mise en Trendelenburg, ce qui permet de constater l'existence d'une double salpingite suppurée, plus accusée à gauche qu'à droite. L'utérus très volumineux, adhérent, semblait ne rien présenter en dehors de cette augmentation de volume.

En présence de ces lésions limitées à l'utérus et aux annexes, de l'absence d'adhérences trop intimes et de péritonite généralisée à la grande cavité, nous nous décidons à pratiquer l'hystérectomie sub-totale en même temps que l'enlèvement des annexes.

Cette intervention, faite selon le procédé de J. Faure, est rapidement exécutée par le docteur Acquaviva. Quarante-cinq minutes après l'ouverture de l'abdomen, la malade est recouchée, dans un état aussi satisfaisant que possible.

L'examen des organes enlevés justifie pleinement l'opération, et après l'heureuse terminaison de cette grave infection, nous ne pouvons que nous féliciter de notre décision.

J'ai dit que l'examen post-opératoire justifiait l'intervention; voici quel était l'état de l'utérus et des annexes.

L'utérus, volumineux comme le poing, était farci d'abcès miliaires qui laissaient sourdre, à travers les tranches de l'hémisection opératoire, du pus en abondance.

Nulle part dans l'épaisseur du parenchyme trace de collection, mais en revanche, chaque incision faisait sortir du pus; le tissu utérin était ainsi transformé en une véritable éponge purulente.

La muqueuse, chose remarquable, était intacte, aucune fausse membrane n'en tapissait l'intérieur, le col était presque refermé et l'on voyait en rapprochant les deux segments de l'hémisection que l'orifice interne était reconstitué en partie, expliquant ainsi la difficulté à pratiquer le toucher intra-utérin.

Les trompes étaient très dilatées, la gauche plus que la droite, en outre des lésions banales de salpingite aiguë renfermaient, la gauche, environ une cuillerée à soupe de pus homogène, jaunâtre, sans odeur, et la droite, une cuillerée à café.

L'ovaire gauche très augmenté de volume était farci d'abcès miliaires dans sa couche corticale et renfermait, dans sa substance médullaire, un abcès, gros comme un noyau de cerise.

L'ovaire droit, très enflammé, volumineux aussi, était rempli de petits kystes de couleur hyaline, mais ne renfermait pas de pus.

Un ensemencement, fait avec le pus des trompes et de l'utérus et, chose curieuse, avec le liquide kystique de l'ovaire droit, donna des cultures pures de streptocoques.

Les suites opératoires furent des plus heureuses ; opérée le 2 septembre, la température oscilla de 38°5 à 39 degrés matin et soir, pendant encore huit jours, et tomba pour ne plus se relever le 11 au matin.

Le 25 la guérison était complète et le 1er octobre la malade quittait le service.

L'absence de streptocoque dans le sang pouvait-elle être regardée comme une contre-indication à l'hystérectomie. Je ne le pensai pas.

L'on sait, en effet, depuis le consciencieux rapport de Treub (Congrès de Rome, 1902), et les documents contenus dans la remarquable thèse de Mouchotte (Paris 1903, hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum), que l'examen du sang des infectées puerpérales ne peut servir d'indication; ce qui fait dire à Macé (*L'Obstétrique*, année 1903) : *que la présence du streptocoque dans le sang ne constitue pas un pronostic fatal, pas plus que l'absence de microbes ne donne droit à un pronostic favorable.*

En un mot comme le veulent les chirurgiens et accoucheurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'obstétrique, de la Société de chirurgie et du Congrès de Rome, seuls les signes cliniques soigneusement observés et analysés peuvent donner une apparence de sécurité. Il serait d'ailleurs illusoire de demander autre chose en l'état actuel de nos connaissances en hémato-bactériologie.

Pourtant, au Congrès de Madrid, le professeur Pinard déclare que : la clinique, la bactériologie et

l'anatomie pathologique sont à l'heure actuelle impuissantes à fournir une indication d'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.

Si l'on s'en tient à cette déclaration si formelle, si absolue du maître de la clinique Baudelocque, il faut donc s'en remettre « au petit bonheur » chaque fois que l'on interviendra dans les cas semblables au nôtre.

C'est dire aussi, avec ses élèves Ribemont-Dessaignes et Lepage, « qu'il n'est pas possible de donner pour le moment des indications à peu près précises de l'hystérectomie, et la faire ou ne pas la faire sera souvent, pour le médecin, une question de conscience et aussi de tempérament. »

Mouchotte (l. c.) qui a fort bien étudié la question, tout en se ralliant en partie à l'opinion de ses maîtres, admet que l'hystérectomie, justifiée par un certain nombre d'observations, doit tirer son indication de la résistance organique de l'infectée.

C'est, à mon avis, sur ce terrain absolument clinique que doit être portée la question de l'intervention. Pourtant à l'exemple de Mouchotte, on pourra compléter l'examen rationnel des signes objectifs offerts par la malade : tension artérielle, présence ou absence de l'albumine dans les urines, etc., par la recherche de la formule hématologique. Lorsque celle-ci sera trouvée, *il conviendra de supprimer de l'organisme le foyer d'où diffusent continuellement les germes menaçants et sur le point de triompher.*

Dans une monographie récente, Potocki et Lagasse (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin 1904), envisageant les modifications globulaires du sang, au point de vue de l'indication opératoire (hystérectomie) et du pronostic, recherchés dans 9 cas, « estiment que, dès à présent, l'examen du sang chez les puerpérales peut fournir quelques précisions au pronostic. »

On se préoccupera, disent-ils aussi, « de la marche de la leucocytose et de la polynucléose, ainsi que de celle de l'éosinophilie ; si les premiers dépassent 25000, 30000 et 80 à 90 p. 100, le pronostic doit être réservé. »

Ces accoucheurs n'hésitent pas à considérer l'hystérectomie comme la dernière ressource à offrir aux malades dans le cas où les éosinophiles ont disparu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1906)

Sur les dangers de l'ingestion de bacilles tuberculeux tués par la chaleur chez les animaux tuberculeux et les animaux sains, par MM. CALMETTE et BRETON (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 22, p. 258).

Sur la présence de l'aldéhyde formique dans les substances caramélisées. — M. TRILLAT montre que le sucre caramélisé ou ayant subi un commencement de caramélisation contient des doses plus ou moins considérables de formaldéhyde.

Le caramel étant utilisé dans l'alimentation comme parfum et comme colorant, il est utile de savoir au point de vue de l'hygiène alimentaire, et aussi au point de vue de l'expertise légale, que la formaldéhyde, dont l'usage est interdit par la loi pour la conservation des aliments, peut s'y rencontrer parfois comme aliment.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1906)

Pseudo-rhumatisme à entérocoques. — M. H. TRIBOULET dit que l'observation rapportée par M. Ménétrier montre une jointure remplie d'entérocoque, et comme il y avait suppuration, on étiquette ce fait clinique « pseudo-rhumatisme ».

Il y a lieu de rappeler que dans ses recherches sur le rhumatisme franc, avec M. A. Coyon, il a rencontré un germe analogue, sinon le même, dans les formes compliquées (notamment en cas d'endocardite). Ainsi donc, ce diplococcus entérocoque se montre dans la *septicémie* du rhumatisme franc ; le cas rapporté ici prouve qu'il peut faire aussi la *pyohémie* des pseudo-rhumatismes ; et, d'après M. Triboulet, cette observation complète la chaîne des virulences rhumatismales. Reprenant une idée qu'il a soutenue autrefois, il semble bien que la septicémie rhumatismale ne soit qu'une pyohémie atténuée.

A considérer que c'est du tractus gastro-intestinal que provient l'infection pyohémique, on voit que la notion étiologique de la septicémie rhumatismale reste avec la bactériologie ce que la clinique l'avait fait prévoir.

Pour J. Franck et pour Chomel, en effet, « il y avait toujours, sous le rhumatisme, un état gastrique à savoir reconnaître et à combattre. »

Septicémie à tétragène. — MM. JOSUÉ et LIAN rapportent l'observation d'une malade, âgée de vingt ans, qui, après une période de troubles génitaux, a présenté une pleurésie double avec des phénomènes généraux graves. La malade est sortie guérie après trois mois de séjour à l'hôpital. Les accidents étaient liés à la présence du tétragène qui a été retrouvé dans le sang et dans les épanchements pleuraux.

Le tableau clinique présente quelques particularités intéressantes :

Le début, qui fait supposer que la porte d'entrée de l'infection générale a été génitale ;

L'existence d'une pleurésie double, dont l'une était aréolaire et polymorphe ;

L'intensité des phénomènes généraux, qui se sont beaucoup améliorés après deux injections intraveineuses de collargol, la première de 0g02 centigrammes et la deuxième de 0g04 centigrammes.

A propos de ce cas, les auteurs rappellent brièvement toutes les observations d'infections tétragéniques et attirent l'attention sur la fréquence des localisations pleurales.

Dans les affections locales à tétragène elles existent dans un tiers des cas.

Dans les septicémies à tétragène elles existent dans deux tiers des cas.

L'examen bactériologique des liquides pleuraux et du sang a montré que le tétragène était la cause de cette septicémie.

L'examen direct des liquides pleuraux a fait voir du tétragène typique et des cocci isolés ou groupés par deux.

Les ensemencements faits avec ces liquides ont donné des cultures pures de tétragène.

De même, le sang qui a été pris aseptiquement dans la veine céphalique, et semé dans deux ballons de 200 centimètres cubes de bouillon.

Les cultures ne se sont pas montrées virulentes pour le lapin et la souris;

Mais l'inoculation de 20 centimètres cubes de liquide pleural dans le péritoine d'un cobaye a déterminé la mort de l'animal en vingt-quatre heures et on a trouvé dans la cavité péritonéale un peu de liquide jaune louche qui, ensemencé, a donné du tétragène.

Les crachats de la malade qui étaient peu abondants et renfermaient beaucoup de tétragènes ont été inoculés sous la peau d'un cobaye et n'ont pas tuberculisé l'animal.

Enfin pour bien établir le rôle pathogénique du tétragène dans cette septicémie, les auteurs ont recherché la réaction agglutinante que MM. Roger et Trémolières ont employée les premiers et l'ont trouvée positive. L'expérience des cultures sur gelose a démontré qu'il s'agissait bien d'un tétragène et non d'un staphylocoque.

Statistique de scarlatine. — M. Sevestre apporte sa statistique de scarlatine pour 1905. Sur 234 cas observés chez des enfants, il n'y a eu à déplorer que 4 morts survenues trois à quatre jours après l'entrée des malades à l'hôpital, soit une mortalité de 1,68 p. 100.

Septicémie à streptocoques développés à la suite d'une amygdalite phlegmoneuse. — MM. Œttinger et Malloizel rapportent l'observation d'un malade atteint d'une septicémie à streptocoques développés à la suite d'une amygdalite phlegmoneuse et qui se caractérisait par l'apparition de très grands frissons avec élévation considérable de la température.

Le malade fut pris d'accidents méningitiques avec céphalée intense, raideur de la nuque, incontinence des sphincters, puis ultérieurement de parésie du facial et de l'oculomoteur externe du côté gauche.

Le liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire de nature séro-purulente contenait un très grand nombre de streptocoques, microorganismes que la culture du sang avait montré exister en abondance dans la circulation.

L'état méningitique s'atténua assez rapidement sous l'influence d'injections intrarachidiennes d'argent colloïdal, en même temps qu'on introduisait ce même médicament par la voie intraveineuse.

La guérison était définitive après un mois, mais les compli cations méningitiques avaient cédé après quelques jours de traitement. Celui-ci semble avoir possédé une réelle efficacité, car si la guérison spontanée de la méningite cérébrospinale à méningocoques a été assez fréquemment observée, celle de la méningite streptococcique, beaucoup plus rare du reste, est un fait très exceptionnel.

Entre autres particularités, ce malade a présenté, à la suite de cette infection, une hypertrophie du muscle de la face, du cou et du membre supérieur du côté gauche, dont la pathogénie est difficile à comprendre, mais que l'on peut avec vraisemblance considérer comme une myosite hypertrophique d'origine infectieuse.

Péritonite à pneumocoque. — MM. Ménétrier et Rubens Duval insistent sur le polymorphisme clinique de cette affection. Il s'agit d'une malade se présentant avec les apparences d'une cirrhose atrophique à son dernier terme (ascite libre, circulation collatérale). Mais il y avait de la dyspnée très intense, de la cyanose, presque de l'algidité. La ponction donna issue à un litre de liquide louche qui, centrifugé, donne un culot purulent formé de polynucléaires et de pneumocoque virulent. La malade mourut : à l'autopsie, on découvrit une inflammation diffuse péritonéale, la présence de pneumocoque dans les ganglions mésentériques et médiastinaux, enfin les lésions d'une cirrhose atrophique parvenue à la fin de son évolution.

Rein polykystique. Urémie lente à forme somnolente. — MM. P. Claisse et H. Rendu présentent des pièces typiques de gros rein polykystique.

Ils insistent sur l'évolution très spéciale de ce cas qui s'est terminé en urémie lente à forme somnolente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 21 février 1906)

Chirurgie des voies biliaires. — M. Quénu résume la discussion qui a eu lieu à la suite de son rapport.

Deux questions ont été soulevées au cours de cette discussion : 1° Sur la nature des causes amenant la rétention de la bile dans les voies biliaires ; 2° Sur la technique des opérations destinées à porter remède à cette rétention.

M. Quénu, comme beaucoup de ses collègues, estime que, par les signes cliniques, il est souvent possible de faire le diagnostic de la nature de la rétention. La variabilité de l'ictère dans le cas de calculs, sa progression constante dans le cas de cancers de la tête du pancréas sont des signes de grande valeur; les coliques hépatiques et les accès fébriles ne sont pas forcément symptomatiques de calculs hépatiques. Aussi bien souvent le diagnostic n'est fait qu'après laparotomie, et même alors, il est difficile dans certains cas. Un calcul de la portion intra-pancréatique du cholédoque ou de l'ampoule de Vater nécessitera pour être diagnostiqué une duodénotomie avec ou sans incision du cholédoque. Le cathétérisme du cholédoque, par les sensations vagues qu'il fournit, même avec des cathéters métalliques, ne permet pas toujours de reconnaître un calcul.

Quant à la rétraction ou à la distension de la vésicule biliaire dans le cas de calcul, M. Quenu n'admet pas l'explication anatomique du double canal de M. Delbet, il reste fidèle à la doctrine de Courvoisier-Terrier, c'est-à-dire grosse vésicule = cancer de la tête du pancréas, vésicule rétractée = calculs biliaires.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Quénu pense que la cholédoco-entérostomie est une opération qui peut être logique mais dont la difficulté d'exécution rend l'indication exceptionnelle, par exemple, dans les cas de pancréatite chronique ou rétrécissement infranchissable du cholédoque.

Lorsque le drainage des voies biliaires est indiqué, il n'y a pas toujours lieu de recourir à la méthode de Kehr qu'on doit réserver aux cas où la lithiase se complique d'angiocholite. Quand il n'y a pas d'infection des voies biliaires supérieures, la taille du cholédoque ou la cholécystectomie sont suffisantes.

Depuis 1895, M. Quénu a eu 6 fois recours à la méthode de Kehr, il a eu 6 guérisons. M. Terrier a eu 2 cas avec 2 guérisons.

Présentations. — M. Picqué présente un homme qui avait avalé une pièce de 50 centimes, qui séjourna quatre semaines dans la bronche droite. Cette pièce fut facilement extraite par M. Guisez, à l'aide de la bronchoscopie directe.

M. Picqué présente également un malade auquel il a fait, avec bon succès, le **cerclage de l'olécrane**.

M. Pierre Duval a pratiqué une **résection du coude avec interposition musculaire**.

M. Broca montre un petit garçon chez lequel il a pratiqué

l'extirpation totale d'une fistule congénitale complète de la région cervicale supérieure.

M. THIÉRY soumet à ses collègues une série de moulages de botryomycoses de la main.

Enfin M. SAVARIAUD termine en apportant une pièce de cancer du col utérin avec fibrome du corps, des radiographies de coxa vara essentielle, de luxation du pouce en arrière.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1906)

La parotidite des hémiplégiques. — MM. GILBERT et Maurice VILLARET communiquent deux observations d'hémiplégiques chez lesquels apparut, quelque temps après l'ictus, une parotidite localisée au côté paralysé. Le siège de la tuméfaction glandulaire du côté hémiplégique, sa rapidité d'évolution, la coexistence de troubles vaso-moteurs et trophiques divers localisés au même côté donnent à ces cas un aspect un peu particulier. L'âge avancé des sujets, l'artériosclérose, la dépression et l'anémie déterminées par l'ictus, la misère physiologique sont autant de causes prédisposant à l'infection canaliculaire. Le siège spécial de la parotidite du côté paralysé est déterminé par des causes inhérentes à l'hémiplégie elle-même. Parmi celles-ci, il faut signaler l'hypotonicité des fibres lisses des gros conduits excréteurs parotidiens et des troubles vaso-moteurs consistant particulièrement en une hypothermie unilatérale moyenne de 7/10 de degré, en la diminution relative des globules rouges du côté paralysé, en l'abaissement de la tension artérielle du même côté. Il existe de plus des troubles sécrétoires et trophiques glandulaires du côté hémiplégique. Enfin il faut tenir compte chez de tels sujets de leur mode de décubitus favorisant l'infection canaliculaire ascendante.

Passage du chloroforme de la mère au fœtus. — Les expériences de M. NICLOUX ont été faites sur le cobaye; elles montrent :

1° Que le passage est rapide;

2° Que la quantité de chloroforme contenue dans le foie des fœtus est en général supérieure à la quantité de chloroforme contenue dans le foie maternel.

Sur la topographie de l'adrénaline. — Pour M. CIACCIO, l'adrénaline n'est pas un produit des cellules corticales; elle est élaborée par des cellules spéciales; l'adrénaline de la substance corticale est due aux cellules chromaffines répandues dans la capsule conjonctive et dans les diverses zones, et au produit de sécrétion de la substance médullaire ayant pénétré dans les vaisseaux de la substance corticale.

Treponema pallidum (Schaudinn) dans les lésions de la syphilis héréditaire. — M. BOSC a trouvé le treponema pallidum dans les lésions du poumon et du foie de syphilis héréditaires graves; il existe dans le sang circulant, dans l'intérieur des vaisseaux. On peut le découvrir dans l'exsudat de périhépatite développé au voisinage d'un foyer gommeux et dans le liquide d'ascite hémorragique. Il présente une grande affinité pour les épithéliums; il peut subir une dégénération dont l'un des stades peut reproduire l'aspect de *Spir. refringens*.

Gommes syphilitiques et tréponèmes. — M. BOSC admet que la gomme est l'expression d'un mode de résolution ou d'une néoplasie spécifique qui se fait par un processus brutal de dégénérescence diphtéroïde; ce mode de dégénérescence est en rapport avec le mode d'action des tréponèmes, qui, pullulant autour d'un vaisseau, forment des amas qui tuent brutalement les cellules. Les accidents syphilitiques en transformation gommeuse, enfin, doivent être virulents pendant toute la période d'accroissement.

L'anesthésie par le chloral est-elle due au chloroforme qui proviendrait de sa décomposition? — De ses expériences, M. NICLOUX conclut : 1° qu'il y a peut-être une légère décomposition du chloral avec production du chloroforme, sans toutefois qu'il soit possible de l'affirmer, puisque le chloral en présence du sang, même acidifié, subit une très légère décomposition à l'ébullition; 2° qu'en tout cas, alors même que cette décomposition existerait, la proportion de chloroforme qui en résulte est tout à fait insuffisante pour produire l'anesthésie; l'action du chloral est donc bien spécifique.

Existence, en Tunisie, des infections paratyphiques. Pouvoir agglutinant du sang des malades. — MM. NICOLLE et CATHOIRE, sur 64 cas de fièvre typhoïde clinique, en ont observé 16 dus au bacille paratyphique. Chez ces malades, le pouvoir agglutinant a été généralement élevé; il baisse trop rapidement après la chute de la température pour que l'on puisse faire avec quelque certitude le diagnostic rétrospectif d'une affection paratyphique en se basant sur l'existence du sérum.

Les agglutinines secondaires du sang des malades atteints d'infections paratyphiques. Spécificité de la séro-réaction dans ces infections. — Le sang des malades observés par MM. NICOLLE et CATHOIRE ne contenait souvent, à côté de l'agglutinine principale, des agglutinines secondaires actives sur les microbes voisins; le taux de ces agglutinines, relativement peu énergiques, est souvent en rapport avec celui des agglutines principales. Leur présence ne rend qu'exceptionnellement délicate l'application des résultats du séro-diagnostic.

Recherches sur la mucinase dans les matières fécales. — Pour MM. NEPPER et RIVA, la formation de la muco-membrane serait fonction de l'augmentation de la mucinase et de la diminution simultanée de la substance anticoagulante qui en permet la mise en valeur.

Éosinophilies myéloïdes. — Pour MM. BLOCH et AUBERTIN, certaines éosinophilies peuvent s'accompagner d'une réaction myéloïde plus ou moins forte : chez une malade du service de M. Brocq, atteinte de dermatite polymorphe douloureuse, ils ont constaté que les éosinophiles comprenaient un certain nombre de cellules mononucléées; que de plus on trouvait dans le sang une myélocytose neutrophile assez notable, avec présence d'un grand nombre de formes de transition; qu'il existait enfin un petit nombre de cellules de Turk. Au fur et à mesure que la poussée évolue, le nombre des polynucléaires éosinophiles augmente, le taux des myélocytes éosinophiles se maintient, tandis qu'au contraire les myélocytes neutrophiles deviennent plus rares. En un mot, de même que la leucocytose, la réaction myéloïde tend à devenir élective.

Dans un grand nombre d'autres éosinophilies, on ne trouve pas trace de réaction myéloïde (éosinophilies pures à polynucléaires). Cependant dans quelques cas (lèpre), cette myélémie peut être légèrement ébauchée.

La réaction myéloïde n'est d'ailleurs aucunement en rapport avec l'intensité de l'éosinophilie, ni de la leucocytose globale.

Ces cas d'*éosinophilie myéloïde* paraissent occuper, dans le groupe des éosinophilies, la même place qu'occupe, dans

le groupe des leucocytoses neutrophiles, la leucocytose myéloïde de la variole. Dans les deux cas, il y a myélémie, et cette myélémie n'est pas élective.

Pas plus que pour les neutrophilies infectieuses, on ne sait actuellement s'il y a entre les deux éosinophilies une différence essentielle ou si elles ne représentent au contraire que deux stades d'une même réaction sanguine.

Sérothérapie préventive de l'attaque d'hémoglobinurie paroxystique. Différence des qualités du plasma dans l'hémoglobinurie paroxystique et dans certains cas d'hémoglobinurie paludéenne. — MM. F. Widal et P. Rostaine ont poursuivi sur l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* les recherches qui les ont amenés à montrer qu'une insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang est la cause de la crise qui éclate sous l'influence du froid. Leurs résultats obtenus *in vitro* les avaient conduits à injecter à une hémoglobinurique un sérum antisensibilisateur et ils avaient pu prévenir ainsi l'apparition des pissements d'hémoglobine sous l'influence du froid.

Ils ont observé les bons effets de l'injection du sérum antisensibilisateur chez une nouvelle malade qui présentait une sensibilité extrême au froid. Ils ont pu chez elle prévenir la crise d'hémoglobinurie que l'immersion des mains à 10 degrés, pendant quinze minutes, suffisait à déterminer. Le sérum qu'ils lui ont injecté provenait d'un cheval préparé à l'Institut Pasteur par l'injection intra-péritonéale de sérum humain provenant de saignées thérapeutiques et de sang placentaire.

Chez cette malade comme chez celle dont ils ont rapporté antérieurement l'histoire, le sérum impressionnait constamment *in vitro* sous l'influence du froid les hématies avec lesquelles il était en contact, propriété mise en lumière par Douotte et Landsteiner. MM. Vincent et Dopter ont rapporté dans la dernière séance qu'ils n'avaient pas observé ce phénomène si particulier avec le sérum d'un ancien paludéen atteint d'hémoglobinurie quinique. Les auteurs ont de leur côté obtenu des résultats analogues avec le sérum de cinq malades ayant souffert d'hémoglobinurie d'origine paludéenne.

Cette différence dans les qualités du plasma nous explique la différence d'action du chlorure de calcium chez les hémoglobinuriques *a frigore*. Tandis que l'injection de chlorure de calcium, comme l'a démontré M. Vincent, peut prévenir la crise d'hémoglobinurie quinique chez les anciens paludéens, la crise d'hémoglobinurie *a frigore*, comme ils l'ont constaté chez un de leurs malades, n'est en rien modifiée par ce traitement. Chez cette femme, ils ont pu, par contre, provoquer à plusieurs reprises par l'injection de sérum antisensibilisateur une immunisation passive contre l'hémoglobinurie *a frigore*.

Autres communications :

Dosage de l'alcool dans le chloroforme. — M. Nicloux.

Sur la sécrétion de la couche médullaire de la surrénale. — M. Ciaccio.

Influence de la durée et de l'intensité de l'excitation électrique sur la production des convulsions toniques et cloniques. — M. Mioni.

Polymorphisme expérimental du bacille d'Eberth. — MM. Péhu et Rajat.

Fonction du thymus chez les bovidés. — MM. Gouin et Andouard.

Présence de la catalase dans les tissus animaux débarrassés de sang. — M. Batelli.

Analogies, sinon identité, d'une partie de la fibringlobuline et du fibrinogène. — M. Patein.

Etude de l'hémolyse des globules de cheval par l'acide acétique. Influence du milieu. — Mlle Robert.

Influence retardatrice du sérum sur l'hémolyse des globules de cheval par l'acide acétique. — Mlle Robert.

Procédé capable de s'opposer à la transmission aux rejetons des tares viscérales maternelles. — MM. Charrin et Delamarre.

Traitement des infections intestinales par la méthode de transformation de la flore bactérienne de l'intestin. — M. Tissier.

Recherches sur les substances anticoagulantes de la bile. — MM. Nepper et Riva.

Essais d'acclimatation microbienne persistante dans la cavité intestinale. Délimitation du siège probable de cette acclimatation. — M. Cohendy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 MARS 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 mars, à une heure. — 2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Macaigne.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pinard, Mauclaire et Cunéo ; — (2e série) : MM. Terrier, Lepage et Rieffel ; — (3e série) : MM. Kirmisson, Sébileau et Potocki ; — (4e série) : MM. Segond, Wallich et Branca ; — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Legry ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Balthazard ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 6 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Le Dentu, Bonnaire et Launois ; — (2e série) : MM. Pozzi, Maygrier et Rieffel ; — (3e série) : MM. Poirier, Hartmann et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion ; — (2e série) : MM. Berger, Auvray et Morestin ; —(2e partie) : MM. Joffroy, Gouget et Jeanselme ; — M. Vaquez, suppléant.

Mercredi 7 mars, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Pinard, Gosset et Branca ; — (2e série) : MM. Terrier, Sébileau et Wallich ; — (3e série) : MM. Reclus, Lepage et Cunéo ; — (4e série) : MM. Tuffier, Potocki et Rieffel ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 8 mars, à une heure. — 1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Auvray.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Guyon, Thiéry et Bar ; — (2e série) : MM. Berger, Retterer et Bonnaire ; — (3e série) : MM. Pozzi, Maygrier et Rieffel ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 9 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Lepage et Rieffel ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Brissaud et Teissier.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard ; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Branca, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

VENTE
20 Millions de Bouteilles
PAR AN.

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897.

TAMAR INDIEN GRILLON

CONTRE

CONSTIPATION

Hémorroïdes, Bile, Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal.

PARIS, 33, RUE DES ARCHIVES

Traitement simple et agréable. — 3 à 7 Pilules par jour suffisent.

KIPSOL prévient guérit le **CORYZA**

CORYZA SIMPLE et CORYZA des IODURES. — BLANCARD, Paris.

HERNIE GUÉRIE



par le Nouveau BANDAGE MEYRIGNAC Accepté p'la Société de Chirurgie de Paris. Recommandé par les Membres du Corps Médical.

Cet appareil en forme d'arbalète est invisible sur le corps; supprime le **ressort** du dos et le **sous-cuisse.** Le malade peut se livrer à tous les travaux sans éprouver de *gêne.* Par sa pression constante il mène à la guérison. Env. Catalogue. **MEYRIGNAC,** Spécialiste-Herniaire, **229,** Rue St-Honoré, Paris.

PHLEBITES, VARICES, HEMORRHOIDES

CONCENTRE d' GRANULÉ
1 flac. pour 1 bain. 2 à 4 cuill. à café p. jour

EAU DE BAGNOLES

Cie des Eaux de Bagnoles, 6, r. Tronchet, Paris.

MALADIES DU CŒUR
TRAITEMENT CURATIF PAR LES
DRAGÉES TONI-CARDIAQUES LE BRUN
Caféine, Iodoforme et Strophantus.

PHTISIE Bronchites chroniques, Catarrhes pulmonaires, etc.
TRAITEMENT RATIONNEL PAR
L'EUCALYPTINE LE BRUN au Gaïacol iodoformée
Injections sous-cutanées et Capsules.

Dépôt Général : Pharmcie Centrale du Faubourg Montmartre, PARIS et toutes Pharmacies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NEVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

AFFECTIONS PULMONAIRES
TUBERCULOSE



Une cuillerée à bouche = 1 gr. THIOCOL ROCHE. = 0 gr. 52 GAIACOL crist.

Les seules préparations ayant donné jusqu'à ce jour des résultats appréciables et constants dans le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées par les malades, même les plus difficiles.

— *RÉSULTATS* —

TRANSFORMATION DES **CRACHATS**, PUIS DISPARITION
SUPPRESSION DE LA **TOUX**
DISPARITION DE LA **FIÈVRE** ET DES **SUEURS NOCTURNES**
AUGMENTATION DE L'**APPÉTIT**
RÉGULARISATION DES **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION DU POIDS DU CORPS
TRANSFORMATION DES SIGNES STÉTHOSCOPIQUES



1 comprimé = 0 gr. 50 THIOCOL ROCHE = 0 gr. 26 GAIACOL crist.

SE MÉFIER DES PRODUITS INACTIFS OU TOXIQUES SOUVENT SUBSTITUÉS AU THIOCOL ROCHE
PRESCRIRE TOUJOURS LES PRÉPARATIONS CI-DESSUS INDIQUÉES

Echantillons et Littérature sur demande : F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie, 7, rue Saint-Claude, Paris.

N° 25. — JEUDI 1er MARS 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 1er MARS 1906. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — Le concours s'est ouvert lundi 26 février; les candidats ont à eu à traiter les questions suivantes : « Anatomie pathologique et bactériologique de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Diagnostic de l'asthme. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic de l'œdème aigu du poumon. — Signes et diagnostic de la tuberculose du cæcum; anatomie pathologique de l'artérite syphilitique; anatomie pathologique de la maladie d'Addison. »

Le jury s'est divisé en deux sections : 1° Anatomie pathologique : MM. Moutard-Martin, Tapret, Dalché, Comby et Labadie-Lagrave; — 2° Symptomatologie : MM. Florand, Thoinot, Roger, de Beurmann et Brault.

ORDRE DE LECTURE DES COPIES. — 1. MM. Comte, Bensaude, Schæffer, Roux, Deguy, Pagniez, Camus, Léri, Clerc,

11. Balthazard, Lortat-Jacob, Grenet, Froin, Coyon, Sainton, Léopold-Lévi, Nattan-Larrier, Hallé, Bigard, Hauser,

21. Ribadeau-Dumas, Rathery, Lemierre, Gaultier, Leven, Merklen, Terrien, Emile Weill, Laignel-Lavastine, Benjamin Weill,

31. Lenglet, Herscher, Laubry, Courcoux, Ribierre, Salomon, Rosenthal, Lippmann, L. Le Sourd, Voisin,

41. Géraudel, Delamare, Bergeron, Armand Delille, Paris, Babonneix, Decloux, Simon, Castaigne, Gastou,

51. Guillemot, Legroux, Lejonne, Lereboullet, Audistère, Ferrand, Nobécourt, Crouzon, Ghika, Ravaut.

Les lectures commenceront pour la section d'anatomie pathologique (de 1 à 60), le mercredi 28 février, à huit heures du soir à la Charité, amphithéâtre Velpeau; pour la section de symptomatologie (de 31 à 60, puis de 1 à 30), le jeudi 1er mars, à cinq heures du soir, à la Charité, au même amphithéâtre.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — Un concours pour une place d'interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil et militaire d'Avignon sera ouvert le jeudi 15 mars 1906. — Se faire inscrire huit jours avant la date fixée pour le concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 7 AU 10 MARS 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 10 mars, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. de Lapersonne, Bar et Thiéry.

4e : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon; — M. Méry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Ribemont-Dessaignes et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 7 mars 1906, à une heure. — M. BROQUIN-LACOMBE. Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le chlorure mercurique [sublimé corrosif]. (MM. Gautier, président; Gaucher, Roger et Richaud.) — M. KAHAN. De l'alimentation par les décoctions végétales dans les gastro-entérites infantiles. (MM. Gaucher, président; Gautier, Roger et Richaud.) — M. CHAUMEL. Recherches sur la croissance des enfants des écoles de Paris et des crèches, dispensaires et consultations externes des hôpitaux. (MM. Gaucher, président; Gautier, Roger et Richaud.) — M. TOUZE. L'appendicectomie préventive, méthode de Longuet. (MM. Gaucher, président; Gautier, Roger et Richaud.) — M. G. DE SAUNAIS DE GUERMARQUER. L'appendicite parasitaire. (MM. Blanchard, président; Kirmisson, Segond et Teissier.) — M. ISAUTIER. Ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus. (MM. Kirmisson, président; Blanchard, Segond et Teissier.) — M. PERSON. Contribution à l'étude des fistules appendiculo-vésicales. (MM. Segond, président; Blanchard, Kirmisson et Teissier.) — M. MERLOT. Contribution à l'étude de l'extension continue dans le traitement des fractures obliques de la jambe. (MM. Segond, président; Blanchard, Kirmisson et Teissier.)

Jeudi 8 mars 1906, à une heure. — M. FERRE. De certaines infections secondaires d'origine buccale. (MM. Cornil, président; Raymond, Dupré et Bezançon.) — M. JOLLY. Crises hépatiques et tabes. (MM. Raymond, président; Cornil, Dupré et Bezançon.) — M. GAUDEMET. De l'intervention chirurgicale dans l'ulcère non perforé de l'estomac. (MM. Le Dentu, président; Budin, de Lapersonne et Brindeau.) — M. GASSE. L'école des mères. (MM. Budin, président; Le Dentu, de Lapersonne et Brindeau.) — M. CHAPELLE. De l'influence du traumatisme sur la production et l'évolution des tumeurs de l'œil et de ses annexes. (MM. de Lapersonne, président; Le Dentu, Budin et Brindeau.)

L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE [1]

(*1731-1793*)

Par le professeur Paul RECLUS.

L'Académie royale de chirurgie tint sa première séance le 18 décembre 1731 et sa dernière, le 22 août 1793. Elle vécut donc un peu moins de soixante-deux ans. Et cependant, malgré cette durée éphémère, il n'est pas de société scientifique ou littéraire qui ait brillé d'un plus vif éclat : elle avait conquis l'admiration de l'Europe ; son nom était honoré dans toutes les nations civilisées et un éminent historien put s'écrier sans être contredit : « Quel pays oserait disputer le premier rang à celui qui posséda, pendant un demi-siècle, l'Académie royale de chirurgie ? »

Pour comprendre l'enthousiasme qui accueillit sa fondation, il faut se rappeler la condition misérable des chirurgiens jusqu'au règne de Louis XV. Ils étaient relégués avec les barbiers, leurs compagnons de confrérie, dans la catégorie des artisans, inscrits au livre des métiers entre les chapeliers et les fourbisseurs. Ils y restèrent, malgré des luttes héroïques menées pendant plus de quatre cents ans avec une constance admirable, malgré de grandes et brillantes victoires remportées par des hommes qui se nommaient Pitard, Lanfranc, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, le plus grand de tous, bien que l'année dernière, ici même, dans une spirituelle conférence que vous n'avez pas oubliée, M. Debove ait quelque peu égratigné le marbre de son piédestal.

Deux raisons d'ordre religieux expliquent cette déchéance : d'abord, en 1163, au concile de Tours, l'autorité canonique, déclarant que « l'Eglise a horreur du sang », avait défendu, à tous ses membres, de pratiquer des opérations sanglantes. Or, comme les étudiants étaient clercs, que les clercs étaient d'Eglise, les chirurgiens ne pouvaient se recruter que dans les classes inférieures de la population : il n'est donc pas étonnant qu'on ait rencontré, parmi eux, tant de larrons, d'entremetteurs et de meurtriers dont beaucoup furent pendus haut et court.

L'autre raison c'était le mépris qu'inspirait le travail manuel ; depuis le péché originel et de par la malédiction biblique : « Tu mangeras ton pain à la sueur de ton front, » se servir de ses mains autrement que pour porter une arme et pour tuer galamment son monde était une œuvre d'esclave. Du fait qu'ils usaient d'un pinceau, les peintres firent partie, jusqu'en 1648, de la corporation des barbouilleurs d'enseigne ; le bistouri et la lancette étaient aussi décriés que la pelle et la pioche. Aussi, les médecins, gens de bonne compagnie, n'usaient-ils point de ces instruments même dans les cas les plus graves, et plusieurs d'entre eux préférèrent, en l'absence du barbier, leur aide habituel, laisser mourir leur malade que de lui ouvrir eux-mêmes la veine.

La Faculté de médecine d'alors, ignorante et arrogante, se chargeait d'entretenir ces préjugés, d'attiser ces haines. Elle jouait du mot chirurgien ; mot grec qui se traduit exactement en français : manœuvre — celui qui se sert de ses mains : le chirurgien n'est qu'un manœuvre. Aujourd'hui, cette étymologie serait pour charmer nos convictions démocratiques. Mais le vrai maléfice de la Faculté, son œuvre satanique fut de priver la pauvre école de Saint-Côme de tous les moyens d'instruire ses faméliques élèves ; elle lui disputait les cadavres sans lesquels il n'est pas d'étude anatomique possible. Elle lui interdisait les cours, les leçons publiques, car il n'appartient qu'à l'Université de la professer et les apprentis ne pouvaient s'initier chétivement à leur art qu'en se plaçant, comme valet, chez quelque maître-chirurgien ou comme aide à tout faire dans quelque hôpital.

Nous n'entrerons pas dans les détails de cette lutte de quatre siècles. La corporation comprenait les chirurgiens-barbiers et les barbiers-chirurgiens : les premiers savaient un peu de latin, ils avaient droit à la robe longue et au bonnet carré ; ils se réunissaient à Saint-Côme, centre de leurs vagues études, et c'est là qu'ils conquéraient leurs grades illusoires ; ils tenaient boutique ouverte et, sur leur enseigne, se profilaient trois boîtes à onguent. Les barbiers-chirurgiens ne savaient que la langue vulgaire ; ils n'avaient ni robe, ni bonnet, et trois bassins étaient peints au-dessus de leur porte. Inutile de le dire, les seconds jalousaient les premiers ; les premiers méprisaient les seconds et n'aspiraient qu'à égaler en considération leurs ennemis, les médecins.

Mais voici qu'en 1655, chirurgiens-barbiers et barbiers-chirurgiens crurent habile de s'unir pour mieux lutter contre la Faculté. Celle-ci se rua à la bataille, la victoire fut pour elle. Les arrêts du Parlement consacrèrent ses principales prétentions : il décida que les chirurgiens ne pourraient acquérir aucun grade universitaire ; qu'ils ne seraient pas aptes à professer publiquement que les médecins leur apprendraient, en langue vulgaire, une chirurgie qu'ils ignoraient, eux médecins, et qu'ils méprisaient. Pour ces cours, les chirurgiens paieraient une redevance à la Faculté qui présiderait aux examens. La Faculté triomphante avait enfin mis le pied sur la gorge de ceux que Guy Patin nommait « les méchants coquins » et « les laquais bottés ». Elle se rendit en corps auprès de l'avocat-général Talon qui avait pris la parole dans ce procès et s'engagea à le soigner pour rien, lui et sa descendance à perpétuité.

Au cours de la bataille, on avait invoqué des arguments qui nous font sourire : les médecins avaient pour patron saint Luc ; ce grand évangéliste pouvait-il être vaincu par saint Côme et saint Damien, défenseurs de la barberie ? Ils étaient deux, c'est vrai, mais c'étaient de petits saints de Syrie et même avaient-ils existé ? Puis on les nommait « anargyres », sans argent, parce qu'ils refusaient d'être payés par leurs clients de rencontre : titres bien minces en vérité ! On ajoutait, pour montrer la prééminence de la médecine sur la chirurgie, que la première datait du paradis terrestre, puisque le

(1) Conférence faite à la Sorbonne le 1er février 1906, sous le patronage des « Amis de l'Université ».

premier couple avait dû tout d'abord « se choisir un bon régime ». Mais la barberie de répondre que la chirurgie fut antérieure et exercée par Dieu lui-même qui, dans ce même paradis terrestre, sous le sommeil anesthésique, pratiqua sur Adam la première ablation de côte relatée dans les annales de la science.

Mais, tandis que ces pauvres chirurgiens touchaient vraiment le fond de l'abîme, le destin leur préparait dans l'ombre une revanche inespérée dont la fistule de Louis XIV fut la première cause : pour la guérir, on soupesait la valeur des remèdes, on envoyait à Barèges et à Bourbon des escouades de fistuleux; à la surintendance Louvois avait ouvert des dortoirs où chaque empirique, chaque médicastre, chaque détenteur de remèdes secrets, trouvait des trajets suppurants pour expérimenter son topique. Mais sans succès : cette fois le roi ne faillit pas attendre; il attendit plus d'un an que Félix, son premier chirurgien, se décidât à pratiquer enfin l'ancienne opération décrite par les auteurs grecs et latins. Elle réussit, et Félix devint un personnage; il reçut des honoraires trois fois supérieurs à ceux des médecins; il fut *anobli* et « put vivre noblement sans que sa profession pût lui être imputée à dérogeance ».

En 1703, Maréchal succédait à Félix et devait accroître encore l'influence du premier chirurgien : c'était un praticien éminent, si recherché des malades que Louis XIV, en le nommant, put craindre de lui offrir une situation inférieure. Il était modeste : appelé naguère en consultation par Félix pour le roi qui souffrait d'un anthrax de la nuque, il avait fait signe de la main qu'il fallait faire une incision cruciale, n'osant prendre la parole devant un si grand monarque, à côté d'un si grand chirurgien. Plus tard, en 1712, lorsque les morts décimaient la famille royale, quand le même convoi emportait à Saint-Denis trois cercueils de princes et de princesse, il osa protester, même en face de Mme de Maintenon, et il fut le seul à combattre les accusations d'empoisonnement qui s'élevaient autour du duc d'Orléans. Le régent ne l'oublia pas, et Maréchal devint le premier chirurgien de Louis XV comme il avait été celui de Louis XIV.

En 1717, il se fit adjoindre La Peyronie comme premier chirurgien en survivance. La Peyronie approchait alors de la quarantaine. Son père, chirurgien de Montpellier fort ambitieux, l'avait poussé vers la médecine. Mais le fils préféra la chirurgie, fit de remarquables études dans sa ville natale et vint se perfectionner à Paris, où il fut l'élève et le pensionnaire de Maréchal. Il exerçait brillamment à Montpellier lorsqu'il fut appelé à Paris pour y soigner le duc de Chaulnes, et l'on sut l'y retenir. Il était savant, énergique, prudent et persévérant. Sa nomination à la cour devait exercer sur les destinées de la chirurgie française une influence extraordinaire, et c'est vraiment à lui qu'on doit la création de l'Académie royale, grâce d'ailleurs à des circonstances particulièrement favorables.

Chirac, premier médecin du roi, sortait de la Faculté de Montpellier, de même son gendre Chicoyneau, à qui il put assurer sa survivance à la cour. Or Chicoyneau était l'ami de La Peyronie, et l'un et l'autre avaient comme ennemie l'acariâtre Faculté de Paris : celui-ci par cela seul qu'il était chirurgien, celui-là parce que nos docteurs régents de la capitale étaient indignés que l'on n'eût pas choisi parmi eux le premier médecin du roi. Aussi pour vaincre l'autorité de la Faculté Chirac avait-il imaginé la création d'une académie de médecine. Il ne put réaliser son idée, mais Maréchal et La Peyronie s'en emparèrent au profit de la chirurgie et ils la firent triompher.

Ils obtinrent d'abord la création de cinq places de démonstrateurs à Saint-Côme, où, malgré les docteurs-régents, on se remit à prononcer les mots interdits de collègue, de cours et de professeur. La Faculté protesta, invoqua la tradition, les arrêts du Parlement, et comme les chirurgiens n'en avaient cure, comme ils continuaient malgré les sommations, le doyen de la Faculté, à la tête de quelques collègues, parmi lesquels l'illustre anatomiste Winslow, partit de la rue de la Bucherie, traversa en grand costume le quartier latin et vint assiéger Saint-Côme, dont les hôtes se contentèrent de barricader les portes. Et les assaillants, hués par la foule, durent battre en retraite. Cette piteuse équipée montrait aux chirurgiens du roi la faiblesse de leurs adversaires. Ils ne craignirent donc plus de les attaquer de front, et l'Académie royale fut fondée.

Donc, le 18 décembre 1731, Maréchal convoqua chez lui les 70 chirurgiens les plus notables de Paris, et procéda avec eux à la création de la Compagnie; 60 furent promus académiciens ordinaires et 10 académiciens libres. Le premier chirurgien du roi serait leur président-né, ce fut donc Maréchal; le premier chirurgien en survivance serait vice-président, ce fut La Peyronie. Puis on nomma six officiers : un directeur, l'illustre J.-L. Petit; un vice-directeur, Malaval; un secrétaire, Morand; des commissaires aux extraits et à la correspondance, Le Dran et Garengeot; un trésorier, Bourgeois. Les autres chirurgiens de Saint-Côme seraient académiciens libres; il y aurait enfin des associés régnicoles et étrangers. La création de cette académie amusa beaucoup Messieurs les docteurs régents qui s'en allaient répétant partout que Croissant de Garengeot, un des dignitaires de la nouvelle Compagnie, savait tout juste de latin ce que lui en avait appris le bedeau de la Faculté de médecine.

Leur rire devait être un peu jaune, car c'étaient de rudes adversaires ceux qui venaient de se grouper ainsi. Avant tous Maréchal et La Peyronie, puissants à la cour, immensément riches, très dévoués à leur œuvre pour laquelle ils dépensèrent sans compter leur temps, leur argent, leur influence, la rectitude de leur jugement, les ressources de leur diplomatie. Et parmi les hommes éminents dont ils s'étaient entourés, J.-L. Petit est un des plus illustres noms de la science chirurgicale française, et Quesnay fut à la fois grand chirurgien, grand médecin, économiste et philosophe.

J.-L. Petit naquit à Paris en 1674; il était chirurgien-barbier, de la franche lignée d'Ambroise Paré, et ne sut un peu de latin que vers quarante ans; mais il apprit son métier dès le berceau, pour ainsi

dire, et tout enfant, on le surprit dans un grenier où il disséquait un lapin; à sept ans il assistait aux leçons de Littre dont à peine adolescent il dirigeait l'amphithéâtre, encore si grêle et de taille si menue que pour être vu et entendu pendant la démonstration il devait monter sur une chaise. A seize ans, il étudia la chirurgie avec tant de zèle que Maréchal, chirurgien de la Charité, le trouva plusieurs fois endormi le matin sur les marches de l'hôpital où il passait la nuit pour s'assurer une bonne place et assister de plus près aux opérations importantes. Sa marche vers les honneurs fut cependant lente, car il était jalousé, discuté, haï. Il n'en fut pas moins démonstrateur à Saint-Côme, membre de l'Académie des sciences, premier directeur de l'Académie de chirurgie et plusieurs de ses travaux, dont quelques-uns datent de deux cents ans, ne sont pas encore devenus inutiles.

Quesnay n'était pas non plus un enfant de l'Université : il apprit tout seul à lire à sept ans, en feuilletant la *Maison rustique*. Il naquit en 1694 à Merey, près de Montfort l'Amaury, où son père, qui était avocat, passait son temps, non à plaider, mais à concilier les clients. Il reçut de son curé quelques leçons de latin, puis il étudia la chirurgie; il se présenta devant ses collègues de Mantes qui lui refusèrent l'investiture, mais à Saint-Côme on le reçut avec acclamation. Il pratiquait tranquillement à Mantes, lorsque La Peyronie, ayant lu de lui un remarquable travail sur la saignée, l'appela à Paris, le nomma démonstrateur à Saint-Côme et membre de l'Académie; il en fut le secrétaire en 1740. En 1744, comme il craignait que la goutte n'ankylosât ses mains dans les opérations, il se fit recevoir docteur à la Faculté de Pont-à-Mousson, ce qui lui permit, à la mort de Senac, de remplir avec Lemonier les fonctions de premier médecin du roi.

Malgré les occupations incessantes qu'imposait une pareille charge, il fut un novateur en économie politique et sa théorie de l'impôt est célèbre. Sa collaboration à l'*Encyclopédie* fut active. Louis XV l'admirait, le nommait son penseur : aussi lorsqu'il lui donna des lettres de noblesse, composa-t-il lui-même son blason : trois fleurs de pensées sur champ d'argent. Quesnay était d'une discrétion rare à une époque où le secret professionnel n'était guère observé et l'on ne sut rien par lui de certaines équipées de Louis XV dont il avait été le témoin involontaire. Sans avoir la rude franchise de Maréchal il donnait son opinion sans ambages. Et lorsqu'il entendit à la Cour la fameuse phrase, la même à toutes les époques : « La hallebarde doit mener le royaume. — Oui, répondait-il, mais l'opinion doit mener la hallebarde. »

Ces quatre hommes, malgré leur incomparable mérite, n'auraient fait qu'une œuvre éphémère s'ils n'avaient eu pour les seconder et les remplacer des collaborateurs et des successeurs tels que Goursault, Bordenave, Brasdor, Morand, Le Dran, Garengeot, Puzos, le grand accoucheur, Levret qui avant J.-J. Rousseau et notre collègue Pinard recommanda l'allaitement maternel, Hévin, le gendre de Quesnay, — car déjà on se mariait entre soi dans la famille médico-chirurgicale, — Malaval, Houstet, Verdier, les deux Faget, Foubert, de la Fage, Dufouart, les deux Sue, Bellocq, Andouillé, Pipelet, Pibrac, enfin de Lamartinière et Antoine Louis qui furent pendant plus de trente ans l'âme même de l'Académie royale.

Vous prévoyez les avantages d'une telle association et les services qu'elle allait rendre : d'abord l'enseignement mutuel; chacun apportait ses observations; à la séance, on les commentait, on les éclairait les unes par les autres; les correspondants régionaux, les associés illustres pris dans les milieux les plus cultivés de l'Europe envoyaient leur tribut à cette moisson de faits et nombre de questions obscures avant l'Académie s'élucidèrent ainsi. Les cinq volumes des Mémoires publiés par la compagnie ont été pendant cent cinquante ans la source abondante et claire où ont puisé les générations chirurgicales.

Le premier volume parut en 1743. La préface de Quesnay put convaincre la Faculté stupéfaite que, sans être universitaire, un chirurgien de Saint-Côme savait écrire et penser : il n'est pas possible d'exposer en une langue plus sobre et plus belle les lois de la méthode scientifique. Le premier volume fut d'ailleurs nommé le volume de Quesnay, car malgré les six mémoires de J.-L. Petit, les articles d'Hévin, de Houstet et de Puzos, les travaux de Quesnay, surtout ses recherches sur la suppuration, la gangrène, les plaies, les ulcères et les tumeurs ont, par les horizons nouveaux qu'ils ouvrirent à la science, une importance prépondérante.

Ce volume fut un émerveillement pour l'Europe et conquit sans contestation possible le premier rang à la chirurgie française. L'Académie y gagna ses parchemins. Les membres étaient bien qualifiés d'académiciens, mais la compagnie n'avait pour titre officiel et comme droit à l'existence, qu'une lettre du ministre Maurepas autorisant Maréchal à créer « une Société académique royale de chirurgie ». On verrait à ses services si elle méritait d'obtenir plus tard le titre suprême. Désormais ses droits étaient incontestables et les lettres patentes de 1748 consacrèrent le titre qu'avec une audacieuse témérité La Peyronie et Quesnay avaient écrit déjà au frontispice du premier volume des Mémoires.

Le deuxième volume parut dix ans plus tard, en 1753; le troisième en 1757; le quatrième en 1768; le cinquième et dernier en 1774. Ce n'est plus La Peyronie, mort en 1747, ce n'est plus Quesnay absorbé par ses charges à la cour et ses travaux de l'*Encyclopédie*, qui dirigèrent la publication, mais de La Martinière et Antoine Louis. La Martinière, nommé premier chirurgien du roi à la mort de La Peyronie, était président-né de l'Académie. C'était un homme énergique et droit. De 1747 à 1783, c'est-à-dire pendant trente-six ans, il sut éviter bien des écueils et mener au large la barque académique dont l'équipage, nous le verrons, était souvent difficile à conduire.

Antoine Louis était né à Metz en 1723, d'un père chirurgien-major dans l'armée; il fut élevé chez les jésuites qui auraient voulu garder pour leur ordre une intelligence aussi distinguée. Mais, à seize ans, il entrait à l'hôpital comme élève et à vingt ans il avait déjà pris part à plusieurs campagnes. La Pey-

ronie qui cherchait partout des sujets remarquables l'appela à Paris où Louis, dès son arrivée, concourut pour la place de « gagnant maîtrise » à la Salpêtrière et malgré son jeune âge il fut nommé. Il concourut ensuite pour le prix de l'Académie; en 1744, il eut un accessit, un prix, l'année suivante, en 1745, et en 1746, il fut nommé membre de l'Académie, à vingt-trois ans, à un âge où maintenant nous devenons péniblement internes.

Il fut bientôt promu commissaire aux extraits et dès lors il dirigea vraiment l'Académie, sous la vigilante impulsion de La Martinière. Morand se rendit enfin compte qu'il fallait appeler à l'honneur celui qui depuis si longtemps était seul à la peine et il lui abandonna en 1764 les fonctions de secrétaire perpétuel. Il y éprouva des déboires; il eut à soutenir d'acerbes polémiques avec Lecat pour un procédé de taille qu'ils revendiquaient tous les deux, d'autres avec Valentin à propos d'un mémoire sur le bec de lièvre, il batailla contre les Frères de la charité qui prétendaient s'immiscer dans son service d'hôpital et contre un grand nombre de ces collègues jaloux d'une supériorité qu'il laissait un peu trop paraître. Il était mordant, incisif, il piquait au vif des adversaires qui lui rendaient ses ironies, et comme il était susceptible il en souffrait. Il mourut en 1792 en ne cachant pas son amertume et la désillusion de sa vie.

Dubois (d'Amiens) trace le tableau navrant des difficultés que Louis rencontrait à chaque pas : d'abord pour la publication des Mémoires; le dernier volume datait de 1774, Louis en avait préparé deux nouveaux, mais le comité de lecture sachant que l'apparition de chaque recueil était un triomphe pour le secrétaire perpétuel accumulait obstacle sur obstacle et les Mémoires ne paraissaient plus ! Il y avait aussi les querelles intestines : les diverses classes qui composaient l'Académie se jalousaient entre elles; les membres libres voulaient être membres adjoints, les membres adjoints membres ordinaires, les membres ordinaires officiers, et la question des jetons de présence aigrissait encore la dispute.

Jusqu'à la mort de La Peyronie les académiciens qui assistaient, dans l'amphithéâtre de Saint-Côme, aux séances hebdomadaires de la compagnie ne touchaient aucune indemnité. Mais La Peyronie attribua par son testament un jeton à tous les conseillers présents à la séance; les jetons des conseillers absents ou arrivés en retard furent partagés entre le secrétaire perpétuel et les adjoints en suivant leur ordre d'admission. Or tous en auraient voulu. Ces malheureux jetons de la valeur, d'une livre cinq sols, n'assuraient pas d'ailleurs l'assiduité aux séances, ainsi que La Peyronie se l'était proposé. Les académiciens venaient signer la feuille, puis au lieu de s'asseoir dans la salle des délibérations, ils se réunissaient dans une chambre voisine, autour d'un bon feu pour deviser de leurs petites affaires. Louis supprima le feu, mais les paresseux et les bavards en furent quittes pour faire un tour dans le quartier entre l'heure de la signature et celle de la distribution des jetons.

Il y avait aussi la gestion des biens de la Compagnie. La Peyronie avait légué aux académiciens sa magnifique terre de Marigny, mais comme elle était dans l'élection de Château-Thierry, on y déléguait pour en diriger l'exploitation divers membres qui, chaque année, allaient passer quelques semaines en villégiature au château, et dépensaient les deux tiers des revenus. Heureusement Marigny touchait au domaine de M. de Vandières, frère de la Pompadour. Celle-ci décida Louis XV à acquérir la terre au prix de 200 000 livres et à l'offrir à M. de Vandières qui devint marquis de Marigny : de quoi profitèrent les finances de l'Académie.

L'Académie royale, comme notre Académie de médecine actuelle, était consultée par les pouvoirs publics lorsque surgissaient certaines questions délicates dont la science seule peut décider. C'est ainsi qu'on lui demanda son avis à propos d'un certain héritage revendiqué par une famille; or, pour que les droits de cette famille fussent reconnus, il fallait admettre qu'une femme eût pu devenir mère à cinquante-huit ans. L'Académie, sans remonter à Sarah, femme d'Abraham, qui enfanta Isaac à quatre-vingt-dix ans, sans tirer argument des histoires recueillies par Pline, put rassembler assez de faits pour convaincre les magistrats de la possibilité d'une telle naissance, et les héritiers naturels gagnèrent leur procès.

Nous nous plaignons encore aujourd'hui de la concurrence des rebouteurs. Au XVIIIe siècle, la chirurgie de hasard par un opérateur de rencontre était la règle du royaume. Le lieutenant criminel du Vermandois s'adressa à l'Académie pour instruire le cas d'une fille, Marie-Anne Presse, qui pratiquait couramment la cure radicale de la hernie par un procédé barbare nécessitant l'extirpation d'organes essentiels. Elle venait d'opérer ainsi cinq jeunes hommes dont deux étaient morts après l'intervention. Sur un avis motivé de l'Académie, qui réprouvait le procédé mutilateur, la délinquante fut condamnée à être fustigée sur la place de Reims et enfermée pendant quatre ans dans l'hôpital de cette ville.

La fondation d'un prix annuel avait été le grand moyen imaginé par l'Académie pour entretenir l'émulation parmi les chirurgiens. Ce prix, institué par La Peyronie, était de la valeur de 200 livres jusqu'en 1747; La Peyronie, par son testament, l'éleva à 500 livres. Il devait être attribué à l'auteur du meilleur travail sur un sujet proposé par la Compagnie. Le but visé fut atteint et pendant de longues années des concurrents nombreux et enthousiastes se mirent sur les rangs. Au premier concours, on eut à se prononcer sur 113 Mémoires; l'ironie des choses voulut que ce premier prix tant convoité fût conquis par Médalon, un médecin, un fils de la maudite rivale, de l'exécrable Faculté.

A ce premier concours, Le Cat avait eu le deuxième rang, mais l'année suivante il obtint le premier; il l'obtint encore aux deux concours suivants. On le pria de ne plus concourir puisqu'il décourageait les autres candidats, et il fut nommé associé regnicole. Bientôt ce fut Antoine Louis, le futur secrétaire perpétuel, qui récolta les couronnes. Plus tard Camper, savant d'origine hollandaise, obtint trois prix, « un pour chacun de ses fils, » écrivait-il dans une lettre de

remerciement. Au concours de 1775 le mémoire distingué avait été rédigé par deux auteurs dont l'un était Saucerotte, le futur chirurgien en chef des armées du Nord, et il y eut un assaut de générosité entre les deux collaborateurs. « C'était à qui ferait accepter la médaille à son compagnon. »

Parmi les lauréats célèbres, il faut citer le grand médecin Théophile de Bordeu, qui obtint un second prix. Mais la Faculté devait lui faire expier ce succès : en plein conseil des docteurs régents, Bouvart l'accusa d'avoir volé au marquis de Poudenas, de concert avec l'abbé de Lagardère, une montre enrichie de diamants et une tabatière. Une sentence du parlement qui déchargeait Bordeu de cette accusation ne parut pas suffisante à la vindicative Faculté, et il fallut un arrêt de la cour pour restituer à Bordeu les prérogatives de docteur régent qu'on lui avait enlevées. Ses ennemis ne désarmèrent jamais et quand Bouvart, qui lui avait prédit la potence, apprit sa mort il s'écria pour toute oraison funèbre : « Je n'aurais jamais cru qu'il fût mort horizontalement. »

Nous signalerons encore Fleurant. Louis, son panégyriste, nous apprend qu'il descendait de l'ancien apothicaire du *Malade imaginaire*. Il avait rendu quelques services de son métier à Molière qui le distingua et « l'admit bientôt à lui parler en face ». Son arrière-petit-fils, Fleurant le lauréat, qui était accoucheur à Lyon, fut si regretté de ses clientes « qu'elles disaient ne plus vouloir faire d'enfants ». Mais, ajoute Louis, « le temps finit par calmer les sentiments les plus légitimement douloureux; elles ne seront pas fidèles à une si triste résolution. »

Les travaux couronnés imprimés par les soins de l'Académie forment cinq volumes dont la valeur n'est pas négligeable, mais qui est loin d'égaler les cinq volumes des Mémoires. On n'y trouve pas cette hauteur de vue, cette richesse d'observation, ce dédain des vaines hypothèses, ce bon sens admirable qui nous paraissent la marque des travaux de la Compagnie : précieuses qualités auxquelles il faut ajouter la bonne foi et cette sorte d'impersonnalité du narrateur qui raconte du même ton les revers et les succès. Et cependant, malgré cette candeur qui éclate à chaque ligne, nombre d'académiciens, et des plus illustres, ont été traités d'imposteurs.

Je ne rappellerai pas l'observation de J.-L. Petit sur la rupture du tendon d'Achille qui guérit sans laisser de trace. Personne n'y voulut croire, mais il n'était pas homme à se laisser intimider par des injures et ses adversaires n'eurent pas le dernier mot. Plus cruelle fut la mésaventure de Garengeot : un soldat du régiment de Conti, sortant du cabaret de l'Epée royale, se bat avec un camarade qui d'un coup de dent lui emporte le nez, le crache dans un ruisseau et marche dessus pour l'écraser. La victime ramasse son nez, le jette dans la boutique d'un chirurgien-barbier, M. Galin, qui prend le nez couvert de boue, le lave à la fontaine et le plonge dans du vin pour le faire chauffer un peu, tandis que le soldat court après son ennemi, se venge et revient dans la boutique de M. Galin; celui-ci ajuste le nez à sa place naturelle et l'y maintient par un bandage agglutinatif. M. Garengeot vit le blessé quatre jours après, le nez était cicatrisé.

On traita l'honnête Garengeot d'imposteur imbécile pour cette observation d'un fait déjà connu dont il existait un grand nombre d'exemples dans la science. Et par contre, à peu près à la même époque, on acceptait du célèbre Belloste l'histoire d'un valet de ferme qui boit du lait, se couche dans une pâture et s'endort, sans doute la bouche ouverte. Un serpent attiré par l'odeur du lait entre dans le corps de ce garçon. Belloste appelé « soupçonna, lui aussi, un serpent qui n'ayant plus rien à manger dans l'estomac du garçon y causait tout le désordre que je vis ». Le chirurgien fit emplir une chaudière de lait qu'on fit bouillir; « on suspendit le malade au-dessus de la chaudière et il n'eut pas plutôt ouvert la bouche pour recevoir la vapeur du lait que nous vîmes le serpent dans la chaudière où il trouva la mort par cet appas. » « Le fait est rare, » ajoute Belloste. Vous trouverez cette édifiante histoire à la fin du tome premier du *Chirurgien à l'hôpital* : j'en livre analyse à la sagacité de votre esprit critique.

Les fondations qui gravitaient autour de l'Académie royale avaient pris une telle extension que Saint-Côme était devenu trop étroit; il fallait de la place pour les cours, les examens, les séances de la compagnie; à l'amphithéâtre, les étudiants s'asseyaient pêle-mêle avec les sages-femmes et trouvaient parfois leurs conversations plus intéressantes que les discours des professeurs. Le roi permit à la compagnie d'acquérir, presque en face de chez elle, le collège de Bourgogne, sur l'emplacement duquel elle éleva un fastueux monument, devenu notre Faculté de médecine. Dès 1769, les travaux furent poussés avec une telle activité qu'en 1774, lorsque Louis XVI, le nouveau roi, fut censé en poser la première pierre, l'édifice était déjà presque terminé.

Or, pendant que l'Académie entrait dans son palais, sa vieille rivale, la Faculté, abandonnait ses ruines de la rue de la Bucherie pour aller habiter, rue Jean-de-Beauvais, d'autres ruines que les écoles de droit ne voulaient plus occuper. Elle était définitivement vaincue et supportait mal sa déroute : elle avait beau s'écrier : « Nous ne voulons être riches que de nos grands hommes, » elle souffrit en 1776, de la création de la Société royale de médecine qui lui enlevait son dernier prestige et sa dernière espérance. Elle lança l'anathème, déclara déchus ceux de ses membres qui se laisseraient séduire par l'usurpatrice; malgré sa colère, tout ce qu'il y avait encore chez elle de jeune, d'ardent et d'ambitieux passait à l'ennemi et s'enrôlait sous la bannière de Vicq d'Azyr.

Mais voilà que l'Académie royale accusait, elle aussi, des marques de lassitude dès le lendemain de l'entrée triomphale dans son palais. Le cinquième volume des *Mémoires* vient de paraître, et malgré l'activité de Louis, il n'en paraîtra plus. Les lectures deviennent moins nombreuses, les observations moins fouillées, les sujets de prix sont souvent puérils. N'avait-on pas proposé : « L'utilité et l'application des ciseaux, bistouris et aiguilles pour l'ablation des corps étrangers? » De La Mar-

tinière, dont l'esprit était droit, la main ferme et l'activité jamais lassée, mourait en 1783, et son successeur, Andouillé, était incapable de prêter à Antoine Louis, aigri et mécontent, l'autorité nécessaire pour réprimer l'indiscipline.

La Révolution, en effet, avait échauffé les esprits. Les académiciens libres se comparaient au Tiers-État, et depuis Sieyès, le Tiers-Etat voulait être tout; pour résoudre leurs questions de préséance, ils en appelaient aux assemblées publiques, qui, trop occupées ailleurs, n'avaient pas le temps de leur répondre. Et puis la compagnie pouvait craindre d'être taxée d'incivisme; une main sacrilège avait gratté sur les murailles de l'amphithéâtre les mots : Liberté, Égalité. A chaque pas dans les salles, les anciennes faveurs du roi étaient attestées par des statues et des bas-reliefs du tyran: on les supprima comme on put. Le buste de Louis XV, qui ornait le fronton au-dessus de la grille, fut détruit à coups de marteau, et l'on n'en laissa subsister que la main. Au roi, on substitua une Charité au bras de laquelle un artiste subtil sut accorder la main conservée du monarque.

Le docteur Dureau nous a raconté les dernières années de la compagnie; elles n'eurent rien de triomphal : Antoine Louis, secrétaire perpétuel, venait de mourir, on n'osa le remplacer que par un intérimaire. On continuait cependant les gestes du passé; on se réunissait, on lisait des mémoires et l'on discutait sans ardeur sur les anévrismes et l'opération césarienne. Puis, spectacle nouveau, le conseil général de la Commune charga l'Académie de présider les examens des candidats aux titres de médecins-majors des gendarmes et des pompiers; récréations assez rares, et ce fut un soulagement pour elle lorsque, le 22 août, on lui notifia le décret qui la supprimait. Afin de prouver son respect pour les décrets de la Convention, la Compagnie, nous dit le procès-verbal, « arrête qu'elle lève sa séance. » La même tourmente avait détruit la Faculté, la Société royale de médecine et l'Académie. Mais les débris s'en trouvèrent bons, ils se rejoignirent pour constituer l'École de santé, où s'oublièrent enfin les haines héréditaires et où se scella, par l'enseignement en commun, l'union nécessaire de la médecine et de la chirurgie.

Ainsi finit cette prestigieuse assemblée dont l'œuvre fut considérable. Elle sut entourer de respect une profession jusqu'alors méprisée; elle obtint qu'avant de leur apprendre la chirurgie on ouvrît l'esprit de ses futurs adeptes par l'étude des lettres et de la philosophie; elle sema la France et l'Europe d'élèves savants et enthousiastes qui transmirent à leurs descendants le flambeau qu'ils en avaient reçu; elle créa une science officielle de bon aloi, et lui laissa pour code un monument admirable : les cinq volumes de ses *Mémoires*.

Et cependant, lorsque nous étudions son œuvre au seul point de vue de l'art de guérir, nous sommes tentés d'exprimer quelques réserves. Nous ne lui reprocherons pas de n'avoir pas découvert l'antisepsie; il lui aurait fallu l'appoint de sciences qui n'étaient pas encore nées. Mais, nous l'accusons d'avoir dilapidé le maigre trésor d'antisepsie empirique légué par la tradition; l'Académie bannit en effet de la thérapeutique des plaies opératoires et accidentelles, les essences, l'esprit de vin, les sels d'argent et de cuivre, les sels de mercure, et, parmi eux, le sublimé corrosif, le plus puissant de nos antiseptiques actuels. Leur disparition ne tarda pas à se faire sentir, et telle intervention, le trépan, par exemple, que les chirurgiens du XVIIIe siècle osaient tenter avec les topiques qu'ils avaient hérités de leurs pères, fut abandonnée par ceux du XIXe siècle; elle était devenue trop meurtrière avec le cérat, la charpie et les cataplasmes introduits dans le pansement des plaies sous l'égide de l'Académie royale. Avec elle et par elle, le règne de l'infection purulente avait commencé.

Messieurs, je viens de vous dire avec sincérité ce que je pense, et ce que je sais de l'Académie royale de chirurgie. Je crains d'avoir rétréci l'image préconçue que beaucoup d'entre vous devaient s'en être faite; je le crains, car avant de la mieux connaître, son nom sonnait à nos oreilles comme un éclat de fanfare; elle était pour nous l'assemblée des héros qui tirèrent la chirurgie du néant et qui lui dictèrent ses règles et ses lois. Certes, elle reste grande à nos yeux, mais la voici ramenée, j'en ai peur, à des proportions plus humaines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1906)

M. le PRÉSIDENT annonce, en termes émus, la mort de M. Léon Collin, ancien président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1906)

Cinq ans de sérothérapie antityphoïde. — M. le professeur CHANTEMESSE apporte à la Société des éléments permettant d'apprécier à sa juste valeur la méthode qu'il emploie depuis cinq ans dans son service du Bastion 29.

Une question se pose d'abord : l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Paris pendant les cinq dernières années a-t-elle été particulièrement bénigne ou maligne? Quels ont été les chiffres de la morbidité et de la mortalité par fièvre typhoïde dans les hôpitaux d'aldutes ?

Du 1er avril 1901 au 31 décembre 1905 la mortalité moyenne par fièvre typhoïde a été sur l'ensemble des hôpitaux de Paris, le Bastion 29 excepté, de 17,3 p. 100. Pendant la même période la mortalité a été pour le Bastion 29 de 3,7 p. 100. Dans les divers hôpitaux on utilise comme au Bastion 29 les bains chauds, tièdes ou froids; la cause de la différence ne peut résider que dans l'emploi du sérum antityphoïde réservé jusqu'ici au seul Bastion 29.

La courbe de la température chez les malades qui ont reçu le sérum est complètement modifiée et cela d'une manière régulière. Il y a désormais deux périodes bien tranchées : la première qui suit l'injection et qui dure d'un à trois ou quatre et même cinq jours, suivant la violence et l'ancienneté de la maladie, période dite « de réaction » pendant laquelle la rate et le tissu lymphoïde s'hypertrophient, le sang se charge de leucocytes; et la seconde période qui fait suite brusquement à la précédente, c'est le stade « de défervescence », d'autant plus court que le malade a été traité plus près du début.

On remarque quelquefois au moment de la diminution ther-

mique une accélération du pouls qui s'accompagne toujours, fait essentiel, d'une légère augmentation de la pression sanguine. Notons que l'état général est très amélioré, que le facies notamment n'offre plus rien de la stupeur typhique.

Le sérum amène bien avant la convalescence une polyurie remarquable et l'albuminurie, même abondante quand elle était d'origine typhique, disparaît en quelques jours. La durée de la maladie est d'une manière générale abrégée à cause de la rareté ou de l'absence des complications. M. Chantemesse montre ensuite que l'hémorragie ne figure pas dans les causes de ses décès. Au sujet de la perforation intestinale, il montre que sur 712 typhiques la perforation a été 9 fois la cause de la mort, et elle a été observée toujours sur des malades traités tardivement. Elle ne s'est jamais montrée chez des typhiques qui ont reçu le sérum, dans les sept jours après le début de la fièvre. « D'ailleurs, ajoute M. Chantemesse, j'ai vu toujours et sans exception guérir les patients traités par la sérothérapie, dès la première semaine de la maladie. »

Comment agit le sérum? Il est antitoxique, car il fait disparaître très vite le mal de tête, la diarrhée et les symptômes généraux d'intoxication. Mais il l'est d'une manière indirecte, car la dose injectée est très minime (une fraction de centimètre cube et elle doit être d'autant plus faible que la maladie est plus ancienne).

Le sérum, d'autre part, n'est pas toxique, il est bactéricide. et agglutinant au plus haut degré pour le bacille typhique.

Tout le secret de son action salutaire réside dans la surexcitation, l'hypergénèse du tissu lymphoïde qui permet à l'organisme d'opposer une résistance énergique au flot des toxines typhiques.

M. le professeur Le Dentu fait ensuite une très intéressante conférence sur les **complications broncho-pulmonaires des opérations.**

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES HOPITAUX

(ANNÉE 1906)

COURS ET CONFÉRENCES CLINIQUES FAITS PAR MM. LES CHEFS DE SERVICE

Hotel-Dieu. — M. Brissaud : Maladies du système nerveux, mercredi, neuf heures et demie, salon de la salle Sainte-Madeleine.

M. Faisans : Maladie des voies respiratoires, tous les jours, neuf heures un quart, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique.

M. G. Ballet : Maladies du système nerveux, samedi, neuf heures et demie, salon de la salle Sainte-Anne (leçon le dimanche à dix heures, amphithéâtre Trousseau, à partir du premier dimanche de février).

M. André Petit : Conférences sur les maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, salle Sainte-Martine.

M. Guinard : Conférences de clinique chirurgicale, leçon le jeudi, dix heures et demie, amphithéâtre Desault. — Opérations, mardi, samedi, neuf heures et demie, amphithéâtre Desault. — Examen des malades par les élèves, lundi, vendredi, dix heures, salles Saint-Côme et Sainte-Marthe. — Examen gynécologique, mercredi, dix heures, salle Sainte-Marthe.

M. Enriquez : Examen des malades, clinique médicale, tous les jours (excepté le jeudi), neuf heures et demie, salle de la consultation.

M. Marion : Exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, neuf heures, salle de la consultation.

Pitié. — M. Babinski : Maladies du système nerveux, samedi, dix heures un quart, amphithéâtre des cours.

M. Thiroloix : Conférences cliniques, lundi, vendredi, neuf heures, salles Monneret et Cruveilhier.

M. Dalché : Gynécologie médicale, jeudi, dix heures, amphithéâtre des cours; mercredi, dix heures un quart, salle Valleix.

M. Lion : Leçons sur les maladies de l'estomac, samedi, dix heures un quart, salle Grisolle.

M. Louis Rénon : Maladies du cœur et du poumon, vendredi, dix heures, amphithéâtre des cours.

M. Claisse : Maladies des voies respiratoires et maladies infectieuses, mercredi, dix heures, amphithéâtre des cours.

M. Walther : Visite des malades, tous les jours, neuf heures, salles Broca et Gerdy. — Opérations et conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, pavillon Gerdy.

Lepage : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures et demie, service d'accouchement.

Charité : M. Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Oulmont : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Roger : Conférences cliniques, mercredi, vendredi, neuf heures, au lit des malades.

M. Campenon : Conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades; samedi, dix heures et demie, amphithéâtre Potain. — Opérations, mardi, samedi.

M. Maygrier : Clinique obstétricale, jeudi, dix heures, amphithéâtre Potain.

M. Josué : Conférences cliniques, mardi, neuf heures et demie, salle de la consultation.

Saint-Antoine. — M. A. Siredey : Conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, salles Bichat et Chomel.

M. Béclère : Maladies des organes thoraciques : examen clinique des malades et radiothérapie, tous les jours, neuf heures et demie, salles Magendie et Grisolle; examen radioscopique des malades, samedi, dix heures, laboratoire Grisolle; conférence de radiologie médicale. (Pour les conférences et les exercices pratiques de radiographie dans le laboratoire du docteur Béclère, voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 23, p. 266.)

M. Thoinot : Examen des malades, tous les jours, neuf heures et demie, salles Marjolin, Roux et Corvisart.

M. Vaquez : Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, mardi, jeudi, dix heures, pavillon Lorain.

M. Le Noir : Maladies du tube digestif et de la nutrition. — Conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, dix heures, salle Axenfeld.

M. Mosny : Maladies du poumon et de la plèvre, jeudi neuf heures et demie, salle Louis.

M. Lermoyez : Maladies du nez, du larynx et des oreilles : examen des malades, mardi, jeudi, samedi, dix heures; opérations, lundi, vendredi, dix heures, service des maladies du nez, du larynx, des oreilles.

M. Bar : Examen des malades, tous les jours, neuf heures et demie. — Leçon, vendredi, dix heures, Maternité.

M. Macaigne : Examen des malades, clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, salle de la consultation.

Necker. — M. H. Huchard : Leçons de clinique thérapeutique, vendredi, dix heures, amphithéâtre Laënnec.

M. Barth : Leçons cliniques, tous les jours, dix heures, au lit des malades.

M. Hirtz : Leçons cliniques, tous les jours neuf heures et demie, au lit des malades. — Traitement des maladies de l'appareil pulmonaire, jeudi, dix heures, amphithéâtre Laënnec.

M. Routier : Clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, au lit des malades.

Cochin. — M. Chauffard : Conférences de clinique médicale, samedi, dix heures, amphithéâtre de service.

M. Widal : Médecine générale, tous les jours, dix heures et demie, au lit des malades; lundi, dix heures et demie, amphithéâtre du service.

M. Schwartz : Chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Quénu : Pathologie chirurgicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

Cochin (annexe). — M. Alex. Renault : Affections vénériennes et cutanées, mercredi, samedi, dix heures et demie, salle de la troisième division.

M. Queyrat : Maladies de la peau (policlinique), lundi, neuf heures, policlinique. — Maladies des voies urinaires. Trai-

tement des syphilitiques (policlinique), mardi, vendredi, huit heures et demie, policlinique. — Maladies vénériennes, conférences cliniques, jeudi, dix heures, salle des cours; examen des nouveaux malades (conférence clinique), mercredi, samedi, neuf heures, salle de la consultation.

M. Humbert : Examen des malades et opérations, mardi et vendredi, dix heures et demie, salle d'opérations.

Beaujon. — M. Troisier : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Lacombe : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Albert Robin : Clinique. Thérapeutique, jeudi, dix heures, amphithéâtre.

M. Bazy : Conférences sur les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi, neuf heures et demie, au lit des malades. — Chirurgie générale, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, au lit des malades. — Opérations de gynécologie, mardi, vendredi, neuf heures et demie, pavillon Dolbeau.

M. Tuffier : Clinique et opérations, mardi, jeudi, samedi, neuf heures et demie. — Clinique, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Michaux : Chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures. — Chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, au lit des malades.

Lariboisière. — M. Landrieux : Clinique médicale (gynécologie), jeudi, neuf heures et demie, salle de gynécologie.

M. Tapret : Conférences de pathologie clinique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Brault : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures, au lit des malades.

M. Galliard : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures, salles Rabelais, Aran.

M. Le Gendre : Clinique médicale et thérapeutique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Conférences de pratique médicale et de déontologie, samedi, dix heures et demie, amphithéâtre.

M. Paul Reynier : Clinique chirurgicale, tous les jours, neuf heures, au lit des malades; samedi, dix heures, amphithéâtre Gosselin.

M. Chaput : Opérations, mardi, mercredi, vendredi, samedi. — Clinique chirurgicale, lundi, jeudi, neuf heures, au lit des malades.

M. Poirier : Opérations, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, au lit des malades.

M. Hartmann : Opérations, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, amphithéâtre du service Civiale. — Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, neuf heures et demie, salles Civiale et Lailler. — Policlinique externe.

M. P. Sébileau : Laryngologie, rhinologie, otologie, lundi, mardi, samedi, neuf heures. salle de la consultation et salles Woillez et Davaine. — Somatologie (leçon clinique), mercredi, vendredi, neuf heures, au grand amphithéâtre. — Opérations, mercredi, jeudi, neuf heures, pavillon Davaine.

M. Morax : Maladie des yeux, tous les jours, neuf heures, opérations, mercredi, samedi, neuf heures, salle de la consultation d'ophtalmologie.

M. Bonnaire : Clinique obstétricale : leçon clinique, mardi, dix heures, au grand amphithéâtre. — Conférences théoriques, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, neuf heures, dans le service.

Tenon. — M. Achard : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Ménetrier : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Launois : Clinique médicale, tous les jours y compris le dimanche, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Klippel : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Florand : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Jeanselme : Clinique dermatologique, mercredi, samedi, dix heures et demie, à la consultation.

M. Caussade : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Parmentier : Clinique médicale, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

M. Boissard : Clinique obstétricale, tous les jours, excepté le dimanche, dix heures, au lit des malades.

Laennec. — M. Merklen : Visite et conférences de séméiologie, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Leçons cliniques sur les maladies du cœur, dimanche, dix heures, amphithéâtre.

M. Barié : Conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Leçons de séméiologie et de clinique sur les maladies du cœur, mercredi, dix heures, amphithéâtre.

M. Bourcy : Conférences cliniques, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades. — Conférences de clinique, samedi, dix heures, amphithéâtre.

M. Pierre Delbet : Examen des malades et leçons cliniques, mardi, jeudi, samedi, neuf heures un quart, au lit des malades. Opérations, tous les jours, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures un quart, amphithéâtre.

M. L. Hudelo : Conférences de clinique, tous les jours, dix heures, au lit des malades.

M. J. Belin, : Conférences de clinique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.

Bichat. — M. Talamon : Visite des malades, tous les jours, neuf heures et demie, salles Louis et Bazin.

M. Hippolyte Martin : Visite des malades, tous les jours, neuf heures, salles Andral et Récamier.

M. Picqué : Examen clinique des malades, lundi, vendredi, neuf heures, salles Chassaignac et Jarjavay. — Conférence clinique, mercredi, dix heures, Laboratoire. — Opérations générales et abdominales, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, salles Chassaignac et Jarjavay.

M. Laffitte : Conférences cliniques, jeudi, neuf heures et demie, salle de la consultation.

M. Baudet : Exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours, neuf heures et demie, salle de la consultation.

(*A suivre.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

FORMULE D'UN ÉLIXIR A L'IBOGAINE

Chlorhydrate d'ibogaïne....	0g10 centigr.
Curaçao sec	300 cent. cubes.

1 centigramme par verre à liqueur. Un après chaque repas.

Même incorporée au curaçao, l'ibogaïne ne perd pas son goût désagréable. Il vaut donc mieux prescrire les dragées Nyrdahl à l'ibogaïne à la dose de 2 à 4 par jour.

Indications : neurasthénie, convalescences, atonies nerveuses.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ASYSTOLIE

(CAUSES, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC)

Définition. — L'asystolie est l'insuffisance cardiaque au cours d'états pathologiques variés. Etymologiquement, le mot asystolie est assez mal choisi, car l'absence de systole, c'est la mort; mais il est consacré par l'usage.

Étiologie. — L'asystolie survient quand le myocarde malade est inférieur à sa tâche ou quand à un myocarde relativement sain est imposé un travail trop considérable par suite d'un obstacle quelconque à la circulation. La cause de l'asystolie peut donc siéger : 1° au cœur ou 2° en dehors du cœur.

I. Au cœur. — Myocardites aiguës des maladies infec-

tieuses; myocardites chroniques des artério-scléreux, des saturnins, des goutteux; surcharge graisseuse; cœur forcé par fatigues excessives ou exercices violents.

Péricardite aiguë ou chronique; insister sur le rôle important de la symphyse péricardique dans le développement de l'asystolie, surtout chez l'enfant.

Lésions valvulaires et surtout maladies de l'orifice mitral.

II. **En dehors du cœur.** — L'obstacle à la circulation peut siéger dans les vaisseaux, les organes thoraciques, le rein, les viscères abdominaux.

Dans les vaisseaux. — C'est rarement l'aortite, l'anévrisme de l'aorte, beaucoup plus souvent l'athérome, l'artério-sclérose; dans ce cas, lésions du myocarde, des reins et des vaisseaux concourent à déterminer l'asystolie.

Dans les organes thoraciques. — Dilatation du cœur droit pouvant aboutir à l'asystolie dans la pneumonie étendue, la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie. Asystolie consécutive à l'emphysème, aux scléroses pulmonaires, à certaines formes de la tuberculose pulmonaire chronique (phtisie fibreuse); aux épanchements pleuraux. Dans les cas de déformations thoraciques, la moindre bronchite peut faire survenir l'asystolie (asystolie des bossus).

Dans le rein. — Néphrites aiguës et surtout néphrite interstitielle chronique.

Dans les viscères abdominaux. — Colique hépatique déterminant par voie réflexe une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire; lésions de l'appareil utéro-ovarien. Asystolie gravidique.

Enfin on voit parfois l'asystolie dans les *névroses ou les affections des centres nerveux* (goitre exophtalmique; tachycardie paroxystique essentielle, épilepsie).

SYMPTOMES. — Quelquefois le début est brusque; plus souvent c'est un cardiaque qui arrive progressivement à l'asystolie après une période d'*hyposystolie* caractérisée par l'augmentation et la continuité de la dyspnée, la tension douloureuse du foie, l'oligurie et l'œdème des membres inférieurs.

A la période d'état, l'*aspect du malade* est caractéristique : assis sur son lit, haletant, le tronc penché en avant, il a les pommettes violacées, les veines du cou gonflées et flexueuses, souvent une teinte subictérique des conjonctives; il est plus ou moins œdématié.

La *dyspnée*, cri de détresse du myocarde, est continue, exagérée par le décubitus, pouvant aller jusqu'à l'orthopnée; elle s'accompagne d'une plus grande fréquence des mouvements respiratoires, d'une sensation d'angoisse et de constriction thoracique. Les palpitations sont peu marquées.

Examen du cœur. — A la *palpation*, on trouve la pointe abaissée et déjetée en dehors; le choc en est mou, il a parfois complètement disparu.

La *percussion* révèle une augmentation de la matité cardiaque qui est ovalaire à grand diamètre transversal ou oblique, avec bord droit atteignant ou dépassant le bord droit du sternum. Le foie étant aussi augmenté de volume et les matités cardiaque et hépatique se touchant, on a en bloc une augmentation de la matité cardio-hépatique; elle varie assez rapidement d'un jour à l'autre, sous l'influence du repos, du régime et du traitement.

A l'*auscultation*, les bruits cardiaques, surtout le premier, sont affaiblis, irréguliers (arythmie). Les souffles des lésions orificielles préexistantes s'atténuent ou même disparaissent momentanément. Quand il y a insuffisance tricuspidienne, on entend un léger souffle systolique tricuspidien (*murmure asystolique* de Parrot).

Le *pouls* est plus ou moins accéléré, petit, souvent irrégulier et intermittent, avec tendance à l'arythmie en salves; en cas de faux pas du cœur, certains battements cardiaques ne se transmettent pas à l'artère radiale.

Stase veineuse. — Elle a comme conséquence la cyanose des lèvres, du nez, des joues et des tissus sous-unguéaux. Le gonflement des veines du cou est d'abord un gonflement par stase puis, en cas d'insuffisance tricuspidienne, il devient un gonflement par récurrence ou *pouls veineux* par reflux du sang dans les jugulaires à chaque systole ventriculaire. La stase veineuse dans le foie détermine les battements ou *pouls veineux hépatique*.

L'*hydropisie* est une conséquence de la stase veineuse, de l'oligurie et de la rétention des chlorures. Dire le début aux malléoles, la marche ascendante de l'œdème, la possibilité d'ascite, d'hydrothorax simple ou double, au degré ultime anasarque. L'œdème d'abord mou devient dur; signaler les érythèmes, l'état éléphantiasique, les érosions de la peau.

Aux *poumons*, on trouve la sonorité et le murmure vésiculaire diminués aux deux bases; râles crépitants et sous-crépitants. Stase veineuse et œdème. Parfois apoplexie pulmonaire, hémoptysies. Rappeler l'hydrothorax.

Le *foie*, douloureux spontanément et au palper, déborde les fausses côtes; variations rapides de volume; battements hépatiques.

Système nerveux. — La stase dans les veines encéphaliques est une cause d'insommie, d'agitation, de cauchemars, parfois de délire. Dans d'autres cas, torpeurs, accidents paralytiques partiels et transitoires, coma, respiration de Cheyne-Stokes.

Examen des urines. — « Le bocal d'urines est dans l'asystolie ce qu'est le thermomètre dans les maladies fébriles » (Fernet). Les urines sont toujours diminuées de quantité; chez les asystoliques artério-scléreux elles peuvent rester claires. Le plus souvent urines rares, concentrées, hautes en couleur, de densité élevée, peu albumineuses; l'urée et les urates sont abondants, les chlorures sont diminués; si le foie a des lésions, l'urée diminue, l'urobilinurie apparaît.

FORMES. TERMINAISONS. — **Asystolie aiguë.** — Elle résulte de l'insuffisance subite du myocarde par surmenage ou par obstacle à la circulation. Elle est donc parfois accidentelle et par suite transitoire et curable. On peut ranger dans l'asystolie aiguë les *accidents gravido-cardiaques* et l'*asystolie gravidique*. Toute femme cardiaque devenant enceinte n'est pas fatalement exposée à ces accidents; ils sont plus rares qu'on ne le croyait du temps de Peter, qui défendait aux cardiaques le mariage et la grossesse. Quand ils éclatent, les accidents gravido-cardiaques se présentent sous deux types : 1° asystolie banale; 2° œdème aigu du poumon dans le rétrécissement mitral très serré ou les lésions cardio-rénales. Pronostic très sombre, surtout dans l'œdème du poumon. Pronostic également mauvais pour le fœtus.

Asystolie lente et progressive. — La plus habituelle, tantôt cédant au traitement, tantôt se transformant en l'un des trois types suivants :

Asystolie à répétition. — La crise se reproduit dès que le malade reprend son travail ou ses occupations, se surmène.

Asystolie partielle. — Il reste, après la crise, de la stase dans un viscère et dans la suite des lésions inflammatoires et dégénératives : foie cardiaque, poumon, rein cardiaques, d'où trois types : cardio-hépatique, cardio-rénal et cardio-pulmonaire.

Asystolie irréductible d'emblée (par exemple dans la symphyse cardiaque tuberculeuse) ou à la suite de crises ne cédant plus au traitement. Le malade arrive à la cachexie cardiaque.

Le pronostic dépend de la forme. Guérison possible mais à craindre les rechutes; mort soit dans l'asystolie aiguë, par asphyxie, soit dans l'asystolie chronique, par cachexie, par syncope, par thrombose cardiaque, par cirrhose ou urémie.

DIAGNOSTIC. — Il est en général facile. Dans certaines formes thoraciques de la *granulie* (forme pseudo-asthmatique) le malade a l'aspect d'un cardiaque avec dyspnée, cyanose. Diagnostic par l'auscultation des poumons, l'absence de signes de l'asystolie au cœur et au foie.

Dans l'*asthme*, la dyspnée surtout expiratoire n'est pas accompagnée d'une accélération des mouvements respiratoires. Le diagnostic devient dans certains cas difficile quand l'asthme et l'emphysème ont déterminé de la dilatation du rein droit et de l'asystolie.

Quand le malade a de l'anasarque, ou de l'ascite, diagnostic avec mal de Bright ou avec les *cirrhoses* du foie par les antécédents, la marche des œdèmes, l'auscultation du cœur.

Le diagnostic de la cause est souvent le plus difficile; il faut parfois attendre que la crise d'asystolie soit terminée pour le diagnostic exact des lésions orificielles. Quand la cause de l'asystolie est en dehors du cœur, diagnostic par les antécédents morbides, la chronologie des accidents, l'examen des divers organes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 26. — SAMEDI 3 MARS 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 3 MARS 1906. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — LECTURE DES COPIES. — *Symptomatologie.* — Séance du 28 février 1906 :

MM. Herscher, 7; Laubry, 8; Ribierre, 10; Salomon, 8; Rosenthal, 7; Lippmann, 9; Le Sourd, 6; Voisin, 7; Géraudel, 7.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 2 mars, à cinq heures, à la Charité.

Antaomie pathologique. — Séance du 1er mars 1906 :

MM. Comte, 9; Bensaude, 8; Roux, 7; Deguy, 9; Pagniez et Camus, 7; Léri et Clerc, 8.

La prochaine séance aura lieu le samedi 3 mars, à cinq heures, à la Charité.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 1er mai 1906. — Question donnée : « Artères de la main. Phlegmons de la paume de la main. »

MM. Combier, 16 + 27 = 43; — Moulu, 16 + 23 = 39; — Henry, 11 + 20 = 31; — Houdard, 12 + 18 = 30; — Metzger, 8 + 18 = 26; Pépin, 8 + 16 = 24.

La prochaine séance aura lieu le samedi 3 mars, à quatre heures trente, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 21 mai 1906, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 5 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1906; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1910.

ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 7 mai 1906, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 28 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1906; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1909.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury de ce concours est composé de MM. Lextreit, Villejean, Patein, Héret, Lutz, Schmidt et Vaudin.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille de bronze a été décernée à M. le docteur Francière, médecin auxiliaire au 126e d'infanterie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Challier (de Saint-Pourçain).

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de la *Chimie médicale*, revue mensuelle des travaux de chimie appliquée à la thérapeutique, publiée par M. George F. Jaubert. Nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'auscultation et de percussion, par E. CASSAET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine (prix Alvarenga de Piauhy, prix Itard). — Collection Testut, 2e édition, revue, corrigée et augmentée. In-18 colombier, cartonné toile, de 850 pages avec 208 figures, dont 104 en couleurs dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris. O. Doin.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. BROUARDEL et A. GILBERT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître : **Maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage**, par les docteurs G. ROQUE et L. GALLIARD. 1 vol. gr. in-8 de 276 pages, avec figures. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES HOPITAUX
[ANNÉE 1906 (1)]

COURS ET CONFÉRENCES CLINIQUES FAITS PAR MM. LES CHEFS DE SERVICE

ANDRAL. — M. Mathieu : Maladies des voies digestives, mardi, neuf heures, salle de la consultation spéciale.

BROUSSAIS. — M. Gilbert : Conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, dix heures, au lit des malades.
M. Œttinger : Conférences de clinique et de séméiotique, tous les jours, neuf heures et demie, au lit des malades.
M. Potherat : Chirurgie générale. Clinique et opérations, lundi, mercredi, vendredi. neuf heures et demie. — Gynécologie, mardi, samedi, neuf heures et demie.

BOUCICAUT. — M. Letulle : Conférences de clinique et d'anatomie pathologique, tous les jours, neuf heures et demie.
M. Nélaton : Opérations, mardi, mercredi, vendredi, samedi, neuf heures. — Visite des malades et leçons cliniques, lundi, jeudi, neuf heures.
M. Doléris : Visite des malades, jeudi, samedi, neuf heures. — Grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi, dix heures, Maternité. — Leçons sur les maladies des femmes, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie, Maternité. — Exercices pratiques d'obstétrique et de gynécologie, vendredi, dix heures, Maternité.
M. F. Bezançon : Maladies de l'appareil respiratoire, jeudi, dix heures et demie, salle de la consultation de médecine.
M. Michon : Examen des malades et petite chirurgie (voies urinaires, mercredi; gynécologie, vendredi), neuf heures, salle de la consultation de chirurgie.

SAINT-LOUIS. — M. Hallopeau : Dermatologie et syphiligraphie (présentation de malades et conférences cliniques), jeudi, deux heures trois quarts, salle des conférences (toute l'année, sauf pendant les vacances).
M. Danlos : Traitement chirurgical des maladies de la peau, mardi, neuf heures, salles Bichat et Biett. — Examen et discussion des nouveaux malades (policlinique), mercredi, samedi, neuf heures, salles Bichat et Biett.
M. Balzer : Conférences cliniques, vendredi, neuf heures et demie, salle Alibert.
M. de Beurmann : Examen des nouveaux malades, vendredi, neuf heures, salles Cazenave et Gilbert. — Opérations dermatologiques, mardi, neuf heures et demie, laboratoire Cazenave.
M. Brocq : Conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, huit heures et demie, à partir du mois de décembre. — Traitement chirurgical des maladies de la peau, mardi, huit heures et demie, salle Hillairet. — Examen et discussion des nouveaux malades (policlinique), lundi, huit heures et demie, salle Hillairet.
M. Ricard : Opérations, samedi, neuf heures et demie, amphithéâtre.
M. Beurnier : Conférences cliniques, mardi, jeudi, samedi, neuf heures et demie. — Opérations gynécologiques, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures et demie.
M. Guillemain : Conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, dix heures, salle de la consultation.

BROCA. — M. Thibierge : Leçons sur la syphilis, dimanche, dix heures, salle de la consultation. — Conférences pratiques sur la syphilis, mardi, samedi, dix heures, salle de la consultation.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hopit.*, 1906, nº 25, p. 297.

M. Darier : Conférences sur le traitement des maladies de la peau, lundi, mercredi, vendredi, neuf heures, salle de la consultation (entrée, 76, rue Pascal). — Leçons sur les maladies de la peau et la syphilis, mardi, samedi, neuf heures, salle Cullerier.

ENFANTS-MALADES. — M. Moizard : Leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades.
M. Comby : Leçon de thérapeutique clinique, mardi, neuf heures, salle de la consultation. — Leçons cliniques, mercredi, neuf heures, salle de Chaumont.
M. Variot : Leçons cliniques, mardi, dix heures et demie, salle Gillette; jeudi, consultation.
M. Richardière : Maladies infantiles : Examen des nouveaux malades, jeudi, neuf heures, au lit des malades. — Leçons cliniques, samedi, neuf heures, au lit des malades. — Thérapeutique clinique, mercredi, neuf heures, au lit des malades.
M. Marfan : Leçons cliniques sur la diphtérie, tous les jours, dix heures, dans le service (s'inscrire à la Faculté de médecine).
M. Broca : Lecons cliniques, mercredi, dix heures un quart, salle Archambault. — Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, dix heures, salle de la consultation.
M. Rochon-Duvigneaud : Leçons cliniques, tous les jours, deux heures, au lit des malades.

BRETONNEAU. — M. Sevestre : Examen des malades. Clinique médicale infantile, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, pavillon Archambault, salles J. Simon et Molland.
M. Josias : Clinique médicale infantile, tous les jours, neuf heures, pavillon Archambault, salles Barthez et Labric.
M. Félizet : Clinique chirurgicale infantile, tous les jours, neuf heures, pavillons Flaubert et Marjolin.

TROUSSEAU. — M. Netter : Clinique infantile, mardi, jeudi, samedi, neuf heures, salle Bergeron.
M. Guinon : Clinique infantile, jeudi, neuf heures et demie, salle Archambault.

HÉROLD. — M. H. Barbier : Leçons de pathologie infantile, vendredi, dix heures et demie, pavillon Pasteur.
M. Lesage : Leçons sur les maladies des nourrissons, mercredi, dix heures.

SALPÊTRIÈRE. — M. Déjerine : Maladies du système nerveux, mercredi, neuf heures un quart; jeudi, cinq heures, salle de la consultation externe (le cours du jeudi commencera en mai).
M. Paul Segond : Clinique, tous les jours, dix heures. — Gynécologie, samedi, dix heures.
M. Jules Voisin : Maladies mentales, jeudi, dix heures, section Esquirol (de fin décembre à avril).
M. Charpentier : Maladies mentales (leçon clinique pendant la visite), tous les jours, dix heures, section Pinel.
M. Deny : Maladies mentales, jeudi, dix heures, section Rambuteau (de mai à août).

LA ROCHEFOUCAULD. — M. Dupré : Policlinique psychiatrique, vendredi, dix heures, salle de la consultation.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

NÉVRALGIES ET NÉVRITES DIABÉTIQUES

Par L. INGELRANS,

Agrégé, chargé du cours des maladies nerveuses à l'Université de Lille, médecin des hôpitaux.

Les complications nerveuses du diabète sucré ont été signalées en 1864 par Marchal (de Calvi) dans ses *Recherches sur les accidents diabétiques*. A la même époque, Trousseau entrevoyait le caractère principal de ces phénomènes. « Il n'est pas absolument rare, dit-il, que le diabète sucré ne se traduise par aucun autre trouble morbide que des accidents nerveux bizarres dont on ne saurait trouver la raison d'être ailleurs et dont la nature ne se révèle souvent que lorsque le hasard vous a fait découvrir dans les urines l'existence de la glycose. »

Depuis quarante ans, la question a singulièrement progressé. Andral, Sée, Bouchardat, Durand-Fardel étudièrent de près les divers ordres d'accidents qu'on est à même de rencontrer chez les glycosuriques. En 1877, Lécorché, dans son *Traité du diabète* réunit les faits épars et les groupa en deux parties, décrivant des symptômes nerveux d'une part, des complications nerveuses de l'autre. Lasègue ensuite apporta sa pierre à l'édifice, puis vint la revue de Bernard et Féré (*Arch. de neurol.*, nov. 1882) et enfin, l'année suivante, la thèse d'agrégation de Ferdinand Dreyfous, sur *Les accidents nerveux du diabète sucré*. Ce dernier auteur écrit : « Jusqu'ici ces faits étaient encore restés hors du domaine classique; le sujet de thèse qui nous est échu prouve qu'ils vont et doivent y rentrer. Les accidents nerveux diabétiques peuvent avoir une importance de premier ordre puisque, pour employer l'expression de Jaccoud, ils se trouveront élevés à la hauteur de signes révélateurs de la maladie. » Que sont ces complications nerveuses? C'est ce qu'on ira chercher dans le livre de Dreyfous et dans les innombrables travaux français et étrangers qui l'ont suivi. La réunion la plus complète des connaissances que l'on possédait il y a huit ans sur les accidents nerveux a été apportée par J. Vergely (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1898). Cet auteur classe ces troubles sous sept rubriques que voici : les troubles de motilité, ceux de sensibilité, les troubles des organes génitaux et des organes des sens, les troubles cérébraux, vaso-moteurs et trophiques, le coma, enfin des accidents difficiles à classer; il étudie ensuite les diverses variétés du diabète, les lésions nerveuses et enfin les rapports du diabète avec les maladies nerveuses. On a là un ensemble qui nous dispense ici de continuer l'historique touffu de la question entre 1883 et 1898. Depuis lors, ce qui se rattache à notre point de vue sera cité chemin faisant; mais nous ne voulons étudier que les névralgies et les névrites diabétiques, car au fur et à mesure que les documents s'accumulent, la question des accidents nerveux en général s'amplifie beaucoup et d'ailleurs le travail de Vergely, ainsi que les récents traités, celui de Naunyn, par exemple, permettent de se borner à une partie limitée : les névralgies et névrites diabétiques constituent du reste un tout et nullement une division factice.

I

NÉVRALGIES. — Dreyfous, en 1883, écrit : « C'est ici un chapitre nouveau, mais déjà riche de faits. Les névralgies, dans le diabète, ont été souvent signalées, mais en passant, et sans y ajouter de valeur séméiologique, sans en indiquer les caractères. » Disons tout de suite que, plus on les a étudiées, plus on a acquis la conviction que beaucoup de ces névralgies diabétiques ne sont pas des affections purement douloureuses et *sine materia*, mais bien des névrites sensitives. C'est l'opinion de von Ziemssen, de Strümpell, de Remak; on la retrouvera; mais ce chapitre des névralgies veut malgré tout être conservé, d'abord parce que personne ne prétend que toutes ces névralgies indistinctement soient des névrites, ensuite parce que, si même toutes les douleurs siégeant sur le trajet des nerfs chez les diabétiques étaient dépendantes de névrites, on ne voit pas comment en clinique on pourrait diagnostiquer autre chose qu'une névralgie s'il n'y a ni paralysie, ni troubles trophiques, ni altérations de la sensibilité objective, comme cela arrive fort souvent.

On trouve des indications sommaires sur les névralgies diabétiques dans Marchal de Calvi (cas du docteur Teissier), Andral, Leyden, etc. Lecorché, dans ses *Études médicales*, note en passant une névralgie intercostale droite. Vulpian et Raymond (*Clin. de la Charité*, p. 501) décrivent chez une patiente des névralgies multiples occupant très souvent les espaces intercostaux et la face et disent qu'en pareil cas il faut toujours penser au diabète. Costes, en 1872, dans sa thèse sur les *Terminaisons du diabète*, avait rencontré des névralgies faciales intenses; Charcot y insista également. Mais c'est avant tout Rosenstein et Worms qui méritent d'être cités.

Rosenstein (*Tageb. der Versamml. deuts. Naturf.*, Hambourg 1876, p. 128) signale la relation de la névralgie sciatique avec le diabète et recommande de ne jamais négliger les urines au point de vue du sucre dans le cas de sciatique rebelle. Il déclare que ces névralgies sont très douloureuses et difficiles à guérir. Mais il ne s'agit là que de la névralgie simple et nullement des névralgies symétriques.

C'est Worms qui, le 28 septembre 1880, fit connaître les névralgies symétriques du diabète dans un mémoire lu à l'Académie de médecine. Depuis 1864, il avait eu l'occasion de soigner un homme de quarante-cinq ans, urinant 60 grammes de glycose par jour. En 1876, le malade fut pris de douleurs intolérables dans la région postérieure des cuisses, s'exaspérant la nuit, suivant le trajet des sciatiques, augmentant par la pression : cela dura trois mois, guérit à Royat, reprit l'année suivante et disparut enfin par le régime. La névralgie double et symétrique coïncida avec un maximum de glycémie et diminua avec l'abaissement de la quantité de glycose dans le sang. Worms vit encore, en 1878, un tuberculeux de soixante-trois ans, souffrant d'une névralgie symétrique des dentaires inférieurs. Il était diabétique, à 35 grammes de sucre par jour. Le régime guérit la névralgie en trois jours.

Worms conclut qu'il existe une forme de névralgie propre au diabète, qui a pour caractère d'être symétrique, paraissant plus douloureuse que toute autre névralgie, ne cédant pas aux médicaments, mais s'aggravant et s'atténuant parallèlement à la glycémie.

Peter appuya ces conclusions, disant qu'on avait sans doute passé à côté de ces faits sans les regar-

der. Hardy se refuse à croire que, dans le diabète, les névralgies soient doubles et que la symétrie doive faire penser à la glycosurie, mais il ajoute qu'il y a souvent, chez les diabétiques, des névralgies violentes et rebelles, surtout sciatiques. Worms, en 1883, communiqua à Dreyfous l'histoire d'une femme de soixante-huit ans, atteinte d'une névralgie bilatérale de la mâchoire ayant subi la même évolution que les cas précédents.

Buzzard (*Lancet*, 1882) a soigné une autre diabétique de soixante-huit ans avec sciatique symétrique, guérie par le salicylate de soude.

Drasche (*Wiener med. Woch.*, n° 1, 1882) signale un diabétique de soixante-quatre ans, souffrant, depuis dix ans, d'une névralgie intercostale du huitième espace droit, tout à fait intense et rebelle. On fait tomber le sucre de 17 grammes à 2 grammes par litre et, en cinq jours, tout est fini. Un autre malade, de soixante-quatre ans, a des douleurs atroces dans les membres. On abaisse le sucre urinaire de 40 grammes à 1 gramme. Les douleurs qui avaient duré quatre mois deviennent rares. Quand le sucre augmente, la douleur reparaît.

En 1882, Berger (*Neurol. Centralbl.*) étudie des névralgies initiales dans douze cas de diabète : elles sont spontanées, localisées à certaines branches terminales du plexus sacré, à tendance symétrique, de longue durée, avec troubles vaso-moteurs, rebelles aux remèdes habituels ; elles s'amendent par le régime et une médication tonique.

Roser aurait vu une névralgie faciale des plus tenaces chez un diabétique au dernier période, névralgie qui céda malgré tout au régime. Cette observation est citée en 1881 par Mary (Thèse de Paris), sans que nous ayons pu en trouver trace ailleurs.

Vergely (*loco citato*) publie une névralgie testiculaire double. Les douleurs, chez le patient, étaient suspendues pendant cinq à six heures, après une pollution nocturne. Les testicules, très petits, n'étaient douloureux que lorsqu'on les touchait : la douleur ne se propageait d'ailleurs pas au cordon. Cette névralgie dura d'abord quatre mois, puis il y eut une rechute.

En 1884, Cornillon, dans la *Revue de médecine*, se posait déjà la question de savoir si les névralgies diabétiques sont de nature médullaire ou périphérique. Von Ziemssen, l'année suivante, émet l'hypothèse de la névrite (*Bayerisches aerztliches Intelligenzblatt*, 1885, p. 618) ; Florain (*Gaz. méd. de Paris*, 1885), Lecorché (*Arch. de neurologie*, 1885), etc., revinrent aussi sur la question. On peut indiquer encore une récente thèse de Lagardère sur la sciatique diabétique (Paris, 18 juillet 1902) et celle de Gerst (Strasbourg, 1898).

Ce qu'on sait, à l'heure actuelle, c'est qu'il existe chez les diabétiques des douleurs de toute sorte, dont il est malaisé de dire d'emblée si ce sont bien des névralgies. Il en est qui siègent dans les muscles et d'autres dans les os. Elles sont pourtant bien névralgiques puisque, par la suite, on peut les voir faire place à des névrites périphériques. Une des névralgies les mieux établies, c'est la sciatique, et particulièrement la sciatique double : mais il en est d'autres, dentaires, crurales, obturatrices, lombaires, génitales et la bilatéralité est loin d'être indispensable pour qu'on doive les rattacher au diabète. Cornillon a signalé une névralgie cervico-brachiale d'abord à droite, puis à gauche huit mois après. Naunyn, dans son *Traité du diabète sucré* (1898), relate le cas d'un homme de soixante-trois ans, urinant 10 grammes de sucre, qui souffre horriblement d'une névralgie du plexus brachial droit : tout le bras est immobilisé par la douleur. La région sus-claviculaire est sensible à la pression : ni anesthésies, ni troubles trophiques ; c'est une névralgie pure qui s'améliore par le salicylate de soude. Naunyn (*loco citato*, p. 261) étudie ensuite une autre névralgie du plexus brachial chez un sujet de soixante-huit ans : l'observation en est très détaillée et accompagnée d'un tableau indiquant les analyses d'urine, le régime, le poids du sujet pendant trois mois. Notons seulement l'existence d'un zona au cours de cette névralgie.

Les névralgies diabétiques peuvent durer des mois, si elles ne sont pas convenablement traitées et on a vu, dans le cas de Drasche, une névralgie intercostale persister dix ans avant le diagnostic du diabète : celui-ci reconnu, la diminution de la glycosurie fit céder les douleurs, mais ce n'est pas un résultat qu'on obtient dans tous les cas, tant s'en faut. Parfois, le sucre disparaît et la névralgie reste ; parfois, le sucre persiste et la douleur s'en va. Il peut naître des névralgies chez de très petits glycosuriques : les douleurs peuvent aussi disparaître spontanément, mais elles ont une fâcheuse disposition à récidiver.

Il n'est pas exact de dire que la névralgie diabétique s'aggrave et s'atténue parallèlement à la glycémie. « De ce qu'une névrite, dit Raymond, s'est développée sous l'influence du diabète, n'allez pas croire que vous en viendrez à bout à l'aide d'un régime antidiabétique. »

Les névralgies du diabète présentent ce côté paradoxal d'être très peu modifiées par le traitement antidiabétique (Plicque). C'est peut-être un peu exagéré que d'être aussi affirmatif, mais la pratique pourtant mène souvent à cette conclusion.

Que sont ces névralgies ? Il est difficile de le dire : quand elles ne vont pas plus loin, on est tenté de croire à une perturbation purement fonctionnelle, *sine materia*. Mais on va voir que, dans plus d'un cas, elles ne constituent que le prélude d'une névrite. Elles surviennent dans des cas où la glycosurie est si légère parfois, qu'on ne peut incriminer l'action directe du sucre sur les nerfs : et d'ailleurs, la supression de la glycosurie ne les guérit pas souvent. Dans ces conditions, il faut incriminer d'autres causes.

Avant d'y venir, rappelons, avec Vergely, qu'un caractère fréquent des névralgies dont nous parlons est de se limiter aux parties périphériques des nerfs. Rosenstein avait, par exemple, montré un malade où la névralgie était limitée à la région péronéo-tibiale. Magnin (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1879) a un sujet qui souffre des pieds et surtout de la plante des pieds, où il ressent des élancements et des espèces de décharges électriques.

On pourrait rapprocher de cela les douleurs fulgurantes déjà vues par Charcot chez les diabétiques : douleurs en ceinture comme celles des tabétiques, douleurs des membres inférieurs simulant celles des ataxiques (voir Raymond et Oulmont, *Gazette méd.*, 1881, p. 627), suivant le trajet du sciatique, par crises de plusieurs heures se renouvelant plusieurs fois par jour.

Peter enfin, a vu, en 1878, des névralgies du pneumogastrique. Sa première malade avait de l'hyperesthésie à la nuque et une sensation de cordes douloureuses de chaque côté du cou. Le second sujet

présentait des points douloureux et névralgiques au niveau des trous de conjugaison des premières racines cervicales droites et sur le trajet cervical du tronc du pneumogastrique : le traitement fit disparaître en treize jours et la glycosurie et les douleurs.

II

Névrites. — On a déjà vu qu'en 1885, von Ziemssen (*loco citato* et *Munchener med. Woch.*, 3 nov. 1885, p. 618) émettait l'idée que plus d'une névralgie diabétique est en réalité une névrite. Ce n'était qu'une hypothèse, basée sur la clinique, mais sans aucun argument anatomo-pathologique. Voici une description succincte des symptômes dépendants des altérations réelles des nerfs périphériques chez les diabétiques.

Ces altérations entraînent des troubles moteurs, sensitifs et trophiques, qu'on peut distinguer : 1° en paralysies disséminées ou localisées avec amyotrophie secondaire; 2° en paralysies amyotrophiques évoluant symétriquement comme de véritables polynévrites; 3° en névrites pseudo-tabétiques; 4° enfin, les troubles trophiques proprement dits et les altérations des réflexes d'origine périphérique mériteront d'être examinés à part.

A. Mononévrites. — Les névralgies étudiées plus haut ne constituent que des névralgies. Mais parfois les douleurs qu'on observe dépendent vraiment d'une névrite ; on en est assuré par l'apparition de troubles trophiques du côté de la peau et des muscles. Quelquefois, une névralgie qu'on croyait simple se termine ainsi par des accidents montrant bien qu'on est en face d'une névrite localisée, d'une *mononévrite*. Sur les nerfs purement moteurs, le même processus fournit des paralysies localisées, des *mononévrites* paralytiques, puis amyotrophiques.

1. Von Ziemssen a d'abord rencontré des sciatiques unilatérales et bilatérales nettement névritiques; ainsi, dans un cas l'hyperalgésie de la jambe et du pied était telle qu'elle empêchait tout mouvement; dans un autre, la pression du tibial postérieur et du sciatique poplité externe dans le jarret était très pénible; il y avait des douleurs dans les orteils et un ulcère gangréneux du gros orteil. Hœsslin (*Münch. med. Wochens.*, 1886, p. 240) signale un diabétique de cinquante-deux ans, ayant 3 p. 100 de sucre, avec sciatique double, hyperalgésie et hyperesthésie cutanées de la jambe, œdèmes, peau luisante et abolition du réflexe patellaire. Parfois, dans des névralgies de la jambe, le réflexe du tendon d'Achille disparaît, ce qui est tout à fait de nature à indiquer de la névrite.

Il y a plus : Strumpell (*Neurol. Centralbl.*, 1889, p. 601) observe une névralgie à laquelle succède une paralysie. C'était une femme obèse qui après plusieurs mois de douleurs sciatiques eut une paralysie du sciatique poplité externe.

Remak (*Traité des névrites*) a vu une diabétique de soixante-quatre ans, malade depuis quinze ans. Elle a une sciatique droite depuis deux mois et demi. Les mouvements passifs sont pénibles : douleurs à la pression, hyperalgésie cutanée, réflexe du genou affaibli. Abolition des réflexes achilléens. On emploie la morphine, puis l'électrisation. Au bout de cinq mois, la flexion dorsale du pied devient difficile; les douleurs disparaissent et font place à une paralysie du sciatique poplité externe, la sensibilité est altérée, légère réaction de dégénérescence. Une année plus tard, elle peut enfin monter un escalier. Mort par coma diabétique.

Remak publie encore une paralysie du sciatique poplité externe chez un homme de quarante-cinq ans ayant 5 grammes de sucre par litre d'urine. La glycosurie disparaît par le régime : au bout de cinq mois, la paralysie dure encore. Le réflexe achilléen est aboli.

Bernard et Féré (*loco citato*, p. 355) ont vu un diabétique de cinquante-quatre ans, avec 31 grammes de sucre par litre qui a de la faiblesse dans la jambe droite : celle-ci fléchit et devient le siège de crampes. La sensibilité au froid de ce côté est exagérée et douloureuse. Il existe une atrophie uniforme de tout le membre inférieur avec diminution de l'excitabilité galvanique des muscles.

Fraser et Bruce (*Edinburgh med. Journ.*, 1896, p. 300) ont cité un cas où l'atrophie portait sur le jambier postérieur. « Ce qui caractérise ces atrophies musculaires diabétiques, dit Vergely, c'est leur limitation, leur manque absolu de tendance à la généralisation. Les muscles innervés par un nerf particulier sont atteints, dégénèrent et s'atrophient : c'est tout. » Pour Bruns, il est impossible de rapporter ce qu'on observe à autre chose qu'à une névrite périphérique.

Bruns (*Berl. klin. Wochens.*, 1890, p. 509) remarque la prédilection de cette névrite pour le crural et l'obturateur. Ainsi, chez un sujet de cinquante-neuf ans (55 grammes de sucre par litre) il note des douleurs et une paralysie amyotrophique du crural et de l'obturateur gauches. Pas d'anesthésie. Signe de Westphal de ce côté et réaction de dégénérescence partielle du quadriceps. Plus tard, après guérison, paralysie du sciatique poplité externe gauche. Chez un sujet de cinquante-huit ans, ayant 10 grammes de sucre par litre, parésie du crural et de l'obturateur d'abord à droite, puis à gauche. Chez un diabétique de soixante-dix ans (40 grammes par litre) névralgie de la jambe gauche, puis, à droite, amaigrissement et diminution de l'excitabilité électrique. Vergely (*loco citato*, p. 212) a un cas d'atrophie des extenseurs de la cuisse.

Auché (*Arch. de méd. expérim.*, 1890, p. 662) rapporte une névralgie crurale avec paralysie du quadriceps chez un diabétique de quarante-sept ans; 62 grammes de sucre par jour. Atrophie très nette du quadriceps.

Remak soigne une femme de soixante ans (35 grammes de sucre par litre) qui, après des douleurs des jambes, offre des troubles de la marche. Elle traîne la jambe droite, ne peut monter un escalier : parésie du crural droit et légère diminution de l'excitabilité électrique. Amaigrissement de la cuisse droite, signe de Westphal à droite. Amélioration, puis rechute.

Bruns pense que la faiblesse bien connue des diabétiques relève parfois de paralysies isolées de tel ou tel muscle, qu'on ne peut toujours aisément diagnostiquer.

Aux membres supérieurs, la mononévrite est également possible. Ainsi, von Ziemssen cite un israélite de cinquante ans (5 grammes par litre) offrant de vives douleurs sur le trajet antibrachial du cubital gauche. Le nerf est épaissi dans la gouttière rétro-olécranienne. Amyotrophie, peau luisante aux deux derniers doigts. Un an après, il ne reste qu'une légère contracture, mais la même névrite apparaît à droite.

Remak soigne un patient de 65 ans (40 grammes

de sucre par litre) avec des picotements et de la faiblesse de la main gauche. Léger œdème des pieds, le cubital est douloureux; parésie et amyotrophie, réaction de dégénérescence partielle, légers troubles sensitifs. Persistance après quatre mois. — Un autre patient de Remak a une amyotrophie névritique des cubitaux et un peu du médian avec rétraction de l'aponévrose palmaire. Troubles sensitifs dans la sphère cubitale.

On doit rappeler le cas d'Althaus (*Lancet*, 1890, p. 455) : c'est un négociant de cinquante-six ans, diabétique depuis huit ans, qui est subitement réveillé la nuit par une douleur à l'épaule et au coude; cette douleur persista trois semaines; les mouvements et la pression sont fort pénibles. Le malade ne peut plus lever le bras, ni l'écarter du tronc. La paralysie du deltoïde est évidente, avec réaction de dégénérescence.

Buzzard (*Brit. med. Journ.*, 1890) étudie un diabétique de soixante ans, goutteux, atteint d'une paralysie flasque du membre supérieur gauche : atrophie des muscles de l'épaule et du bras sauf des fléchisseurs du poignet et des doigts. Réaction au courant induit abolie, œdème de la main, troubles sensitifs considérables au bras. Un mois avant le début, il y avait eu de grandes douleurs. Un an et demi après, les plexus brachiaux sont tous deux paralysés. Naunyn (loc. cit., p. 257) publie une névrite du médian, mais elle est douteuse car il y a eu un *traumatisme*.

2. Venons-en maintenant à la paralysie faciale diabétique. En 1883, Grégoire soutint à Paris une thèse sur ce sujet. Il montre qu'elle peut avoir les caractères d'une paralysie périphérique. Il rapporte trois cas de paralysie totale dont un antérieurement publié par Millard concerne une paralysie double et un autre de Paul où, à un an d'écart, se manifesta une paralysie du pathétique. Grégoire croyait à une origine centrale. Après lui vient Auerbach (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1887, p. 484), Bruns (*Berl. klin. Wochens.*, 1890, p. 509), Bernhardt (*Berl. klin. Wochens.*, 1892, p. 225). Ce dernier en a deux cas personnels, dont un de paralysie faciale droite douloureuse accompagnée de zona occipito-cervical chez une diabétique albuminurique. Plus tard, Bernhardt (*Neurol. Centralbl.*, 1899) rapporte deux récidives après sept et huit années et même de récidive du côté opposé. Hirschberg, Blanc et Despagnet, Dufour (*Ann. d'ocul.*, 1890), Hatschek (*Jahrb. f. Psychiat.*, 1894) ont rapporté d'autres observations. Ce dernier a vu une récidive au bout de cinq mois. Dans le cas de Blanc, un diabétique albuminurique de cinquante-huit ans eut une paralysie de l'oculo-moteur commun et de l'oculo-moteur externe, avec une parésie des faciaux et des hypoglosses.

Naunyn a quatre observations de paralysie faciale : un homme de cinquante-cinq ans, paralysie faciale droite totale après une période de douleurs. L'œil ne peut se fermer : 50 grammes de sucre par litre; — un homme de cinquante-trois ans, qui est pris la nuit d'une paralysie gauche totale; 220 grammes de sucre par jour; guérison; — un homme de soixante ans avec paralysie faciale droite totale, guérison; — un homme de soixante-dix ans, paralysie faciale gauche subite : 18 grammes de sucre par jour. Mort au bout de quelques mois.

La paralysie faciale diabétique, dit Naunyn, se distingue des paralysies des muscles des membres en ce qu'elle arrive souvent subitement et sans névralgie antérieure, en ce qu'elle guérit bien plus facilement en quelques semaines ou en quelques mois.

Cette conclusion ne doit pas toujours être prise au pied de la lettre, témoin un malade de Raymond (*Bull. méd.*, 1897, p. 285), porteur d'une paralysie faciale gauche totale périphérique terminée par contracture : il avait, en outre, un zona occipital et auriculo-temporal.

Schmidt-Rimpler (*Les maladies des yeux*, Vienne 1898) signale une paralysie faciale limitée à l'orbiculaire dans une observation où il existait déjà une paralysie des muscles moteurs du globe oculaire.

Thilliez (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 1902) écrit que, chez les diabétiques, la paralysie du moteur oculaire commun est souvent associée à celle du facial, surtout de la branche qui innerve l'orbiculaire. Il n'appuie cette affirmation d'aucun exemple et elle reste à démontrer. Charcot cite bien une malade atteinte de paralysie de la troisième paire avec névralgie, suivie plus tard d'une paralysie faciale. Berger (*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, 1905) écrit qu'on a publié plusieurs paralysies isolées de la sixième paire (Cohn, Landesberg, Gutmann) et du facial avec lagophtalmos (Fieuzal). Mais ces faits semblent tout à fait exceptionnels.

Récemment, une diplégie faciale est signalée par Benedikt (*Orvosi hetilap*, 1904, p. 42), une paralysie faciale dite *a frigore* par Letulle (cité par Dieulafoy, 4 nov. 1905) et une autre par Kats (1903).

3. A cet endroit doivent naturellement se décrire les paralysies des muscles moteurs du globe oculaire.

Nous laisserons de côté les paralysies du muscle ciliaire et de l'accommodation, parce que l'on ne peut affirmer qu'il s'agisse de névrite plutôt que d'autres troubles, quels qu'ils soient. Il est certain que des lésions variées intéressant la troisième paire à sa périphérie peuvent n'atteindre que les filets allant au muscle ciliaire et à la pupille (*Encyclopédie française d'ophtalmologie*) et il est certain d'autre part que la cause la plus fréquente des troubles oculaires des diabétiques est la diminution de l'amplitude de l'accommodation (de Græfe, 1859); mais il est très rare de rencontrer dans le diabète une paralysie vraie du muscle de l'accommodation (Berger) et, dans ces conditions, ce point nous paraîtrait peu à sa place dans une étude des névrites diabétiques. Mais ce qui doit nous occuper, ce sont les paralysies des troisième, quatrième et sixième paires.

Dépendent-elles de névrites périphériques? Pas toujours, assurément. — En dépendent-elles souvent? On verra plus loin que les avis sont partagés. Laissant de côté les cas où il s'agit nettement de lésions ou de troubles nucléaires, voyons ceux où la névrite est probablement en jeu.

Schmidt Rimpler, sur 75 diabétiques, a vu deux paralysies oculaires. D'autre part, sur 150 diabétiques ayant des troubles oculaires, il note dix fois une parésie des muscles externes. Il ajoute que les paralysies musculaires sont rares, qu'en 1875, Leber (*Arch. f. Ophtalm.*, p. 206) n'en relevait que 12 cas dans la littérature, dont quelques-uns douteux. Plus tard Guttmann (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, 1883, p. 299), Landesberg (*Arch. f. Psych.*, 1884, p. 601) et Cohn (*Arch. f. Augenh.*, 1878, p. 33) décrivent des paralysies de l'abducens. Schmidt Rimpler signale des diplopies transitoires chez les diabétiques; il a vu deux paralysies de l'abducens. Galezowski (*Rec. ophtalm.*, 1878, p. 83) note une paralysie de la troisième paire, Kwiatowski (Th. de Paris, 1879) une paralysie du pathétique.

Berger écrit : « On a signalé la mydriase paralytique. Elle est moins fréquente que la paralysie des muscles extrinsèques de l'œil, qui frappe le plus souvent l'oculo-moteur commun et, en général, quelques-uns seulement des muscles animés par ce nerf, surtout le releveur. Nous avons vu une paralysie du grand oblique qui guérit en deux mois. »

Thilliez pense que « la musculature extrinsèque et intrinsèque est très fréquemment le siège de lésions d'origine glycosurique. Tous les muscles peuvent être paralysés, mais le plus ordinairement, c'est la troisième paire qui peut être prise en totalité ; le plus souvent, ce n'est qu'un muscle, le releveur par exemple. » Les faits sont exacts, mais ces paralysies arrivent-elles vraiment si fréquemment? Schmidt Rimpler, on l'a vu, déclare que les paralysies musculaires sont rares et nous nous rangeons volontiers à son opinion.

Dieulafoy (*Presse méd.*, 4 nov. 1905) vient de publier un article sur ces paralysies oculo-motrices. Il montre une paralysie de l'abducens chez un homme de soixante-treize ans urinant 480 grammes de sucre, paralysie guérie en trois mois; même cas chez un autre glycosurique, même cas chez un goutteux diabétique urinant 40 grammes de sucre.

Dieulafoy publie à la suite une liste d'observations de divers auteurs : 4 paralysies de l'abducens et une du pathétique (de Lapersonne), 5 cas de Galezowski, 5 de Sauvineau, 5 de Suarez, 4 de Deléage, 1 de Letulle, 8 de Kœnig, 1 de Bordéremy, 1 de Terrien, 1 de Nattan-Larrier, 5 de Dufour, 1 de Bernard et Féré, 1 de Bloch, 1 de Lagrange, etc.; en tout, 35 paralysies de l'abducens, 12 paralysies de la troisième paire, 5 paralysies du pathétique.

Il y a lieu d'y ajouter les cas précités de Schmidt Rimpler, une parésie du droit interne de Raymond (*Cliniques*, t. II), 3 paralysies de l'abducens, 5 paralysies de la troisième paire et 1 ptosis, ces neuf derniers faits observés par Kako, chez des malades de Uthoff (*Klin. Monats. f. Augenh.*, 1903). Enfin Dreyfous (loco citato, p. 92 et 169) et Vergely (loco citato, p. 230) parlent d'un cas de Ogle (*St. George's Hosp. Rep.*, 1866), dont nous n'avons pu nous procurer la relation.

En somme, on compte encore ces observations.

L'abducens est le plus souvent atteint et sa paralysie doit donc faire penser autant au diabète qu'à la syphilis ou au tabes. Les paralysies oculaires, comme les autres névrites diabétiques, arrivent aussi bien chez des petits que chez des grands glycosuriques. Elles sont assez soudaines et n'ont pas une longue durée. Parfois elles sont précédées de névralgies (temporo-orbitaires, péri-orbitaires).

A côté de paralysies qui semblent bien d'origine périphérique, il y a certainement chez les diabétiques des ophtalmoplégies d'origine nucléaire, dont nous n'avons pas à nous occuper ici; elles sont graves, persistantes et envahissantes. Ce sont des lésions centrales. Mais M. Dieulafoy pense que toutes les paralysies oculaires diabétiques sont d'origine bulbaire : il fait remarquer que le territoire du plancher du quatrième ventricule dont la piqûre provoque la glycosurie est voisin des noyaux des nerfs paralysés chez les diabétiques. Mais contre cette hypothèse centrale, on peut se demander pourquoi beaucoup de ces paralysies, presque toutes même, sont fugaces et curables. M. Dieulafoy, contre l'idée d'une névrite, dit que si le diabète est capable d'intoxiquer les nerfs, il ne voit pas pourquoi il épargne les nerfs moteurs des membres, car il ne connaît pas une seule observation bien nette de paralysie diabétique atteignant les nerfs des membres. Cette dernière affirmation est contredite par toute l'étude que nous faisons ici des névrites diabétiques. On a déjà vu et on verra plus loin que les nerfs moteurs des membres sont loin d'être épargnés. Il est, à notre sens, très probable que la majeure partie des paralysies oculaires du diabète sont névritiques, elles en ont tout à fait l'allure. C'est l'avis de Berger qui dit que ces paralysies sont d'origine périphérique. M. Dieulafoy dit que le sucre diabétique n'a pas une telle puissance toxique. Aussi Berger ajoute-t-il qu'il faut attribuer à l'action de substances toxiques, et non à celle du sucre, les lésions périphériques du nerf optique, des nerfs moteurs du globe et des fibres animant le muscle de l'accommodation, substances diverses suivant les cas : acide oxybutyrique (Stadelmann), acétone, etc. Eichhorst, puis Auché incriminaient déjà, vers 1890, pour les névrites diabétiques, l'anhydrémie, l'acétonémie, les troubles de nutrition des nerfs et peut-être l'action de substances chimiques mal définies circulant dans le sang.

B. *Polynévrites symétriques.* — Leyden, en 1888 (*Die Entz. der periph. Nerv.*), a décrit à la polynévrite une forme hyperesthésique, une forme motrice et une forme ataxique.

1. La forme hyperesthésique ou sensitive, douloureuse en un mot, est caractérisée par l'existence de phénomènes sensitifs symétriques siégeant aux pieds, aux mains, etc. Quand de pareils symptômes, ainsi localisés et avant tout *symétriques*, surviennent chez des diabétiques, on peut penser à une polynévrite. S'il existe des altérations de la sensibilité objective, anesthésie à la piqûre, retard des sensations, etc., on est fixé; si, au contraire, les troubles objectifs font défaut, on est en face d'une forme purement hyperesthésique de polynévrite symétrique et le diagnostic d'avec une névralgie est impossible, bien que l'existence du diabète plaide en faveur de la névrite. Plus tard d'ailleurs, les troubles objectifs peuvent apparaître, et quelquefois avec eux l'amyotrophie et les troubles des réflexes.

Dreyfous dit que l'anesthésie se montre plus souvent aux membres inférieurs et aux organes génitaux. Elle arrive à être totale, au point que Naumann (*Hand. der med. Klin.*) a pu arracher les poils en certains points sans douleur.

« Certains se plaignent de fourmillements, de picotements violents dans les extrémités, d'autres ressentent des douleurs lancinantes ou fulgurantes. L'hyperesthésie siège dans les extrémités paralysées, ou dans le territoire du nerf intéressé ou bien elle est disposée en plaques au niveau desquelles le moindre frôlement est douloureux » (Auché).

Il peut exister de la douleur à la pression des nerfs. On pourra aussi noter de l'anesthésie ; celle-ci occupe les extrémités inférieures, plus rarement les extrémités supérieures : elle est souvent bilatérale et symétrique.

On ne saurait insister ici en détail sur tous ces points. Mais il faut au moins faire une place au travail de P. Vergely, professeur à Bordeaux, sur les troubles de la sensibilité aux membres inférieurs et la dissociation syringomyélique de la sensibilité (*Gaz. hebdom.*, 12 août 1893). Il publie l'observation de six malades, dont une femme de cinquante-six ans avec 270 grammes de sucre par jour. Douleurs

fulgurantes dans les jambes. Dans ces régions, le contact d'un corps mousse ou d'un corps piquant est perçu de la même façon. L'analgésie est complète; la thermo-anesthésie est absolue. La malade se brûle les pieds avec des boules d'eau trop chaude; elle prend un bain et ce n'est que lorsque l'eau est arrivée à mi-cuisse qu'elle s'aperçoit qu'il est trop chaud. Nous ne citerons pas les cinq autres observations faute de place : elles sont très détaillées et fort intéressantes dans le travail de Vergely.

Vergely en conclut que les troubles nerveux de la sensibilité à la périphérie, dans le diabète, sont fréquents; les troubles de la sensibilité à la douleur, l'analgésie et les troubles de la sensibilité à la température sont prédominants. La dissociation syringomyélique des sensibilités peut se rencontrer dans le diabète.

2. Après la forme sensitive de polynévrite qu'on vient d'indiquer, vient la polynévrite amyotrophique. Elle n'affecte jamais la marche aiguë : on ne peut, en effet, savoir si le cas d'ataxie aiguë qu'a signalé Strümpell en 1889 (*Neurol. Centralbl.*, p. 601) dépendait bien du diabète. La névrite ne prend en aucun cas l'aspect clinique de la maladie de Landry. D'ordinaire elle est subaiguë, plus souvent chronique avec amyotrophie dégénérative.

Cette névrite périphérique peut se localiser dans les nerfs cruraux : on en a vu une observation de Bruns (citée plus haut).

Les membres supérieurs sont beaucoup plus rarement atteints que les membres inférieurs. Ils peuvent être frappés isolément : d'ordinaire, ils sont paralysés en même temps que les membres inférieurs (Auché). La réaction de dégénérescence peut être plus ou moins complète. L'amyotrophie est fort variable : on a le tableau de la névrite alcoolique des membres inférieurs, ou un type Aran-Duchenne, ou un type antibrachial, etc. Leyden, par exemple, voit un homme de cinquante-cinq ans, avec 20 grammes de sucre par litre, qui est pris d'abord de douleurs vives dans les membres inférieurs, puis d'une paraplégie qui persiste une année. Un autre sujet a des douleurs des jambes qui font place à une paralysie intense des extrémités inférieures. Celle-ci s'améliore non avec la glycosurie, mais avec l'état général.

Charcot (*Arch. de neurol.*, 1890) observe un cuiseur de pain à cacheter, âgé de trente-sept ans, urinant plus d'un kilogramme de sucre par jour, offrant des douleurs fulgurantes, en demi-ceinture, et des fourmillements dans les jambes. Il a toujours trop chaud ou trop froid aux pieds. Il marche comme un paralytique alcoolique, steppant et présentant une paralysie des extenseurs du pied : aucune amyotrophie. Réaction de dégénérescence dans le jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils. Grande amélioration en trois mois.

Buzzard (*Brit. med. Journ.*, 1890) signale un diabétique de cinquante-six ans avec polynévrite. Douleurs, puis paralysie des membres inférieurs (surtout des extenseurs de la jambe et du pied). Diminution de sensibilité, réaction de dégénérescence. Puis, douleurs dans les doigts, atrophie des éminences thénar et hypothénar et des interosseux ainsi que de l'avant-bras gauche.

En 1902, Sorel (*Arch. de méd. de Toulouse*, p. 529) et Packard (*Boston med. Journ.*, p. 324) publient des névrites diabétiques; puis Pavy (*Lancet*, 2 juillet 1904) et Sherman (*New-York State Journ. med.*, p. 368) reviennent encore sur le sujet, ainsi que Gerlach (Th. de Munich, 1895) et Unschuld (*Berl. klin. Wochens.*, 1895, n° 28).

Reich en a signalé un cas (*Med. Record*, 13 janv. 1894) ainsi que Naunyn. Ce dernier auteur parle d'un sujet de quarante-huit ans, alcoolique il est vrai, qui est pris d'impossibilité subite de marcher. Troubles sensitifs importants aux bras et aux jambes; abolition des réflexes tendineux; altérations importantes des réactions électriques; environ 50 grammes de sucre par jour. Amélioration en quelques mois. — Naunyn signale aussi un médecin de soixante-trois ans, souffrant de douleurs dans les jambes avec grand affaiblissement. Il a 50 grammes de sucre urinaire par litre; lui aussi est un alcoolique (ce qui diminue singulièrement la valeur de ces deux faits de Naunyn); il finit par ne plus pouvoir se tenir debout. L'auteur pense à une polynévrite diabétique, sans affirmer pourtant ce diagnostic.

Des faits douteux de ce genre ne doivent pas faire perdre de vue les véritables polynévrites motrices diabétiques, qui ont été tout à fait bien observées par Bruns, Leyden, Charcot, Buzzard, etc. Aussi n'y insisterons-nous pas davantage et arriverons-nous de suite à la polynévrite pseudo-tabétique.

3. Le pseudo-tabes ou nervotabes périphérique a été vu pour la première fois en 1883 par Déjerine et étudié par lui en 1884 et c'est von Hœsslin qui l'a signalé en 1886 chez les diabétiques (*Münch. med. Woch.*). Nous le supposons suffisamment connu pour ne pas le décrire. Nous ne l'envisagerons que dans ses rapports avec le diabète, renvoyant pour le reste à l'article original de Déjerine (*Arch. de physiol.*, 1884), à celui qu'il a écrit en 1893, dans la *Semaine médicale*, à la thèse de Leval-Picquechef (Paris, 1885) et à l'article sur les névrites publié en décembre 1905 par Babinski (tome X du *Traité de médecine de Bouchard-Brissaud*).

Les troubles de la coordination, les altérations de la sensibilité, la conservation presque complète de la force musculaire, la disparition des réflexes tendineux, les douleurs névralgiques, fulgurantes et en ceinture, peuvent faire songer à l'ataxie locomotrice, mais il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson, ni de troubles vésicaux, et c'est tout à fait capital. Fischer (*Centralbl. f. Nervenh.*, 1886, n° 18), Raymond (*Maladies du système nerveux*, 1894, p. 303), Pryce (*Brain*, 1893, p. 416), Naunyn (*loco citato*, p. 275), Grube (1895), Debove (*Journ. de méd. interne*, 1er janv. 1906) ont rencontré des pseudo-tabes diabétiques tout à fait intéressants. Pryce en a 3 cas avec autopsie. On trouve des lésions des nerfs, mais il faut ajouter que la moelle n'a pas toujours paru intacte (Williamson, *Lancet*, juillet 1897, et Leichtentritt, Thèse de Berlin, 1893), Raymond au tome II de ses *Cliniques*, étudie un homme de cinquante-sept ans, diabétique depuis seize années avec 84 grammes de sucre par jour. Il a des douleurs fulgurantes dans diverses parties du corps : les membres inférieurs sont maigres et œdématiés, la démarche indécise; il y a de l'anesthésie; de plus, une légère parésie du droit interne, etc. C'est une forme pseudo-tabétique. L'ingénieur, vu par Naunyn, outre de l'hyperesthésie, des douleurs en ceinture, le signe de Westphal, a eu pendant un temps, de la faiblesse du réflexe pupillaire à la lumière.

Les anciens auteurs avaient bien vu quelque chose de ce pseudo tabes diabétique. Ainsi Marchal signale l'incoordination dès le début du diabète (Obs. XVIII). Bernard et Féré citent une malade de Stokvis qui ne

pouvait marcher dans l'obscurité. Un malade de Dionis des Carrières (*Monit. des hôpit.*, 1857) croyait marcher sur un filet de cordes à larges mailles.

4. Voilà ce qu'on sait de plus général sur les névrites diabétiques. Au point de vue pathogénique, Worms et Drasche, les premiers, ont pensé que le sang chargé de sucre peut exercer une action nuisible sur les éléments nerveux. L'hypothèse de la névrite est formulée par von Ziemssen; Hœsslin est déjà plus affirmatif, ainsi que Blau et Pryce. Leyden, Eichhorst invoquent pour expliquer cette névrite l'anhydrémie et l'acétonémie. Pryce (*Lancet*, 1887), voit des lésions du tibial postérieur, où la substance blanche de Schwann est remplacée par une substance granuleuse qui ne se colore pas en noir par l'acide osmique. Des cylindraxes sont atrophiés et ont subi la dégénérescence graisseuse. Ce n'est qu'en 1890 que la question s'éclaire avec le travail capital d'Auché.

Dans les *Archives de médecine expérimentale*, de septembre 1890, Auché montre chez les diabétiques toutes les lésions de la névrite parenchymateuse. Il y a des fibres régénérées dans beaucoup de préparations.

Dans le même nerf, on rencontre toute la série des lésions névritiques, car le processus frappe les fibres les unes après les autres : la marche de la lésion est lente ; la cause est peu énergique, mais continue. Auché a pris des solutions sucrées saturées et des urines diabétiques et a essayé leur action sur le sciatique des cobayes. Il a vu que le sucre n'a sur les nerfs qu'une action des plus faibles.

Nonne a trouvé les nerfs des diabétiques intacts; en 1892, au contraire, Eichhorst (*Virchows Archiv*) trouve des altérations des nerfs spinaux et des nerfs craniens. Dans deux cas, le crural, le vago-spinal étaient atteints, le sciatique un peu lésé, le médian intact. En 1893, Leichtentritt confirme ce qu'avait dit Auché.

Le sucre paraît impuissant à produire seul les névrites des diabétiques : du reste, de petits glycosuriques en ont parfois de graves alors que de grands diabétiques n'en sont pas atteints. L'anhydrémie, l'acétonémie, des substances inconnues encore jouent sans doute le principal rôle, avec le trouble de la nutrition générale qui doit atteindre les nerfs (Auché). Eichhorst a injecté de la dextrine, de l'acétone, de l'acide oxybutyrique sans produire de lésions des nerfs.

D'autre part, il existerait des névrites diabétiques d'origine vasculaire par artérites des troncs nerveux (Vergely, Joffroy et Achard, Dutil et Lamy).

III

A. L'abolition des réflexes rotuliens dépend-elle d'une névrite? Bouchard, en 1884, a vu le réflexe manquer dans un tiers des cas de diabète. Rosenstein et Grube abaissent ce chiffre à un dixième seulement des observations, enfin Teschmacker croit que cette abolition ne se voit que chez les sujets âgés de plus de cinquante ans.

Sur ce point, Grube (*D. med. Woch.*, 1895, p. 375) émet l'avis que l'abolition du réflexe ne tient pas au diabète même, mais à des causes secondaires, telles que la névrite du crural. L'état de la moelle ne peut être incriminé.

Eichhorst a recherché l'état des nerfs cruraux chez deux diabétiques morts de coma : il a trouvé de la névrite parenchymateuse. Malgré cela, il ne juge pas la névrite indispensable à la suppression du phénomène du genou : il reconnaît que cette suppression peut-être d'ordre purement fonctionnel et toxique. D'ailleurs, Williamson a trouvé trois fois les nerfs cruraux sains, et Nonne (*Festschrift zur Eröffnung der Krank. zu Hamburg-Eppendorf*, 1889) n'a rien rencontré ni dans la moelle, ni dans les nerfs. Il admet comme cause du signe de Westphal dans le diabète une dépression toxique du système nerveux. Du reste, le réflexe rotulien peut réapparaître dans le diabète (il est vrai qu'en cas de névrite on peut voir aussi les réflexes renaître).

Crocq (*Cong. des neurol.*, Limoges 1901, p. 183) pense que le signe de Westphal est ici trop fréquent pour dépendre toujours d'une névrite, et qu'il tient à une action directe du poison sur les neurones, poison inhibiteur dont l'action dépend de la sensibilité individuelle des neurones, certains sujets étant plus vulnérables que d'autres. Quant au réflexe achilléen, il manque souvent chez des sujets sains (Crocq).

B. Quelques mots maintenant des troubles trophiques des diabétiques dans leurs rapports avec les névrites périphériques.

L'amyotrophie a été étudiée plus haut. Des modifications vaso-motrices et trophiques de la peau, telles que le glossy skin, l'œdème, les sueurs localisées, la maladie de Raynaud, se rencontrent chez certains sujets.

Vergely se demande si les atrophies localisées de la peau et de ses dépendances, signalées en 1889 par Leudet, ne relèveraient pas de névrites périphériques. Auché a rencontré des ecchymoses spontanées après douleurs des jambes, comme chez les tabétiques.

En 1873, le professeur Folet (de Lille) a publié un cas de chute spontanée des ongles; en 1885, Pitres et Vergely en ont reparlé, et Pitres admet la névrite pour agent causal de cette complication, précédée pendant des années de douleurs assez intenses dans les orteils.

Les éruptions zostériformes sur le trajet des nerfs enflammés n'ont rien qui doive surprendre. Nous ne les appelons pas des zonas, parce que, avec Head et Campbell (1900), nous désignons sous le nom de zona vrai une maladie des ganglions spinaux à topographie radiculaire (voir *Écho méd. du Nord*, 30 oct. 1904) : ici, ce sont des zostéroïdes symptomatiques de névrites. Cette éruption, chez les glycosuriques, est connue depuis Barbier (1856) : étudiée par Vergely (1891) elle est assez facilement hémorragique ou gangréneuse.

Les gangrènes diabétiques ont une pathogénie complexe : dans leur forme superficielle (Vergely) la névrite serait en cause. Les lésions vasculaires pourtant sont le plus souvent prépondérantes.

Reste le mal perforant du pied et quelquefois de la main. Il a, dans le diabète, les caractères généraux qu'il offre ailleurs; il n'y est point rare, tant s'en faut (Kirmisson, *Arch. de méd.*, 1885). Pryce (*Lancet*, 1887 et 1888) a trouvé une dégénération parenchymateuse du tibial postérieur dans ses parties périphériques. Buzzard, dans une polynévrite diabétique, rencontre un double mal perforant. Après la thèse de Gascuel (Paris 1890) et le travail de Duvernoy (*Arch. de méd.*, 1890, p. 603), je note en passant cinq cas récemment rapportés par Naunyn (1898) dont un siégeant à la main et un autre au-dessous de la malléole externe.

Le mal perforant des diabétiques peut guérir vite

ou durer des années; il n'est pas toujours au siège classique (Naunyn); enfin, il arrive qu'il creuse les tissus jusqu'aux os et aux articulations métatarsophalangiennes.

L'anesthésie est loin d'être constante, et cependant cette anesthésie est quasi la règle chez les sujets non diabétiques. De plus, le sexe masculin est presque spécialement atteint et il s'agit d'ordinaire de gens âgés et à légère glycosurie.

IV

On ne trouvera rien ici concernant les altérations du nerf optique chez les diabétiques. En effet, le soi-disant nerf optique n'est pas l'homologue d'un nerf sensitif ordinaire, c'est un véritable faisceau blanc central (Cunéo). Ses modifications ne doivent pas, à notre sens, rentrer dans l'étude des névrites proprement dites.

Les névrites diabétiques ont un pronostic relativement moins sombre que celui des grandes polynévrites, où l'attente des pneumo-gastriques tue parfois par la respiration; c'est une éventualité qui n'est jamais signalée dans le diabète. Quant à leur diagnostic, il est entièrement basé sur la constatation de la glycosurie permanente; mais n'oublions pas que beaucoup de diabétiques sont alcooliques ou tuberculeux : aussi la névrite diabétique ne doit-elle être affirmée qu'à bon escient, élimination faite des infections et intoxications surajoutées. Un seul point délicat, c'est le diagnostic d'avec l'ataxie locomotrice progressive, dans les formes pseudo-tabétiques : encore est-il que le signe d'Argyll-Robertson et les troubles vésicaux du tabes seront souvent démonstratifs en faveur de cette dernière maladie.

On se souviendra, chaque fois qu'on verra une paralysie diabétique, que les troubles d'origine centrale sont des plus fréquents chez ces malades. Les hémiplégies d'origine cérébrale sont classiques, mais il y a surtout des monoplégies de même ordre qui, comme le dit Dreyfous, sont les véritables paralysies du diabète. Ceci est d'ailleurs trop connu pour qu'il faille y insister.

Le traitement des névrites diabétiques consistera d'abord à soigner la maladie causale. Mais il est indispensable de savoir, comme on l'a déjà nettement dit à propos des névralgies, que le régime ne suffit pas, sauf pour quelques malades exceptionnels, et que le traitement habituellement en usage dans toutes les névrites et polynévrites en général aura toujours la plus grande place dans une thérapeutique qui visera à être efficace.

PRATIQUE MÉDICALE

PROCÉDÉ RAPIDE POUR ENLEVER LES ÉCHARDES SOUS LES ONGLES

M. Derome utilise un procédé très simple et très pratique pour enlever une écharde enfoncée sous un ongle. Il ramollit le tissu corné unguéal en promenant sur lui, dans une largeur de quelques millimètres autour de l'écharde que l'on aperçoit par transparence, un bout d'allumette trempée dans une solution de potasse caustique à 1/10 et même à 1/5. Cela fait, il enlève la bouillie cornée par raclage avec le dos d'un scalpel ou avec un fragment de verre mousse, applique une nouvelle couche de potasse, racle à nouveau, et finit par tomber sur l'écharde qui s'énuclée avec la plus grande facilité. (*La Chimie médicale.*)

LIVRES NOUVEAUX

Précis des maladies du foie. [Collection Testut] (1), par M. Ch. MONGOUR.

Les maladies du foie constituent l'un des chapitres de pathologie qui ont subi le plus de modifications dans ces dernières années. Les recherches des physiologistes et des expérimentateurs sur le mode de pénétration des agents infectieux et toxiques dans le foie et sur les moyens de défense de l'organe, d'une part, les travaux des cliniciens et des thérapeutes de l'autre, sur les ictères, les cirrhoses, etc., ont transformé complètement la façon dont on comprenait jadis les maladies de foie. Profitant de cette évolution, M. Ch. Mongour consacre la première partie de son livre à l'anatomie, l'embryologie, la physiologie et la pathologie générale du foie. Les procédés d'exploration du foie, qui ont subi, dans ces derniers temps, divers perfectionnements, sont ensuite minutieusement décrits. Abordant alors les différentes affections hépatiques, l'auteur peut donner tous ses soins à l'étude des principales d'entre elles, et, particulièrement, de celles qui n'avaient pas encore trouvé place dans un traité didactique : ictères acholuriques, maladie de Banti, actinomycose du foie, insuffisance hépatique, etc. Les questions classiques sont rajeunies et mises au courant des dernières recherches. Un certain nombre de figures illustrent cet intéressant ouvrage.

L. BABONNEIX.

Manuel de thérapeutique dentaire. Odontothérapie (2), par Ch. QUINCEROT.

La thérapeutique a suivi la même marche progressive en odontologie que dans les autres branches de la médecine, et, à l'heure actuelle, le praticien qui traite les maladies de la bouche et des dents dispose d'un nombre considérable, trop considérable même, de médicaments. Savoir faire un choix judicieux de ces diverses substances, savoir discerner les cas où chacune d'elles sera plus particulièrement indiquée, voilà ce qu'enseigne clairement le manuel de M. Quincerot. On trouvera à la fin de l'ouvrage un formulaire très complet où il sera facile au médecin peu habitué à soigner les affections dentaires de trouver rapidement une indication dans un cas pressant. Somme toute, livre pratique et commode à avoir à portée de la main à côté des formulaires de médecine.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

IXe session de l'Association française d'urologie, Paris, octobre 1905. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. le docteur DESNOS, secrétaire général. In-8 de 640 pages avec 49 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-18 colomb. cart. toile de 625 p. avec 74 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8° de III-254 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 27. — MARDI 6 MARS 1906. 79e ANNÉE. MARDI 6 MARS 1906. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — LECTURE DES COPIES. — *Symptomatologie.* — Séance du 2 mars 1906 : MM. Castaigne, 10; Legroux et Simon, 9; Babonneix, Decloux, Delamare et Guillemot, 8; Armand-Delille et Lejonne, 7.

Séance du 4 mars : MM. Comte, Deguy, Lereboullet et Ravaut, 10; Ferrand et Nobécourt, 8; Bensaude et Crouzon, 7.

La prochaine séance aura lieu le lundi 5 mars, à huit heures et demie du soir, à la Charité.

Anatomie pathologique. — Séance du 3 mars 1906 : MM. Balthazard et Coyon, 9; Grenet, Levi (Léopold), Lortat-Jacob et Nattan-Larrier, 8.

La prochaine séance aura lieu le mardi 6 mars, à cinq heures du soir, à la Charité.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 3 mars 1906. — Question donnée : « Nerf phrénique et colique de plomb. »

MM. Dehelly, 12 + 18 = 30; — Le Moine, 17 + 18 = 35; — Lebras, 15 + 25 = 40; — Lévy-Bruhl, 11 + 16 = 27; — Hamel, 16 + 24 = 40; — Perdoux, 9 + 16 = 25; — Soubies, 8 + 16 = 24; — Le Mée, 18 + 24 = 42; — Halphen, 14 + 25 = 39.

La prochaine séance aura lieu le mardi 6 mars, à quatre heures trente, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours s'ouvrira, le 15 octobre 1906, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (LISBONNE, 19-26 AVRIL 1906.) — Le Comité exécutif du XVe Congrès international de médecine s'est assuré un nombre considérable d'appartements (chambres à 1 lit, ou, pour la plupart, à plusieurs lits), au prix de 6, 8 et 10 francs par lit, suivant la catégorie. Il y a aussi quelques logements avec pension, à 15 francs par personne.

On payera les tickets à la gare du Rocio (entrée à Lisbonne en arrivant par chemin de fer) et pour la durée du Congrès, soit huit jours.

Il y a toute facilité pour les repas dans les restaurants et hôtels de Lisbonne, ainsi que dans le restaurant du Congrès.

Tous les logements seront distribues au fur et à mesure qu'arriveront les demandes : celles-ci sont à adresser, avant le 31 mars, à M. Manoel José da Silva, Palacio Foz, Praça dos Restauradores, Lisbonne, qui est chargé de ce service.

L'affaire des voyages est définitivement réglée avec les chemins de fer français, espagnols et portugais, qui permettent aux congressistes d'effectuer le voyage de retour par un itinéraire différent de celui de l'aller, toujours en bénéficiant de la réduction de 50 p. 100, à condition que l'aller et le retour se fassent par voie ferrée.

Le Comité du Congrès commencera ces jours-ci avec l'envoi des cartes spéciales uniformes pour les compagnies des trois pays.

Nous apprenons en ce moment qu'aussi les chemins de fer italiens accordent la réduction de 50 p. 100.

VILLE DE LYON. — M. le professeur Rollet est nommé ophtalmologiste en chef des écoles municipales de Lyon, et M. le docteur Rossigneux, ophtalmologiste adjoint.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la huitième semaine, 988 décès, au lieu de 970 pendant la semaine précédente (moyenne 985). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, sauf toujours la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 44, au lieu de la moyenne 50.

La variole a causé 1 décès (moyenne 3). Le nombre des

cas nouveaux signalés par les médecins est de 9 au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La rougeole a causé 17 décès, au lieu de 20 pendant la semaine précédente, la moyenne est 10; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 538, au lieu de 452 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 153.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 68, il s'élevait à 45 pendant la semaine précédente, la moyenne est 66. La coqueluche a causé 8 décès (moyenne 7). La diphtérie a causé 4 décès parisiens (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 76, au lieu de 58 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 107.

La diarrhée infantile a causé 19 décès de 0 à 1 an, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (moyenne 20).

En outre, 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 177 décès, au lieu de 203 pendant la semaine précédente (moyenne 193). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (moyenne 16); bronchite chronique, 22 (moyenne 24); pneumonie, 26 (moyenne 42); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 119 (moyenne 111), dont 36 sont dus à la congestion pulmonaire et 68 à la broncho-pneumonie.

En outre, 10 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 213 décès; la méningite tuberculeuse, 26; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 57 décès; les maladies organiques du cœur, 68; le cancer, 61; la hernie et l'obstruction intestinale, 8; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 27; enfin, 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brillat-Savarin (de Belley), Chaudeborde (de Bordeaux) et Girin (de Lyon).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — *Cours de vacances.* — Du 9 au 21 avril 1906, une série de cours auront lieu. En voici la liste :

I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Massage, M. Marchais; — Electrothérapie, M. Zimmern; — Accouchements, M. Dubrisay; — Thérapeutique appliquée, M. Landowski; — Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Lesné; — Maladies nerveuses, M. A. Riche; — Chirurgie dentaire, M. Roy.

II. *Dans différents services.* — Chirurgie pratique, M. Savariaud (Lariboisière); — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (Établissement dermatologique); — Auscultation, M. Caussade (Tenon); — Oto-rhino-laryngologie, M. G. Laurens (Clinique de la Trinité); — Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière); — Maladies des voies urinaires, M. Noguès (Necker); — Maladies de l'estomac, M. Enriquez (Hôtel-Dieu); — Chirurgie infantile; orthopédie, M. Barbarin (hôpital Anne-Marie).

Tous les cours commenceront le lundi 9. Repos le dimanche 15 et le lundi 16.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Marchais, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1907) PASINI : Sur la pathogénie des éruptions bromiques. — MORICHEAU-BEAUCHANT : Les œdèmes circonscrits de la peau et des muqueuses.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 5, 1er fév. 1906.) Edward COWLES : Le problème de psychiatrie des psychoses fonctionnelles. — Charles HARRINGTON : Importance sanitaire du lait stérilisé (avec 6 tableaux). — Philip Coombs KNAPP : Les résultats des interventions pour l'extirpation de tumeurs cérébrales. — Philip Knig BROWN : Description de deux cas d'érythème polymorphe avec desquamation, l'un d'eux compliqué d'une éruption purpurique ; avec une discussion sur les conditions pathogéniques constitutionnelles.

Bulgarie médicale. — (N° 2, fév. 1906.) — ROUSSEFF : Sur l'état sanitaire de la Bulgarie en 1904. — PÉTROFF : Obturateur intestinal.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 6, 16 fév. 1906.) A. ROBIN : Empoisonnement par le gaz d'éclairage. — (N° 7, 23 fév.) E. ROCHARD : Il existe une tumeur dans la fosse iliaque droite. Elle est développée aux dépens du cæcum. Est-ce une appendicite, un cancer ou une tuberculose iléo-cæcale ?

Bulletin médical. — (N° 15, 21 fév. 1906.) Paul RECLUS : Sur une observation d'actinomycose cervico-faciale. — (N° 16, 24 fév.) E. VALUDE : Accidents oculaires du travail : les corps étrangers.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 7, 17 fév. 1906.) ROSENFELD : La valeur nutritive de la chair de poisson.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 15 fév. 1906.) LIEBERMANN : Les anticorps hémolytiques ou les compléments sont-ils des catalysateurs et par conséquent des ferments? — AHLFELD : Antéfixation de l'utérus. — GRUNBAUM : Le pronostic dans les opérations du carcinome vulvaire. — TRANTENTROTH : Un cas d'intoxication grave par la stovaïne après anesthésie lombaire. — LISSAUER : Douches de vapeur comme expectorants. — ERLENMEYER : L'augmentation de la pression artérielle dans l'artério-sclérose et son traitement. — EIGER : Sur l'utilisation pratique de la méthode de titration de Pavy pour le dosage du sucre dans l'urine. — KRONHEIMER : Sur les kystes de la mâchoire. — STERNBERG : Sur les clystères et les irrigations. — LÜDKE : Remarques sur la dysenterie bacillaire dans le cercle de Barmen, 1904-1905. — HECHT : Sur un cas de malformation.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 21, 18 fév. 1906.) Antonio BERTI : Contribution au traitement de l'anémie dans l'ankylostomiase. — Amedeo GASPARINI : Quelques observations sur l'infection diphtérique. — Mario SEGRÉ : Un cas de péritonite purulente diffuse par gangrène de l'appendice. Lavages répétés du péritoine. Guérison. — Spiro LIVIERATO : Les injections de bactériolysine tuberculeuse dans le parenchyme pulmonaire comme traitement de la tuberculose pulmonaire.

(Voir la suite, p. 322.)

A PROPOS DES

PLAIES CONTUSES DE LA JAMBE

Par J. TOUBERT,

Médecin-major de l'armée, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Sous le nom de *plaies contuses* de la jambe, il faut comprendre les *contusions* de cette région portant sur l'ensemble des minces plans superposés qui la constituent, y compris le périoste et l'os, contusions accompagnées de *perte de substance*, minime ou étendue, du tégument cutané.

Les deux termes principaux de cette définition, *contusion* et *plaie*, ont la même importance au point de vue de la pathogénie des accidents ou des incidents qui viennent si souvent troubler l'évolution de ces plaies : si la solution de continuité de la peau ouvre la porte aux germes de l'infection, la contusion prépare un terrain spécialement favorable à l'ensemencement et à la pullulation de ceux-ci.

Ces traumatismes rentrent pour la plupart dans la catégorie des *accidents professionnels*. Il est certain que les médecins officiellement en rapport avec les ouvriers victimes d'accidents du travail doivent en observer un grand nombre, dus à des causes diverses. Parmi les soldats, les médecins militaires en voient souvent aussi. Pour donner une idée de leur *fréquence relative*, par rapport aux autres accidents analogues, nous citerons les chiffres empruntés à une monographie du médecin-major Coustan (1). Cet auteur a constaté que, sur un relevé qu'il a fait, d'après la *Statistique médicale annuelle de l'armée*, sur un total de 429 plaies contuses du soldat résultant d'accidents professionnels divers et réparties sur toute la surface du corps, il y en avait 188 intéressant la jambe et que, sur ces 188, 176 étaient dues à des coups de pied de cheval, les autres à des chutes. Quand à leur *fréquence absolue*, elle est notable, si nous nous en rapportons à notre pratique personnelle : en effet, en huit mois, à l'hôpital militaire de Montpellier, notre service, où les malades ne sont évacués que si leur lésion a une certaine gravité, a reçu 12 cas de ce genre ainsi répartis : soldats du génie, 6; chasseurs à cheval, 3; soldats d'infanterie, 2; soldat ouvrier d'administration, 1.

Or les médecins et chirurgiens qui ont eu à traiter des malades de ce genre, médecins d'ouvriers et médecins militaires, savent, pour en avoir fait la décevante expérience, qu'une proportion notable de ces plaies contuses, la grande majorité, disait-on même autrefois, demande de longues semaines et parfois de longs mois de traitement, avant d'arriver à la *restitutio ad integrum*, qui permet la reprise du travail à l'ouvrier et du service au soldat.

Ne peut-on espérer *réduire la durée de l'indisponibilité* de ces hommes, que l'on voit à regret s'éterniser à l'hôpital et parfois même au lit? Telle est la question que nous nous sommes posée, en présence de certains cas de ce genre. Nous n'avons certes pas la prétention de la résoudre définitivement à l'aide de notre seule expérience. Nous nous contenterons d'exposer quelques faits, peu nombreux mais impartialement observés, et nous demanderons à leur interprétation les éléments susceptibles de concourir à la solution de ce problème, d'ordre peu élevé peut-être, mais intéressant au point de vue de la pratique journalière.

Voici donc nos 12 cas, groupés en deux lots, 4 dans la première catégorie et 8 dans la seconde.

Première catégorie. — *Observation I.* — Duf... (2e génie) Plaie contuse par choc, longue de 2 centimètres sur la jambe gauche; hématome prétibial qui s'infecte. Entrée à l'hôpital le 14 février 1905. La plaie se répare lentement par bourgeonnement, puis s'ulcère à nouveau, ce qui nécessite une greffe le 10 mai. Exeat le 10 juin, après *113 jours d'hôpital.*

Obs. II. — Bres... (16e section). Plaie contuse, longue de 4 centimètres de la jambe droite, par choc contre une marche d'escalier. Tentative d'excision des bords, suivie de suture immédiate. Echec, infection, fièvre. Entrée à l'hôpital le 9 mai, un mois après. Bourgeonnement lent. Exeat le 14 juillet 1905, après *66 jours* de séjour à l'hôpital (non compris les 30 jours de traitement antérieur).

Obs. III. — Rob... (122e infanterie). Plaie contuse par choc, longue de 2 centimètres, sur la jambe gauche. Entrée à l'hôpital le 15 mars 1905, 6 jours après. Bourgeonnement lent, puis ulcère sans tendance à la réparation. Première greffe le 10 mai, sans succès; seconde greffe le 21 juin avec succès partiel. Exeat le 23 septembre 1905, après *192 jours* de traitement à l'hôpital.

Obs. IV. — Laf... (2e génie). Plaie contuse, punctiforme, de la jambe gauche, avec gros hématome prétibial, par choc direct, le 8 septembre 1905. Entrée à l'hôpital le 12 : vaste décollement haut de 15 centimètres, allant en bas jusqu'au cou-de-pied. Incision du foyer principal et drainage des diverticules. Bourgeonnement lent. Exeat le 20 décembre 1905, après *99 jours* de traitement à l'hôpital.

Deuxième catégorie. — *Obs. V.* — Can... (2e génie). Plaie contuse étroite, par coup de pied de cheval, de la jambe gauche. Entrée immédiate le 24 mai 1905 à l'hôpital; désinfection minutieuse (savon et éther) et pansement aseptique. Guérison par épidermisation sous croûte sans sécrétion. Exeat le 17 juin 1905, après *24 jours* de traitement.

Obs. VI. — Lab... (2e génie). Plaie contuse des deux jambes par choc contre marches d'escalier dans une chute : plaies étroites, mais volumineux hématomes prétibiaux. Entrée immédiate à l'hôpital, le 6 juin 1905. Désinfection minutieuse; incision et évacuation des hématomes. Bourgeonnement aseptique rapide. Exeat le 22 juillet 1905, après *46 jours* de traitement.

Obs. VII. — Cau... (13e chasseurs). Plaie contuse par coup de pied de cheval de la jambe droite, avec hématome prétibial. Entrée immédiate à l'hôpital le 10 juillet 1905. Désinfection soigneuse immédiate. Bourgeonnement aseptique. Exeat le 1er août 1905, après *22 jours* de traitement.

Obs. VIII. — Au... (122e infanterie). Plaie contuse de la jambe gauche par chute sur un terrain caillouteux, longue de 10 centimètres, peu profonde. Entrée à l'hôpital deux jours après, le 19 juillet 1905. Désinfection immédiate, soignée. Guérison en *11 jours* sous pansement aseptique. Exeat le 30 juillet.

(1) Coustan. *Aide-mémoire de chirurgie militaire*, 1897.

Obs. IX. — Dau... (13e chasseurs). Plaie contuse par coup de pied de cheval de la jambe gauche, avec hématome prétibial volumineux. Entrée à l'hôpital le lendemain 3 août 1905. Incision après désinfection aseptique. Guérison en *27 jours*. Exeat le 30 août.

Obs. X. — Ad... (2e génie). Plaie contuse peu étendue, mais profonde par coup de pied de cheval sur le tibia droit; l'os est à nu. Entrée immédiate à l'hôpital le 19 octobre 1905. Aseptisation soignée et pansements aseptiques; l'os n'est recouvert que le 20 novembre. La guérison est complète le 2 décembre, après *43 jours* de traitement.

Obs. XI. — Inc... (2e génie). Plaie contuse de la jambe gauche par chute dans un escalier, longue mais superficielle. Désinfection immédiate à l'hôpital le 13 novembre 1905. Pansements aseptiques. Epidermisation sans suintement, sous croûte. Exeat le 23 novembre, après *10 jours* de traitement.

Obs. XII. — Lau... (13e chasseurs). Plaie contuse de la jambe droite par chute dans un escalier. Désinfection aseptique immédiate, le 29 novembre 1905. Bourgeonnement aseptique. Exeat le 11 décembre après *13 jours*.

De la comparaison de ces deux groupes de malades se dégage un fait saisissant, affirmé par l'éloquence impartiale des chiffres. Dans la première catégorie, on voit 4 blessés rester en traitement à l'hôpital pendant 470 jours au total, soit 117 jours et demi en moyenne, avec un minimum de 66 jours et un maximum de 192 jours. Dans la deuxième catégorie, on voit 8 blessés n'exiger à eux tous que 196 jours de traitement à l'hôpital, soit 24 jours et demi en moyenne pour chacun, avec un minimum de 11 et un maximum de 46. Si on ajoute, pour serrer la vérité de plus près, que tous les blessés de la première catégorie ont eu besoin de longs congés de convalescence, alors que ceux de la deuxième catégorie ont eu au maximum un mois et souvent 15 ou 8 jours seulement de repos au sortir de l'hôpital, la comparaison est encore plus frappante.

En réalité, *la durée de l'indisponibilité est dans le deuxième groupe pas même le quart, à peu près le cinquième de ce qu'elle est dans le premier*.

Cette différence est trop accentuée pour résulter de circonstances fortuites. A quoi peut-elle tenir?

Est-ce à *l'étendue des lésions?* Nullement. Bien plus, singulière coïncidence, d'ailleurs fortuite, les 4 blessés du premier groupe ont subi des chocs tangentiels peu intenses, qui ont déterminé des plaies contuses primitivement peu étendues en surface et en profondeur. Au contraire, nous relevons, dans le deuxième groupe, 3 cas de volumineux hématomes, dont un bilatéral (Obs. VI), 1 cas de dénudation du squelette tibial (Obs. X), et surtout 6 cas de plaies étendues en surface ou en profondeur.

Est-ce à *l'action d'un traitement chirurgical spécial?* Pas davantage. Les blessés du deuxième groupe n'ont eu, en tout et pour tout, que des pansements strictement aseptiques régulièrement appliqués, à intervalles éloignés, de 8 en 8 jours; deux d'entre eux seulement ont subi une incision destinée à l'évacuation d'hématomes collectés. Au contraire, dans le premier groupe, 3 blessés sur 4 ont été l'objet de véritables opérations. Sur l'un (Obs. II), on a fait une excision des bords contus suivie de suture, opération qui était à une époque considérée presque comme le traitement idéal des plaies contuses de jambe (1); dans le cas particulier, l'échec a d'ailleurs été complet. Deux autres blessés ont eu à subir l'un une greffe, l'autre deux greffes avant de guérir (Obs. I et III). Enfin le dernier avait un phlegmon diffus (Obs. IV), qui a exigé une incision large et des contre-ouvertures de drainage.

Est-ce au *moment de l'application du premier pansement* et à la minutieuse désinfection aseptique qui a précédé celui-ci? Oui, à coup sûr. L'observation de nos huit malades du second groupe témoigne hautement en faveur de la supériorité de l'asepsie sur l'antisepsie dans le traitement des plaies contuses de la jambe.

Dans ces lésions, où la contusion a mortifié ou tout au moins « stupéfié » les tissus, sur une étendue que rien ne permet a priori de délimiter en surface ou en profondeur, on est en droit de supposer que les antiseptiques tueront plus de cellules que de microbes et nuiront à la phagocytose et surtout au processus naturel de réparation toujours très lent. D'autre part, dans ces plaies, qui laissent suinter en abondance la lymphe, au moins pendant les premières heures, on peut se demander si l'antiseptique ordinairement employé, le sublimé à 1 p. 1000 ou 1 p. 2000, n'est pas en majeure partie neutralisé et immobilisé par la coagulation des albuminoïdes, qui se produit à son contact.

Au contraire, en prescrivant à tous ces malades, dès leur arrivée à l'hôpital, un bain savonneux chaud prolongé, suivi d'un brossage doux mais minutieux au savon mousseux, puis à l'alcoolé de savon et en leur appliquant, de suite après, un pansement sec à la gaze aseptique, nous croyons réaliser le maximum d'asepsie avec le minimum d'action vulnérante pour les tissus traumatisés. D'ailleurs les résultats pratiques, exprimés par les chiffres cités plus haut, sont plus éloquents à eux seuls que de longues démonstrations théoriques. Toutefois, à titre de concession à l'antisepsie, nous employons, uniquement pour les malades qui nous paraissent les plus infectés et après désinfection aseptique, un pansement gras au baume du Pérou et au nitrate d'argent, dont nous avons emprunté la formule à Petretto (2) : vaseline, 90 grammes; baume du Pérou, 6 grammes; nitrate d'argent, 0gr30.

Quelles conclusions tirer de cette courte étude thérapeutique?

Il est évident d'abord que le traitement des plaies contuses de jambe, ainsi compris, est extrêmement simple à réaliser. Dans un hôpital bien organisé, un infirmier panseur bien stylé peut, de sa propre initiative, l'appliquer dès l'arrivée du malade, pour le plus grand profit de celui-ci. Au contraire, sur le lieu de l'accident, ou même encore au domicile de l'ouvrier s'il s'agit d'un malade civil, dans une infirmerie régimentaire s'il s'agit d'un soldat, l'antisepsie est déjà d'application malaisée; quant à l'asepsie vraie, elle est presque impossible. Nous croyons

(1) Rau. *Correspond. Blatt der schweiz. Aerzte*, 1892.
(2) Petretto. *Münch. med. Wochens.*, 1904.

donc que, dans l'intérêt de ces blessés, comme dans l'intérêt de celui qui en est responsable, le patron pour l'ouvrier, l'Etat pour le soldat, il y a lieu, si l'on veut obtenir la guérison dans les meilleures conditions chirurgicales et avec le minimum d'indisponibilité, de *traiter de parti pris toutes les plaies contuses de jambe dans le milieu hospitalier*, seul bien installé pour réaliser l'asepsie avant, pendant, après le pansement.

En matière de plaies contuses de jambe, autant que pour les autres traumatismes ouverts, la maxime de Volkmann reste, quoique écrite depuis bientôt trente ans, éternellement vraie : « Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Kranken und bestimmt den Gang des Wundverlaufes. » C'est le premier pansement qui décide le sort du malade et détermine l'évolution de la blessure.

MÉDECINE PRATIQUE

RECHERCHE DES PIGMENTS BILIAIRES DE L'URINE

Il existe plus de vingt procédés différents pour rechercher les pigments biliaires de l'urine. M. P. Carles (de Bordeaux) indique dans le *Journal de médecine de Bordeaux* un nouveau procédé qui est dû à M. Grimbert.

A 10 centimètres cubes d'urine, on ajoute 5 centimètres cubes de solution de chlorure de baryum à 10 p. 100, on agite et on centrifuge. Le précipité formé entre autres de bilirubinate de baryum est délayé dans 4 centimètres cubes d'alcool à 90 degrés, acidulé par l'acide chlorhydrique; on porte une minute au bain-marie bouillant, on laisse déposer et on examine le liquide surnageant.

1° Si la liqueur est incolore, pas de pigments biliaires;

2° Si elle est bleu verdâtre ou vert foncé, présence des pigments biliaires;

3° Si la liqueur est brunâtre, on ajoute, dans le second cas, deux gouttes d'eau oxygénée et on chauffe au bain-marie. La teinte verte alors apparaîtra.

Si, avec l'eau oxygénée, la couleur verte n'apparaissait pas, c'est qu'on se trouverait en présence de pigments altérés par fermentation putride.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1906)

Effets reconstituants de la viande crue après le jeûne. — M. Ch. Richet a montré antérieurement que l'alimentation par la viande crue et par le plasma musculaire (zomothérapie) était d'une efficacité remarquable dans le traitement de la tuberculose expérimentale.

Des expériences faites sur des chiens viennent de lui montrer que la viande crue est aussi un aliment supérieur à tous les autres pour permettre à l'organisme de réparer ses tissus après inanition.

Les expériences de M. Richet montrent d'abord ce fait assez imprévu que les chiens peuvent supporter pendant plusieurs mois des alternances de cinq jours de jeûne et cinq jours d'alimentation. Ils finissent par s'y habituer et ne semblent pas en souffrir.

La bouillie de riz, sucre et lait, le fromage lacté, suffisent à entretenir la vie normale des chiens, mais ils deviennent insuffisants quand il s'agit de reconstituer leurs tissus après le jeûne.

Pour ramener après l'inanition l'organisme à son état antérieur, la viande crue est l'aliment le plus efficace et même, après des alternances de cinq jours, le seul efficace. Ce n'est pas seulement la quantité de l'azote alimentaire qui influe, mais sa qualité, et il semble bien que la cuisson fasse perdre à la viande une partie de ses propriétés reconstituantes et nutritives.

MM. Charrin et Le Play exposent une **étude des variations de la toxicité du contenu de l'intestin grêle et des modifications du sang.**

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 MARS 1906)

Pouls lent permanent. Importance pathogénique des lésions cardiaques. — MM. Georges Brouardel et Maurice Villaret communiquent une observation complète dont la symptomatologie et l'anatomie pathologique sont particulièrement intéressantes.

Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, n'ayant jamais subi aucune infection, aucune intoxication appréciable, et qui présenta un pouls lent permanent, l'artère radiale battant à 30 et même à 24 pulsations à la minute, avec des crises syncopales, sans accès épileptiformes. Quoique albuminurique, elle ne présente jamais d'accident urémique; les symptômes ne furent pas modifiés par le régime lacté ou achloruré.

Les tracés cardiographiques et sphygmographiques, pris simultanément, l'examen radioscopique ont montré, entre les systoles complètes, mais rares et lentes, correspondant à un soulèvement de la radiale, des contractions auriculaires, des ondulations ne se traduisant pas par le passage à la radiale d'une ondée sanguine. Ainsi, tandis que l'oreillette présentait un nombre à peu près normal de contractions, le ventricule était ralenti de moitié environ. Cette constatation est à rapprocher des opinions qui ont été émises sur la contraction autonome des ventricules et des oreillettes.

L'autopsie révéla des lésions de myocardite scléreuse très intense. Les artères des pédoncules, de la protubérance et du bulbe présentaient un certain degré de sclérose, mais, fait important, sans oblitération, et pas plus prononcé qu'en aucun autre point du système nerveux ou des organes.

En présence de cette constatation de sclérose des artères bulbaires insuffisante pour expliquer la pathogénie bulbaire des accidents et en présence des lésions de sclérose intense du cœur, les auteurs se demandent s'il ne conviendrait pas d'attribuer aux lésions cardiaques et artérielles généralisées, au moins dans leur cas et dans quelques autres qu'ils ont pu réunir, un rôle pathogénique plus considérable que celui qui est admis actuellement; les troubles du cœur réagissent secondairement sur l'irrigation bulbaire et pouvant être d'ailleurs associés à d'autres lésions d'organes ou même à des névroses dont le rôle est parfois indéniable.

M. Vaquez fait remarquer que le ralentissement du pouls peut se produire chaque fois qu'une des grandes propriétés de la fibre cardiaque est troublée; que les modifications de l'excitabilité myocardique ne traduisent pas le phénomène de

l'extra-systole, mais d'une façon paroxystique et rarement sous forme de ralentissement permanent; que les modifications de la contractilité auxquelles correspond le pouls alternant sont souvent d'un pronostic grave; qu'en résumé ce sont les modifications de la conductibilité se traduisant en clinique par le « pulsus deficiens » analogue aux « périodes de Luciani » qui provoquent surtout l'apparition du pouls lent permanent.

La cardioptose. — M. Barié lit une note sur cette question. Il dit : « Dans un travail qui date de plus de deux ans déjà, j'étais arrivé à conclure que la cardioptose doit être placée à côté des prolapsus viscéraux de l'abdomen, décrits par Glénard sous le nom de splanchnoptose. La cardioptose est très fréquemment associée à de nombreuses ptoses viscérales et il semble bien que l'hépatoptose soit manifeste sinon dans tous, du moins dans la très grande majorité des cas de cardioptose. La cardioptose est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Son mécanisme a été différemment interprété; tantôt rapportée à l'élasticité des gros vaisseaux auxquels le cœur est suspendu, tantôt l'affection a été considérée comme une ptose protopathique du cœur et décrite sous le nom de chute du cœur due à une altération de ses moyens de contention. La théorie la plus vraisemblable est celle qui rattache cette altération à l'abaissement du diaphragme et à la ptose des viscères abdominaux.

Des indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. — M. Linossier. On peut considérer trois formes de lithiase biliaire : la lithiase latente, la lithiase à manifestations paroxystiques, la lithiase à manifestations permanentes.

1° La lithiase latente ne soulève pas de problème thérapeutique en raison de sa latence même; elle est extrêmement fréquente, et il importe de se le rappeler. Cette fréquence est en effet la preuve que la lithiase des voies biliaires est compatible avec un très bon état de santé;

2° La lithiase à manifestations paroxystiques est la colique hépatique.

Dans la colique hépatique simple, sans phénomènes infectieux apparents, le traitement médical doit seul être employé, car il donne le plus souvent de très bons résultats. Ce traiment médical doit avoir pour idéal modeste d'éteindre les phénomènes infectieux qui sont la cause de presque toutes les complications de la lithiase et de rendre la vésicule tolérante aux calculs. En cas de succès, le sujet ne sera pas guéri radicalement, puisqu'il conserve ses calculs, mais il sera dans la position très acceptable de quelques millions de Français, atteints de lithiase latente, qui promènent jusqu'à leur mort, sans s'en douter, une vésicule calculeuse.

Si les coliques hépatiques s'accompagnent de phénomènes infectieux transitoires, mais sont séparées par des périodes de santé parfaite, c'est encore au traitement médical qu'il faut avoir recours. Du moment que la latence existe momentanément, on peut espérer l'obtenir permanente.

3° Dans la lithiase à manifestations permanentes, quand les voies biliaires sont constamment infectées, la situation est toute différente. Il importe de ne pas retarder la discussion l'intervention; on est, en effet, en face d'une maladie qui progresse, qui s'aggrave, et il importe de ne pas attendre pour agir le moment où l'opération sera à la fois plus dangereuse et moins efficace.

L'intervention chirurgicale devra toujours être subordonnée à l'échec du traitement médical. La limitation du processus infectieux à la vésicule enlève en effet tout caractère d'urgence à l'intervention et permet d'attendre.

Quand la lithiase a envahi le cholédoque, elle peut rester latente, ne se traduire que par de l'ictère, ou s'accompagner de phénomènes infectieux divers. Mais il faut surveiller de très près son malade pour intervenir à la première menace d'infection des voies biliaires ou d'aggravation de l'ictère. On peut, dans ce cas particulier, tenter, avant de décider l'opération, de provoquer une crise expulsive. Le calcul est souvent unique, et en général très près de l'intestin. Les conditions sont donc favorables, au début du moins, quand le calcul n'a pas augmenté de volume sur place.

Quand la lithiase du cholédoque s'accompagne de phénomènes infectieux marqués, quand surtout apparaissent les symptômes de l'envahissement du foie, il ne faut apporter sucun retard à l'intervention.

Mais le renseignement le plus précieux, étant donnée la difficulté d'un diagnostic précis de localisation, et d'un dosage exact de la gravité de l'infection, est fourni par l'évolution de l'affection. Une aggravation progressive et rapide d'une lithiase biliaire, malgré un traitement médical bien suivi, impose à brève échéance l'intervention chirurgicale. Il ne faut pas perdre un temps précieux. Il faut se rappeler que la mortalité opératoire dans la statistique de Kehr varie de 2 p. 100 dans les cas simples et de 48 p. 100 dans les cas graves.

Cette communication soulève quelques réflexions de M. Legendre qui est partisan, au cours des lithiases biliaires, d'une intervention plus précoce que celle préconisée par M. Linossier, et insiste sur la gravité relative de la lithiase biliaire, opinion que confirme M. Siredey en s'appuyant sur les statistiques récentes publiées par les compagnies d'assurances allemandes.

M. Galliard fait remarquer la gravité différente de l'opération, selon qu'elle s'adresse aux voies biliaires superficielles (vésicule) ou aux voies biliaires profondes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 28 février 1906)

M. Psaltoff (de Smyrne) a envoyé la relation de 30 cas **d'anesthésie chloroformique précédée d'une injection de scopolamine.** C'est pour M. Walther l'occasion de revenir sur ce mode d'anesthésie dont il rappelle les avantages : l'appréhension de l'acte opératoire se trouve supprimée; pas de période d'excitation, pas de nausées, pas de vomissements, respiration régulière, sommeil doux pendant plusieurs heures.

M. Walther a pratiqué actuellement 21 injections de scopolamine sans chloroforme et 326 qu'il a associées avec l'administration du chloroforme par l'appareil de Ricard. Toutes ces anesthésies ont été parfaites.

Toutefois il est bon de dire que dans ces 79 derniers cas, la dose employée a été de 1/2 milligramme de scopolamine et de 1/2 centigramme de morphine. La quantité de chloroforme nécessaire pour entretenir l'anesthésie est même inférieure à la dépense minime de l'appareil de Ricard employé seul.

M. Walther ne pense pas que les accidents signalés par M. Monod soient pas le fait de la morpho-scopolamine et il reste convaincu des avantages de ce mode d'anesthésie.

M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Pieri (de Marseille), à propos d'une plaie pénétrante de l'**abdomen par coup de feu, suivie de laparotomie. Sutures intestinales.**

et guérison. A signaler que le blessé ne présentait aucune réaction abdominale, qu'il a été opéré cinq heures après l'accident, et que le chirurgien a utilisé la suture en bourse comme plus rapide.

A ce propos, M. Picqué fait connaître sa statistique, qui sur 13 cas, comporte 10 guérisons. MM. Delbet et Michaux font observer que ces résultats sont des plus remarquables, mais malheureusement à l'analyse, on remarque que sur ces 10 guérisons, 5 ont trait à des cas de simple contusion et de plaies non pénétrantes, ce qui ramène le pourcentage à la proportion normale.

M. Bazy communique un cas d'**hydronéphrose partielle intermittente** qui s'était développée, non aux dépens du bassinet, mais dans le tissu même du rein.

Une simple néphrotomie ne suffit pas pour guérir la malade, il fallut recourir à la néphrectomie.

Dans un cas à peu près analogue, M. Le Dentu fit la résection partielle du rein et obtint un bon succès.

M. Richelot communique une observation de **cancer du bassinet** traité et guéri sans difficulté par la néphrectomie transpéritonéale.

M. Monod présente la **radiographie d'une fracture de cuisse** traitée par M. Hennequin lui-même, avec un bon résultat fonctionnel, mais s'accompagnant d'un chevauchement assez étendu. De la discussion qui s'engage résulte que, dans les fractures indirectes de cuisse, quel que soit le mode de traitement et l'appareil employés, il y a toujours chevauchement. L'essentiel est que ce chevauchement soit minime et surtout qu'il y ait concordance des axes des fragments. C'est, en effet, la condition essentielle pour avoir un bon résultat fonctionnel.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 1er mars 1906)

Nouveaux symptômes dans la sclérose en plaques. — MM. Claude et Egger. Ces symptômes sont la réaction myasthénique, c'est-à-dire l'épuisement presque instantané de la force musculaire : on trouve le même épuisement pour la sensibilité. C'est là un symptôme capital que les auteurs attribuent à la destruction des gaines de myéline. Il y a, en outre, de l'hypotonie; la sensibilité osseuse est altérée dans 90 p. 100 des cas, l'ouïe dans la moitié.

M. Thomas fait remarquer que, dans la sclérose en plaques, les cylindraxes sont souvent altérés. — Cela est vrai dans la sclérose en plaques syphilitique où ils sont détruits, observe M. Marie, dans d'autres variétés ils seraient indemnes. — M. Ballet se demande si les troubles constatés ne seraient pas d'origine cérébelleuse, ce à quoi M. Egger répond qu'on ne voit rien de semblable dans les affections cérébelleuses.

Syringomyélie à symptomatologie presque uniquement sensitive. — MM. Raymond et Egger. Les troubles de la sensibilité ont une topographie radiculaire. — Un second malade présenté par MM. Lejonne et Egger présente des troubles sensitifs allant du territoire de la deuxième racine cervicale à celui de la première sacrée et, en outre, de l'athétose d'une main.

Poliomyélite aiguë de l'adulte avec phénomènes méningés. — MM. Raymond et Lejonne. Jeune fille ayant présenté à la suite d'accidents fébriles une paralysie flasque complète à droite, respectant à gauche les muscles innervés par la cinquième lombaire, les première et deuxième sacrées : les auteurs pensent à une poliomyélite aiguë avec inflammation des méninges radiculaires à cause des douleurs qui existent encore lorsqu'on comprime les troncs nerveux.

Hémiplégie organique ou fonctionnelle? — M. Lamy. Hémiplégie droite respectant la face : la flaxidité permanente la liberté des mouvements des doigts, l'absence du signe du peaucier, l'exagération de la contractilité idéo-musculaire plaident en faveur de l'hystérie, ainsi que l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle : l'hypotonie musculaire, le signe de Babinski plaident en faveur d'une lésion organique qui d'ailleurs existe peut-être en même temps que l'hystérie, le malade ayant auparavant eu une paraplégie.

M. Babinski. On peut simuler l'extension du gros orteil, mais alors elle se fait souvent avant que l'aiguille n'ait touché la peau et ne s'accompagne pas de la contraction du tenseur du fascia lata.

Névrite ascendante à la suite d'un traumatisme de la main sans suppuration. — MM. Déjerine et Novero. — Il manque chez le malade, objecte M. Sicard, la progression ascendante si caractéristique de la névrite ascendante.

Ophtalmoplégie systématisée organique et fonctionnelle. — M. Ballet montre sur deux malades que la conservation des mouvements automatiques et réflexes avec perte des mouvements volontaires n'appartient pas seulement, comme l'avait dit M. Babinski, à l'ophtalmoplégie fonctionnelle, mais peut se rencontrer dans l'ophtalmoplégie organique.

M. Bonnier ajoute que, chez les labyrinthiques, l'élévation de l'œil du côté malade s'accompagne de sa déviation en dehors avec même déviation dans le même sens de l'autre. On observe de même un retard de l'accommodation à la lumière et à la distance du côté où l'oreille est malade.

Du clonus du pied chez les sujets sains. — M. Babinski. On peut, par l'extension du pied, provoquer chez les sujets sains un léger clonus, pas absolument identique d'ailleurs au vrai clonus organique. — M. Déjerine rappelle que chez l'hystérique présenté récemment par lui il suffisait de relever la pointe du pied pour provoquer immédiatement un vrai clonus inépuisable.

Tuméfaction de la région supérieure de l'avant-bras. — MM. Huet et Lejonne. Elle simule une contracture, et paraît due à une synovite professionnelle de la bourse séreuse existant entre le long supinateur et le rond pronateur.

Régénération du faisceau longitudinal inférieur. — M. Marie montre une pièce macroscopique où la dégénération semble s'être faite d'arrière en avant. — On trouve dans le faisceau, répond Mme Déjerine, des fibres dégénérant dans les deux sens.

Etude des cylindraxes en pathologie humaine par la méthode de Ramon y Cajal. — M. Thomas insiste sur les avantages que présente cette méthode qui met en évidence notamment les cylindraxes grêles qui, avec le carmin, sont extrêmement difficiles à distinguer des fibrilles névrogliques.

Psychose au cours d'une polynévrite lépreuse. — MM. Roubinovitch, de Beurmann et Gougerot. Il s'agit d'un malade mort à l'âge de trente-sept ans : la lèpre, ayant débuté à sept ans, conserva pendant vingt ans la forme tégumentaire. En 1897, polynévrite lépreuse typique. A la période cachectique, c'est-à-dire neuf mois avant la mort, apparurent les

troubles mentaux : fond de tristesse d'une fixité remarquable avec hallucinations auditives, visuelles, bien que le malade fût aveugle, et les troubles de la mémoire caractéristiques du syndrome de Korsakoff.

A l'autopsie outre les lésions des nerfs caractéristiques de la lèpre, pas de lésions notables du névraxe.

Il est difficile de dire si les troubles mentaux sont dus à la polynévrite ou à l'intoxication lépreuse. Le malade n'était pas alcoolique.

Tics du cou et chorée. — M. Cruchet (de Bordeaux) dit que certains mouvements du cou (balancements, etc.) se produisent pendant le sommeil, présentant ainsi un caractère qu'on refuse aux tics pour en faire une des caractéristiques de la chorée. — Ce ne sont pas de véritables tics, répondent MM. Brissaud et Meige, mais des mouvements spéciaux méritant une étude spéciale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 4 mars 1906)

Influence du chlorure de calcium sur les hémolysines bactériennes. — Pour MM. H. Vincent, C. Dopter et H. Billet (du Val-de-Grâce), le chlorure de calcium, qui a, ainsi que ces auteurs l'ont montré, des propriétés antihémolysantes à l'égard du mélange de sensibilisatrice spécifique et d'alexine, aussi bien que vis-à-vis de certains poisons chimiques ou certains médicaments (quinine, antipyrine, pyrogalloc, silicate, etc.) possède, au coutraire, un pouvoir favorisant sur les hémolysines bactériennes (tétanolysine, staphylolysine, typholisyne, lysine du B. megaterium, etc.). Il réveille également l'action hémolysante des hémolysines affaiblies par la dilution, le vieillissement, la lumière, l'air et devenues inactives.

Enfin, il manifeste la même influence vis-à-vis de microbes qui ne secrètent que peu ou point d'hémolysines : b. diphtérique, b. charbonneux, peste, b. dysentérique, etc. et même vis-à-vis de saprophytes vulgaires et absolument inoffensifs : B. mesentericus, vulg. et niger, m. prodigiosus, B. muscoïdes, B. violaceus, B. fluorescent liquéfiant, m. concentricus, m. eburneus, etc., qui sans addition de $CaCl^2$ sont sans effet sur les globules rouges.

Il suit de là que l'emploi thérapeutique du chlorure de calcium, recommandable dans certaines intoxications chimiques ou médicamenteuses : quinine, antipyrine, etc., devra, au contraire, être interdit dans l'hémoglobinhémie, d'origine bactérienne.

Régénération des fibres des racines postérieures dans le tabes. — M. Nageotte étudie à l'aide de la méthode de Cajal la régénération des fibres des racines postérieures dans le tabes. Cette régénération est très marquée au niveau du pôle interne du ganglion, et va en diminuant lorsque les coupes sont faites au voisinage de la moelle.

Sur la décomposition du peroxyde de magnésium dans l'intestin. — Il ressort d'une série d'expériences faites par M. Frenkel, qu'à la température du corps le carbonate et le bicarbonate de soude décomposent le peroxyde de magnésium et mettent en liberté son oxygène actif, même en absence de tout ferment. L'action oxydante du peroxyde dans le suc intestinal alcalin se trouve ainsi expliquée.

Passage du chloroforme de la mère au fœtus. — Pour M. Nicloux, le chloroforme passe de la mère au fœtus ; la quantité de chloroforme dans le foie du fœtus est, en général, supérieure à la quantité de chloroforme contenue dans le foie maternel, fait qui est peut-être dû à ce que la proportion de lécithine dans le foie fœtal est supérieure à celle contenue dans le foie maternel. De plus, ce passage est comparable par sa rapidité au passage des substances solubles très rapidement diffusibles, imprégnant dans les mêmes proportions globules et plasma, et par son mécanisme au passage des substances ayant une affinité élective pour le globule sanguin comme l'oxyde de carbone.

Scrofule et phtisie pulmonaire. — D'expériences diverses, M. J. Sekorraphos conclut que la scrofule est une tuberculose atténuée. L'organisme s'imbibant à petites doses de virus tuberculeux atténués, finit par s'immuniser incomplètement. Aussi les scrofuleux deviennent-ils rarement phtisiques.

Note sur deux échantillons de bacilles paratyphiques (type A) isolés d'une épidémie tunisienne. — MM. Nicolle et Cathoire ont isolé chez deux malades des bacilles identiques aux bacilles paratyphiques du type A et différents des autres microbes voisins étudiés parallèlement avec eux.

Action des sérums expérimentaux sur le bacille paratyphique (type A) isolé d'une épidémie tunisienne. Spécificité des bacilles paratyphiques A, non-spécificité des infections qu'ils déterminent. — MM. Nicolle et Cathoire envoient sur ce sujet une note qui se termine par les conclusions suivantes : 1° l'existence, en Tunisie, des infections paratyphiques du type A, est démontrée ; 2° les bacilles paratyphiques A forment un groupe spécifique ; 3° les infections qu'ils déterminent ne présentent, par contre, aucune spécificité ; 4° le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde ne doit plus se pratiquer aujourd'hui avec le seul bacille typhique ; il nécessite l'emploi des divers échantillons connus de bacilles paratyphiques.

Autres communications :

Etude sur la transformation des substances hydrocarbonées par les bacilles du groupe paratyphique en milieu minéral. — M. Guerbet.

Sur une réaction colorée du lait. — MM. Gautier et Morel.

La précision du mouvement sous l'influence des excitations. — M. Ch. Féré.

Résultats d'une replantation de cuisse. — MM. Carrel et Guthrie.

Sur les boutons terminaux de la cellule nerveuse. — M. Lache.

Sur les corbeilles des cellules de Purkinje. — M. Lache.

Action de l'épilepsie expérimentale sur l'empoisonnement par la toxine tétanique. — M. Cesari.

Action du pneumogastrique sur l'excrétion biliaire. — MM. Courtade et Guyon.

Présence de l'aldéhyde formique dans des produits de caramélisation, et conséquences qui en découlent. — M. Trillat.

Sur la destination immédiate de l'énergie consacrée à l'entretien de la vie chez des sujets à sang chaud. — M. Lefèvre.

Morphologie de la flore intestinale de l'homme. — M. Cohendy.

Quelques chiffres sur la teneur du foie en glycogène chez l'homme sain. — M. Garnier (1).

(1) Cette communication, comme les suivantes, a été faite à la Réunion biologique de Nancy, 13 février 1906.

Chlore organique et acidité de la muqueuse de l'intestin grêle chez l'homme. — M. Garnier.

Séméiologie urinaire et hématologique des opérés. — MM. Gross et Sencert.

Développement anormal des organes génitaux chez un garçon de neuf ans. — M. Haushalter.

Technique de la récolte du sang chez les petits animaux de laboratoire — MM. Simon et Spillmann.

Lésions pseudo-tuberculeuses du nez. — M. Gauthier (1).

Recherche directe des traces de glucose dans l'urine par le réactif cupropotassique en tube cacheté. — M. Moitessier.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de chirurgie infantile (2), par E. Kirmisson, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine.

Les manuels et précis, avec le travail de condensation intensive qu'ils supposent, constituent le plus souvent des ouvrages obscurs pour les ignorants, incomplets pour ceux qui savent; ils sont susceptibles tout au plus de permettre à ceux qui les utilisent, de se donner une teinte des questions, suffisante quelquefois à passer médiocrement un examen, mais disparaissant tout aussitôt.

Il ne pouvait être dans le caractère du professeur Kirmisson d'écrire un livre uniquement destiné « au bachotage » des examens, aussi dans le *Précis de chirurgie infantile* qui vient de paraître a-t-il avant tout cherché à faire une œuvre utile, aussi bien à l'étudiant studieux qu'au médecin aux prises avec la pratique.

Comme nous le dit le professeur dans sa préface, la chirurgie infantile est une chirurgie de tous les jours et s'adresse à tous sans exception; il importe donc avant tout que le praticien soit rompu aux difficultés journalières qui s'offriront à lui. Combien de coxalgies, de maux de Pott à soigner pour une gastro-entérostomie à pratiquer !

C'est là l'idée directrice qui a présidé au plan de l'ouvrage; l'auteur en effet a laissé de côté, et de parti pris, tout ce qui n'est que théorie pure, pour insister surtout sur les connaissances indispensables à la clinique, c'est-à-dire la séméiologie, le diagnostic, le traitement.

A considérer la chirurgie infantile dans son ensemble, on voit que deux grands ordres de faits la dominent, d'une part les vices de conformation, de l'autre les maladies de l'appareil locomoteur. Ces affections font l'objet des trois premiers livres; les vices de conformation en particulier y sont largement traités et développés comme on était en droit de s'y attendre de l'auteur des *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*. L'étude enfin, de certaines maladies des régions, appendicite, mastoïdite, affections du rhino-pharynx, qui par leur fréquence ou leur allure spéciale constituent un chapitre important de la pathologie chirurgicale infantile, complète, avec un aperçu sur les néoplasmes chez l'enfant, le petit traité si intéressant que le professeur Kirmisson vient de faire paraître.

Le *Précis de chirurgie infantile*, illustré de nombreuses gravures qui rendent plus intelligible encore la description, trouvera auprès du public médical, étudiants autant que médecins, l'accueil réservé aux livres dont on sent le besoin, et tous, en lisant ces pages si claires, si vivantes, retrouveront comme nous la manière du maître et reconnaîtront à travers les lignes, comme de vieilles connaissances, les lumineuses leçons entendues jadis au lit des malades de son service.

P. Dionis du Séjour.

(1) Cette communication, comme la suivante, a été faite à la Réunion biologique de Marseille, 20 février 1906.

(2) In-8. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 12 au 17 mars 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Mauclaire et Cunéo.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Lepage et Branca; — (2e série) : MM. Segond, Wallich et Rieffel; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Marcel Labbé; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Thiéry et Rieffel.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Berger, Ribemont-Dessaignes et Launois; — (2e série) : MM. Poirier, Hartmann et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Morestin; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 14 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Cunéo et Rieffel.

1er (oral) : MM. Poirier, Legueu et Branca.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 15 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Marion et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Bezançon et Maillard.

3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Thiroloix et Jeanselme; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Legueu et Cunéo.

1er (oral) : MM. Blanchard, Gosset et Rieffel; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 17 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

4e : MM. Raymond, Chantemesse et Vaquez.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Méry et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 14 mars 1906, à une heure. — M. Lagrange. Nouvelle méthode de dosage de l'acide salicylique et application de ce procédé à la recherche de quelques dérivés salicylés. (MM. Gautier, président; Landouzy, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Poissonnier. Le cœur dans les déviations du rachis et les déformations thoraciques. (MM. Landouzy, président; Gauthier, Degrez et Marcel Labbé.) — M. Chevassu. Tumeurs du testicule. (MM. Reclus, président; Se-

gond, Pierre Duval et Proust.) — M. Noe. Des abcès appendiculaires ouverts dans l'intestin. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Proust.)

Jeudi 15 mars 1906, à une heure. — M. Detoc. Etude générale sur les champignons. (MM. Cornil, président; Raymond, Dupré et Guiart.) — M. Uhry. De la valeur comparée des médicaments toni-cardiaques (résultats cliniques). (MM. Raymond, président; Cornil, Dupré et Guiart.) — M. Giordani. Sur le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse par la radiographie. (MM. Raymond, président; Cornil, Dupré et Guiart.) — M. Picot. Le massage de la prostate. (MM. Le Dentu, président; de Lapersonne, Auvray et Morestin.) — M. Parazols. De quelques aspects ophtalmoscopiques des sérosités optiques. (MM. de Lapersonne, président; Le Dentu, Auvray et Morestin.) — M. Sauton. Contribution à l'étude du traitement de l'iritis rhumatismale par les injections intra-veineuses du salicylate de soude. (MM. de Lapersonne, président; Le Dentu, Auvray et Morestin.)

SUITE DES SOMMAIRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 7, 18 fév. 1906.) Cruchet : Contribution à l'étude des rythmes d'habitude du sommeil : les balancements rythmiques du sommeil chez l'enfant. — (N° 8, 25 fév.) E. Petit : Conservation dans le traitement des traumatismes des membres et septicémie gazeuse.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 7, 18 fév. 1906.) Verger et Carles : Syndrome addisonien chez un artérioscléreux par surrénalite interstitielle. — Fraikin : Les agents physiques et la rééducation psycho-motrice en thérapeutique infantile. — (N° 8, 25 fév.) Chavannaz : Grossesse avec kyste dermoïde des deux ovaires. Dégénérescence épithéliomateuse d'un des kystes. Ovariotomie double. — Fraikin : Les agents physiques et la rééducation psycho-motrice en thérapeutique infantile (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 4, 25 fév. 1906.) A. Trousseau : L'œil artificiel.

Journal des praticiens. — (N° 8, 24 fév. 1906.) Debove Insuffisance thyroïdienne et syringomyélie à type Morvan. — Ramond : Les paraplégies brusques au cours du tabes.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 6, 10 fév. 1906.) R. Bosquier : Cancer du pylore occupant la région iléo-cæcale chez une femme de trente-deux ans. — D. Augier : Rupture traumatique du foie de 18 centimètres de longueur.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 7, 15 fév. 1906.) J. Moreau : Chirurgie septique. — (N° 8, 22 fév.) G. Miron : Tétanos des nouveau-nés.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 1, 25 janv. 1906.) Vidal (de Nissan) : Oxyures vermiculaires et ictus hémiplégiforme chez une fillette : étiologie ou coïncidence? — (N° 2, 25 fév.) Destarac : Néoplasmes et rayons X.

Medical Record. — (Vol. LXIX, n° 4, 27 janv. 1905.) J. Collins : Etiologie, pronostic et traitement de la parésie générale. — Theron, Wendel, Kilmer : Valeur thérapeutique de l'air chaud humide et de l'air sec surchauffé dans le traitement des maladies des enfants. — Woodbridge Hall Birchmone : La pseudo-urémie de l'enfance. — Palier : Quelques mots encore sur les souris et la pneumonie. — Duffield Bell : Quelques méthodes obstétricales en usage aux Philippines. — (N° 5, 3 fév.) Mitchell Prudden : L'air pur. — Andrew Smith : Ce qui constitue la pneumonie. — Lehmann : Danger des rayons X et moyens de protection. — Cole Bradley : Trachome chez les enfants. — Mather Sill : Deux cas d'anémie pseudoleucémique de l'enfance. — Northrup : L'air de luxe. — (N° 6, 10 fév.) Max Einhorm : Méthode nouvelle pour explorer les fonctions de l'appareil digestif. — Weaner : Pneumonie. — William Dodge Horne : Conception moderne de la matière. — Donald Barstow : Un cas de cholestéatome tympanique et mastoïdien; abcès extradural; thrombose du sinus; température pyémique prolongée sans métastases; guérison. — Pashayan : Quelques notes sur le liquide cérébro-spinal. — Shaw : Bagues chirurgicales.

Medizinische Blatter. — (N° 7, 15 fév. 1906.) Fisch : La balnéothérapie dans le cœur gras. — Robbers : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. — Brings : La constipation habituelle et son traitement.

Pédiâtrie pratique. — (N° 3, 1er fév. 1906.) Ausset : La Goutte de lait de Comines (Nord). — Langevin : Laits purs et laits modifiés. — (N° 4, 15 fév.) Derscheid-Delcourt (Mme) : La luxation congénitale de la hanche et son traitement manuel, cinq cas de guérison complète. — Ravaut et A. Ponselle : Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveau-nés syphilitiques.

Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique. — (Séance du 27 janv. 1906.) Jacobs et Geets : Thérapeutique anticancéreuse par inoculations de vaccins bactériens (rapporteur M. Van Ermangem). — Roncer : La lèpre (rapporteur M. Desguin). — Houzel : Hématocolpométrie occasionnée par imperforation de l'hymen; opération en un seul temps (rapporteur M. Van Cauwenberghe). — Moreau : Contribution à l'étude des plaies du cœur (Lecture). — Peeters : Du traitement de la folie en dehors des asiles (Discussion).

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 2, 30 janv. 1906.) P. Duhem : L'hystérésis magnétique (2e partie) : L'aimantation dans un champ qui varie rapidement. — Milhaud : Descartes et la géométrie analytique. — Blochmann : La protection des navires de guerre contre les mines et les torpilles. — Caullery et Mesnil : Revue annuelle de zoologie.

Riforma medica. — (N° 7, 17 fév. 1906.) Guglielmo Mammi : La diplococcémie (Talamon-Fränkel) dans la pneumonie croupale. — Eunio Lorenzelli : La narcose par le chloroforme, la morphine et la scopolamine. — Nicola Giannettasio : Nouvelle contribution clinique à la chirurgie de l'estomac.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 5, 1er fév. 1906.) Eppinger : Contribution à l'étude de l'intoxication acide. — Ludwig, Pauzer et Zdarek : Sur les bains de Vöslau. — Fraind : Sur l'opacité cornéenne. — (N° 6, 8 fév.) Petry : Action du lab-ferment sur la caséine. — Profanter : Communication sur une nouvelle méthode d'exploration gynécologique bimanuelle. — Mucha et Scherber : Sur la présence du spirochaete pallida dans les tissus syphilitiques. — Hofbauer : Pathogénie de la tuberculose pulmonaire. — Szaboky : La concentration osmotique des eaux minérales de Gleichberg. — (N° 7, 15 fév.) Bartel et Neumann : Sur la tuberculose expérimentale par inhalation chez le cobaye. — Kren : Sur l'acné des cachectiques. — Sorgo et Suess : Sur l'endocardite dans la tuberculose. — Herzl : Sur le signe de la grossesse de Halban.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — LECTURE DES COPIES. — *Symptomatologie.* — Séance du 5 mars 1906 : MM. Clerc et Grenet, 10; Léri et Pagniez, 9; Balthazard, Lévi (Léopold) et Lortat-Jacob, 8; Camus, 7.

Séance du 4 mars : MM. Nattan-Larrier et Weill (P.-E.), 10; Weill-Hallé (B.), 9; Hallé, Merklen, Rathery et Terrien (Eug.), 8; Leven, 7; Hauser, 6.

Anatomie pathologique. — Séance du 6 mars 1906 : MM. Hallé, 10; Merklen, Rathery et Terrien (Eug.), 8; Bigart, Hauser et Leven, 7.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Beurnier et Demoulin qui ont accepté, et de MM. Poirier, Thiéry, Broca, Jalaguier et Grancher qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 6 mars 1906. — Question donnée : « Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — Signes et diagnostic des fractures du col du fémur. »

MM. Martin, 13 + 21 = 34; — Stern, 10 + 17 = 27; — Sevestre, 8 + 17 = 25; — Laroche, 13 + 21 = 34; — Eliot, 16 + 23 = 39; — Portocalis, 9 + 19 = 28; — Chazarain, 15 + 24 = 39; — Vernes, 9 + 18 = 27; — Séguinot, 4 + 17 = 21; — Blanc, 11 + 20 = 31.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 7 mars, à huit heures trois quarts du soir, à la Charité, amphithéâtre Velpeau.

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Le concours de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Mériel, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — Récompenses accordées pour l'année 1904 :

Médaille d'or. — M. le docteur Meillère (de Paris).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Piatot (de Bourbon-Lancy).

Rappel de médaille de vermeil. — M. le docteur Chiais (d'Evian).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Constant (de Vittel); Verdalle (de La Bourboule).

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Poulain (de Bagnoles-de-l'Orne).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs P. Bergouignan (d'Evian); Mougeot (de Royat); Valby (de Mustapha); Zuccarelli (de Bastia); Carrey (médecin militaire).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES (voir p. 333).

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE. — Conférence-causerie le 10 mars 1906, à huit heures et demie précises du soir, à la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes (premier étage) : « De la restriction alimentaire, dans l'état de santé et de maladie, » par M. le docteur Grand, président de la Société végétarienne de France.

Les conférences sont publiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Crané (de Paris).

(*Voir la suite, p. 333.*)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

SEPTICO-PYÉMIE A PNEUMOCOQUES

PNEUMONIE, PLEURÉSIE, PYOPÉRIHÉPATITE ABCÈS DU FOIE, ENDOCARDITE, MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE (1)

Par M. François MOUTIER,
Interne des hôpitaux.

Les observations de pneumococcie généralisée avec culture du sang pendant la vie ne sont plus des exceptions. Néanmoins des cas semblables à celui-ci, c'est-à-dire de ces cas où la pyémie a eu de multiples localisations, demeurent fort rares. Il s'agit en effet d'une jeune femme atteinte en pleine santé d'une pneumonie droite. Au huitième jour elle fait une pleurésie diaphragmatique compliquée bientôt d'un abcès sous-phrénique et d'énormes foyers purulents hépatiques; au trente-unième jour, l'endocardite est diagnostiquée; au trente-quatrième jour enfin, se manifeste une méningite cérébro-spinale suivie rapidement de mort. L'évolution totale a demandé trentre-huit jours, c'est presque long si nous songeons à l'infection profonde de l'organisme.

La nommée Tab..., âgée de vingt-six ans, entre à l'hôpital Andral, dans le service de notre maître, M. le docteur Mathieu, le 27 février 1905. Elle était bien portante jusqu'à il y a douze jours; le 15, elle a été prise brusquement d'un point de côté intense siégeant sous le sein droit. Il n'y a pas eu de frisson; et malgré la douleur sous-mammaire, la malade a continué son travail. Elle a eu de la fièvre, nous dit-elle, et toussait un peu; l'expectoration semble avoir été très faible.

Il y a quatre jours, le point de côté primitif a subi une violente exacerbation, ou plutôt il est survenu un nouveau point, situé beaucoup plus bas, presque au niveau des fausses côtes. C'est cette algie nettement localisée, qui, dès l'entrée, attire l'attention. La malade souffre atrocement à la partie interne du septième espace intercostal droit. Les points phréniques sont extrêmement nets, c'est ainsi que la pression au point sterno-cléido-mastoïdien arrache de véritables hurlements de souffrance. Une matité absolue se trouve à la base droite; les vibrations y sont presque abolies; ainsi que le murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon. Tout à fait à la base, la voix est un peu chevrotante; plus haut, un souffle amphorique très fort est manifeste. L'inspiration est rude au sommet droit; à gauche la respiration est supplémentaire. Le cœur est rapide, irrégulier; ses battements sont mal frappés. Le pouls est à 120; la température à 40°2; il y a de la tachypnée douloureuse, soixante-quatre respirations à la minute. Le foie est et restera abaissé, débordant de deux, puis plus tard de quatre travers de doigt le rebord costal.

Du 1er au 8 mars, c'est-à-dire du quatorzième au vingt-unième jour de la maladie, la situation se modifie peu; le souffle pneumonique diminue cependant et quelques gros râles sous-crépitants se perçoivent, et la voix de jeton entendue à la base, se distingue moins nettement. Cependant la dyspnée est plutôt moins intense. Le quatrième point de côté ne se modifie que peu. Le 8, la température qui était de 39°2 à six heures du matin, tombe à 37°2 à sept heures; mais elle remonte dès le lendemain. Il y avait alors à la base droite de l'égophonie très nette; mais toutes les ponctions exploratrices demeurent négatives. Le 10 mars (vingt-troisième jour), l'expectoration, qui était jusque-là simplement muqueuse et peu abondante d'ailleurs, devient purulente dans la soirée. Le lendemain matin (vingt-quatrième jour) la température dépasse 40 degrés; de la veille à ce jour se produit une vomique d'environ 500 grammes; le pus est jaune verdâtre, très riche en pneumocoques à l'examen sur lame. Le 12 mars, se marque une défervescence passagère, la malade rejette encore 200 grammes de pus.

Le 14 (vingt-septième jour), la température se maintient autour de 38 degrés; trois ponctions dans les septième, huitième et neuvième espaces sur la ligne axillaire postérieure et la ligne axillaire médiane sont vaines; cependant l'expectoration, tout en restant purulente, diminue beaucoup. Le lendemain, on ensemence le sang; il pousse du pneumocoque en culture pure. Le vingt-neuvième jour, trois ponctions sont encore négatives; on les pratique cependant très bas (huitième, neuvième et dixième espaces), et sur les lignes axillaire antérieure et médiane. Enfin, le 18 mars, l'état général étant de plus en plus mauvais, on refait une série de ponctions, avec un trocart très long cette fois, et dans le huitième espace, sur la ligne antérieure de l'aisselle, on rencontre profondément le pus. La ponction en donne 400 grammes; il est vert jaunâtre, bien lié, très pauvre en formes microbiennes. Le même jour (trente-unième de la maladie), on constate un éréthisme cardiaque manifeste, surtout par rapport à la faiblesse de l'impulsion dans les jours précédents. Les pulsations sont violentes, irrégulières, s'accompagnent d'une douleur précordiale angoissante. On perçoit un léger souffle diastolique dans le second espace intercostal à droite du sternum. Facies adynamique, langue rôtie, sueurs profuses.

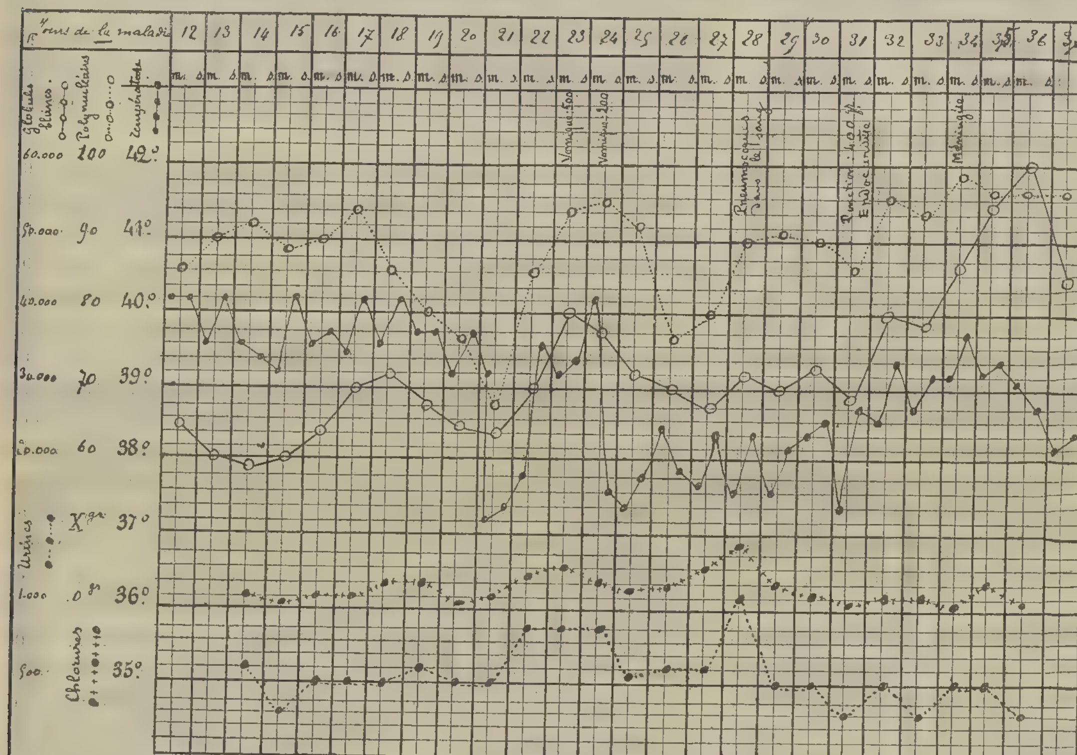
Le 19 et le 20 mars, état stationnaire, les bruits du cœur droit sont assourdis; le souffle aortique est très intermittent. Le cœur est beaucoup moins violent, mais la fièvre qui n'avait pas atteint 39 degrés depuis trois jours reprend avec plus d'intensité. Enfin le 21 mars (trente-quatrième jour de la maladie), le sujet se plaint de violents maux de tête. Il n'y a pas de photophobie, mais la nuque est un peu raide; et il y a une ébauche de Kernig. A l'auscultation de la base droite, on perçoit des signes d'excavation, surtout marqués en avant, au-dessus du rebord des fausses côtes, dans la ligne mamelonnaire. Là s'entendent des râles en gros bouillons, du souffle à timbre caverneux, de la voix chevrotante, indistincte.

Le 22 mars (trente-cinquième jour), on pratique la ponction lombaire, rendue très pénible par l'état de la malade; on retire seulement un centimètre cube et demi d'un liquide complètement louche, renfermant une véritable purée de polynucléaires, quelques rares lymphocytes, un grand nombre de pneumocoques. La malade est très prostrée; la température atteint près de 40 degrés, elle baissera désormais jusqu'à 38°2, la veille du décès, trois jours plus tard.

Bientôt les phénomènes méningés s'accusent; le signe de Kernig est typique; la malade est tourmentée par de la photophobie, par une céphalée atroce. Il y a de très rares vomissements alimentaires et bilieux. La nuque est raide et douloureuse; la raie vaso-motrice persiste longtemps. L'esprit est lucide cependant, et il n'y a pas de troubles oculaires. Epuisement extrême. Le cœur est assourdi, on ne perçoit aucun souffle. Enfin, le 24 mars (trente-septième jour de la maladie), la respiration est superficielle, brève, précipitée (72 à la minute). La fièvre s'atténue, mais la malade est comateuse. Le rachis est raidi en opisthotonos; les réflexes sont très vifs; le fascia lata réagit violemment à droite à l'excitation plan-

(1) Travail du service de M. le docteur Mathieu (Andral).

taire. Il n'y a pas de Babinsky, mais on constate nettement à gauche de la trépidation épileptoïde, elle n'est qu'ébauchée à droite. Signalons enfin l'hyperesthésie qui arrache des cris à la malade et la fait presque sortir de sa torpeur, la raie vaso-



motrice, la diarrhée terminale, succédant à la constipation des jours précédents.

Dans la nuit du 24 au 25 mars, la dyspnée s'accuse encore, et la mort survient à quatre heures du matin.

Pendant toute la durée de la maladie, le pouls et les respirations, également parallèles à la courbe thermique, ont oscillé respectivement l'un de 95 à 120, les autres de 30 à 50. Nous n'avons point reporté toutes ces données sur le tableau annexe, afin de n'en point obscurcir la lecture.

L'*autopsie* a été pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Le poumon gauche était normal, le droit était le siège d'une pneumonie banale du lobe inférieur. On trouva une pleurésie diaphragmatique extrêmement limitée ; il s'agissait d'une petite poche pleurale du volume d'une orange environ. Cette poche était limitée par de grosses adhérences et presque médiastinale, tellement elle était à l'angle antérieur du bord inférieur du poumon. Cette localisation explique évidemment les douleurs tout particulièrement atroces du phrénique.

Le *foie* était étroitement attaché au diaphragme. Entre sa convexité et ce muscle se trouve une vaste poche sans aucune communication avec la cavité abdominale, mais en relation avec la cavité pleurale par un étroit pertuis, gros comme un tuyau de plume, et perforant à l'emporte-pièce le diaphragme. L'espace sous-phrénique renferme environ 300 grammes de pus; dans cet abcès s'ouvre un autre abcès, hépatique celui-là. Le foie est en effet creusé d'une cavité grosse comme le poing, d'où s'écoulent encore 300 grammes de pus environ ; cette cavité ne communique avec l'espace sous-phrénique que par un canal anfractueux. Autour de cette poche principale, le foie renferme trois ou quatre petits abcès gros comme une noix. Tous sont au voisinage de la lésion principale, dans cette partie du lobe droit qui avoisine immédiatement le ligament suspenseur. A la coupe, certains des petits abcès ont un aspect de marron cru, leur substance n'étant pas encore tout à fait liquéfiée. La cavité du grand abcès est hérissée de débris de parenchyme ; le pus est partout jaune verdâtre, bien lié. Sur une largeur de 2 centimètres environ, le foie présente au voisinage immédiat de ces lésions un aspect marbré jaunâtre, au niveau duquel l'examen révèle des altérations marquées de nécrobiose avec infiltration polynucléaire intense ; çà et là de petits foyers purulents microscopiques.

Le *cœur* ne présente rien d'anormal en dehors des lésions valvulaires. Il y a quelques très petites végétations sur la tricuspide, et surtout des caillots anciens dans le ventricule droit. Une grosse végétation se décèle sur une des sigmoïdes aortiques.

Le *cerveau* et la *moelle* sont baignés d'un liquide céphalo-rachidien extrêmement louche. Les méninges sont dépolies; mais il n'y a nulle part de pus proprement dit. Et même seulement autour du cervelet et du bulbe se voient des plaques fibrineuses vraiment nettes. Au cerveau il y a également quelque dépôt fibrineux au long de la sylvienne.

Les reins étaient pâles ; la rate un peu augmentée de volume pesait 250 grammes. Elle était d'ailleurs nettement perceptible sur le vivant, et les urines ont toujours renfermé une très faible quantité d'albumine.

Nous avons suivi quotidiennement chez cette malade l'élimination chlorurée, la courbe des variations des globules rouges et de l'équilibre leucocytaire. L'*élimination des chlorures* a toujours été très faible et bien inférieure à la normale. Cette rétention a été surtout marquée au début et à la fin, comme on pourra en juger en étudiant les courbes annexées à ce travail, où les chiffres indiquent les grammes de chlorure par jour.

Il s'est manifesté une anémie *très* progressive ainsi que le montrèrent des examens quotidiens. Les normoblastes ont en effet diminué de 1 140 000, descendant progressivement de 4 000 000 le douzième jour à 2 860 000 le trente-septième, en passant par 3 600 000 le vingtième et 3 190 000 le trentième. Mais à aucun moment, il n'y a eu de type d'anémie pernicieuse, puisque, selon la règle en de telles infections à marche aiguë, l'hémoglobine a baissé de façon à ce que la valeur globulaire reste inférieure à l'unité. L'hémoglobine a baissé de 5g25 pour 100 grammes de sang, évaluation faite avec l'hémoglobinimètre de Malassez. Il y avait en effet au début 11g25 d'hémoglobine p. 100 (valeur globulaire de 1,04), le dixième jour 8g25 (V. G. = 0,81), le trentième jour 6g75 (V. G. = 0,75) et le trente-septième, 6 grammes (V. G. = 0,74).

Plus intéressantes sont, en somme, les modifications des leucocytes. Ceux-ci n'ont jamais été inférieurs à 20000, et l'absence de diminution lors de la défervescence au vingt-unième jour devait faire redouter de graves complications. Nous les voyons d'ailleurs atteindre bientôt 40000, mais ils redescendent sensiblement, sous l'action probable des vomiques. L'évolution de l'endocardite semble peu les influencer, et leur courbe reprend une marche ascendante seulement avec l'apparition de la méningite. Il y avait 60000 leucocytes par centimètre cube de sang la veille de la mort; c'est là vraiment un chiffre considérable.

L'évolution de la *polynucléose* a été de tous points comparable à celle de la leucocytose : diminution du dix-huitième au vingt-unième jour, reprise avec l'augment d'intensité de la pleurésie purulente, chute après les vomiques, ascension nouvelle et extrême (99 p. 100 de poly) parallèlement à l'évolution de la méningite. Pendant ce temps, on ne constatait guère de formes leucocytaires en dehors des lymphocytes, les éosinophiles ont fait une brève apparition, coïncidant avec la lymphocytose passagère des dix-huitième, dix-neuvième et vingtième jours. On en comptait alors de 0,25 à 1 p. 100. Quant aux grands mononucléaires, ils ont été à peu près complètement absents dans la seconde moitié de la maladie. On voit en somme qu'ici, comme toujours, la polynucléose a témoigné bien moins de la résistance que de la défaillance de l'organisme (1).

Nous avons déjà mentionné à différentes reprises la présence du pneumocoque dans le sang circulant et dans divers organes, exposons maintenant en détail les *données bactériologiques* de cette histoire morbide. Trois organismes ont été rencontrés et spécialement étudiés : le pneumocoque de Talamon Fränkel, le pneumobacille de Friedländer, une levure en tous points semblable à la levure du muguet.

Le pneumocoque a été isolé des crachats de la vomique; il était d'ailleurs abondant dans l'expectoration muqueuse antérieure à celle-ci. On l'a constaté en chiffre élevé à l'examen direct des lames chargées de produits de l'expectoration, de liquide céphalo-rachidien avant et après la mort. Il était beaucoup plus rare, toujours à l'examen direct, dans le pus de la ponction pleurale; on n'a pu le trouver directement dans les abcès rencontrés à l'autopsie. Il a été obtenu par culture des crachats, du liquide céphalo-rachidien, du pus de la ponction, du pus hépatique, du pus sous-phrénique et du pus pleural, du sang pendant la vie, et des végétations de l'endocarde. Partout on a obtenu le diplocoque encapsulé prenant le Gram. L'inoculation à la souris a été pratiquée dans tous ces cas; et le microbe a été retrouvé typique dans le sang du cœur. Le liquide céphalo-rachidien, le pus, les crachats furent ensemencés sur gélose ascite; 5 centimètres cubes de sang furent extraits du pli du coude le vingt-huitième jour de la maladie et ensemencés dans 200 centimètres cubes de bouillon ascite. La culture fut absolument pure. Quant aux végétations de l'endocarde, elles furent soigneusement lavées à l'eau distillée stérile avant d'être placées dans l'eau peptonée.

L'ensemencement des crachats de la vomique et du pus de la ponction donna d'autre part un diplobacille ne prenant pas le Gram. Sur lame préparée avec un frottis de produit d'expectoration, c'était un organite encapsulé; il n'a pas été vu par examen direct du pus, ni retrouvé à l'autopsie par ensemencement des pus de différente provenance recueillis alors. Il n'y a pas eu non plus passage du bacille de Friedländer dans le sang. Sur gélose, le microbe donnait des cultures filantes, sur pomme de terre, des colonies visqueuses, grisâtres, très abondantes, soulevées de très rares bulles de gaz. Le microbe était immobile.

Enfin, les produits d'expectoration (vomique) renfermaient de nombreuses cellules bourgeonnantes. Cultivées sur les différents milieux, elles ont donné un muguet typique; il fut facile de l'isoler des formes banales, staphylocoques, streptocoques, qui l'accompagnaient; les cultures restèrent cependant toujours mêlées d'une forme bacillaire extrêmement grêle et longue, prenant le Gram, ne formant point de colonies isolées, n'altérant en rien l'aspect macroscopique particulier de la levure. Ajoutons qu'il n'y avait pas trace de muguet dans la bouche, ni à la vue, ni à l'examen microscopique de nombreuses lames chargées de produits de râclage des muqueuses, des gencives, de la langue, etc. Comme nous n'avons pu isoler la levure du poumon ou des produits purulents, tout en l'ayant constatée d'un bout à l'autre de la maladie dans les produits d'expectoration, nous nous contenterons d'exposer les faits sans conclure ni former d'hypothèse.

La malade fut donc atteinte d'une pneumococcie secondaire à une pneumonie; il semble bien que la gravité de la situation ait encore été accrue par la présence du bacille de Friedländer, dont le rôle pathogène a du reste été déjà maintes fois constaté, seul ou associé au pneumocoque. Comme c'est la règle, la septicémie s'est déclarée après l'évolution de la pneumonie, et la pleurésie elle-même est survenue au quatrième jour de l'infection pulmonaire.

L'association de l'endocardite et de la méningite est signalée par tous les auteurs; l'endocardite est la première en date, puis survient la méningite. Lenhartz (1) la signale dans la moitié des cas; pour Netter (2) l'association est plus fréquente encore : dans 7 cas sur 7, la méningite succéderait à l'endocardite. Il en est de même quand l'endocardite à pneumocoques est primitive; Jaccoud (3) a rapporté 3 de ces cas où chaque fois une méningite cérébro-spinale compliqua l'évolution de l'endocardite.

L'endocardite débute en général entre le treizième

(1) Lœper. La leucocytose et l'équilibre leucocytaire dans la pneumonie franche, in *Archives de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1899, p. 724.

(1) Lenhartz. Die septischen Erkrankungen, *Encyclop. de Nothnagel*, t. III, fasc. 4.

(2) Netter. De l'endocardite végétante ulcéreuse d'origine pneumique, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*. 1886, 1er sem., p. 106-161, 1 pl., 6 tracés.

(3) Jaccoud. *Semaine méd.*, 24 fév. 1886.

et le quinzième jour de la pneumonie et dure neuf, quatorze, vingt et un jours (1), mais elle s'accompagne ordinairement de hautes températures. Notre cas s'écarte donc un peu des données classiques à ce point de vue. Il n'y a eu en effet ni plateau élevé, ni de ces grandes oscillations coutumières aux septicémies; d'ailleurs l'endocardite à pneumocoques s'accompagne rarement de grandes rémissions (Lenhartz). Si on compte les jours à dater du premier symptôme de l'endocardite, on voit que la mort est survenue au septième jour de la complication cardiaque. Netter (loc. cit.) indique comme durée de cinq à vingt jours; nous sommes donc cette fois dans la règle. Nous y sommes encore avec les localisations valvulaires constatées à l'autopsie, c'est bien en effet l'orifice aortique le plus constamment et le plus atteint.

La méningite est d'invasion plus tardive, et sa durée faible d'ordinaire; elle atteint même très rarement les quatre jours de notre observation, et souvent aussi les symptômes en sont beaucoup plus atténués. Cependant, comme dans tous les cas où la marche a été rapide en somme, il n'y a pas eu formation de pus proprement dit autour du tissu nerveux, mais simplement dépôts fibrineux, et encore bien peu abondants. Ils prédominaient le long des vaisseaux, ce qui est encore le plus fréquent. Nous avons rencontré dans la littérature un certain nombre de cas tout à fait comparables au nôtre, en dehors toutefois des complications sous-phrénico-hépatiques. Nous ne voulons parler, bien entendu, que de malades ayant présenté pneumonie, endocardite, méningite, et chez lesquels l'examen du sang pendant la vie donna des cultures de pneumocoque. Nous citerons Lenhartz (loc. cit., p. 418) il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, durée trente-cinq jours. — Beco (2), homme de trente-quatre ans, durée sept jours. — Netter (loc. cit.), Obs. III et VI. — Thacher (3), homme de quarante-cinq ans, durée dix-neuf jours. Dans ce dernier cas, la leucocytose est loin d'avoir atteint le taux de notre malade; elle n'a pas, en effet, dépassé 36 000.

Il convient enfin de faire quelques remarques à propos de la présence du pneumocoque dans le sang. Cette constatation donne sans doute de la gravité au pronostic, mais celui-ci est cependant loin d'être fatal de par ce seul fait (4). De même, quand la maladie a pris l'allure septicémique, il n'y a pas forcément d'endocardite même avec des centaines de colonies de pneumocoques par centimètre cube de sang (Lenhartz, Lemierre, etc.).

Il nous resterait à parler de la localisation hépatique. L'atteinte du foie est toujours exceptionnelle au cours de la pneumonie (5) et nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un seul cas de pyopérihépatite liée à l'évolution d'une pneumonie.

Dans ce cas, rapporté par Gaehde (1) et auquel fait allusion Nowack (2), il y eut défervescence normale de la pneumonie, puis pleurésie consécutive, opération, et enfin abcès sous-phrénique dû, semble-t-il, aux difficultés de l'opération ayant amené la blessure du diaphragme. Il y avait en effet de très fortes adhérences pleurales. Le foie était normal, en dehors d'un peu d'hépatite parenchymateuse diffuse. On voit combien ce cas est encore éloigné du nôtre.

Observons enfin que la pneumonie n'évolua pas chez notre malade jusqu'à l'hépatisation grise, et qu'il ne survint pas d'infarctus. Il en est ainsi d'ordinaire en les cas analogues. Il nous resterait à chercher pourquoi le pneumocoque s'est montré si infectant en ce cas; mais nos recherches n'ont pas abouti; la malade n'était, ni par son genre de vie, ni par ses antécédents, affaiblie en quoi que ce fût, et le pneumocoque isolé n'a présenté, vis-à-vis de la souris, aucune virulence spéciale.

(1) Lenhartz. Loc. cit., p. 416-420.

(2) Beco. Fréquence des septicémies secondaires, *Revue de méd.*, 1899, obs. XLV, p. 474.

(3) Thacher. Septicémie à pneumocoques, *Am. Journ. of med. Sc.*, nov. 1905, p. 779-784, 1 fig., 1 tracé.

(4) Lemierre. *L'ensemencement du sang pendant la vie*, Th. de Paris, 1904.

(5) V. les articles des Traités, et Boulay. *La pneumonie lobaire aiguë*, t. II (coll. Charcot-Debove).

(1) Gaehde. Pneumonie, empyème consécutif. Opération. Abcès périhépatique. Mort subite, in *Berl. klin. Wochens.*, 1880, p. 134.

(2) Nowack. Die hypophrenischen Empyem, in *Schmidt's Jahrbücher*, CCXXXII^e vol., 1891, p. 73 et 200.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 6 mars 1906)

Sérothérapie de la fièvre typhoïde. — M. Josias utilise depuis quatre ans dans son service de l'hôpital Bretonneau le sérum antityphoïde de M. Chantemesse. Les résultats de son expérience qu'il apporte aujourd'hui à l'Académie se rapprochent beaucoup des faits signalés récemment par M. Brunon (de Rouen) (v. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 22). Sa statistique peut également se comparer à celle que M. Chantemesse apportait récemment à la Société de l'Internat (v. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 25). Sur 132 cas, M. Josias n'a eu que 6 décès, dont un ne peut entrer en ligne de compte, puisqu'il s'agissait d'une tuberculose aiguë à forme granulique, constatée à l'autopsie.

Les causes des cinq décès ont été : perforation intestinale survenue chez une malade injectée le douzième jour, 1 cas; méningite suppurée avec présence dans les méninges du bacille d'Eberth, 1 cas; pneumonie, 1 cas; laryngite ulcérée avec otite et congestion pulmonaire, 1 cas; adynamie profonde avec hémorragies intestinales multiples, 1 cas;

Les complications observées ont été les suivantes : hémorragie intestinale, 5 fois; otites simples ou doubles, 5 fois; phlébite guérie, 2 fois; néphrite aiguë constatée au début de la maladie et guérie, 1 fois; périostite du grand trochanter, 1 fois.

Les rechutes ont été peu fréquentes et sans gravité. M. Josias les a notées au vingt-deuxième jour, au vingt-sixième jour, au trente-deuxième jour après l'injection. Une seule dothiénenterie a eu deux rechutes, au vingt-sixième et au trente-neuvième jour.

M. Josias conclut donc que :

1° Le sérum antityphoïde de Chantemesse, employé comme il convient, est inoffensif;

2° Les enfants atteints de fièvre typhoïde qui sont traités de bonne heure par le sérum et par les bains ont des chances de guérir très supérieures à celles que leur procure la balnéothérapie seule.

Mortalité par la tuberculose. — La question de la déclaration obligatoire de la tuberculose revient en discussion.

M. Albert Robin montre que l'on doit, avant tout, se préoccuper de la situation qui sera faite aux tuberculeux. Si la désinfection a lieu avant la mort du malade, on cause à ce dernier un préjudice souvent irréparable, surtout s'il appartient à la classe moyenne. Un tuberculeux pauvre est un paria. Avant de proclamer la désinfection obligatoire des habitations dans tous les cas de tuberculose, il conviendrait d'assurer aux malades les moyens d'existence qu'on leur enlève le plus souvent.

M. Landouzy prononce un long plaidoyer en faveur de la désinfection obligatoire.

Œuvres d'assistance. — M. Kermorgant présente à l'Académie au nom de M. Rodier, lieutenant-gouverneur de Cochinchine, un rapport sur les œuvres d'assistance et de bienfaisance créées dans la colonie.

Régénération de l'air. — M. Gréhant communique le résultat de ses expériences sur la régénération de l'air confiné par absorption de l'acide carbonique au moyen de la potasse.

ANALYSES

MÉDECINE

La valeur nutritive de la chair de poisson. (Georges Rosenfeld. *Zentrabl. für innere Med.*, 17 fév. 1906, n° 7, p. 169.) — Pour juger de la valeur nutritive de la chair de poisson, Rosenfeld a soumis deux sujets à une alimentation isodyname composée pendant une première période de viande de bœuf et pendant une deuxième période de chair de poisson de mer débarrassée de la peau et des arêtes ; à ce régime était ajoutée chaque jour la même quantité de beurre, de cacao et de biscuit.

L'analyse de la viande de bœuf employée montrait qu'elle contenait par kilogramme 221g9 d'albumine et 20g45 de graisse. La chair de poisson contenait 173g08 d'albumine et 19 grammes de graisse.

Il résulte de ces chiffres que pour absorber avec les deux régimes une quantité égale d'albumine, les sujets en expérience devaient consommer une quantité de poisson un peu supérieure à la quantité de viande (dans la proportion de 130 grammes de poisson pour 100 grammes de viande). Remarquons aussi que, de cette façon, la quantité de graisse ingérée avec la chair de poisson est un peu plus considérable que la quantité de graisse ingérée avec la viande de bœuf.

L'analyse des excreta a montré que le taux de l'utilisation de l'albumine a été sensiblement le même avec les deux régimes. Chez un des sujets en expérience la quantité d'acide urique rendue s'est montrée inférieure pendant l'alimentation à la chair de poisson ; chez l'autre sujet elle est restée la même pendant les deux régimes. Il est donc prématuré de conclure, comme on le fait en général, que chez les individus atteints de lithiase rénale, on peut permettre impunément le poisson.

La sensation de satiété après les repas a été la même, quel que fût le régime, et des prélèvements du contenu gastrique à divers moments de la digestion ont montré que celle-ci se faisait dans le même temps, que le sujet eût absorbé de la viande de bœuf ou de la chair de poisson. Enfin des épreuves faites chaque jour à l'ergographe ont prouvé que la force musculaire est restée la même avec les deux alimentations.

La chair de poisson constitue donc un aliment d'une valeur égale à celle de la viande, même pour les individus astreints à une vie laborieuse. A. LEMIERRE.

Méningite chronique et aliénation mentale chronique. (Marchand. *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, p. 760.) — L'auteur résume brièvement 23 observations de troubles mentaux divers avec, à l'autopsie, méningite chronique. Ces faits ont une grande importance à l'heure actuelle où le rôle des infections et intoxications apparaît de plus en plus considérable dans la pathologie mentale. L. ALQUIER.

MÉDECINE INFANTILE

Pleurésies métadiphtériques. (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, fév. 1906.) — Pour MM. Deguy et Detot, on peut voir survenir, au cours de la diphtérie, des pleurésies de variété différente ; les unes, purulentes, relèvent toujours d'une infection secondaire, ordinairement streptococcique, la voie d'accès de l'agent pathogène étant, par ordre de fréquence, la voie broncho-pulmonaire, puis la voie sanguine, puis la voie médiastine ; les autres, séro-fibrineuses, tantôt accompagnant une lésion pulmonaire, tantôt, ce qui est beaucoup plus rare, en paraissent indépendantes, et, bien qu'une démonstration ne puisse en être fournie, semblent relever de l'intoxication diphtérique elle-même. L. BABONNEIX.

Adénites post-scarlatineuses. (Schick. *Jahrb. f. Kind.*, nov. 1905, p. 661.) — Les classiques décrivent avec soin les adénopathies *précoces* de la scarlatine, mais ils n'insistent guère sur les adénopathies *tardives*. De celles-ci, les unes, comme l'ont montré Leichtenstein, Jürgensen, Filatow, accompagnent la néphrite, les autres en sont tout à fait indépendantes : ce sont ces dernières qu'étudie Schick. Assez fréquentes (7,2 p. 100), elles se développent ainsi. Les symptômes de la scarlatine ont disparu, et le malade se trouve en pleine convalescence. Soudain, vers la troisième semaine, les ganglions de l'angle de la mâchoire se tuméfient et deviennent douloureux, la fièvre s'allume, puis, dans quelques cas, les symptômes inflammatoires rétrocèdent, et en trente-six et quarante-huit heures tout est fini ; d'autres fois (et c'est le cas le plus fréquent), les phénomènes fonctionnels s'aggravent pendant deux ou trois jours ; la région enflammée reste sensible à la pression ; elle augmente de volume de jour en jour, la température se maintient élevée tant que dure l'adénopathie. Habituellement, la sensibilité à la pression disparaît la première, puis l'œdème, la température descend et la guérison survient. L'état général se maintient bon pendant toute la crise. Quelquefois, la maladie est annoncée par des vomissements, les enfants pâlissent, perdent l'appétit, on pense à l'invasion d'une néphrite, mais les urines ne se modifient pas ; elles ne contiennent pas d'albumine.

Dans tous ces cas, il n'existe aucune autre complication à laquelle on puisse rapporter les phénomènes observés, pas d'otite, pas de rhinite ; le cœur est normal, les articulations libres.

Schick insiste sur la complète analogie entre l'adénite et la néphrite post-scarlatineuses : les deux surviennent à la même époque et se caractérisent, au début, par les mêmes signes.

Le pronostic est favorable. La suppuration a été observée

deux fois, mais, après incision simple et drainage, la guérison survint.

Au point de vue étiologique, Leichtenstein admet que la toxine scarlatineuse, au premier période de la maladie, se fixe dans la peau et s'y modifie. Plus tard, elle est résorbée par les vaisseaux lymphatiques, et cause l'adénopathie et la néphrite. Cette théorie vaut pour les cas où néphrite et adénopathie coïncident, mais est-elle acceptable pour ceux où, seule, existe l'adénite? Schick pense que l'adénite est d'origine infectieuse et non toxique : dans deux cas terminés par suppuration, les ganglions contenaient des cultures pures de streptocoques.

Le diagnostic est habituellement facile. On se rappellera à ce sujet que l'adénopathie tardive est, après la néphrite, la cause la plus fréquente de fièvre pendant la convalescence de la scarlatine. Elle n'a rien de commun avec la *fièvre secondaire* de Gumprecht, ni avec la fièvre ganglionnaire, lorsqu'on sait la reconnaître, elle peut permettre de faire un diagnostic rétrospectif de scarlatine.

Le traitement ne comporte aucune indication spéciale; enveloppements frais contre la fièvre, pansements humides *loco dolenti*, incision en cas de suppuration. L. BABONNEIX.

Les taches de Koplik dans la rougeole. (M. A. Bing. Th. de Paris, 1905; Jacques, édit.) — Voici un travail qui mériterait plus qu'une brève analyse. La conscience de l'auteur, l'étendue des recherches bibliographiques, la clarté de l'exposition vaudraient, à eux seuls, de longs éloges. Signalons seulement les points fondamentaux de l'ouvrage. Le signe de Koplik apparaît sur la muqueuse jugo-labiale à la période d'invasion de la rougeole. Il se compose d'un nombre variable d'éléments éruptifs, dont chacun est formé d'une aréole rose, centrée d'un petit point blanc bleuâtre. Seul, ce point est pathognomonique; il est d'ailleurs extrêmement menu, ne dépassant jamais le millimètre. Autour de lui, la muqueuse prend un aspect dépoli. Si les taches roses qui le bordent peuvent perdre leur individualité par coalescence, les points blanc bleuâtre gardent toujours la leur et ne se fusionnent jamais avec les voisins. Exclusivement localisé à la muqueuse jugo-labiale, le Koplik ne s'ulcère jamais, mais laisse quelquefois après lui une petite suffusion hémorragique punctiforme de la muqueuse.

Le signe de Koplik est pathognomonique de la rougeole, mais on se rappellera qu'il est essentiellement précoce. Précoce par rapport à l'exanthème, il l'est encore par rapport à la fièvre. Il rend de précieux services au diagnostic, et, par là même, à la prophylaxie, permettant d'isoler les rougeoleux dès la période d'invasion. Tout médecin devrait donc le rechercher systématiquement chaque fois qu'il pratique l'examen d'un enfant. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Clouage de la tête de l'humérus dans un cas de fracture du col chirurgical. (H. A. Haubold. *Med. Record*, vol. LXIX, 6 janv. 1906, p. 15-16.) — Dans un cas de fracture à déplacement assez considérable, où le médian était chatouillé par un des fragments, l'auteur pratiqua l'incision antérieure de Langenbeck, mit à nu le foyer de fracture, le débarrassa des caillots et enleva quelques esquilles, puis comme la réduction était difficile à faire et difficile à maintenir, il pratiqua une petite incision cutanée sur le bord externe de l'acromion, planta un clou d'acier nickelé de 10 centimètres à travers la tête de l'humérus, puis l'enfonça dans la diaphyse maintenue en bonne position. La tête du clou, ainsi que 2 centimètres de la tige, furent laissés hors des tissus. Drainage postérieur, suture antérieure. Au bout de quarante-huit heures, enlèvement du drain. Au bout d'une semaine, appareil plâtré avec un petit trou au niveau de la tête du clou. Celui-ci fut retiré au bout de quatre semaines, sans la moindre difficulté. Guérison parfaite avec un peu de limitation des mouvements de l'épaule (homme de quarante-six ans), limitation d'ailleurs parfaitement compensée. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic (1), par le docteur E. Albert-Weil, chargé du service d'électrothérapie de la clinique chirurgicale infantile. Préface de M. le professeur Gilbert.

Si l'électricité n'est point ce qu'un vain peuple pense, c'est-à-dire si elle n'est point la panacée universelle, toujours est-il qu'elle a pris depuis quelques années, en thérapeutique et en clinique, une extension considérable, que ses applications sont dès maintenant en nombre imposant, et que son champ d'action croît de jour en jour avec les perfectionnements de l'outillage et une connaissance plus approfondie des diverses modalités de l'énergie électrique. L'abondance des traités et manuels d'électrothérapie est une preuve manifeste de l'état florissant de cette science, et le praticien qui désire en acquérir les notions principales n'a que l'embarras du choix. Encore faut-il que ce choix soit judicieux; or il nous semble que sous ce rapport aucun ouvrage n'est mieux indiqué que celui du docteur E. Albert-Weill, dont la première édition a été rapidement épuisée, et que l'anteur vient de remanier et de compléter pour le mettre au courant des derniers progrès de la science.

S'adressant de préférence au praticien, ce livre débute par des notions de physique, succinctes mais nettes et pratiques, où l'auteur a su éviter l'écueil si fréquemment observé de faire étalage de science et d'écrire un traité d'électricité, insuffisant pour les spécialistes, trop considérable pour les médecins qui ne sont ni ne veulent le devenir.

A l'électro-physiologie et à l'électro-diagnostic sont consacrées les deux parties suivantes de l'ouvrage, enfin la quatrième, qui est la plus considérable, étudié l'électrothérapie proprement dite. Notons en passant des chapitres nouveaux relatifs aux courants intermittents de basse tension, aux courants triphasés, au traitement radiothérapique des cancers superficiels et profonds, à la photothérapie, etc.

Tout médecin ne peut évidemment être électrothérapeute, mais tout médecin doit savoir quels sont les cas justiciables d'un traitement électrique et de quelle forme de traitement. C'est là un desideratum que chacun pourra réaliser en étudiant le livre du docteur E. Albert-Weil, et nous devons lui savoir un gré infini d'avoir mis son expérience scientifique et clinique ainsi que son style net et précis au service de cette tâche, qu'il est parvenu à rendre facile et captivante.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8° de III-351 pages, 2e édition, entièrement refondue, 88 figures, 1906. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Audollent (de Paris), Barthez (d'Ivry-sur-Seine), Belin (de Paris), Bouteloup (d'Alger), Coutances (de Montferrand), Delahaye (de Toulon), Dubar, Dubreuil et Gourichon (de Paris), Hubert (de Cherbourg), Langlebert (de Neuilly-sur-Seine), Laskine et Legros (de Paris), Lelièvre (de la Loupe), Letellier, Mugnier et Parizot (de Paris), Peyre (de Bordeaux), Prengrueber (d'Alger), Rigabert (de Marly-le-Roi), Tessier et Zibelin (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aubin (de Marans), Aulès (de Saillans), Azalbert (de Caunes-Minervois), Barrault, Bernard, Blandamour et Blondin (de Paris), Castaneda de Campos (de Pontoise), Cattier (de Paris), Chesnais (de Méderac), Clause (de Clermont-en-Argonne), Courtillier (de Paris), Daniel (de Mila), Daumy (de Saint-Eloy-les-Mines), Denoix (de Narbonne), Dommartin (médecin-major de première classe à Paris), Dubarry (de Tarbes), Faucillon et Forestier (de Paris), Fraikin (d'Argelès-de-Bigorre), Fuzier (de Thoiry), Galangau (de Cerbères), Gérin (de Bordj-bou-Arréridj), Gouez (de Plougastel-Daoulas), Griffault (de la Mothe-Saint-Héray), Guiol (d'Hyères), Hazemann (de Combles), Hugues (des Arcs), Jourdan (de Thônes), Julhiet et Kieffer (de Paris), Lamand (d'Haspres), Landais (de Paris), Laugier (de Bar-sur-Loup), Laurent (de Vitrey), Lehmann (de Paris), Levrat (de Lyon), Levy-Bing (de Paris), Malausséna (de Nice), Mallet (de Tournon), Marion (de Digne), Martial (de Paulhaguet), Maugard (de la Roche-sur-Yon), Pauly (de Paris), Petit (de Montereau), Pitti-Ferrandi (de Pietra-di-Verdi), Pothet (du Perreux), Puech (de Paris), Rabuzon (de Romorantin), Raullet (d'Aumale), Reymondon (de Chambéry), Robert (de Constantine), Roger (de Laurens), Rousseau (de Brest), Roussel [M[lle]] (de Paris), Rouvier (de Voiron), Roux (de Nice), Roux (de Marseille), Santa-Maria (de Paris), Saramito (de Sospel), Silva et Soulé (de Paris), Springer (d'Alençon), Tison (de Paris), Truffet (de Seyssel), Vignat, Vilenski, Vimont, Weil et Wurtz (de Paris).

MM. les chirurgiens-dentistes Brulant et Courtin (de Paris).

MM. les pharmaciens Abram (de Charenton), Brun (de la Ferté-Macé), Brunet (de Jarnac), Caron (de Paris), Darragon (de Brest), Duc (de Toulouse), Greffier (de Paris), Hébert (d'Argenteuil), Le Dévot et Lehalleur (de Paris), Lobstein (de Toulouse), Maljan, Midy et Morin (de Paris) et Villanova (de Beausoleil).

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Hugues (d'Alger) et Robert, médecin principal, directeur du service de santé de la division à Constantine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 7, 18 fév. 1906.) WERTHEIMER : La formation de la lymphe. — (N° 8, 25 fév.) DUBOIS : Deux cas d'hyperthermie dépassant 42 degrés au cours d'accès de fièvre urineuse, guérison. — LE FORT et BACHMANN : A propos d'un cas d'hypothermie extrême.

Lyon médical. — (N° 6, 11 fév. 1906.) BÉRARD : Thyrotomie et papillomes diffus du larynx chez l'enfant. — (N° 7, 18 fév.) PIC et PETITJEAN : De quelques applications nouvelles de la médication vaso-motrice au traitement des hémoptysies d'origine pulmonaire chez les tuberculeux. — (N° 8, 25 fév.) VIOLET : De la restriction de l'emploi du drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique.

Marseille médical. — (N° 4, 15 fév. 1906.) ALEZAÏS et GIBERT : Vessie à mésocyte chez l'adulte. — BERNEX : A propos de la fermeture d'emblée de la plaie rétroauriculaire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 20 fév. 1906.) SPIESS : Importance de l'anesthésie dans le traitement de l'inflammation. — SCHAFER : Contribution à la technique de la suture de la rotule. — PFEIFFER : Recherche par les rayons Röntgen de la trachée dans les tumeurs et exsudats du thorax. — BERNDT : Sur l'opération radicale de la fracture de jambe. — DREYFUS : Sur l'immobilité traumatique de la pupille. — MAY : Sur une nouvelle méthode pour la coloration de Romanowski. — TOMACZEWSKI et ERDMANN : Sur de nouvelles teintures pour les cheveux. — ADAM : Sur un cas de paralysie de l'abdomen, après anesthésie lombaire. — HUEBER : Une cause rare d'étranglement interne. — KNANER : Paralysie progressive ? — BRACCO : Orthopédie du ventre. — WERNER : Photoactivité des tissus comme facteur de l'action biologique des rayons.

Nord médical. — (N° 272, 1[er] fév. 1906.) VALENTIN : La trachéo-bronchoscopie et l'œsophagoscopie. — PASTEAU : Comment faut-il examiner la prostate ? — SALMON : De l'origine achondroplasique des monstres ectroméliens phocomèles. — (N° 273, 15 fév.) LEMOINE et CAUDRON : Action laxative, purgative de la phtoléine du naphtol X. — LESCŒUR et VANVERTS : L'expertise contradictoire.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 7, 18 fév.) 1906.) LEVAI : Un cas de cicatrices et de cancer particulier.

Presse médicale. — (N° 13, 14 fév. 1906.) H. LABBÉ et VITRY : L'albumine dans l'alimentation des tuberculeux. — DELÉARDE et E. DUBOIS : L'intoxication saturnine et le traitement de la colique de plomb. — C. JARVIS : Exacte reproduction graphique pré-opératoire des lésions tuberculeuses récentes du rein chez la femme. — (N° 14, 17 fév.) J. INGEGNIEROS : Les prétendus symptômes de l'hémiplégie hystérique. — Ch. SOULIGOUX et A. LAPOINTE : Etranglement de l'iléon et de la trompe droite dans une fossette anormale du péritoine pelvien. — Fernand LÉVY et Alphonse BAUDOUIN : Les injections profondes dans le traitement de la névralgie faciale rebelle. — (N° 15, 21 fév.) LE DENTU : De la rétroversion utérine. — CALMETTE et BRETON : Danger de l'ingestion de bacilles tuberculeux tués par la chaleur. — (N° 16, 24 fév.) CHANTEMESSE : Cinq ans de sérothérapie antityphoïde. — DE LAPERSONNE : Brûlures graves produites par l'explosion d'une chaufferette à l'acétate de baryte. — OSWALT : Des injections alcooliques au niveau des trous de la base du crâne dans la névralgie faciale rebelle.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COMPLICATIONS DE LA GRIPPE

ÉTUDE ANALYTIQUE. — I. Complications respiratoires. — La grippe débute, le plus souvent, par des symptômes de *catarrhe oculo-nasal*. Des fosses nasales, le catarrhe se propage : en haut, vers les sinus frontaux, d'où céphalalgie sus-orbitaire; en dehors, vers la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne; en bas, vers les voies respiratoires, le long desquelles il peut descendre jusqu'aux alvéoles pulmonaires.

A. La LARYNGITE se traduit par les signes habituels; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle s'accompagne d'œdème de la glotte (G. Lyon).

B. La TRACHÉITE donne lieu à une toux fréquente et pénible; elle est habituellement apyrétique.

C. Lorsqu'à la trachéite succède l'INFLAMMATION DES GROSSES BRONCHES, la toux devient plus quinteuse, les malades accusent un peu de dyspnée; ils peuvent encore vaquer à leurs affaires, mais se plaignent sans cesse d'être mal à leur aise (Graves).

D. BRONCHO-PNEUMONIES. — Lorsque le catarrhe atteint les petites bronches, il peut déterminer : α. de la *bronchite capillaire*, caractérisée par des symptômes fonctionnels (douleurs thoraciques, dyspnée extrême et progressive, toux incessante, expectoration muco-purulente) et généraux (anorexie, céphalée, fièvre) inquiétants. A l'auscultation, ni souffle, ni modifications de la voix, ni foyer de matité, mais une pluie de râles fins dans toute l'étendue des deux poumons. La maladie peut aboutir très vite à la mort; β. de la *broncho-pneumonie à noyaux disséminés*; γ. de la *broncho-pneumonie à noyaux confluents*; δ. de la *splénisation aiguë* (Joffroy).

E. CONGESTIONS PULMONAIRES. — Très importantes, elles peuvent affecter des allures diverses : 1. *congestion pulmonaire à forme pneumonique*, ne se différenciant de la pneumonie vraie que par l'extrême mobilité de ses signes physiques et sa courte durée; 2. *congestion pleuro-pulmonaire*, évoluant soit en deux étapes : la première, pleuro-pulmonaire; la seconde, purement pleurale, soit sous forme de fluxion de poitrine; 3. *spléno-pneumonie aiguë*, débutant dans le premier septénaire, passant très fréquemment à l'état chronique, et pouvant alors, surtout si elles se localisent au sommet, faire penser à la tuberculose; 4. *atélectasie pulmonaire* (Ferrand), caractérisée par une diminution du murmure vésiculaire avec exagération de résonance et augmentation des vibrations vocales.

F. ŒDÈME PULMONAIRE. — Parfois secondaire à la bronchite (Graves), il peut aussi être primitif, et se traduire par les signes classiques de l'œdème aigu du poumon (Fouineau, Rendu [v. *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 151).

G. PNEUMONIE (Ménétrier). — La pneumonie peut : α. ou se greffer sur la grippe, β. ou apparaître d'emblée, comme manifestation primitive de la maladie; elle sera souvent reconnue à son début insidieux, à ses signes physiques particuliers (râles sous-crépitants, souffles ne prenant pas nettement le caractère tubaire), à la gravité des troubles généraux qui l'accompagnent. Elle peut aboutir à l'hépatisation grise ou à la gangrène, ou se compliquer d'infections viscérales diverses.

H. GANGRÈNE PULMONAIRE. — Rare.

I. COMPLICATIONS PLEURALES. — Multiples : *pleurésie sèche*, accompagnant fréquemment la congestion pulmonaire; *pleurésie* avec épanchement *séreux*, *purulent*, *putride*, *hémorragique*, etc.

II. Complications circulatoires. — Beaucoup moins importantes. — A. CARDIAQUES. — L'*endo* et la *péricardite* ne méritent qu'une simple mention; la *myocardite vraie* est également exceptionnelle, et ce que l'on observe, dans les cas graves, ce sont des phénomènes d'*insuffisance cardiaque* : palpitations, irrégularités du pouls, intermittences, embryocardie, tendances au collapsus et à la syncope.

B. VASCULAIRES. — Dans les formes sévères, le *pouls* est petit et irrégulier, la *tension artérielle* très abaissée (Huchard), phénomène qui intervient surtout dans la production de l'embryocardie. L'*aortite aiguë*, accompagnée ou non d'*angor pectoris*, est rare; plus fréquemment la grippe « détermine le processus de dégénérescence aboutissant à l'*artério-sclérose*. Ainsi s'expliquent les *aortites chroniques* et, surtout, les *néphrites interstitielles* qui ont apparu comme un reliquat de la grippe, et pour qui cette maladie a joué le rôle d'agent provocateur » (Widal). Les *phlébites*, enfin, sont exceptionnelles. Les HÉMORRAGIES ne s'observent que dans certaines épidémies (1889).

III. Complications nerveuses. — Egalement très importantes. En plus de la *céphalalgie*, et des *algies* diverses (arthralgies, myalgies, névralgies), qui constituent plutôt des symptômes que des complications, il faut signaler :

A. Les MÉNINGITES, parfois *séreuses*, plus souvent *suppurées*; celles-ci dues à la présence, au voisinage des méninges craniennes, de nombreux foyers inflammatoires : sinusite, rhinite, otite, et se terminant presque toujours par la mort;

B. Les ACCIDENTS BULBO-MÉDULLAIRES : dyspnée *sine materia*, syncopes, vertiges, modifications du pouls, troubles moteurs divers.

C. Les POLYNÉVRITES, survenant pendant la convalescence, se compliquant fréquemment d'ataxie, surtout motrices, elles ont été comparées aux paralysies diphtériques (Brionne); comme elles, elles finissent habituellement par guérir;

D. Les TROUBLES SENSORIELS : *oculaires*, conjonctivite purulente ou hémorragique, kératites, troubles divers de la vision, paralysies oculaires, névrite optique; *auriculaires* : épanchement sanguin dans l'oreille moyenne, présence de bulles sanguines sur la paroi du conduit auditif externe (Lermoyez), mastoïdite, etc.

E. Les NÉVROSES et les PSYCHOSES. — La *neurasthénie post-grippale*, fréquente, peut durer des mois et des années. Les *névroses* se traduisent, tantôt par des phénomènes de dépression mentale, tantôt, et plus souvent, par des phénomènes d'excitation. La grippe peut même être une cause importante d'aliénation mentale chez les prédisposés (Mairet).

IV. Autres complications. — A. DIGESTIVES. — *Gastro-entérite aiguë* caractérisée par des vomissements incoercibles, de la diarrhée, de la splénomégalie, un état typhique; *pharyngite* (Cartaz); stomatites diverses, péritonite suppurée (Guyot).

B. GÉNITO-URINAIRES : L'*albuminurie* légère de la période fébrile peut passer à l'état chronique. La grippe se complique parfois de *suppurations* de l'appareil génito-urinaire; elle peut déterminer l'*avortement* et prédisposer à l'*infection puerpérale*.

C. CUTANÉES. — En plus de l'*herpès labial*, qui annonce fréquemment le début de la grippe, il n'y a guère à signaler que les *érythèmes* de type variable, et les *infections secondaires de la peau* : abcès, furoncles, érysipèle, gangrènes.

D. ARTICULAIRES. — *Pseudo-rhumatisme grippal.*

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL. — Il n'est difficile que pour les complications dites primitives (pneumonie), à moins que l'on se trouve en milieu épidémique. Rappeler que, dans ces derniers temps, la spécificité de la grippe a été contestée.

PRONOSTIC GÉNÉRAL. — Il dépend, comme toujours, du terrain et du germe. On connaît la gravité immédiate de la broncho-pneumonie, de la bronchite capillaire, de la pneumonie, des phénomènes d'insuffisance cardiaque; des accidents méningés, etc. etc. La grippe aggrave les affections préexistantes (cardiopathies, bronchites, etc.); elle prédispose, ultérieurement, au moins dans certaines de ses formes, à des complications graves : tuberculose pulmonaire (Graves), artério-sclérose, néphrite interstitielle, etc., etc. Finir par quelques mots de *traitement* (v. classiques).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 29. — SAMEDI 10 MARS 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 10 MARS 1906. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecins des hopitaux. — *Admissibilité*. — Lecture des copies. — *Anatomie pathologique*. — Séance du 8 mars 1906 : MM. Laubry et Ribierre, 9; Herscher, Laignel-Lavastine et Weill-Hallé (B.), 8; Salomon et Weill (P.-E.), 7.

M. Laignel-Lavastine lira sa copie de symptomatologie dans une séance supplémentaire qui aura lieu, sauf avis contraire, le samedi 10 mars, à onze heures et demie, à la Charité.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Beurnier, Demoulin, Poirier, Thiéry, Broca, Arrou. M. Grancher, qui n'accepte pas, n'est pas encore remplacé.

— Concours de dentiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ferrier, Rodier, Variot, Lejars et Beurnier.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 7 mars 1906. — Question donnée : « Anatomie du lobule pulmonaire. — Signes et diagnostic de la gangrène pulmonaire. »

MM. Chastagnol, 13 + 24 = 37; — Bazy, 15 + 25 = 40; — Sorrel, 8 + 21 = 29; — Clarac, 5 + 16 = 21; — Jacob, 9 + 19 = 28; — Guggenheim, 10 + 19 = 29; — Bonvoisin, 16 + 21 = 35; — Vézard, 14 + 21 = 35. — Vigneron d'Heucqueville, 12 + 23 = 35; — Jumentié, 6 + 17 = 23.

Séance du 8 mars 1906 :

MM. Jacoulet, 11 + 23 = 34; — Gruyader, 13 + 22 = 35; — Mallein, 13 + 18 = 31; Garban, 14 + 22 = 36; — Garipuy, 14 + 22 = 36; — Le Blaye, 10 + 18 = 28; — Huré, 9 + 17 = 26; — Chenot, 15 + 24 = 39; Blain, 10 + 17 = 27; — Silbert, 17 + 23 = 40.

La prochaine séance aura lieu le samedi 10 mars, à quatre heures trente du soir, à l'hôpital Laënnec.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 6 mars 1906 :

M. le médecin-major de première classe Licht passe au 16e d'artillerie et M. le médecin-major de deuxième classe Esprit au 4e génie.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 7 mars 1906, M. le médecin aide-major de deuxième classe Chamontin a été désigné pour servir en Afrique occidentale, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Brachet, maintenu au 7e d'infanterie coloniale à Rochefort.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Grasset (de Riom) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

UN DRAME A L'HOPITAL COCHIN. — Un neurasthénique de dix-sept ans, pour témoigner sa reconnaissance au docteur Queyrat, médecin des hôpitaux, qui le soignait depuis plusieurs mois, a tiré hier six coups de revolver sur notre sympathique confrère. M. Queyrat n'a été heureusement atteint par aucun des projectiles.

LIGUE DES MÈRES DE FAMILLE. — La ligue internationale des mères de famille « pour la défense contre les grands fléaux du xxe siècle, tuberculose, avariose, neisserose, alcoolisme et mortalité infantile », a tenu une réunion hier au Washington-Palace. Des discours ont été prononcés par M. Suarez de Mendoza, président, Gastou, chef de laboratoire à la Faculté, Griffon, médecin des hôpitaux, Rieman et Cheysson, membres de l'Institut.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre collaborateur et ami le docteur Albert René, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Nous adressons à Mme et Mlle René l'expression de notre respectueuse et très douloureuse sympathie; — de MM. les docteurs E. Spire (de Paris), Constant Vernet, médecin en chef de l'asile de Maréville.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Travaux pratiques, cours et exercices techniques de médecine opératoire régionale, sous la direction de M. Pierre Sébileau,

directeur des travaux scientifiques, avec l'assistance de MM. les docteurs Chifoliau et Chevrier, prosecteurs des hôpitaux.

Programme des cours. — Premier cours : Opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin, le rectum, par E. Quénu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, et Pierre Duval, chirurgien des hôpitaux. Ce cours commencera le 16 mars.

Deuxième cours : Opérations courantes et chirurgie d'urgence, par C. Walther, professeur agrégé, chirurgien de la Pitié, et J. Arrou, chirurgien de l'hôpital Hérold. Ce cours commencera le 16 mars.

Troisième cours : Opérations de gynécologie, par A. Ricard, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et A. Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. Ce cours commencera le 1er mai.

Quatrième cours : Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme, par J. Albarran, professeur agrégé, chirurgien de la Maison municipale de santé, et R. Proust, professeur agrégé. Ce cours commencera le 2 mai.

Cinquième cours : Opérations sur la tête, le cou, l'oreille, le nez et le larynx, par Pierre Sébileau, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, et E. Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. Ce cours commencera le 6 juin.

Sixième cours : Opérations sur l'œil et son appareil annexiel, par V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière. Ce cours commencera le 6 juin.

Le nombre des élèves est limité. Sont admis à suivre ces cours les docteurs français et étrangers et les étudiants immatriculés qui auront à acquitter, pour chaque cours, un droit de 80 francs.

Les cours sont ouverts gratuitement à tous les internes des hôpitaux, sans autre limite de nombre que celle imposée aux exercices techniques par les ressources du laboratoire.

S'inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

— Opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin et le rectum, par MM. E. Quénu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, et Pierre Duval, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Ce cours commencera le vendredi 16 mars. Il aura lieu à quatre heures un quart.

I. Chirurgie générale du foie; voie d'accès (abdominale, transpleurale); résection et suture du foie; hépatopexie; exploration générale des voies biliaires. Vendredi 16 mars.

II. Cholécystotomie et cholécystostomie; cholécystectomie, cholécysto-entérostomie. Les cholédocotomies. Lundi 19 mars.

III. Gastrotomie; exploration intra-stomacale; suture des plaies bi-pariétales; gastrostomies; gastro-entérostomies (antérieure, postérieure, en Y). Vendredi 23 mars.

IV. Gastrectomie; jéjunostomie. Lundi 26 mars.

V. Intervention pour plaies d'intestin par armes à feu; sutures de l'intestin; entérectomies et entéro-anastomoses. Vendredi 30 mars.

VI. Colostomie (temporaire et définitive); fistulisation temporaire du cæcum; appendicectomie. Lundi 2 avril.

VII. Résection du segment iléo-cæcal; résection du côlon pelvien; résection des segments fixes du gros intestin. Mercredi 4 avril.

VIII. Les anastomoses colo-coliques; iléo-sygmoïdostomies. Vendredi 6 avril.

IX. Incision des abcès de l'anus; traitement des fistules simples et complexes de l'anus; cure radicale des hémorroïdes; traitement du prolapsus rectal. Lundi 9 avril.

X. Les amputations du rectum; résection partielle par voie para-sacrée; extirpation périnéale extrasphinctérienne et intrasphinctérienne. Extirpation abdomino-périnéale. Mercredi 11 avril.

Les élèves répéteront les opérations sous la direction des prosecteurs et de plusieurs moniteurs.

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 60 francs. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

— Chirurgie d'urgence, chirurgie courante et chirurgie du thorax, par MM. C. Walther, professeur agrégé, chirurgien de la Pitié, et J. Arrou, chirurgien de l'hôpital Hérold. — Ce cours commencera le vendredi 16 mars. Il aura lieu à quatre heures un quart.

I. Suture des plaies; hémostase; anesthésie locale; greffes. Lundi 2 avril.

II. Suture des tendons et des nerfs; traitement de l'hémarthrose; arthrotomies; trépanations osseuses. Mercredi 4 avril.

III. Chirurgie des traumatismes de la main; amputations de l'avant-bras et du bras, et leurs indications. Vendredi 6 avril.

IV. Chirurgie des traumatismes du membre inférieur (écrasements et fractures compliquées). Lundi 9 avril.

V. Tumeurs blanches; hygromas; hallux valgus; ongle incarné. Mercredi 11 avril.

VI. Chirurgie du thorax; plaies de poitrine; pleurésies purulentes; fistules pleurales; abcès froid costal. Vendredi 16 mars.

VII. Chirurgie du sein; abcès; tumeurs bénignes; tumeurs malignes. Lundi 19 mars.

VIII. Chirurgie de l'abdomen; contusions et plaies de l'abdomen; péritonites; appendicite. Vendredi 23 mars.

IX. Hernies; hernie étranglée; cure radicale des hernies. Lundi 26 mars.

X. Occlusion intestinale; anus artificiels; hémorroïdes; abcès et fistules de l'anus. Vendredi 30 mars.

Les élèves répéteront les opérations sous la direction des prosecteurs et de plusieurs moniteurs.

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 60 francs. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Cook, les excursions suivantes :

Italie. — Départ de Paris, le 29 mars 1906. — Retours à Paris, le 25 avril 1906. — Durée de l'excursion : 28 jours.

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1 070 fr. ; 2e classe : 975 fr.

Algérie-Tunisie. — Départ de Paris, le 15 mars 1906. — Retour le 12 avril. Durée de l'excursion : 29 jours.

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1 245 fr. ; 2e classe : 1 120 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Cook, 1, place de l'Opéra, et 250, rue de Rivoli, à Paris.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

LE DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

Par Marcel FERRAND,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les travaux récents et les épidémies de méningite cérébro-spinale que l'on vient d'observer, ont permis de vérifier certains points d'un diagnostic souvent difficile à cause de la variété des apparences qu'elle peut revêtir. Ils ont éprouvé les principaux de ses symptômes aujourd'hui classiques; ils en ont ajouté quelques-uns de moindre importance. Bien que les examens cytologiques et bactériologiques aient été multipliés, ils n'ont pu cependant fournir la preuve d'une spécificité de nature, qui autoriserait seule à lui attribuer une place à part, qu'elle semble cependant posséder cliniquement, parmi les autres méningites cérébro-spinales. La question s'est trouvée néanmoins singulièrement agrandie, et le double intérêt étiologique et prophylactique qui s'y rattache s'en est considérablement accru.

I

Diagnostic clinique (1). — Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale est de ceux qui se présentent dès l'abord à l'esprit, quand on se trouve en face du tableau habituel d'une affection où les symptômes d'irritation méningée et les symptômes infectieux tiennent une part à peu près égale.

Après un début brusque avec température élevée, céphalée, vomissements, rachialgie, l'apparition rapide de contractures généralisées ou de contractures régionales (crampe de la nuque, signe de Kernig), attire de suite l'atttention vers une localisation méningée. Des paralysies à forme variable, des troubles dans le rythme et la fréquence du pouls et de la respiration, des signes vaso-moteurs, puis des troubles de l'intelligence se manifestant par de l'agitation délirante ou au contraire par la prostration, l'hébétude et le coma, tout cet ensemble symptomatique survenant en général rapidement, sans qu'on assiste à une évolution périodique quelconque, milite en faveur de cette méningite. Malgré la gravité des signes, l'état général se conserve relativement assez bon; après une durée de vingt à trente jours en moyenne, la guérison survient dans la moitié des cas environ, guérison qui n'est pas toujours complète d'ailleurs, et laisse souvent subsister des séquelles plus ou moins importantes.

Depuis plusieurs années déjà qu'on s'efforce à parfaire ce tableau, la fréquence de certaines manifestations infectieuses, considérées auparavant comme des complications, les a fait regarder presque comme des symptômes. Les relations des dernières épidémies permettent d'y ajouter également quelques traits de moindre importance il est vrai, et en partie variables avec chacune d'elles.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes d'irritation méningée; ils sont bien connus et ne présentent d'intérêt que par la prédominance en général des signes spinaux sur les signes cérébraux. Rappelons cependant la *tendance à la contracture* dont la raideur de la nuque si souvent intense (1), le signe de Kernig ne sont que des manifestations régionales [Chauffard (2)]. Rencontré si souvent par tous les auteurs, ce dernier a été particulièrement fréquent dans l'épidémie d'Amérique (Elsner, 90 p. 100; Billings ne l'a vu manquer que 7 fois dans les nombreux cas qui font l'objet de son rapport). En Silésie il a été moins souvent rencontré; quand il manquait, les signes les plus sûrs chez les enfants et les nourrissons étaient la *distension des fontanelles*, la *rigidité de la colonne dorsale*, et surtout la *douleur dans le tronc et les membres* à l'occasion des mouvements passifs (Gœppert), traduction d'une hyperesthésie musculaire comparable à l'hyperesthésie cutanée. Le *signe de Babinski* (3) a été signalé déjà assez souvent, particulièrement dans l'épidémie de Silésie.

La *fièvre* est, en général, élevée dès le début, atteint rapidement son maximum (40, 41 degrés) et devient ensuite tout à fait irrégulière. Il n'y a pas de courbe thermique spéciale à la maladie, et même l'hyperthermie peut dans des cas rares manquer complètement.

Parmi les signes digestifs, la *diarrhée* remplaçant la constipation, diarrhée quelquefois incoercible (Heubner), doit être mentionnée. L'entérite est d'ailleurs fréquente ici, chez les nourrissons.

Les cas d'*arthrites* sont relativement nombreux; elles atteignent surtout les genoux.

Les *troubles oculaires* sont très fréquents (Davis, épidémie de New-York). On constate des troubles pupillaires, des paralysies oculaires, l'anesthésie de la cornée [Heine (4)], de la *conjonctivite purulente* à méningocoque ou à pneumocoque, avec possibilité d'infection secondaire des milieux intérieurs de l'œil. En Silésie, le *strabisme* a été avec la céphalée et les vomissements un des symptômes les plus *précoces* de l'affection.

Les *otites moyennes*, avec leurs complications immédiates et éloignées, sont les plus remarquables par leur fréquence parmi les *lésions de l'oreille*.

La *rougeur du pharynx*, déjà signalée dans la moitié des cas comme signe de début dans la petite épidémie d'Alger (Cochez et Lemaire), a été retrouvée très souvent par Gœppert (5).

Parmi les *éruptions cutanées*, pouvant affecter différents types (morbilliforme, roséolique, purpuri-

(1) Voir Traités classiques, et particulièrement : Hutinel, in *Traité* de Brouardel et Gilbert, et M. Labbé. La méningite cérébro-spinale épidémique, *Gaz. des hôpit.*, 15 et 22 sept. 1900.

(1) On a décrit dans ces derniers temps, en Angleterre, une forme particulière de la méningite cérébro-spinale des nourrissons, sous le nom de *posterior basis meningitis*. Le renversement de la tête en arrière en hypertension et des phénomènes oculaires graves, en constituent les deux grands symptômes.

(2) Chauffard. *Presse méd.*, 3 avril 1901.

(3) Krause. *Berl. klin. Wochens.*, 1905, nos 31-32.

(4) Heine. *Berl. klin. Wochens.*, 1905, no 25.

(5) Gœppert. *Id.*

forme, scarlatiniforme, etc.), et fréquentes dans certaines épidémies telles que celles d'Irlande et d'Angleterre, au point que la maladie fut alors désignée sous les noms de « purpuric fever » et de « spotted fever », c'est l'*herpès* qui est le plus souvent observé. Il a ici, pour tous les auteurs, une grande valeur symptomatique; exclusivement labial souvent, il peut acquérir parfois une extension considérable, et couvrir de ses vésicules le visage entier; exceptionnellement enfin il peut se généraliser. Il a été trouvé par Canuet dans la moitié des cas; il peut être presque constant dans certaines épidémies.

En temps d'*épidémie* et en particulier chez les sujets *jeunes* le diagnostic est donc en général facile.

Mais dans les cas *isolés*, *sporadiques*, ou lorsque la méningite cérébro-spinale épidémique revêt une forme non commune, quand un symptôme ou un groupement de symptômes dominent, quand plusieurs des signes qu'on est habitué à considérer comme fondamentaux, viennent à manquer, le diagnostic est autrement malaisé et quelquefois impossible.

L'extension donnée dans ces dernières années au procédé imaginé par Quincke, a diminué considérablement les chances d'erreur. Si tous les problèmes de cette affection polymorphe en ses manifestations n'ont pu recevoir encore de solutions satisfaisantes, ceux d'une importance pratique immédiate ont du moins été résolus.

La ponction lombaire a permis de distinguer nettement les méningites cérébro-spinales des infections ou des intoxications qui pouvaient les simuler, de faire la part du *méningisme*, de séparer les méningites purulentes dites *simples*, *franches*, de la tuberculose méningée, de *classer* entre elles ces diverses méningites, de mieux connaître la nature des méningites *séreuses*, autrefois considérées comme *non bactériennes*, de découvrir des inflammations méningées qui seraient restées *latentes* ou *frustes*, enfin plus récemment d'en différencier une affection dont la symptomatologie, d'emprunt également, lui ressemble quelquefois étrangement, l'*hémorragie méningée*.

Nous montrerons d'abord comment certaines formes de méningite cérébro-spinale épidémique, éveillant par une symptomatologie anormale, l'idée d'affections tout autres, peuvent néanmoins en être quelquefois distinguées. Nous verrons ensuite comment la localisation sur les méninges d'un processus probablement toxique, ou des manifestations réflexes intenses, en imposent pour une méningite chez certains sujets prédisposés, alors que les enveloppes restent indemnes au moins par nos procédés d'investigation. Enfin, nous aidant de travaux récents, nous chercherons à séparer cliniquement les manifestations qui traduisent l'état de souffrance des méninges cérébro-spinales, que leur cause soit une méningite épidémique, une infection tuberculeuse, une méningite secondaire à une affection pneumonique, éberthienne, etc., une méningite séreuse, une hémorragie méningée.

Par la prédominance des *signes d'irritation spinale* ou des *signes infectieux*, certaines affections peuvent faire croire à tort à une méningite cérébro-spinale absente.

Dans celle-ci en effet, la raideur de tout le corps, qui apparaît comme soudé, et peut même aller jusqu'à l'opisthotonos, la contracture des muscles de la nuque, du dos, du tronc, amenant une gêne marquée de la respiration; la dysphagie, le trismus quelquefois observé, les secousses convulsives, l'hyperesthésie généralisée souvent atroce, l'hyperthermie peuvent en imposer pour un *tétanos* (1). Cependant le trismus, souvent premier signe de l'infection tétanique, atteint en général ici une intensité qui manque dans la méningite; un rire grimaçant ou sardonique l'accompagne souvent. La contracture des muscles des membres inférieurs est impossible à vaincre (Roux). Le signe de Kernig manque en général. Les troubles du pouls n'existent pas et la température est plus régulièrement et plus progressivement élevée, au moins dans le tétanos mortel, que dans la méningite.

Ces mêmes contractures persistantes et douloureuses, peuvent faire penser au *mal de Pott cervical*. Quand elles surviennent au début de la méningite, on peut les croire symptomatiques d'une *arthrite sacro-iliaque* ou d'un lombago [Galliard (2)].

En opposition à ces formes d'irritation méningée prédominante, les *signes infectieux* peuvent au contraire se trouver au premier plan. La céphalée, l'hyperthermie, l'augmentation de la rate quelquefois signalées, les taches érythémateuses, la diarrhée, l'adynamie ou l'agitation dans la *forme typhoïde*, peuvent en imposer pour une *dothiénentérie*. L'étude du début de l'affection, la fétidité toute particulière de la diarrhée, l'absence de vomissements, le ballonnement du ventre, l'aspect de la langue, contribueront à fixer un diagnostic que la séro-réaction, répétée plusieurs fois s'il y a lieu, confirmera.

Les réactions nerveuses de la *grippe* peuvent également simuler la méningite, et la notion d'épidémicité même ne saurait être toujours d'un grand secours, puisque des épidémies de grippe et de méningite cérébro-spinale peuvent coexister.

Mêmes réactions nerveuses excessives dans la *pneumonie* (3), chez les enfants en particulier, qui se traduit alors tout comme la méningite, par des convulsions, du trismus, par la raideur de la nuque et des membres et parfois par l'inégalité pupillaire. Souvent d'ailleurs le *début des fièvres éruptives* s'accompagne chez les enfants de manifestations semblables, de vomissements, de délire, qui cèdent, il est vrai, assez rapidement.

La fréquence relative, au cours des méningites cérébro-spinales épidémiques, des manifestations douloureuses articulaires, ou la localisation de leurs agents pathogènes sur ces articulations (Galliard),

(1) Leroux et Viollet. Un cas de méningite cérébro-spinale simulant le tétanos, *Presse méd.*, 21 déc. 1898.

(2) Galliard. Soc. méd. des hôpit., 20 mai 1898.

(3) Hutinel. Des méningites à pneumocoque et des symptômes méningitiques dans les pneumonies, *Semaine médic.*, 22 juin 1892.

peuvent simuler une attaque de *rhumatisme aigu*.

Par la soudaineté de son coma, dans sa *forme foudroyante*, la méningite cérébro-spinale peut être confondue, à cause de la coexistence fréquente de la glycosurie ou de l'albuminurie, avec les comas *diabétique* ou *urémique*. La recherche négative de l'odeur acéturémique de l'haleine et de la réaction de Gerhard peut être, dans ces cas, d'un grand secours. Dans l'urémie, le diagnostic peut être encore plus difficile; Boinet a rapporté récemment un cas de méningite cérébro-spinale s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs, d'albumine, de dysdème avec Cheyne-Stokes, etc. L'hypertension du pouls, le bruit de galop net ou ébauché seront recherchés avec soin.

Chez l'*enfant*, les signes d'une réaction cérébro-spinale grave, unis à des symptômes généraux, peuvent encore être la conséquence d'une *otorrhée* chronique. L'examen soigneux et de parti pris de l'oreille, dont on sait l'importance en séméiologie infantile, devra faire penser à un abcès du cerveau ou à une méningite secondaire et éloigner l'idée d'une méningite cérébro-spinale épidémique.

Celle-ci, dans une forme qu'elle a revêtue souvent chez le nourrisson, lors de l'épidémie de Silésie, forme d'*entérite* [Japha, Salge (1)], pourra être facilement confondue avec une diarrhée simple ou symptomatique s'accompagnant de signes graves, de température et de convulsions. La saillie des fontanelles, le plus souvent absente alors, serait un bon élément de diagnostic.

Dans certains cas, les conditions mêmes de l'observation disposent à l'erreur. Chez le *vieillard*, on ne soupçonne qu'en temps d'épidémie et tout à fait exceptionnellement la méningite cérébro-spinale, prêt, bien plutôt, à incriminer toute autre cause.

Dans la *puerpéralité*, on ne pensera pas toujours à la rechercher, et le diagnostic d'hémorragie méningée au cours d'un accès éclamptique, ou d'éclampsie satisfera à tort l'esprit [Brindeau (2)].

Mais c'est surtout lorsque, loin de revêtir une apparence aussi grave, la méningite ne se caractérisera que par quelques céphalées, de la fatigue, de l'inaptitude au travail, sans que même le sujet s'alite, ou dans des formes moins *latentes*, mais *bénignes* encore ou *avortées*, quand la maladie tournera court rapidement, que le diagnostic clinique seul sera pour ainsi dire impossible (3). Comment ne pas penser plutôt à de la grippe légère, à la migraine, à la céphalée d'origine syphilitique ou urémique, dans ces cas légers, alors que l'esprit s'est habitué au tableau toujours grave des méningites?

Dans un *second groupe de faits*, la méningite cérébro-spinale, loin d'être méconnue, est au contraire incriminée à tort, sur la foi de certains signes qui retiennent l'attention et orientent faussement le diagnostic. Les mêmes erreurs déjà signalées se reproduisent alors, mais en sens inverse. C'est qu'en effet on s'est accoutumé à accorder à quelques-uns de ces signes une importance presque pathognomonique qu'ils ne possèdent pas. Le *signe de Kernig*, par exemple, dont la valeur est certaine, bien démontrée en 1882 par son auteur, et en France par Netter, est loin de témoigner toujours et nécessairement d'une participation du cerveau ou de la moelle au processus morbide. On l'a rencontré dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, la pleurésie avec épanchement, la maladie de Basedow, le rhumatisme vertébral, les lésions cérébrales en foyer [Amaducci (1), Sailler (2)]. Darcanne (3) en a montré l'importance au cours de la paralysie générale. Sicard (4) l'a même rencontré dans le méningisme. Enfin, Chauffard, Widal, Froin, etc., l'ont cité comme un symptôme très fréquent dans l'hémorragie méningée.

Cette confusion, l'*hystérie* peut la produire au plus haut point, par les accidents de *pseudo-méningite* ou de *méningisme* qu'elle peut déterminer.

Dupré avait compris sous cette dénomination « l'ensemble des symptômes éveillés par la souffrance des zones méningo-corticales et indépendantes de toute altération anatomique saisissable ». Le large groupe ainsi désigné fut démembré peu à peu et ce mot ne doit plus être appliqué maintenant, pour la majorité des auteurs, qu'aux manifestations cérébro-spinales de nature purement névropathique. Le diagnostic clinique en est difficile, on pourra cependant s'appuyer [Lamouroux (5)], sur la prédisposition du sujet présentant une tare névropathique, sur l'existence de contrariétés vives précédant de peu de temps l'éclosion des accidents, sur l'absence d'amaigrissement, sur les caractères bizarres et insolites du délire quand il existe, sur les discordances des symptômes. Certains sont parfois excessifs, et d'autres manquent qui devraient les accompagner.

Quant au diagnostic des *méningites séreuses*, nous ne saurions nous y arrêter ici; la clinique seule est impuissante à faire la part du méningisme ou de la réaction méningée relativement légère qui leur donne naissance (6).

Avant l'avènement de la ponction lombaire, le point le plus important du diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique était sa différenciation d'avec la *méningite tuberculeuse*, et les classiques en étudiaient minutieusement le tableau comparatif, s'efforçant d'y trouver des éléments d'appréciation,

(1) Japha, Salge. Soc. méd. de Berlin, mai 1905.

(2) Trois cas de méningite cérébro-spinale dans l'état puerpéral, Soc. obstétr. de France, 7 avril 1904.

(3) Sicard. De la forme ambulatoire des méningites bactériennes, *Presse méd.*, 21 août 1901.

(1) Amaducci. Sur la prétendue valeur diagnostique et séméiologique du signe de Kernig, *Il Policlinico*, sez. pratica, fasc. XXXII, 1905.

(2) Sailler. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, mai 1902.

(3) Darcanne. Congr. des méd. alién. et neurol., Rennes, 1er au 7 août 1905.

(4) Sicard. Loc. cit., *Presse méd.*, 21 août 1901.

(5) Lamouroux. *Contribution à l'étude du méningisme*, Th. de Paris, 1902; — Peters. Etude clinique et pathogénique de la pseudo-méningite, *Arch. russes de pathol. et de méd. chir.*, mars 1902.

(6) Voir à ce propos la remarquable étude critique qu'en fait M. Hutinel dans le *Traité* de Brouardel-Gilbert, p. 375 et suiv.

invoquant la longueur de son début, l'absence de périodes nettes, d'antécédents héréditaires ou personnels, la moindre fréquence et la moins grande précocité des phénomènes médullaires, etc. Mais tous ces signes, s'ils existent le plus souvent, ne sont pas d'un grand secours, précisément dans les cas les plus embarrassants, les formes rares et anormales. Il en est ainsi des formes aiguës, à prédominance spinale, des formes de l'adulte. Enfin les rémissions, la longue durée de l'affection tuberculeuse peuvent être parfaitement simulées par les rémissions, par la forme prolongée de la méningite cérébro-spinale épidémique. Chauffard a cependant insisté sur un signe important : la fréquence de la *conservation de l'état général*, et l'*absence de la dénutrition rapide et précoce* qu'on observe dans la tuberculose méningée.

Plus facile au premier abord paraît le diagnostic de la méningite cérébro-spinale d'avec les *méningites secondaires*. Elles peuvent d'abord avoir, de par leur origine, un certain nombre de caractères commuus ; leur début, au cours d'une maladie déjà franchement pyrétique, est moins bruyant; quelquefois aussi, l'organisme épuisé ne peut plus réagir.

Dans plusieurs cas de méningites *typhiques* dues souvent d'ailleurs à des infections secondaires, le pouls était peu ralenti, la céphalalgie, les vomissements, la constipation absents.

Au cours ou au déclin de la *pneumonie*, une ascension brusque de la température, quand il n'existe pas d'autres lésions capables de l'expliquer, doit faire penser à la méningite (Jaccoud). Quelquefois la symptomatologie ordinaire est modifiée ; il peut y avoir un véritable ictus apoplectique, suivi parfois d'hémiplégie et d'aphasie, de parésie ou de contracture des mâchoires, quelques tremblements, et rapidement le coma et la mort.

Les méningites *otiques* sont en général causées par les otites *aiguës*. Quelquefois cependant au cours de suppurations anciennes, surviennent des accidents aigus, les convulsions et la mort rapide dans le coma. Plus souvent l'évolution est moins rapide, et l'on voit quelquefois prédominer les symptômes typhoïdes ou pyohémiques. Certaines particularités sont dues à la localisation de l'irritation. La paralysie faciale périphérique est fréquente ; souvent des symptômes basilaires, paralysies oculaires, etc., s'y ajoutent. A la gravité des symptômes généraux on oppose en général le peu d'intensité des phénomènes auriculaires [Royet (1)].

Mise à part leur origine qui peut d'ailleurs ne pas être connue, ces méningites ne présentent pas, comme on le voit, de caractères différentiels vraiment importants. Mais la difficulté de leur diagnostic est souvent bien plus marquée. C'est qu'en effet, la localisation du méningocoque à l'oreille, au poumon, est fréquente, comme on sait, dans la méningite épidémique et l'on conçoit que l'on ait longtemps discuté sur leur véritable nature.

C'est encore avec l'aide de la ponction lombaire qu'on a pu étudier cliniquement, plus en détail, l'hémorragie méningée (1) et d'en poser d'une façon suffisamment précise les éléments de diagnostic. Naguère on ne pouvait l'établir qu'à l'autopsie, et les cas favorables étaient le plus souvent étiquetés hémorragie cérébrale, méningite, ou accidents méningés, sans qu'on ait aucun critérium certain de la véritable nature du mal. La ponction lombaire en en fournissant un témoignage anatomique irréfutable a permis de pousser davantage leur étude clinique, et de les dépister ainsi plus souvent.

Ici tous les symptômes nerveux décrits dans la méningite cérébro-spinale ont été observés. La réaction douloureuse peut être intense, le signe de Kernig, la raideur de la nuque, les convulsions, les paralysies, la fièvre même s'y rencontrent. Mais tout significatifs qu'ils paraissent être d'une inflammation méningée, « ces différents symptômes sont loin, dit M. Chauffard (2), d'avoir une signification pathognomonique. Il y a lieu de distinguer dans le tableau clinique de la méningite cérébro-spinale, *deux séries symptomatiques*.

La *première série* comprend les réactions douloureuses (céphalée, rachialgie, paroxysmes douloureux), les phénomènes d'hypertonie musculaire (contracture de la nuque, signe de Kernig), les signes de lésions en foyer (hémiplégie, monoplégie, répercussions pyramidales secondaires).

La fièvre peut également être un trait commun aux deux processus.

Tout cet ensemble de symptômes peut à bon droit se rencontrer dans les deux cas, puisqu'il ne correspond en somme qu'à des réactions de la méningite différentes par leur pathogénie et leur intensité, plutôt que par la nature elle-même.

Au contraire la *seconde série symptomatique* appartient bien en propre à la méningite cérébro-spinale : ce sont les grands signes infectieux, si habituels et si graves souvent dans cette maladie, l'herpès de la face, les éruptions septicémiques, la néphrite, les arthrites, les endopéricardites, les otites, les lésions oculaires, etc... Ces signes, l'hémorragie méningée, processus aseptique, est impuissante à les réaliser; les premiers, au contraire, elle peut les présenter sous leur forme la plus saisissante. »

Peut-on aller plus loin dans le diagnostic par les seules données d'un examen clinique, et puisqu'il semble admis que la méningite cérébro-spinale épidémique est due le plus souvent au mémigocoque de Weichselbaum, peut-on cliniquement la distinguer des formes où d'autres germes ont été rencontrés ?

Concetti la croit d'allures moins bruyantes, à début moins brusque; plus traînante, elle procède par poussées, dure souvent plusieurs mois et n'est mortelle que dans le quart des cas. Canuet (3) pense

(1) Royet. *Méningite cérébro-spinale d'origine otitique*, Th. de Paris, 1905.

(1) Il y a intérêt à lire, pour tout ce qui concerne l'hémorragie méningée, l'étude claire et complète de G. Froin (Th. de Paris, 1905). Les nombreuses observations personnelles qu'elle contient, et la théorie originale de l'hématolyse en général qui y est soutenue lui donnent une réelle importance.

(2) Chauffard. Soc. méd. des hôpit., 23 oct. 1903.

(3) Canuet. *Méningite cérébro-spinale épidémique (méningocoque)*, Th. de Paris, 1901.

aussi qu'elle présente une physionomie clinique particulière. Ce que nous avons dit de la variété de ses allures et de la diversité de ses formes, nous permet un doute à ce sujet, au moins dans la majorité des cas. On peut soupçonner ce diagnostic mais non l'affirmer. Ce sont les résultats de la ponction lombaire qui décideront en dernier ressort.

II

Éléments de diagnostic fournis par la ponction lombaire. — Les renseignements précieux qu'elle apporte sont tirés surtout de l'examen *physique*, *chimique*, *cytologique* et *bactériologique* du liquide céphalo-rachidien.

Nous ne nous arrêterons pas à la *technique* (1) de cette opération en général facile et bénigne, qui est maintenant entre toutes les mains. Nous mentionnerons seulement les résultats capitaux des études poursuivies ces dernières années avec tant d'activité, nous réservant d'insister davantage sur les notions récemment acquises et sur les *difficultés d'interprétation* que l'on ne doit pas méconnaître si l'on veut pouvoir affirmer un diagnostic.

Éléments de diagnostic tirés de l'étude des caractères physiques du liquide céphalo-rachidien. — Le liquide céphalo-rachidien *normal* est incolore et transparent. Il ne dépose pas ; sa densité est de 1003 à 1006, son point de congélation, entre — 0,60 et — 0,65. Il s'écoule normalement goutte à goutte, mais sa tension est variable d'un sujet à un autre.

Dans les *méningites aiguës* (2), il est louche, trouble ou laiteux ; parfois purulent avec une apparence verdâtre, laissant se déposer des flocons plus ou moins abondants ou même du pus. Sa densité augmente légèrement ; son étude cryoscopique donne moins de renseignements que dans la *méningite tuberculeuse*.

Dans cette dernière (3), le liquide ordinairement limpide ou traversé de légers flocons, devient hypotonique par rapport au sérum sanguin (autour de — 0,56) et son point de congélation s'abaisse à — 0,55 et même à — 0,48, entraînant alors l'*hémolyse* des globules rouges qu'il peut contenir [Bard (4)]. Sa pression est particulièrement augmentée, ainsi que dans certaines *méningites séreuses*, mais d'une façon cependant inconstante.

Quelquefois cependant, au lieu d'être incolore et limpide, le liquide céphalo-rachidien peut présenter une teinte hémorragique jaunâtre. Cette même teinte jaune ou jaune verdâtre a été observée entre autres [Sicard (1), Bard (2)] dans la méningite tuberculeuse et dans plusieurs cas de méningite aiguë. Elle doit être rattachée à de petites hémorragies pie-mériennes dues à l'intensité de la réaction inflammatoire. Bard rattache cette *xanthochromie* [Tuffier et Milian (3)] à la formation d'un pigment dérivé de l'hémoglobine. Bard l'attribue à la *lutéine*, pigment du sérum normal.

Enfin, même dans les méningites sans inflammations hémorragiques aiguës, on peut voir s'écouler un liquide teinté légèrement de sang, ou franchement sanguinolent. C'est alors qu'il y a *faute opératoire*, que l'aiguille a traversé une veinule sous-cutanée ou les riches plexus veineux arachnoïdiens. Il suffit souvent de retirer ou d'enfoncer très légèrement l'aiguille pour que cette teinte hémorragique disparaisse, et que le liquide recueilli dans un deuxième et un troisième tube reste franchement limpide, louche ou purulent, mais privé de toute trace de sang. De plus, si on laisse déposer le liquide, ce sang venu accidentellement se coagule formant un caillot, alors que, dans les épanchements sanguins du névraxe, il y a absence de coagulum. Si cependant, dans ce cas, des globules rouges se déposent par sédimentation, il suffit d'agiter le tube pour rendre au liquide sa couleur et son aspect primitifs. Enfin, après centrifugation le liquide devient incolore, tous les éléments rouges étant compris dans le culot ; dans le second cas, au contraire, le sérum reste laqué.

Éléments fournis par l'étude de ses caractères chimiques et de la perméabilité méningée. — *Normalement*, ce liquide n'est qu'une solution faible de sels dont le principal est le NaCl. Il ne renferme que des traces de globuline (0,06 à 0,15 p. 1000) ; pas de sérine, de fibrine ou de fibrinogène.

Dans les *méningites aiguës*, la globuline et surtout la sérine existent en proportion relativement considérable, jusqu'à 8g50 par litre. La *méningite tuberculeuse* n'en renferme que 1 à 2 grammes par litre.

A l'état normal, l'arachnoïde s'oppose au passage *de dehors en dedans* des médicaments ingérés ou injectés sous la peau. Il en est de même dans la méningite cérébro-spinale épidémique [Griffon (4), Sicard et Brécy (5)]. Dans la méningite tuberculeuse au contraire, on observe en général (6) la perméabilité. Dans l'hémorragie méningée, son existence

(1) Voir Sicard. *Le liquide céphalo-rachidien*, coll. Léauté, 1903, et plus récemment les excellentes leçons consacrées par M. Achard à son étude dans *Les nouveaux procédés d'exploration*, p. 450, 1903, qui donnent une bibliographie très complète.

(2) Voir pour cette question Widal, Sicard et Ravaut. Soc. de biol., oct. 1900, et Soc. méd. des hôpit., 24 janv. 1901.

(3) Pour le détail, consulter la revue de Trémolières. Le diagnostic de la méningite tuberculeuse par les procédés nouveaux, *Gaz. des hôpit.*, 7 nov. 1903.

(4) Bard. Soc. de biol., 15 fév. 1901, et Des variations pathologiques du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien, *Semaine méd.*, 14 janv. 1903.

(1) Voir pour la question de la xanthochromie, Sicard, Soc. de biol., 30 nov. 1901 ; Chromo-diagnostic du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 25 janv. 1902, et Achard, *Nouveaux procédés d'exploration*.

(2) Bard. Des colorations du liquide céphalo-rachidien d'origine hémorragique, *Semaine méd.*, 14 oct. 1903.

(3) Tuffier et Milian. *Presse méd.*, 5 mars 1902. — Milian. Le liquide céphalo-rachidien hémorragique, *Gaz. hebdom.*, 7 avril 1902.

(4) Griffon. Soc. de biol., 11 janv. et 29 mars 1901.

(5) Sicard et Brécy. Soc. des hôpit., 19 avril 1901.

(6) Widal, Sicard et Monod, Perméabilité méningée à l'iodure de potassium au cours de la méningite tuberculeuse. Elle peut d'ailleurs manquer (Guinon et Simon, Widal et Sicard), ou exister dans les méningites aiguës syphilitiques (Brissaud et Brécy).

est variable et l'on ne saurait compter sur elle (Chauffard, Froin et Boidin).

Signalons cependant lee conclusions opposées de Milian (1), qui dénie toute valeur à ces constatations et met en cause plutôt les altérations des plexus choroïdes et des vaisseaux pie-mériens, qu'une perméabilité ou une imperméabilité des méninges.

La *teneur en sel* de ce liquide est peu importante au point de vue du diagnostic. Cependant, le chiffre normal du glucose contenu (0,40 à 0,50 p. 1000) serait en faveur du méningisme, alors que sa diminution serait constante dans les méningites tuberculeuses ou bactériennes (2).

Éléments de diagnostic fournis par la cytoscopie. — Dans toute méningite aiguë bactérienne, au moment où le processus infectieux est à son maximum, on trouve en général, après centrifugation, un culot plus ou moins volumineux, renfermant des polynucléaires (3) en grande abondance, prédominant manifestement.

Mais les faits ne sont pas toujours aussi simples. Tout d'abord, cette ponction peut-être *blanche;* le liquide céphalo-rachidien trop épais ne s'écoule pas, bien que certaines autopsies aient amené la découverte d'un pus crémeux et dense tapissant les méninges, alors que des ponctions répétées avaient été négatives.

D'autre part, le liquide retiré peut être à l'œil nu parfaitement clair, même dans les cas où la mort, suivant de près la ponction, a permis de retrouver une véritable couche de pus intra-méningien, Mais ici la centrifugation révélera des leucocytes abondants.

Enfin, la présence *accidentelle* de sang en plus ou moins grande quantité, ne se révélant quelquefois qu'après centrifugation, et même dans le cas de liquide clair, pourra occasionnellement troubler le résultat de la ponction.

Une deuxième cause d'erreur dans la lecture de l'étalement résulte de la présence parmi de nombreux polynucléaires, de *lymphocytes* en plus ou moins grande quantité. Si les antécédents du malade ne sont pas connus (syphilis antérieure, sclérose en plaques, tabes, paralysie générale, au début), si l'évolution de la méningite a été anormale, on conçoit que la difficulté d'interprétation de ces faits soit très grande.

On a montré, en effet, d'une part que certaines méningites tuberculeuses pouvaient donner de la polynucléose nette en corrélation avec une pullulation bactérienne intense (4), tuberculeuse ou secondaire [Bernard (5)], lors des poussées aiguës, ou aux approches de la mort. On y a vu des cellules endothéliales très nombreuses, des polynucléaires prédominants, des lymphocytes n'apparaissant qu'après les polynucléaires [Barjon et Cade (1)].

On sait, d'autre part, qu'une méningite aiguë, passé la phase d'activité, donne assez rapidement lieu au passage de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien, venant se substituer peu à peu aux polynucléaires et les remplacer totalement dans l'espace de quelques semaines, ou de quelques mois, lors de la guérison clinique de l'affection. La présence des lymphocytes se voit également, quand le processus aigu subit un temps d'arrêt [Labbé et Castaigne (2), Sicard et Brécy (3)], la polynucléose pouvant d'ailleurs reparaître, s'il survient de nouveau une aggravation ou une rechute. Ces faits rentrent du reste dans la loi générale des formules cytologiques, qui veut qu'un processus chronique se décèle par la lymphocytose, un processus aigu par la polynucléose. Cette règle ne souffre que quelques exceptions, faciles à éliminer en général, si l'on a connaissance entière des antécédents du malade et si l'on en écarte la méningite aiguë (4), qui donne de la lymphocytose.

Ajoutons enfin que l'étude de l'étalement peut montrer d'autres éléments que des globules sanguins normaux. Nous avons déjà signalé, dans certaines méningites tuberculeuses, des cellules desquamées. Elles sont en nombre souvent considérable dans l'hémorragie méningée (Bard). De plus, Sabrazès et Muratet (5) ont montré dans ces cas la fréquence de cellules volumineuses renfermant des débris de globules rouges (*hématomacrophages*). L'existence de globules rouges décolorés (achromatocytes) serait pour Froin (6) le début de la *globulolyse* qui, avec l'hémoglobinolyse et l'hématophagie, « représente le triple effort de la méninge pour se débarrasser des hématies. »

En résumé, en tenant compte des réserves que nous avons dû formuler, la constatation d'un culot même peu volumineux, montrant une polynucléose abondante, suivie ou non de lymphocytose, nous permettra d'affirmer une méningite cérébro-spinale *aiguë*, mais sans qu'on puisse rien préjuger de sa véritable origine. La *bactériologie* va maintenant, au moins dans la plupart des cas, nous la faire entrevoir.

(*A suivre.*)

(1) Milian. Existe-t-il une perméabilité des méninges? *Tribune méd.*, 1904, p. 741.

(2) Sicard et Rousseau. Soc. méd. des hôpit., 20 oct. 1904.

(3) Widal, Sicard et Ravaut. Loc. cit.

(4) Concetti. Signification et valeur du cyto-diagnostic dans la méningite des enfants, *Riforma medica*, 15 oct. 1902.

(5) Bernard. *Lyon méd.*, 1901, nº 20.

(1) Barjon et Cade. Note sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la méningite, Soc. des hôpit. de Lyon, 25 mai 1902.

(2) Labbé et Castaigne, Examen du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de méningite cérébro-spinale, terminés par la guérison, Soc. méd. des hôpit., 29 mars 1901.

(3) Sicard et Brécy. Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable. Cytologie du liquide céphalo-rachidien, *Ibid.*, 19 avril 1901.

(4) Voir pour la bibliographie : Drouet. *La méningite aiguë syphilitique*, Th. de Paris, 1904, et Bensaude et Rivet. *Arch. gén. de méd.*, 1904, p. 2767.

(5) Sabrazès et Muratet. Soc. linéenne de Bordeaux, 24 juin et 4 juillet 1903.

(6) Froin. Th. de Paris, 1905.

ANALYSES

MÉDECINE

Classification clinique des syndromes paralytiques généraux. (Ingegniros. *Revue neurol.*, 1905, p. 1173.) — Les auteurs comme Féré, Klippel, etc., considèrent la paralysie générale comme cliniquement constituée par un syndrome, avec évolution progressive. Ce dernier caractère la rapproche des entités morbides, et en distrait les faits observés par tous les aliénistes, de syndrome fugace, de paralysie générale. M. Ingegniros estime que ces derniers doivent être compris dans la paralysie générale qui devient ainsi un syndrome comparable à l'insuffisance rénale, par exemple, et dont on peut distinguer trois variétés :

1° Syndromes paralytiques généraux, accidentels, fugaces, bénins dus à une intoxication aiguë des cellules nerveuses (par l'alcool, le plomb, etc.), sans lésions inflammatoires ou dégénératives ;

2° Syndromes paralytiques généraux non progressifs et curables ne guérissant pas spontanément comme dans le cas précédent, mais cédant au traitement étiologique. Ce sont des « pseudo-paralysies générales » produites par des localisations spéciales de la syphilis, de l'alcoolisme, du saturnisme, arthritisme, diabète, etc., avec lésions toxiques ou inflammatoires n'amenant pas de dégénérescence définitive ;

3° Syndromes paralytiques généraux progressifs. C'est la vraie paralysie générale, progressive, incurable, aboutissant à la démence paralytique, et pouvant être produite par des inflammations ou intoxications chroniques déterminant des dégénérescences définitives.

L. ALQUIER.

MÉDECINE INFANTILE

Les perforations du voile du palais dans la scarlatine. (Méry et Hallé. *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1905.) — Les perforations du voile, au cours de la scarlatine, apparaissent dans une variété spéciale d'angine scarlatineuse. Cette angine, précoce, est caractérisée essentiellement par des ulcérations de siège divers, ou superficielles, peu étendues, et guérissant vite, ou, au contraire, évoluant avec rapidité. Si le processus nécrotique a été profond, on assiste à la perforation du voile, qui se fait si subitement qu'elle n'est souvent annoncée ni par du nasonnement, ni par de la gêne de la parole. La perforation peut présenter des formes variables; une fois constituée, elle a peu de tendance à s'accroître ; elle est généralement unique.

L'état général des malades est grave ; le plus souvent, il s'agit d'une grande infection scarlatineuse avec adynamie profonde, pouls petit, tendances au collapsus, peau tiède, diarrhée, hyperthermie. Le pronostic est donc extrêmement grave, et deux fois seulement, les auteurs ont vu les malades guérir.

Le plus souvent, les perforations siègent en plein voile membraneux et ont une forme ovalaire à grand axe transversal dirigé un peu obliquement en avant et en haut. Elles peuvent aussi être *en bande*. Leur étude histologique montre le peu de réactions inflammatoires au niveau du fond et des bords mêmes des ulcérations. Il semble donc que ce soit un processus de nécrose en masse, d'ailleurs indépendant de toute lésion vasculaire, qui amène l'ulcération, et que la perforation ne soit qu'un stade ultime de cette lésion. Bactériologiquement, on ne trouve ni bacilles de Löffler, ni anaérobies, ni symbiose fuso-spirillaire. Le diagnostic est à faire : au début avec les angines diphtériques, plus tard avec l'angine de Vincent, les perforations du voile d'origine syphilitique, le noma, etc.

Les perforations scarlatineuses du voile sont rares : on ne les observe guère que chez des enfants; elles se produisent presque toujours dans les douze premiers jours, et accompagnent, comme nous l'avons vu, les formes graves de la scarlatine. Elles résultent d'un processus nécrotique dû à l'action locale de toxines microbiennes diverses, et sont comparables, à ce point de vue, aux ulcérations typhiques; le traitement s'adressera surtout au chlorure de zinc en solution à 1/30.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

L'immobilisation d'une moitié du thorax. (Charles Denison. *American climatological Association.* Réunion des 29, 30 juin 1905. In *Boston medical and surg. Journ.*, 21 décembre 1905, vol. CLIII, n° 25, p. 702.) — L'auteur montre comment on peut obtenir l'immobilisation presque complète d'une moitié du thorax au moyen d'emplâtres de moleskine à l'oxyde de zinc. Ces lanières de 20 centimètres de largeur sont disposées de telle sorte que l'amplitude des mouvements d'un côté du thorax sont presque entièrement conservées alors que l'autre côté est immobilisé. Denison vante l'emploi de cette méthode dans le traitement des hémorragies du poumon, pour le soulagement des douleurs dans les pleurésies, pour amener la rétraction des cavernes pulmonaires, et la contention des fractures de côtes.

Une discussion suit cette communication. Le docteur de Lancey Rochester fait observer combien il est difficile en présence d'une hémoptysie de savoir le point d'origine; combien il est dangereux de se livrer sur le malade à un long examen qui peut ne donner que des indications fausses.

Il vante dans ces cas l'emploi de la morphine à haute dose qui peut réduire les mouvements respiratoires à 8, et les maintenir longtemps à 12.

Le docteur Bridge opine dans le même sens. Il s'étonne de l'action de ces bandelettes sur les cavernes et montre la grande difficulté de leur localisation quand elles sont de faible dimension. Au contraire il préconise l'emploi de l'immobilisation du thorax dans la tuberculose pulmonaire, s'élevant contre la théorie des exercices du poumon dans cette maladie. Il ne voit pas plus de raison pour exercer un poumon tuberculeux que pour mobiliser une articulation tuberculeuse. Le docteur Denison répond à ces critiques par l'exposé de ses résultats.

M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies de l'estomac (1), par le docteur M. Soupault.

Dans ce traité, auquel le regretté Soupault mettait la dernière main lorsqu'il fut surpris par la mort, l'auteur s'était appliqué à présenter de la façon la plus claire et la plus simple les maladies de l'estomac en prenant pour base principale de son enseignement, non les raisonnements théoriques, mais la pratique médicale. Destiné avant tout au praticien, le *Traité des maladies de l'estomac* ne s'encombre pas d'indications bibliographiques; son plan est essentiellement

(1) In-8° de 875 p., avec 111 fig. noires et coloriées. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

clinique. « Nous avons, disait Soupault dans la préface, essayé de mettre le praticien en face des grands symptômes et syndromes cliniques en présence desquels il se trouve chaque jour au lit du malade, et nous avons tenté de lui fournir, par une méthode rigoureuse, la possibilité d'en reconnaître les causes et le traitement. »

L'ouvrage est composé de cinq parties : la première est consacrée à la *technique* et montre comment on doit interroger un malade atteint d'une affection de l'estomac, comment on doit examiner et palper l'abdomen, enfin, comment on doit procéder au cathétérisme et à l'examen du suc gastrique. La deuxième, très développée, est relative à la *séméiologie* et traite de la douleur, des vomissements et des gastrorragies. Dans la troisième, les *maladies organiques de l'estomac*, et surtout l'ulcère et le cancer, sont minutieusement étudiées. La quatrième est réservée à la *dyspepsie* et aux *crises gastriques ;* enfin la cinquième, tout entière occupée par la *thérapeutique*, a été confiée à des collaborateurs dont le nom seul indique la compétence. M. Binet a étudié le régime alimentaire dans les maladies de l'estomac, M. Linossier le traitement des dyspepsies par les eaux minérales, M. Hartmann les indications de l'intervention chirurgicale dans les affections dites médicales de l'estomac, MM. Pariset et Salignat l'hydrothérapie, M. Cautru le massage abdominal dans le traitement des dyspepsies, notre collaborateur Delherm les indications de l'électrothérapie dans les affections de l'estomac, M. Gourin les prescriptions magistrales auxquelles peuvent donner lieu ces diverses affections. Les soins pieux de MM. Hartmann et Leven ont permis à MM. Baillière de publier le *Traité des maladies de l'estomac*, dans la forme même qu'avait rêvée Soupault, et de livrer aux praticiens une œuvre remarquable de clarté et de méthode.

L. BABONNEIX.

Traité élémentaire de chirurgie et de technique opératoire (1), par les docteurs Chalot et Cestan.

Le *Traité de chirurgie et de technique opératoire* de Chalot n'a pas besoin d'être présenté : il est assez connu pour qu'une analyse, d'ailleurs impossible pour un ouvrage aussi général, soit inutile. Mais cette nouvelle édition mérite d'être signalée à cause des additions nombreuses qu'y a faites Cestan. Il est absolument au courant et sur tous les chapitres. Dans la partie qui traite de l'anesthésie, on trouvera décrits les appareils récents de Ricard et de Reynier. Les sutures cutanées par les agrafes de Michel, les sutures osseuses par l'agrafe de Dujarier-Jacoël, l'hémicerclage de la rotule de Quénu sont étudiées à leur place. Les divers procédés d'anastomose spino-faciale de Faure et la variante de Manasse sont détaillés avec soin. La technique de Poirier pour l'extirpation du cancer de la langue est signalée, de même que celle de l'intervention médiastinale sur l'œsophage réglée par Faure. L'œsophago-gastrostomie, récemment décrite par Gosset et Biondi a sa place dans la technique de la chirurgie du tube digestif, de même que la variante de gastro-entérostomie avec suspension verticale que nous avons étudiée avec M. Ricard. Le procédé de l'abaissement décrit par Schwartz et redécouvert par Rochard pour la cure de la hernie inguinale est donné avec de nombreuses figures, de même que l'excellente technique de Proust et Guibé pour la hernie crurale. Les divers procédés de prostatectomie sont tirés des travaux de Proust et d'Albarran. Le cystoscope à air de Cathelin, dont l'invention remonte à quelques mois, est figuré. La suture des releveurs dans la périnéorraphie est faite d'après l'article de Proust et Duval. La péritonisation haute dans les opérations pour suppurations pelviennes, par suture des franges du côlon pelvien au péritoine vésical, est décrite d'après la thèse de Delage. Parmi les procédés d'hystérectomie, l'élégante technique de la décollation de Faure trouve sa place.

On voit que des procédés de perfectionnement technique les plus récents, aucun n'est oublié. La richesse de l'illustration de tous ces chapitres nouveaux fait honneur à l'éditeur.

CHEVRIER.

(1) Gr. in-8° de 1264 p. avec 1339 fig. dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

IIe Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique (1) [juin 1905], organisé par la Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire. Rapports et communications.

Les questions d'hygiène scolaire ont acquis depuis quelques années une importance de premier ordre, et cela est justice puisque nous devons lutter autant que possible pour soustraire la race aux causes sans cesse multipliées de déchéance physique. Le deuxième congrès d'hygiène scolaire a mis au point un grand nombre de ces questions, il a traduit nettement les desiderata, trop nombreux, hélas! qui restent à combler, et pour beaucoup d'entre eux il a indiqué les moyens les plus pratiques et les meilleurs d'y parvenir. L'ensemble des rapports et communications présentés au congrès constitue donc un ouvrage intéressant à lire et précieux à consulter qui s'adresse comme l'œuvre elle-même aussi bien aux pères et aux mères qu'aux professeurs et aux médecins; c'est un livre à répandre et dont le corps médical ne saurait trop encourager la lecture.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

En guérit-on (2)? par le professeur Alfred Fournier.

La maison Delagrave vient d'éditer avec tout le soin dont elle est coutumière un opuscule destiné à un grand succès; il met en effet à la portée de tous des notions vraies sur la guérison de la syphilis et il est écrit par le professeur Fournier. Il est superflu d'insister sur le second point, mais le premier mérite de retenir l'attention; l'ère des légendes terrifiantes ou grotesques relatives à la syphilis est en effet aujourd'hui finie et le public s'habitue peu à peu à regarder en face le mal mystérieux, il veut être renseigné à son sujet. Or les traités techniques sont accessibles aux seuls professionnels et il faut donc qu'un guide, un conseiller absolument sûr mais très simple soit mis entre les mains de tous pour le plus grand bien des individus et de la société. Le petit ouvrage du professeur Fournier : *En guérit-on?* sera ce guide, et c'est à nous, médecins, qu'il appartient de le répandre; c'est dans ce but que, pour notre part, nous le présentons à nos confrères.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8° de 332 p. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-12 de 96 p. — Prix ; 1 franc. — Paris, Ch. Delagrave.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 30. — MARDI 13 MARS 1906. 79e ANNÉE. MARDI 13 MARS 1906. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 9 mars 1906 : MM. Rosenthal et Voisin, 8; Armand-Delille, Babonneix, Géraudel et Lippmann, 7.

Séance du 10 mars 1906 : MM. Castaigne et Guillemot, 10; Lereboullet, 9; Decloux, 8; Legroux, Lejonne et Simon, 7.

La prochaine séance aura lieu mardi 13 mars 1906, à cinq heures et demie, à la Charité.

Symptomatologie. — Séance supplémentaire : M. Laignel-Lavastine, 8.

La séance de classement des candidats pour l'épreuve clinique est fixée au mardi 13 mars, à six heures trois quarts, à la Charité.

— HONORARIAT. — MM. Lucas-Championnière, Monod et Peyrot sont nommés chirurgiens honoraires des hôpitaux.

M. Bourneville est nommé médecin honoraire du service des aliénés des hôpitaux.

— MÉDAILLE D'OR, CHIRURGIE. — Jugement des mémoires : MM. Okinczye 29, Bréchot 28, Martin, Capette et Desmarets 27, Et. Le Sourd, Lardennois, Muret et Descamps, 26.

Oral. — Complication de l'otite moyenne suppurée : MM. Okinczye 19, Martin, Desmarets et Capette 18.

Composition écrite. — Plèvres médiastines. — Traitement des pleurésies purulentes.

La lecture des copies aura lieu le lundi 12, à cinq heures du soir, à la Charité.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Question donnée à la séance du 8 mars 1906. — « Rapports du corps thyroïde. — Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale. »

Séance du 10 mars 1906. — Question donnée : « Glande mammaire. — Abcès chauds du sein. »

MM. Chambard, 14 + 18 = 32; — Fimbel, 12 + 19 = 31; — Weill, 9 + 19 = 28; — Mlles Debat-Ponsan, 16 + 23 = 39; — Landry, 17 + 23 = 40; — MM. Rais, 13 + 26 = 39; — Brissaud, 15 + 26 = 41; — Debertrand, 10 + 19 = 29.

La prochaine séance aura lieu le mardi 13 mars, à quatre heures trente du soir, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices sont mises au concours. Les épreuves commenceront le mardi 19 juin 1906, à huit heures du matin.

LYON. — Un concours pour 15 places d'élèves internes et un nombre de places d'internes provisoires à déterminer au moment du concours s'ouvrira le lundi 11 juin 1906 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— Le concours de l'externat s'ouvrira le lundi 25 juin 1906. Le nombre des places sera fixé au moment de l'ouverture du concours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE. — Une Société de chirurgie vient de se fonder à Marseille. Le bureau est ainsi contitué : président, M. Combalat; vice-président, M. Pantaloni; secrétaire général, M. Léon Imbert; secrétaire, M. Piéri.

Les réunions seront mensuelles.

L'activité bien connue des distingués membres du bureau présage un bel avenir à la jeune société à laquelle nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Vallas, agrégé libre, est chargé, du 1er mars au 30 octobre 1906, d'un cours complémentaire de pathologie externe.

M. Bérard, agrégé libre, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Chatin, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 12 novembre 1906, devant l'École supérieure de pharmacie de l'université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Mar-

seille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MÉDECINS DES ASILES. — M. le docteur Alombert-Goget, médecin-adjoint à l'asile départemental d'aliénés de Bron, est nommé médecin en chef de l'Asile Saint-Pierre à Marseille.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le docteur Liouville est nommé au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.

MARINE. — Le jury du concours qui doit avoir lieu à Brest le 29 mars courant, pour un emploi de professeur de sémiologie médicale et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort sera composé comme suit :

M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président;

MM. Barret et Duval, médecins en chef de première classe, membres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs Brumpt et Turquet, explorateurs, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur. — MM. les docteurs de Dietrick (de Sidi-Bel-Abbès) et Vialettes (de Montargis) sont nommés officiers d'Académie. — M. le docteur Guillet (de Paris) est nommé chevalier du Mérite agricole.

XV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Lisbonne, du 19 au 26 avril 1906). Croisière des médecins français (Palma, Malaga, Grenade, Algésiras, Gibraltar, Tanger, Cadix, Séville, Cordoue, Lisbonne, Cintra). Départ de Marseille le 8 avril, retour le 30 avril. Forfait comprenant : transport, nourriture, excursions, trains spéciaux, visites, entrées, pourboires. — Tout compris 850 francs.

Le bateau, aménagé avec le plus grand confort, servira d'hôtel à Séville et à Lisbonne.

Une remise proportionnelle sera faite sur la nourriture, aux médecins qui seraient obligés de rentrer, de Lisbonne en France, par terre.

Les places seront attribuées dans l'ordre d'inscription. — Sont admis : les médecins, étudiants en médecine, leur famille et leurs amis.

Prière de s'inscrire sans retard. Adresser les demandes, adhésions et souscriptions : Au docteur Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris. 20 mars 1906, terme de rigueur.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Conférence du 13 mars 1906, à huit heures trois quarts très précises du soir (hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton) : M. le docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, parlera de « La défense sociale contre la tuberculose par les dispensaires ». — Projections Molteni (Radiguet et Massiot, successeurs).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chaudeborde (de Bordeaux) et E. Gélineau, ancien médecin de la marine, décédé à Argelès-Gazost.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 2, fév. 1906.) P. JACQUES : Sur la cure opératoire des sinusites frontales chroniques. — E. FÉLIX : Tuberculose laryngée et grossesse. — BARBIER et MÉRIEL : Mastoïdite et thrombo-phlébite sinuso-jugulaire. — CONSTANTIN : Traitement de l'hémorragie chirurgicale de l'amygdale palatine. — FOTIADI : Un procédé d'ablation radicale de l'amygdale.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 184, 25 fév. 1906.) INDET : Des renseignements fournis par la radiographie dans les fractures sus-condyliennes transverses de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. — P.-A. GOT : Empreinte couverte pour permettre l'application thérapeutique des rayons X. — REDARD : Radiothérapie des tumeurs blanches et tuberculoses osseuses. — Stéphane LEDUC : Ondoscope. — Virgilio MACHADO : Quelques mots sur la technique röntgologique aux Etats-Unis.

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1906.) LEGRAND : Abcès du foie chez l'enfant. — THOMESCO et GRAÇOSKI : Symphyse tuberculeuse du péricarde. — REVILLIOD et LONG : Polynévrite suite de rubéole. — BRUCH : Fièvre typhoïde avec hypothermie.

Archives générales de médecine. — (N° 9, 27 fév. 1906.) J. MARTIN et GOLEWSKI : L'œdème dur traumatique de Secrétan est-il une entité morbide ? (Essai de synthèse.) — R. BELBÈZE : Sur la présence du signe de Kernig dans le zona. — L. ROCHER : De l'appendicite infantile à forme pelvienne et iléo-pelvienne. — DELHERM et LAQUERRIÈRE : Le traitement de l'épithélioma cutané par les courants de hautes fréquences. — Maurice RENAUD : La congélation dans l'histologie du système nerveux.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 6, 8 fév. 1906.) Edward COWLES : Les problèmes de psychiatrie dans les psychoses fonctionnelles (*suite* du n° 5, p. 121). — W. P. GRAVES : Sur la vaginopexie (avec 1 fig.). — Henry B. DUNHAM : Les processus de rétraction du poumon à la suite de la phtisie, et le rôle qu'ils jouent dans la production des dextrocardies permanentes. — C. H. HARE : Un cas d'inversion utérine. — John B. SWIFT : Un cas de grossesse extra-utérine. — Louis Faugeres BISHOP : Un avantage indirect de l'application routinière de la clinique pathologique au diagnostic.

Chimie médicale. — (N° 1, 25 janv. 1906.) Albert ROBIN : La chimie médicale. — N. LÉVY : La culture de la coca et la fabrication de la cocaïne. — F. MARRE : Deuxième congrès international de la laiterie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 22 fév. 1906.) LOEFFLER : Recherche du bacille typhique par culture dans les fèces, la terre et l'eau au moyen du vert de malachite. — SEIDEL : Appareil pour le traitement du pneumothorax ouvert. — BLUMREICH : Sur la question de l'hébotomie. — LINDEMANN : Recherches sur le melcoforme comme désinfectant des mains et des instruments. — LUBLINSKI : Iodisme aigu et thyroïdite aiguë. — RINGELB : Cystoscope d'après le principe de Maisonneuve. — AXMANN : Un nouveau dispositif de circulation de froid pour la lampe de Finsen. — HAMM : Tympans artificiels de paraffine.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Fév. 1906.) Luigi BOBBIO : Contribution à l'étude des anévrismes extra-craniens de la carotide interne. — G. SENNI : L'étranglement des lobes du foie et le traitement chirurgical. — R. DALLA VEDOVA : Un nouveau diviseur intravésical des urines. — Prof. RONCALI : Observations anatomiques et cliniques sur deux cas de troubles cérébraux comme contribution à l'histologie et à la thérapeutique chirurgicale des scléroses névroglio-conjonctives et des névroglioses pures (glioses) post-traumatiques.

(*Voir la suite, p. 358.*)

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

DES

ICTÈRES CHRONIQUES [1]

Par A. GOUGET,

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

A partir de quelle durée un ictère peut-il être dit chronique? La limite est évidemment assez conventionnelle. En prenant comme type d'ictère aigu ou subaigu l'ictère catarrhal, dont la durée moyenne est de trois à quatre semaines, on peut admettre que tout ictère persistant depuis plus d'un mois sans tendance à la disparition doit être rangé parmi les ictères chroniques.

Un certain nombre de ceux-ci, et notamment ceux dont l'évolution est la plus longue, parfois même indéfinie, rentrent dans la catégorie des ictères dits jadis hémaphéiques, aujourd'hui acholuriques, c'est-à-dire de ces ictères pâles dans lesquels l'urine n'offre pas la réaction de Gmelin. Ils s'observent soit au cours d'une affection chronique du foie dûment caractérisée (cirrhose alcoolique, tuberculeuse, syphilitique, palustre, foie cardiaque, etc.), à titre de symptôme accessoire; soit à titre primitif, au moins en apparence, comme dans l'ictère chronique simple et la cholémie familiale. Le diagnostic étiologique n'offre généralement pas, dans les cas de ce genre, de bien grandes difficultés.

Il en est tout autrement dans la seconde catégorie de cas, celle que nous aurons exclusivement en vue dans cette étude, et qui concerne les ictères chroniques du type dit biliphéique, c'est-à-dire les ictères francs, nets. Ici, l'ictère est le symptôme de premier plan, autour duquel gravite tout le diagnostic. Ces cas d'ictère chronique ressortissent à des causes multiples et variées, que l'on peut cependant rattacher à l'un ou l'autre des trois groupes suivants :

I. Les *angiocholites subaiguës ou chroniques* comprenant : l'ictère catarrhal prolongé, la cirrhose hypertrophique biliaire et l'ictère infectieux chronique splénomégalique, qu'il n'est guère possible d'en séparer; certains ictères syphilitiques (l'ictère syphilitique secondaire prolongé et cette forme d'ictère syphilitique signalée par Hanot et simulant la cirrhose hypertrophique biliaire).

II. Les *corps étrangers* des gros canaux biliaires ou de l'ampoule de Vater, représentés à peu près exclusivement par les calculs, exceptionnellement par les hydatides, les lombrics, les douves, les noyaux de fruits, etc.

III. Les *lésions pariétales sténosantes* et les *compressions* des gros conduits biliaires (cancers de la tête du pancréas, des voies biliaires, plus rarement du foie, de l'ampoule de Vater, du côlon transverse, du pylore, des ganglions du hile; cicatrices du cholédoque, du duodénum (ulcère cicatrisé), pancréatites chroniques, brides de péritonite sous-hépatique, parfois post-opératoires; kystes hydatiques du foie, certains anévrysmes, etc.).

Les causes possibles d'ictère chronique sont donc nombreuses, mais, si on les envisage par ordre de fréquence, il faut placer au premier rang la lithiase, cause de beaucoup la plus commune, et au second le cancer. Le plus souvent, c'est entre la lithiase biliaire et le cancer de la tête du pancréas que se pose le diagnostic. Les angiocholites chroniques viennent ensuite.

Pour réunir tous les éléments du diagnostic étiologique, il faut passer successivement en revue les divers points suivants :

1° L'*âge* du malade. A l'âge adulte ou à un âge avancé, presque toutes les éventualités peuvent se présenter, bien que certaines affections comme l'ictère catarrhal et la cirrhose hypertrophique biliaire s'observent ou tout au moins débutent surtout avant trente ans. En revanche, avant cet âge, on peut à peu près à coup sûr éliminer le cancer.

Le *sexe* a moins d'importance. Bien que la lithiase s'observe surtout chez la femme, c'est un état morbide d'une telle fréquence que, même chez l'homme, il est loin d'être rare. Le cancer de la vésicule s'observe dans les 5/6 des cas chez la femme, mais c'est une cause rare d'ictère chronique.

2° Les *antécédents*. La syphilis peut donner lieu soit à un ictère secondaire prolongé du type catarrhal, soit à un ictère chronique avec gros foie et grosse rate, du type de la cirrhose hypertrophique biliaire. Le paludisme serait, d'après Lancereaux, la cause de cette dernière. Enfin des antécédents de colique hépatique sont un argument important en faveur de l'origine lithiasique de l'ictère, mais non toujours un argument probant, car d'autres causes d'ictère chronique peuvent déterminer des phénomènes douloureux à exacerbations paroxystiques simulant la colique hépatique, et d'autant plus difficiles à en distinguer qu'on n'a pas assisté à l'évolution des accidents. De plus, alors même que la lithiase antérieure est certaine, attestée, par exemple, par l'expulsion de calculs caractéristiques, pour peu que celle-ci remonte à une date un peu éloignée, elle n'a pas une valeur décisive pour l'interprétation des accidents actuels, d'abord parce que la lithiase est une affection d'une telle fréquence, surtout chez la femme, qu'il n'est pas rare de la trouver dans les antécédents de malades atteints d'ictère d'une tout autre origine, puis parce que l'ictère peut être dû à des lésions secondaires à la lithiase (rétrécissement cicatriciel des voies biliaires, brides de péricholécystite) ou favorisées par elle (cancer de la vésicule, pancréatite chronique) et non à une oblitération calculeuse du cholédoque ou du canal hépatique. Malgré ces réserves nécessaires, l'existence d'antécédents lithiasiques n'en conserve pas moins une certaine valeur; elle doit être soigneusement cherchée.

3° Les *circonstances d'apparition* et le *mode de début* de l'ictère. Fait-il partie d'une petite épidémie? Est-il survenu à la suite de l'ingestion de viande avariée, ou d'un excès alcoolique aigu? A-t-il été précédé pendant quelques jours de phénomènes d'embarras gastro-intestinal? Autant d'arguments

(1) Leçon faite à la Faculté.

en faveur de l'ictère catarrhal prolongé. Est-il contemporain d'une roséole syphilitique, ou s'accompagne-t-il d'autres signes de syphilis secondaire? Son origine syphilitique est probable. L'établissement définitif de l'ictère a-t-il été précédé d'une série de poussées suivies de rémissions? Ce sont là les allures de la cirrhose hypertrophique biliaire. Le début a-t-il été brusque, le maximum rapidement atteint? C'est ce que produit ordinairement un corps étranger, qui est généralement un calcul, surtout si l'ictère a succédé immédiatement à une colique hépatique. S'il y a eu expulsion récente de lombrics, on pourra songer à l'origine parasitaire. L'ictère a-t-il été, au contraire, progressif, graduellement croissant : il s'agit plutôt d'une lésion sténosante ou d'une compression des grosses voies biliaires.

4° L'*intensité* de l'ictère. Un ictère très foncé, vert noirâtre, ne s'observe guère qu'en cas de lésion sténosante ou de compression des gros conduits biliaires. Il permet presque d'éliminer la lithiase et les divers types d'angiocholite.

5° L'*évolution* de l'ictère. Si l'ictère a présenté des oscillations, a diminué à un moment donné pour s'accentuer de nouveau ensuite, il s'agit sans doute soit d'un ictère catarrhal ou syphilitique prolongé, soit d'une cirrhose hypertrophique biliaire, soit d'une oblitération par corps étranger, ou même par pancréatite chronique (celle-ci accompagne d'ailleurs souvent la lithiase). En revanche, un ictère persistant sans rémissions, ou même constamment progressif, est généralement le fait d'une lésion sténosante, ou d'une compression.

6° L'état des *selles*. Si les selles ne sont jamais décolorées d'une façon complète, absolue, si surtout leur teinte subit des fluctuations, s'il se produit à certains moments des débâcles bilieuses, il s'agit vraisemblablement d'ictère catarrhal (ou syphilitique) prolongé; de cirrhose hypertrophique biliaire, ou de lithiase. En revanche, la décoloration complète et immuable ne s'observe guère que dans les lésions sténosantes et les compressions des grosses voies biliaires. Le melæna (comme les hématémèses) peut avoir une certaine valeur pour le diagnostic du cancer de l'estomac ou de l'intestin, mais une valeur relative, car il peut aussi être sous la dépendance de l'insuffisance hépatique. Quant à la tendance à la diarrhée, la réaction alcaline des selles, l'augmentation considérable de la graisse (surtout des graisses neutres) et de l'azote fécaux, la présence de fibres musculaires striées dans les selles, elles plaident, dans une certaine mesure, pour l'existence d'une affection du pancréas (cancer ou pancréatite), sans qu'on puisse cependant leur attribuer une valeur vraiment spécifique (1).

7° L'examen des *urines*, tout en ayant moins de valeur, ne doit pas être négligé. La présence des éléments de la bile est corrélative de l'ictère, et ne saurait fournir aucun renseignement sur sa cause. La glycosurie spontanée, même accompagnée d'autres signes de diabète, est loin d'avoir une valeur décisive dans le sens du cancer du pancréas ou de la pancréatite chronique. D'abord, dans ces affections, elle est plutôt rare, et parfois transitoire; d'autre part, il n'est nullement exceptionnel de l'observer au cours de la lithiase ou même de la cirrhose hypertrophique biliaire. Toutefois des signes de diabète grave plaident en faveur d'une affection pancréatique. Quant à la glycosurie alimentaire, elle est positive dans certaines affections du pancréas aussi bien que du foie. L'épreuve du salol (Sahli) est reconnue aujourd'hui dénuée de valeur, et la méthode de Cammidge (1), battue en brèche par Ham et Cleland malgré le témoignage favorable de Mayo Robson, a encore besoin de faire ses preuves.

8° La *douleur*, absente dans l'ictère catarrhal et l'ictère syphilitique, peut exister dans tous les autres cas. Inutile d'insister sur ses diverses modalités possibles dans la lithiase. La cirrhose hypertrophique biliaire s'accompagne fréquemment de crises hépatalgiques rappelant un accès lithiasique avorté. Quant au cancer de la tête du pancréas, en dehors des douleurs sus-ombilicales et dorso-lombaires, continues avec exacerbations paroxystiques, que donne assez souvent la compression des filets nerveux voisins par la tumeur, il peut s'accompagner, en cas d'ictère, de crises douloureuses à maximum dans l'hypocondre droit. Il en est de même de certaines pancréatites chroniques, lithiasiques ou non, et du cancer des voies biliaires. En somme, des crises douloureuses, avec ou sans fièvre et vomissements, peuvent s'observer, en dehors de la lithiase, dans toute une série d'affections ictérigènes.

La douleur à la pression, nettement localisée à la région vésiculaire, plaide en faveur de la lithiase ou du cancer de la vésicule; localisée un peu au-dessus et à droite de l'ombilic, elle peut être due soit à un calcul du cholédoque, soit à une affection du pancréas.

9° La présence ou l'absence de *fièvre* n'a aucune valeur, celle-ci indiquant seulement l'infection biliaire, qui peut s'observer dans tous les cas d'ictère chronique. La *leucocytose* n'en a pas beaucoup plus : fréquente dans la cirrhose hypertrophique biliaire, habituelle dans le cancer, elle peut se rencontrer également dans la lithiase infectée.

10° L'*exploration de l'abdomen* fournit des renseignements de première importance.

Signalons seulement l'existence possible de l'ascite dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, où la veine porte se trouve oblitérée en même temps

(1) En effet, la simple absence de bile dans l'intestin suffit à amener une augmentation notable de la graisse et de l'azote des fèces, et l'absence concomitante du suc pancréatique ne fait qu'exagérer ces déperditions azotées et graisseuses. Il n'y a donc là qu'une question de degré. De plus, on a observé, dans certains cas d'ictère catarrhal, une excrétion considérable d'azote et de graisse dans les selles, ce que l'on a attribué, il est vrai, à une réaction inflammatoire concomitante du pancréas, mais ce qui prouve, en tous cas, que l'on ne peut se fonder en toute sécurité sur ce signe pour rapporter l'ictère à une affection du pancréas.

(1) Cette méthode, fondée sur la recherche de la glycérine, l'abondance des cristaux d'oxalate de chaux et leur solubilité plus ou moins rapide dans l'acide sulfurique, permettrait non seulement de reconnaître une lésion pancréatique, mais encore d'en préciser la nature (v. Cammidge, *Lancet*, 19 mars 1904).

que les voies biliaires, généralement par un cancer (cancer nodulaire ou adénome du foie, cancer du pancréas). Encore, dans ces cas, l'ictère est-il assez souvent plus ou moins tardif.

C'est surtout l'état du foie, de la vésicule, et de la rate, qu'il faut s'attacher à déterminer le plus exactement possible.

La coexistence d'un foie uniformément et très franchement augmenté de volume, débordant de plusieurs travers de doigt les fausses côtes, dur et lisse ou à peu près, et d'une très grosse rate (accessible au palper, parfois même de volume considérable), sans rien d'appréciable du côté de la vésicule, plaide en faveur de la cirrhose hypertrophique biliaire. On peut observer un tableau analogue dans certains cas de syphilis (Hanot), mais ici l'affection n'évoluerait pas par poussées successives, ne s'accompagnerait pas de leucocytose, et aurait une marche plus rapide en l'absence du traitement spécifique.

Le foie n'est-il que légèrement augmenté de volume, sans distension de la vésicule, sans ou avec peu d'hypertrophie splénique : c'est le tableau habituel de l'ictère catarrhal prolongé ou de la lithiase (1), ou encore du cancer du canal hépatique.

Avec la même tuméfaction modérée du foie, le même état de la rate, la vésicule se montre-t-elle, au contraire, distendue, sous forme d'une tuméfaction régulière, sphérique ou ovoïde, lisse et rénitente? Il s'agit très probablement d'une oblitération non lithiasique, et par suite, généralement cancéreuse, du cholédoque.

Par contre, la constatation d'une tumeur vésiculaire très dure, et surtout inégale, bosselée, sera en faveur de la lithiase ou du cancer de la vésicule.

Enfin si l'on sent, au palper, un gros foie marronné, le diagnostic de cancer nodulaire se trouve par là même à peu près certain, réserve faite de la possibilité d'un foie gommeux; mais, dans celui-ci, la forme générale de l'organe est, d'ordinaire, notablement altérée par la cirrhose concomitante. Ces deux éventualités sont d'ailleurs peu communes, l'ictère, dans ces affections, étant relativement rare et surtout tardif.

Non moins rare est la constatation, un peu à droite et au-dessus de l'ombilic, d'une tumeur profonde, très dure, immobile, sans limites nettes, due à un cancer, de la tête du pancréas, ou, plus rarement, à une pancréatite chronique.

11° *L'état général* du malade est un élément de diagnostic important. Il est, en général, pendant longtemps bien conservé dans la cirrhose hypertrophique biliaire; dans l'ictère catarrhal prolongé, il n'est jamais très atteint; il peut l'être assez sérieusement dans la lithiase; mais c'est surtout dans le cancer et particulièrement dans le cancer du pancréas que l'on observe un amaigrissement et même une cachexie très prononcés et surtout précoces et rapides. L'œdème des membres inférieurs a, à cet égard, une certaine valeur sémiologique. Dans la pancréatite chronique, l'émaciation peut être très prononcée, mais sans la cachexie du cancer.

12° Enfin la *durée* est à considérer. L'ictère catarrhal prolongé, l'ictère syphilitique secondaire, ne dépassent guère quatre à cinq mois; le cancer de la tête du pancréas ne dure généralement pas plus de six mois et n'atteint qu'exceptionnellement un an. La pancréatite chronique a une durée plus longue. L'ictère lithiasique peut se prolonger plusieurs années. L'évolution de la cirrhose hypertrophique biliaire peut être encore plus longue, et l'ictère infectieux chronique splénomégalique ne s'en distingue guère que par sa durée indéfinie. Il est vrai que cette notion de durée n'a qu'une valeur un peu secondaire, le diagnostic se posant surtout dans les premiers mois.

Tels sont les divers éléments d'appréciation qu'il faut recueillir pour pouvoir discuter le diagnostic en pleine connaissance de cause. Après en avoir fait l'analyse, il conviendrait maintenant d'en entreprendre la synthèse. Sans le faire successivement pour chacune des causes possibles de l'ictère chronique, nous reprendrons, pour être bref, notre division en trois grands groupes étiologiques.

I. Dans le groupe des *angiocholites chroniques*, il s'agit surtout d'individus jeunes; l'ictère n'est généralement pas très foncé; les selles ne sont jamais ou ne sont que rarement complètement décolorées, et peuvent être à un moment donné surcolorées; il y a volontiers des fluctuations dans l'ictère et la décoloration des selles; l'augmentation de volume du foie est plus ou moins sensible, quelquefois considérable; il en est de même pour la rate; la vésicule n'est ni douloureuse ni palpable; l'état général est peu atteint.

Dans ce groupe, la cirrhose hypertrophique biliaire s'individualise assez nettement par son évolution par poussées répétées, son gros foie dur, sa rate parfois énorme.

II. Le groupe des *cancers* se caractérise par l'âge des malades (généralement au-dessus de quarante ans), le début progressif de l'ictère, son intensité à un moment donné, la décoloration absolue des selles, la continuité de cet ictère et de cette décoloration fécale. Le foie est plus ou moins augmenté de volume, mais la rate reste ordinairement normale ou à peu près. La distension de la vésicule est habituelle (sauf lorsque l'oblitération cancéreuse siège au-dessus de l'origine du cholédoque). L'amaigrissement et la cachexie sont précoces et rapides.

Quant au diagnostic différentiel entre les divers cancers (du pancréas, du cholédoque, de l'ampoule de Vater, etc.), il est souvent très difficile, mais n'a, en somme, qu'une importance assez secondaire.

Les sténoses du cholédoque d'origine scléreuse

(1) On admet communément que la rétraction de la vésicule, habituelle dans l'ictère lithiasique par obstruction du cholédoque, est la conséquence d'un processus de cholécystite chronique. M. Delbet l'attribue, au contraire, au siège du calcul dans la portion cystique du canal double hépato-cystique, amenant l'oblitération du cystique et la compression du cholédoque. Il y aurait « rétraction de la vésicule inutilisée ». Enfin, pour M. Wiart, elle dépendrait du siège du calcul dans la portion hépatique du canal double, la vésicule, inutilisée, pouvant se vider de ses sécrétions muqueuses.

(rétrécissement cicatriciel, cicatrice d'ulcère du duodénum, compression par une bride de péritonite sous-hépatique, etc.) offrent sensiblement le même tableau que les sténoses d'origine cancéreuse, aux conditions d'âge près. La cachexie y est peut-être aussi un peu moins rapide.

III. Le groupe des *corps étrangers* — représenté, en pratique, à peu près exclusivement par la lithiase — est, en quelque sorte, intermédiaire aux deux précédents, se rapprochant, suivant les cas, de l'un plutôt que de l'autre, ou inversement. En général, cependant, il offre plus d'analogies avec le type des angiocholites. Il a pour lui les antécédents de colique hépatique, le début brusque de l'ictère; celui-ci peut être assez foncé, avec décoloration marquée des selles, mais on observe volontiers des oscillations dans la teinte de la peau et des matières fécales, parfois même de véritables débâcles biliaires passagères. Le foie et la rate ne sont que peu augmentés de volume; la vésicule n'est généralement pas distendue. L'état général est plus atteint que dans les angiocholites, moins que dans le cancer.

En somme, s'il arrive assez souvent que l'on puisse exclure presque à coup sûr l'angiocholite chronique ou le cancer, il est beaucoup plus rare qu'on puisse exclure absolument la lithiase. D'ailleurs les règles générales que nous venons d'exposer comportent des exceptions, et ces exceptions sont malheureusement loin d'être rares. C'est ainsi que les divers caractères de l'ictère cancéreux peuvent se retrouver dans certains cas d'origine lithiasique : l'ictère n'est pas précédé de coliques; il a un début progressif et une évolution continue, avec décoloration complète et persistante des selles; la vésicule est distendue; l'amaigrissement est rapide et considérable (10 à 15 kilos en quelques mois [Dieulafoy]; 18 kilos [Tuffier]; 30 et 35 kilos [Quénu]; 36 kilos en dix mois [Chauffard]). Réciproquement, certains ictères néoplasiques se présentent sous les traits habituels de l'ictère calculeux : ils sont précédés d'antécédents plus ou moins éloignés de coliques hépatiques (par exemple certains cancers des voies biliaires); l'ictère a un début brusque, parfois accompagné de douleurs et de troubles gastriques; il peut rester toujours léger, avec des alternatives de décoloration et de recoloration des matières; la vésicule n'est pas dilatée, ou se trouve momentanément affaissée, ou inaccessible au palper. Enfin l'on a vu certains cancers, même du pancréas, évoluer pendant près de deux ans.

Toutefois, si chacune de ces anomalies peut s'observer, il est vraiment très exceptionnel de les trouver toutes réunies dans un cas donné. Le plus souvent il y a des arguments pour et contre, qu'il faut soigneusement peser avant de formuler le diagnostic.

Nous n'avons tenu compte, dans la discussion précédente, que des causes les plus communes, celles auxquelles il faut avant tout songer. Mais on pourra, le cas échéant, avoir l'attention attirée vers telle ou telle cause plus rare : c'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que dans certains cas de très gros foie lisse, faisant voussure, sans grosse rate; *à fortiori*, en présence d'une tumeur sous-hépatique régulière et rénitente, il faudra songer à un kyste hydatique. La notion de poussées d'urticaire antérieures à l'ictère viendrait à l'appui de cette étiologie.

Enfin le diagnostic peut rester difficile même au cours de l'intervention opératoire. Une pancréatite chronique, localisée à la tête de l'organe, peut en imposer pour un cancer, ou masquer un calcul de la terminaison du cholédoque (1). M. Tuffier conseille d'explorer les ganglions du hile, généralement atteints en cas de cancer; mais, dans un cas de pancréatite chronique, M. Terrier a trouvé le long du cholédoque une série de ganglions gros comme une amande. Il pourra être utile de prélever pour l'examen histologique un petit fragment de l'induration pancréatique, et, d'autre part, de pratiquer soit le décollement duodéno-pancréatique, soit la duodénotomie suivie du cathétérisme ascendant ou même de l'incision du cholédoque, pour s'assurer qu'un calcul n'y est pas contenu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 MARS 1906)

Le haricot à acide cyanhydrique, par M. L. Guignard. — Dans ces derniers temps il est arrivé des Indes en Europe pour la nourriture du bétail des quantités considérables de graines fournies par une espèce spéciale de haricots, le *Phaseolus lunatus* Linné. Originaire de l'Amérique du Sud et probablement du Brésil, cete plante a fourni de nombreuses variétés *Ph. inamœnus* L., *Ph. amazonicus* Benth., *Ph. capensis* Thunb., *Ph. tunkensis* Lour., etc.

Au nombre de ces variétés ou races figurent les haricots de Lima et de Sieva qui sont abondamment cultivés pour l'alimentation de l'homme dans les deux Amériques, et ceux du Cap, qui entrent aussi dans l'alimentation en Afrique et à Madagascar.

A l'état sauvage ou subspontané la plante a donné lieu à de nombreux empoisonnements dus à l'acide cyanhydrique.

En mars 1905, à Rotterdam, quatre personnes moururent empoisonnées par des fèves de Kratok, provenant d'une ou ou plusieurs variétés de *Ph. lunatus* venues de l'Inde.

Depuis, des accidents ont été signalés dans le Hanovre et en Belgique.

Les recherches de M. Guignard sur différents échantillons de fèves de Birmanie, haricots nains de l'Inde, haricots de Lima, de Sieva, du Cap, lui ont montré la présence de l'acide cyanhydrique dans ces échantillons.

Le principe qui lui donne naissance est la phaséolunatine, glucoside retiré dans ces dernières années des pois d'Achery par MM. Dunstan et Henry.

Les fèves ou haricots de Java du commerce offrent des teintes très diverses : noir, brun, violet, rouge violet, violet rose, marron, grenat foncé, acajou, havane, chamois, blanc. La plupart des graines sont uniformément colorées, un certain nombre présentent des stries blanches sur fond noir ou violacé, ou des stries noires ou violacées sur un fond plus clair et de

(1) Kraus a opéré un cas de squirrhe du cholédoque entourant un calcul.

teinte variable. Ces graines mesurent en moyenne 15 millimètres de long sur 10 millimètres de large. Presque toutes sont plus aplaties que les variétés du haricot vulgaire, et, contrairement à ce que l'on observe dans ces dernières, le côté de l'ombilic est presque rectiligne. Un caractère important consiste en ce que l'une des moitiés ou extrémités est plus large que l'autre, la plus étroite étant celle qui loge la radicule embryonnaire. La moitié la plus large, au lieu d'être régulièrement convexe sur le côté opposé à l'ombilic, se montre ordinairement plus ou moins tronquée. La forme de la graine ressemble alors quelque peu à celle d'un triangle scalène.

Toutes les races ou variétés du *Ph. lunatus*, même les plus améliorées par la culture, peuvent fournir de l'acide cyanhydrique.

Le danger de plusieurs sortes de ces haricots dans l'alimentation des animaux est d'autant plus à craindre qu'on les utilise ordinairement à l'état cru, et tout porte à croire que le principe cyanogénétique subit dans le tube digestif un dédoublement complet. Il importe de retenir qu'il y a eu des accidents mortels survenus après l'ingestion des graines cuites.

Au point de vue pratique, M. Guignard signale un procédé facile et sûr de déceler la présence de l'acide cyanhydrique.

Ce moyen est fondé sur la propriété que possède l'acide cyanhydrique, même en quantité très faible, de donner avec les alcalis et l'acide picrique une coloration rouge intense due à la formation de l'acide isopurpurique. Cette coloration, que l'on produit ordinairement en chauffant, se manifeste également à froid après quelques heures. Elle apparaît de même sur un papier préparé de la façon suivante : On trempe du papier buvard dans une solution aqueuse d'acide picrique au centième et on le laisse sécher; puis on l'imprègne de même d'une solution de carbonate de soude au dixième et on le met à sécher de nouveau si on ne l'emploie de suite. Après dessiccation, il présente une couleur jaune d'or et se conserve parfaitement.

Une bande de ce papier suspendue dans un récipient contenant de l'acide cyanhydrique, même en quantité infime, prend plus ou moins rapidement une coloration rouge orangé plus ou moins intense qu'il peut conserver longtemps.

De l'influence de la vieillesse sur la pression artérielle, par M. A. Moutier. — On croit généralement que la pression artérielle tend à s'élever à mesure que l'âge s'accroît et cela sous l'influence seule de l'âge et en dehors de tout état pathologique. Il semble, d'après les expériences de M. Moutier, que chez le vieillard l'hypertension artérielle ne serait pas aussi fréquente qu'on l'a dit, que cette hypertension, lorsqu'elle existerait, serait la conséquence de l'artério-sclérose et qu'elle ne serait pas due à l'évolution normale de l'organisme.

Autres communications :

Les ferments du placenta, par MM. Charrin et Goupil;

Sur la durée de persistance de l'activité du cœur isolé, par M. M. Lambert.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 9 mars 1906)

Les suites de l'oubli d'un chirurgien! — Si Messieurs les chirurgiens voulaient bien numéroter leurs pinces!

M. Le Gendre présente des pièces anatomiques qui montrent bien l'utilité de cette simple précaution. Une femme entre à l'hôpital avec une phlegmatia : on constate qu'il existe en même temps une adénopathie inguinale. Peu à peu la racine de la cuisse augmente de volume et l'on échafaude à grand'peine un diagnostic de choix. Ce doit être un ostéosarcome. Le seul renseignement que l'on possède est celui-ci : la malade a été opérée six ans auparavant d'une tumeur abdominale; l'on admet alors que la tumeur de la cuisse n'est qu'une récidive de l'ancienne néoplasie opérée. N'est-ce pas logique? La malade meurt! et l'on trouve enfermée entre deux anses intestinales, la pointe dirigée vers la crête iléo-pectinée, une pince à forcipressure laissée là depuis six ans et qui peu à peu avait produit une nécrose de l'os, déterminé un gros abcès, lequel remplissait de pus l'articulation de la hanche.

M. Le Gendre dit que le chirurgien distrait est un étranger et que l'ancienne opération a été pratiquée dans un hôpital bien loin, bien loin... Pourquoi ne pas le croire?

M. Le Gendre présente ensuite des pièces provenant d'un homme entré à l'hôpital avec tous les symptômes de l'asystolie. Il était porteur en outre d'un épanchement pleural. Il mourut en vingt-quatre heures. A l'autopsie on trouva la plèvre pleine d'un liquide épais, tout à fait semblable à de la mayonnaise, qui ne pouvait faire issue par aucune canule ni par aucun trocart. Le kyste pleural était très épais et le poumon était réduit à une lame d'une minceur extrême.

Anémie pernicieuse traitée avec succès par la radiothérapie et les injections de sérum antitoxique. — MM. Louis Rénon et Léon Tixier ont étudié chez une malade atteinte d'anémie pernicieuse les effets successifs de la médication arsenicale, du traitement radiothérapique et des injections de sérum antitoxique.

Le traitement arsenical qui donne d'excellents résultats dans bien des cas ne constitue pas un traitement spécifique de l'anémie pernicieuse, puisqu'il a complètement échoué chez leur malade. Par contre, la réparation sanguine résulta de l'emploi isolé ou combiné des rayons X et des injections de sérum antidiphtérique.

Les auteurs insistent moins sur la guérison clinique puisque de telles améliorations sont souvent transitoires, que sur les constatations hématologiques de la réparation sanguine sous l'influence des agents physiques et chimiques qui furent mis en œuvre. Les examens de sang, pratiqués pendant les heures qui suivirent les séances d'irradiation et les injections de sérum antitoxique, montrèrent que la stimulation des organes hématopoiétiques traduisit sa présence par l'augmentation très notable du nombre des hématies, par une éosinophilie aussi remarquable par sa constance que par son intensité, et enfin par la présence dans le sang d'hématies polychromatophiles, éléments jeunes de la moelle osseuse.

Ces résultats semblables, obtenus par des procédés en apparence aussi différents, montrent le parallélisme qui existe dans le mode d'action de ces divers agents thérapeutiques. La présence dans le sang de leucotoxines (produits de destruction des globules blancs par les rayons X) ou d'hémolysines (à la suite des injections de sérum antitoxique) est sans doute un facteur indispensable et nécessaire pour déterminer dans ces conditions une réaction des organes hématopoiétiques.

Infections sanguines au cours des érythèmes infectieux : érythèmes streptococcique, entérococcique, tétragénique. — MM. Sacquépée et Loiseleur. Les faits cliniques imposent cette hypothèse que les érythèmes infectieux primitifs peuvent être de nature microbienne; ils s'accompagnent géné-

ralement de symptômes généraux d'infection; ils sont voisins du purpura et des érythèmes infectieux secondaires, maladies qui, souvent, sont d'origine microbienne, etc.

L'ensemencement du sang confirme cette manière de voir. Dans 5 cas sur 6 (4 érythèmes noueux, 1 érythème polymorphe) il existait une infection sanguine, deux fois par le streptocoque, deux fois par l'entérocoque, une fois par le tétragène doré.

Ces constatations établissent que les érythèmes primitifs sont souvent de nature microbienne. D'ailleurs l'aptitude érythrogène des trois microbes trouvés est déjà connue, surtout pour le streptocoque.

Dans le seul cas d'érythème polymorphe, il s'agissait d'infection streptococcique. Dans les quatre cas d'érythème noueux, on a trouvé l'un des trois microbes : l'érythème noueux n'est donc pas causé par un agent pathogène spécifique toujours le même.

Cliniquement, les érythèmes streptococciques ont été les plus longs (dix-huit à vingt jours) accompagnés de troubles digestifs importants. Les érythèmes entérococciques se sont particularisés par les arthralgies et l'œdème.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 MARS 1906)

M. VILLEMIN fait un rapport sur une observation de M. MORESTIN, de **masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale.**

Un garçon de quinze ans avait eu le haut du thorax comprimé par une charrette ayant basculé; à la suite d'une courte syncope, cet enfant se plaignit d'un peu d'oppression, et de voir tout ce qui l'entourait coloré en violet. Sa face était absolument violacée. Cette teinte violette, d'intensité variable suivant les places, s'étendait de la racine des cheveux à la partie supérieure du cou; elle allait en arrière jusqu'à l'oreille d'un côté, jusqu'aux apophyses épineuses de l'autre. Des ecchymoses sous-conjonctivales couvraient la sclérotique; il y avait également un piqueté hémorragique sur la face interne des joues, le voile du palais et les parois du pharynx buccal.

Les suites furent des plus bénignes : la teinte violacée disparut au bout de quelques jours; le ecchymoses conjonctivales mirent plus de temps à s'effacer, mais, au bout de trois semaines, il n'y avait plus trace de rien.

M. Villemin a pu réunir 27 cas semblables. La pathogénie, à son avis, serait double. S'il faut incriminer une compression passive du thorax, il ne faut pas négliger l'effort violent, comme dans certaines crises convulsives, dans certains accouchements, vomissements, etc. Cette double pathogénie se vérifie, en effet, dans un cas que rapporte M. Le Dentu, nettement attribuable à une compression mécanique, et dans deux cas de MM. Hartmann et Broca, où des efforts exagérés peuvent seuls être incriminés.

M. LAMBERT (de Rennes) a envoyé une observation de **pyurie rénale diagnostiquée seulement par la séparation endo-vésicale des urines.**

M. GUINARD lit deux rapports, l'un sur une observation de M. Pluyette (de Marseille) à propos de la **guérison spontanée d'un anévrisme artério-veineux de l'artère et de la veine sous-clavière droite.** C'est un fait que les classiques considèrent comme exceptionnel, sinon impossible. Cependant dans le cas de M. Pluyette, la tumeur anévrismale disparut spontanément en l'espace de huit mois.

M. DELENS fait observer que cette guérison spontanée est au moins possible dans une variété d'anévrisme artério-veineux : l'anévrisme de la carotide interne et du sinus caverneux. C'est toujours par thrombo-phlébite que se fait la guérison.

Le deuxième rapport de M. GUINARD a trait à un cas de **torsion de l'épiploon dans un sac herniaire,** observé par M. SCHMID (de Nice).

Il s'agit d'un homme de 35 ans, possédant déjà depuis plusieurs années une hernie inguinale droite et qui, jusque-là parfaitement réductible, devint subitement douloureuse et irréductible. Arrêt complet des matières et des gaz, mais pas de vomissements. Un taxis prudent resta sans effet. C'est dans ces conditions que M. Schmid fut appelé à intervenir. Ayant incisé le sac, il y trouva un cordon épiploïque violemment congestionné et présentant un piqueté hémorragique très accentué. Ce cordon, disposé en forme d'anse dont les deux chefs disparaissaient par l'anneau herniaire, était plusieurs fois tordu sur lui-même et, du reste, nullement adhérent aux parois du sac. Pour exécuter sa détorsion et sa résection, M. Schmid dut prolonger son incision sur la paroi abdominale, faire une hernio-laparotomie.

MM. BROCA et TUFFIER citent des cas de torsion d'épiploon occasionnée par des tumeurs appendues à cet organe, mais il n'y a rien de commun avec le cas de M. Schmid. M. MAUCLAIRE rappelle au contraire une observation analogue qu'il a présentée à la Société en 1903.

M. MICHAUX fait une communication sur un cas de **périsigmoïdite d'origine ovarienne,** terminé par la mort.

La malade, âgée de quarante-cinq ans, s'était présentée avec les signes locaux et généraux d'un phlegmon suppuré de la fosse iliaque gauche : tumeur profonde et douloureuse, fièvre, nausées, vomissements, état général assez sérieux. Après avoir cherché, pendant quelques jours, à obtenir le refroidissement de cette inflammation localisée autour de l'anse sigmoïde, les accidents s'étant aggravés, M. MICHAUX incisa les téguments et sous l'S iliaque sentit une tuméfaction étendue qu'il débrida prudemment avec la sonde cannelée, après avoir soigneusement isolé les organes voisins. Quelques gouttes de pus ayant surgi, il fit une incision sur le foyer purulent qui fut vidé et nettoyé. Malgré cela, la malade succomba au bout de huit jours.

L'autopsie montra une vaste poche purulente s'étendant du mésocolon jusqu'au niveau de la veine rénale, en suivant la direction de l'uretère. Il y avait un foyer suppuré de l'ovaire, et pas trace de péritonite.

M. MONOD aurait vu, chez un homme, une phlegmasie de la fosse iliaque gauche qui finit par se résorber sans qu'on pût préciser de diagnostic.

M. HARTMANN croit que dans le cas de M. Michaux, il ne s'agit pas de périsigmoïdite, mais d'un simple abcès de l'ovaire fusé dans le mésocolon.

M. PONCET pense que, dans ces abcès péri-intestinaux, il faut songer à l'actinomycose et faire toujours l'examen du pus.

M. CHAPUT présente deux instruments : une **pince courbe** et un **écarteur malléable** qu'il utilise dans les hystérectomies abdominales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 MARS 1906)

Action des sérosités humaines et de leurs cellules dissociées sur les globules rouges du lapin. — Les sérosités humaines dissolvent l'hémoglobine des globules rouges du lapin. M. Froin a constaté que les cellules contenues dans ces sérosités, dissociées dans de l'eau physiologique, empêchent la diffusion hémoglobinique réalisée par le liquide seul. Le sérum sanguin, les liquides pleuraux et ascitiques hémolysants perdent ce pouvoir en présence d'un extrait cellulaire obtenu soit avec des lymphocytes, soit avec des polynucléaires neutrophiles.

Un extrait laissé longtemps (jusqu'à dix-huit heures) en contact avec les hémrties, puis décanté, ne les immunise pas contre une sérosité hémolysante. Un extrait chauffé à 56 degrés conserve le pouvoir antihémolysant. Si l'extrait est dilué, l'hémolyse apparaît et s'accentue à mesure que la dilution de l'extrait augmente.

Un extrait cellulaire concentré, ajouté à un liquide séreux, figure un état anatomique comparable à une sérosité purulente dans laquelle sont concentrés un très grand nombre de débris protoplasmiques. M. Froin a donc recherché si les liquides purulents centrifugés avaient une action comparable à un liquide séreux mélangé avec un grand nombre d'éléments cellulaires dissociés *in vitro*. Les sérosités d'une pleurésie purulente d'un abès froid et d'un abcès chaud n'ont présenté aucune action sur des globules de lapin que des liquides non purulents hémolysaient en quelques minutes.

Action agglutinante des sérums typhiques et paratyphiques sur les bacilles d'intoxication carnée. — Pour MM. Rieux et Sacquépée, les bacilles d'intoxication carnée comprennent deux groupes, les bacilles type Gärtner et les bacilles type Aertryck.

La plupart des sérums typhiques agglutinent les deux types de bacilles carnés; cette coagglutination est généralement très inférieure à l'agglutination spécifique; exceptionnellement elle peut être plus élevée.

Les sérums paratyphiques type A sont sans action nette.

Les sérums paratyphiques type B, peu actifs sur les bacilles type Gärtner, exercent au contraire sur les bacilles type Aertryck une agglutination forte, qui peut être aussi élevée que l'agglutination spécifique, au moins pour les sérums faibles.

Devant l'épreuve de la saturation, les agglutinines paratyphiques B et celles du type Aertrych paraissent identiques.

Devant l'agglutination les bacilles paratyphiques B et type Aertryck se comportent comme deux espèces voisines sinon identiques. Les bacilles type Gärtner s'éloignent des précédents.

Examen comparatif de l'action de la chaleur sur le plasma sanguin défibrinogéné par précipitation et par coagulation. — M. Patein, de ses expériences, conclut que : 1° dans le phénomène de la coagulation du sang, la quantité de sel calcaire contenue dans le plasma n'est pas indifférente; il faut un certain excès de ce sel pour que le fibrinogène soit entièrement transformé; 2° le plasma oxalaté, privé de fibrinogène par l'acide acétique, contient encore une matière albuminoïde coagulable à 56 degrés; 3° le sérum obtenu par addition de $CaCl^2$ au plasma oxalaté est coagulable à 56 degrés, puis, après filtration, à 64 degrés. La substance qui coagule à 56 degrés est d'autant plus faible, et celle qui coagule à 64 degrés, d'autant plus forte que le sel de calcium ajouté a produit une transformation plus complète du fibrinogène en fibrine.

Toxicité expérimentale des alcools. — Pour M. Lesieur, 1° la toxicité des alcools croît avec leur poids moléculaire; 2° l'intoxication expérimentale par les alcools purs se traduit surtout par la paralysie et le coma; 3° la méthode de choix est l'injection intraveineuse, au lapin, d'alcool additionné d'extrait de sangsue.

Inactivité amylolytique du suc pancréatique dialysé. — Pour MM. Bierry, Giaja et V. Henri, le suc pancréatique de chien, dialysé avec soin, devient presque complètement inactif vis-à-vis de l'amidon. L'addition de chlorure de sodium, d'un acide ou du mélange de sels contenus dans l'eau de mer rend l'amylase du suc pancréatique active.

Autres communications :

Note sur la chloroformisation par les nouveaux appareils, par M. Imbert.

Kyste vermineux du gros intestin chez le chimpanzé et les singes inférieurs, par M. Weinberg.

Note sur la flexion isolée des doigts, par M. Féré.

Note sur les mouvements d'abduction des doigts, par M. Féré.

De l'action des métaux à faible dose sur la fermentation lactique, par M. Ch. Richet.

Sur la présence dans les macérations de muscles putréfiés, de substances élevant la pression artérielle, par MM. Abelous, Ribaut, Soulié et Tonjan.

Sur l'action du suc thyroïdien sur le vibrion du choléra et le bacille d'Eberth, par M. Turró.

Transplantation des deux reins d'un chien sur une chienne dont les deux reins sont extirpés, par MM. Carrel et Guthrie.

Variations morphologiques du bacille d'Eberth sous l'influence de certains sels, par MM. Rajat et Péhu.

CORRESPONDANCE

Mon cher Directeur,

Un journal, dont j'ignorais l'existence, me fait figurer au nombre de ses collaborateurs. Je suis sûr de n'avoir point fait un appel inutile à la courtoisie de son rédacteur en chef en le priant de rectifier son erreur, sans doute née d'une confusion de noms. Mais, en attendant la publication de son prochain numéro, j'ai recours à votre obligeance et vous me rendriez un service confraternel en insérant cette rectification.

Mes sincères remerciements.

Dr CHARLES ESMONET.

12 mars 1906.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 19 AU 24 MARS 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Rieffel et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Landouzy et Legry.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Roger et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Claude; — (2e série) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et Macaigne; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 20 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Rieffel et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

4e : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Jeanselme; — (2e série) : MM. Joffroy, Méry et Gouget; — M. Thiroloix, suppléant.

Mercredi 21 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Cunéo et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gaucher, Desgrez et Legry.

2e : MM. Gautier, Roger et Branca; — M. Teissier, suppléant.

Vendredi 23 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Legueu et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Teissier et Macaigne.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Legry et Claude.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Proust; — M. Pierre Duval, suppléant.

Samedi 24 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

2e : MM. Launois, Langlois et André Broca; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Brindeau; — M. Guiart, suppléant.

THÈSES

Mercredi 21 mars 1906, à une heure. — M. MORIN. La résection du cordon spermatique sans castration. Opération complémentaire de la cure radicale de la hernie inguinale. (MM. Terrier, président; Landouzy, Reclus et Marcel Labbé.) — M. EUGÈNE. La tuberculose dans le personnel infirmier des hôpitaux de Paris. (MM. Landouzy, président; Terrier, Reclus et Marcel Labbé.) — M. CALVÉ. De la coxalgie double chez l'enfant. (MM. Reclus, président; Terrier, Landouzy et Pierre Duval.)

Samedi 24 mars 1906, à une heure. — M. LEROY. De la paralysie générale conjugale et de ses rapports avec la syphilis. (MM. Joffroy, président; Raymond, Roger et Jeanselme.) — M. MOUSSAUD. Mal de Pott sans signe rachidien chez l'adulte. (MM. Raymond, président; Joffroy, Roger et Jeanselme.) — M. GEBERT. Le tétragène en pathologie. (MM. Roger, président; Joffroy, Raymond et Jeanselme.) — M. BOUCHET. Contribution à l'étude du traitement rationnel des fractures des os longs. (MM. Berger, président; Hutinel, Auvray et Carnot.) — M. FASEUILLE. Diphtérie nasale ambulatoire. (MM. Hutinel, président; Berger, Auvray et Carnot.)

SUITE DES SOMMAIRES

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1906.) M. VILLARET et L. TISSIER : Dissociation des données fournies par la clinique et le laboratoire dans certaines formes de méningite tuberculeuse (avec figures). — R. LAUFER : Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur la ration alimentaire des tuberculeux. L'alimentation rationnelle des tuberculeux. — Paul TOUCHARD : La climatothérapie de la tuberculose.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 3, 15 fév. 1906.) MAILLARD : Les peptides. Introduction à la synthèse des maladies protéiques. — GUÉROULT : La notion d'espace et les conditions physiologiques nécessaires à sa formation dans l'esprit. — A. et L. LUMIÈRE : La plasmothérapie. — G. LOTH : L'évolution de la Tunisie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 8, 24 fév. 1906.) DELSAUX : La cure rationnelle des suppurations multiples des cavités annexes des fosses nasales. Présentation de malade guérie. — J. DUVERGER : Epithélioma cylindrique de la fosse nasale droite ayant détruit la masse latérale de l'ethmoïde sans intéresser les cavités annexes de la face.

Riforma medica. — (N° 6, 10 fév. 1906.) Vittorio PEREGO : Un cas de calculs des voies biliaires avec absence de la vésicule hépatique. — Agostino BRUNO : Recherches cliniques et bactériologiques sur certaines formes peu communes d'infection typhique. — Nicola GIANNETTASIO : Nouvelle contribution clinique à la chirurgie de l'estomac.

Semaine gynécologique. — (N° 9, 27 fév. 1906.) PICHEVIN : Le traitement des métrites.

Semaine médicale. — (N° 8, 21 fév. 1906.) Paul CARNOT : Des abcès sous-phréniques.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. 2, fév. 1906.) Th. ZIEHEN et H. PÄSSLER : Articles déjà mentionnés (*suites*). — Georg. HAUFFE : 233 rhumatismes articulaires traités sans préparations salicylées. — H. PÄSSLER : Traitement salicylé et néphrite dans le rhumatisme aigu.

Tribune médicale. — (N° 6, 10 fév. 1906.) VILLEMIN : Traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. — MEILLÈRE : Recherche de l'inosite. — (N° 7, 17 fév.) GUISEZ : Cure radicale de l'otite suppurée chronique et confusion mentale. — E. BINET : L'aérophagie tardive. — (N° 8, 24 fév.) H. TISSIER : Traitement des infections intestinales par la méthode de transformation de la flore bactérienne de l'intestin. — E. BINET : L'aérophagie tardive.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 8, 22 fév. 1906.) KREIBICH : Etiologie et traitement de la syphilis. — FROMMER : Sur la stase de Bier et particulièrement sur le traitement post-opératoire de la gangrène sénile. — BENEDIKT : La théorie du blastème de Rokitansky est-elle justifiée ou non? — BARTELL et NEUMANN : Sur la tuberculose expérimentale par inhalation chez le cobaye.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Admissibilité.* — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie pathologique.* — Séance du 13 mars 1906 : MM. Ferrand, Nobécourt et Ravaut, 9; Crouzon, 8.

Voici la liste des candidats admissibles à l'épreuve clinique : MM. Castaigne, Ravaut, Lereboullet, Comte, Deguy, Ribierre, Hallé, Guillemot, Clerc, Nattan-Larrier, Grenet, Nobécourt, E. Weil, Ferrand, Laubry, Balthazard, Léri, B. Weill.

La prochaine séance (épreuve clinique) aura lieu jeudi 15, à neuf heures, à la Charité.

— CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Le jury est actuellement composé de MM. Arrou, Beurnier, Broca, Demoulin, Poirier, Thiéry, qui ont accepté, et Babinski, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — *Jugement des mémoires* : MM. Halbron, Læderich, Roussy et Villaret, 30; Chiray, Tarliac, Thaon et Trémolières, 29; Darré, Faure-Beaulieu, Flourens, Lemaire et Ramond, 28.

Oral. — Séance du 12 mars : Ont obtenu : MM. Chiray, Halbron, Roussy et Tarliac, 18; Flourens, Lemaire, Læderich et Villaret, 17; Thaon et Trémolières, 16.

La séance d'écrit aura lieu demain jeudi, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique.

— MÉDAILLE D'OR (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS). — A la suite du concours qui vient de se terminer, les récompenses suivantes sont attribuées : médaille d'or, M. Okinczye; médaille d'argent, M. Capette; accessit, M. Martin.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 13 mars 1906. — Question donnée : « Amygdales. — Abcès rétro-pharyngiens. »

MM. Hovelacque, 17 + 22 = 39; — Foix (Charles), 17 + 21 = 38; Bénard (René), 17 + 22 = 39; — Boudet, 16 + 22 = 38; — Petiteau, 13 + 22 = 38; — Senlecq, 12 + 22 = 34; — Gendron, 11 + 21 = 32; — Fernet, 11 + 21 = 32; Deroide, 11 + 23 = 34; — Cesbron, 8 + 25 = 33.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 17 mars, à quatre heures trente du soir, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Follenfant est définitivement affecté à l'hôpital militaire de Versailles (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ravoux passe au 105e d'infanterie (service); — Sicard, au 47e d'infanterie (service); — Lespinasse, au 34e d'artillerie (service); — Demery, au 15e escadron du train des équipages militaires (service); — Dumas, au 16e escadron du train des équipages militaires (service); — Sabatier, au 13e hussards (service); — Huber, au 55e d'infanterie (service); — Boitel, affecté au 37e d'artillerie et détaché à la direction d'artillerie à Bourges (service); — Bertelé, passe au 1er étranger (service); — Peltier, au 30e bataillon de chasseurs à pied (service); — Raymond, au 16e d'artillerie; — Pascal, au 102e d'infanterie; — Natalelli, au 70e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Weitzel, passe à l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye (service); — Moisseney, au 68e d'infanterie (service); — Legendre, au 145e d'infanterie (service); — Bordereau, au 18e d'artillerie; — Barailhé, au 34e d'infanterie; — Orticoni, au 157e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chauliac, passe au 12e cuirassiers (service); — Thivol, au 1er chasseurs d'Afrique (service); — Larroque, au 15e d'infanterie (service); — Groc, au 142e d'infanterie (service) — Clerc, au 35e d'infanterie (service); — Chon, au 37e d'artillerie (service); — Delahousse, aux hôpitaux de la division d'Oran (service); — Dufils, au 117e d'infanterie (service); — Le Petit, au 10e d'artillerie; — Azaïs, aux hôpitaux de la division d'Oran (service).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Odinet (de Paris) est nommé officier d'Académie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DU
RHUMATISME TUBERCULEUX
TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE ET SES LOCALISATIONS OSTÉO-ARTICULAIRES (1)

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE.

Accueillie, à son apparition, avec un certain scepticisme et tout d'abord vivement discutée, bientôt vérifiée par l'observation journalière, enfin, contrôlée par l'expérimentation, la doctrine du rhumatisme tuberculeux est aujourd'hui en dehors de tout conteste.

Les nombreux faits cliniques, accumulés depuis plusieurs années, ont surabondamment démontré le bien-fondé de notre conception première. Celle-ci n'était, d'ailleurs, qu'une conclusion qui se dégagea, d'elle-même, d'observations longtemps suivies, et nous eûmes, au début, quelque peine à l'admettre, tant elle était contraire aux idées alors régnantes, et qui, jusque-là, étaient les nôtres.

Aujourd'hui, comme l'a dit J. Tessier, dans son rapport au congrès de Liège, « elle ne soulève plus que des controverses d'ordre secondaire. »

Il nous a semblé pourtant, à lire les travaux récents, écrits de différents côtés sur le rhumatisme tuberculeux, que l'interprétation pathogénique vraie et l'anatomie pathologique exacte de ses lésions, restaient encore flottantes pour certains auteurs, malgré la façon précise dont nous avions, dès l'origine, posé la question. Aussi jugeons-nous nécessaire d'y revenir et de compléter notre démonstration, de quelques détails, laissés au début, un peu dans l'ombre, faute d'un matériel nécropsique suffisant.

Mais auparavant, nous voudrions, une fois de plus, bien définir les termes du problème, pour éviter, à l'avenir, toute confusion.

Le rhumatisme articulaire tuberculeux est la localisation articulaire de la tuberculose inflammatoire, c'est-à-dire *d'une modalité de lésions tuberculeuses, qui ne font pas leur preuve par l'anatomie pathologique* (2).

C'est là ce qui le différencie, avant tout, des manifestations, jusqu'ici décrites, de la tuberculose articulaire classique. Ainsi s'explique, tout au moins anatomiquement, qu'il ait été méconnu jusqu'à nos recherches.

On doit donc éviter de le confondre avec les tumeurs blanches bénignes, avec la carie sèche de Volkmann, avec toutes les tuberculoses atténuées, dont les néoformations spécifiques signent la nature.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 13 mars 1906.

(2) Cet énoncé souffre, cependant, quelques exceptions. C'est ainsi que la granulie articulaire, à forme de polyarthrites rhumatismales aiguës (Laveran), que certaines synovites hydropiques, etc., sorte de transition entre les synovites séreuses, simplement inflammatoires, et les synovites fongueuses, peuvent en imposer pour du rhumatisme vrai, avec lequel elles sont encore généralement confondues.

Il n'y a, entre ce groupe de lésions et le rhumatisme tuberculeux, qu'un seul point commun : leur origine tuberculeuse.

Le comprendre ainsi, ce n'est pas, croyons-nous, en restreindre les limites. C'est le renfermer sur son véritable terrain.

Toutefois, notre théorie, partie des faits cliniques et appuyée sur eux, vise au delà. Elle a posé une question doctrinale dont nous essaierons de fournir une démonstration anatomique définitive.

A. Démonstration, par les recherches récentes du laboratoire, de la tuberculose inflammatoire. Leurs applications a la pathogénie du rhumatisme tuberculeux. — Le déterminisme pathogénique exact de pareilles lésions, macroscopiquement et histologiquement banales, est assez difficile à établir.

Trois hypothèses se présentent à l'esprit. Elles reposent sur des preuves d'inégale valeur. Aucune d'elles n'est pleinement démontrée, mais, dans l'état actuel de la science, elles nous fournissent toutes, au moins, des jalons, qui permettent une interprétation très vraisemblable de faits cliniques, du reste, indiscutables.

1° *Toxines bacillaires diffusibles.* — Au début, en ne faisant appel qu'à la clinique, nous avions supposé que, théoriquement, le rhumatisme tuberculeux s'expliquait, par la présence, au milieu des tissus, de bacilles en petit nombre, d'une virulence amoindrie, ou bien, par l'action seule de leurs toxines, élaborées dans le sang, peut-être plus probablement, dans un foyer lointain, ancien ou récent.

A cette époque, on faisait quelque difficulté d'admettre que le bacille de Koch pût évoluer dans les tissus, sans y traduire sa présence par des lésions anatomiquement définies, et l'origine toxinienne du rhumatisme tuberculeux nous semblait la plus plausible.

Une telle explication, comme d'ailleurs les faits qu'elle visait, ne fut pas, sans réserves, acceptée par tous. Sans doute, la tuberculine injectée, à petites doses répétées, faisait bien naître dans les divers parenchymes, dans le rein en particulier, des lésions congestives et des réactions fibreuses plus ou moins diffuses, mais il n'y avait là rien de spécifique, et, par suite, c'était quantité négligeable.

L'expérimentation avec des sacs de collodion (1), suivant la méthode de Roux et Nocard, donnait des résultats analogues, mais on leur refusait, pour la même raison, droit de cité dans le domaine de la tuberculose. Et pourtant, le passage de toxines dans le sang, en pareil cas, était assez identique à ce qui doit se passer cliniquement, chez tout individu porteur d'un foyer bacillaire plus ou moins latent.

Aujourd'hui on admet plus volontiers que la sclérose, en tant que processus général, est fréquemment d'origine tuberculeuse.

2° *Poisons adhérents.* — Le fait ne semble donc pas contestable. Le critérium anatomique n'est plus le minimum exigible, pour affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion.

(1) Ramond et Hulot. Soc. de biol., oct. 1900.

Actuellement, cependant, alors que telle opinion, qui paraissait inacceptable, il y a quelques années, est admise par les anatomo-pathologistes eux-mêmes (Cornil, Tripier, etc.), c'est l'expérimentation qui tente de se dérober.

On refuse au bacille le pouvoir d'engendrer, *à distance, par ses toxines*, alors même que l'étude des malades l'indique, des lésions tuberculeuses simplement inflammatoires. On veut y voir une action locale et spécifique de l'agent, lui-même, spécifique.

Les tuberculines, nous voulons dire par là les toxines sécrétées à distance, sont tenues pour incapables de produire une irritation suffisante des tissus. Elles ne sauraient entrer en ligne de compte.

La sclérose n'est plus une réaction indifférente des éléments qui se défendent. Il faut la comprendre comme un processus d'évolution de la tuberculose, engendré par un virus spécial. Elle ne relève pas des toxines diffusibles dont la virulence est très faible et l'action limitée, mais des poisons adhérents.

Pour Auclair qui, dans de remarquables travaux, s'est attaché, depuis plusieurs années, à démontrer cette doctrine, on peut extraire, du bacille de Koch, des matières grasses, dont l'injection dans les tissus produit les altérations anatomiques de la tuberculose. L'extrait éthéré est : *caséifiant*; l'extrait chloroformé est : *sclérosant*. La nodosité inflammatoire, produite par ce dernier, a peu de tendance à évoluer. Elle s'entoure d'une gangue fibreuse, et donne, comme ultime évolution, une cicatrice épaisse, se rapprochant de la chéloïde. Dans les viscères, la chloroformine fait de *la sclérose, avec cellules géantes, et cette sclérose est toujours spécifique*. Mais il y a là des questions de degré, et on a parfois de la peine à mettre en évidence l'élément caractéristique.

Ainsi s'expliqueraient les lésions dont nous parlions plus haut. Telle serait pour Auclair (1) la pathogénie des manifestations tuberculeuses que nous étudions.

Les expériences d'Armand-Delille, pour les méninges, celles de Jousset, de Bernard et Salomon, pour le rein, d'Oppenheim et Loeper, pour les capsules surrénales, de Courroux et Ribadeau-Dumas pour le foie, tendent toutes à démontrer, que la plupart des scléroses parcellaires ou diffuses des viscères sont fonction de tuberculose.

Elles seraient de nature à faire accepter pareille opinion pour les articulations. Dès lors, *le rhumatisme tuberculeux serait un rhumatisme toxinien. Le bacille, dont la présence est nécessaire, agissant non point par ses produits solubles, mais par ses poisons adhérents.*

Nous retiendrons, d'autre part, des travaux d'Auclair, le point suivant, digne d'attention. Si l'on a soin de débarrasser complètement les bacilles de leurs graisses, par l'éther et le chloroforme combinés, et si on injecte ensuite les bacilles ainsi traités, à des animaux, *on ne reproduit plus aucune lésion spécifique de la tuberculose.*

Ce détail, avons-nous dit, n'est pas négligeable. Il mérite d'être relevé. On est loin, en effet, de connaître encore tous les poisons du bacille de Koch. Les poisons adhérents ne sont pas les seuls, et en supposant qu'ils expliquent toutes les lésions de la tuberculose classique, il est bien permis de penser qu'ils ne sont pas toute la tuberculose.

D'ailleurs, dans les résultats si intéressants, obtenus par Auclair et ses collaborateurs, quelques faits s'harmonisent mal avec ce que nous avons vu.

Dans le rhumatisme tuberculeux, comme dans les autres manifestations de la tuberculose inflammatoire, le bacille n'a été que très rarement rencontré, soit par nous (L. Dor), soit par d'autres (Dieulafoy et Griffon). Ce n'est qu'exceptionnellement, que les exsudats retirés des articulations ont tuberculisé le cobaye (Dor), et quand l'infection se réalise, on ne commence à la constater que longtemps après l'inoculation, au bout de deux à trois mois. D'autre part, nous n'avons pas trouvé de néoformations spécifiques dans la synoviale : follicules ou cellules géantes. Tout ce que nous avons pu mettre en évidence, comme nous le dirons plus loin, c'est, quelquefois, dans les parties ligamenteuses, capsulaires, péri-articulaires, dans les tissus fibreux voisins, une vascularisation anormale, un peu d'infiltration embryonnaire, avec tendance à l'organisation autour des vaisseaux. Est-ce suffisant pour affirmer qu'un tel processus est spécifique ?

Nous ne le pensons pas et nous pouvons dire : *Dans le rhumatisme tuberculeux, rien ne nous a montré l'évolution locale spécifique du bacille de Koch.*

C'est pour la même raison que nous ne saurions admettre la doctrine de la granulie discrète, exposée par Bard dans la thèse de Lassère (1).

3° *Action directe du bacille.* — S'agit-il donc d'un processus microbien direct, n'engendrant, sous des causes mal connues, que des altérations banales ?

Depuis quelques années déjà, Arloing avait indiqué, dans la thèse de Pupier (2), notamment, qu'il était possible d'obtenir une espèce de bacilles de Koch, ne créant, dans les tissus, que des lésions infectieuses simples.

En accoutumant des bacilles humains, entretenus sur pomme de terre, depuis plusieurs mois, à vivre dans la profondeur d'un bouillon glycériné, il est arrivé à obtenir des bacilles, un peu plus longs, un peu mobiles, retenant moins fortement les couleurs, après passage dans l'eau acidulée ; quelques-uns se décolorant même entièrement. Ces bacilles qui, avant leur transformation, jouissaient du pouvoir infectant habituel, étaient ensuite incapables de tuberculiser les animaux, par injections sous-cutanées.

Par contre, si leur virulence diminue pour le cobaye et le lapin, elle est augmentée pour le veau, chez lequel *elle détermine une tuberculose septicémique ou infectieuse, provoquant, dans les viscères, des formations tissulaires, dont la disposition rappelle, seulement, des lésions microscopiques débutantes.*

(1) Auclair et Radiguer. *Bull. méd.*, 19 juillet 1905.

(1) *Des pseudo-rhumatismes tuberculeux*, Th. de Genève, 1903.

(2) Eugène Pupier. *De l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale*, Th. de Lyon, 1903, p. 95.

Et Arloing, tout dernièrement (1), émettait l'hypothèse : que le rhumatisme tuberculenx était peut-être un type clinique de cette variété de tuberculose, obtenue expérimentalement (2).

Effectivement, il semble bien établi maintenant, que le bacille de Koch est capable d'engendrer, dans les tissus, des productions, banales, sans nulle caractéristique (Braillon, Bernard et Salomon, etc.).

Le follicule n'est que l'expression la plus haute, la plus différenciée, et non exclusive, de ses réactions complexes, dont le terme inférieur, le moins connu de la série, peut-être le plus fréquent, est l'inflammation simple, courante.

C'est ce que P. Carnot avait parfaitement vu, quand il écrivait dans sa thèse (Paris, 1898) : que la sclérose, non spécifique, était la réaction habituelle du pancréas au bacille de Koch.

En un mot, parmi les actions locales du bacille tuberculeux, toutes ne dépendent pas des toxines. Les lésions non folliculaires, qu'on leur a généralement attribuées, peuvent relever de l'évolution sur place du bacille lui-même.

Si bien, qu'en définitive, il nous faudrait conclure que : *le rhumatisme tuberculeux est un rhumatisme microbien* (3).

Il devient alors difficile de prendre parti. Lésions toxiniennes, pures, ou lésions bacillaires directes, nous ne saurions le dire encore, mais nous espérons pouvoir bientôt être définitivement fixés sur ce point, et donner la preuve expérimentale de la pathogénie précise de pareils processus.

De cet exposé, nous ne voulons aujourd'hui retenir qu'une seule notion, capitale en l'espèce :

Avec le bacille de Koch il est expérimentalement possible d'obtenir des inflammations simples à marche aiguë ou chronique, se terminant par résolution ou par cirrhose indéterminée.

C'est la démonstration formelle par le laboratoire de la tuberculose inflammatoire.

(1) Congrès de la tuberculose Paris, 1905. Comptes rendus in *Presse médicale*, 4 oct. 1905.

(2) Cette hypothèse, nous l'avions déjà présentée dans notre article des *Arch. internat. de chirurgie*, vol. I, ayant pour titre : *Tuberculose : septicémique, rhumatismale, spécifique*. Trilogie anatomique et clinique de l'infection bacillaire (A. Poncet, Gand 1903).

(3) Dans cette étude doctrinale et bactériologique, nous avons cherché à mettre en harmonie les observations cliniques et les résultats si intéressants du laboratoire.

Il est un point, dans tous les cas, sur lequel nous tenons à insister. Ce point est le suivant. Absent ou présent dans les tissus ostéo-articulaires et autres, atteints de tuberculose inflammatoire, c'est, avant tout, par ses poisons, solubles, adhérents ou non, que le bacille les offense, et si nous employons l'expression de : *rhumatisme tuberculeux microbien*, nous n'entendons pas le moins du monde, par cette dénomination, que le bacille de Koch s'y comporte uniquement comme agent physique.

La tuberculose inflammatoire, le rhumatisme articulaire tuberculeux qu'elle conditionne, sont, nous l'avons spécifié, dès le premier jour, fonction du virus tuberculeux, dans le sens le plus large de ce dernier terme ; sens présent, sens à venir, subordonné à de nouvelles recherches. Toxinien, toxi-infectieux, le rhumatisme tuberculeux est un des plus beaux spécimens de rhumatisme infectieux.

B. Anatomie pathologique du rhumatisme articulaire tuberculeux. — Sur le terrain clinique, les faits que nous avons observés sont identiques.

Dans une communication (1), à l'Académie de médecine du mois de juin dernier, nous en avions indiqué quelques-uns, ayant trait surtout à des affections viscérales.

L'anatomie pathologique microscopique du rhumatisme tuberculeux, faite au laboratoire de la clinique par L. Dor, avec de nombreuses pièces d'autopsie, ou des tissus prélevés au cours d'interventions chirurgicales diverses, nous a montré partout *des lésions inflammatoires banales.*

Parfois, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, on constate comme une ébauche de réaction spécifique, une tendance à une formation de nodules périvasculaires, mais sans cellules géantes. Il semble que l'on saisit, sur le vif, une forme de transition, entre les lésions anatomiquement définies et les réactions indifférentes, que nous avons ordinairement relevées, mais pour ces diverses raisons, *en dehors des renseignements de la clinique, et des méthodes d'investigation expérimentale, on n'aurait pu songer à la tuberculose.*

Or, quand tout est concordant, quand l'observation au lit du malade, appuyée sur le séro-diagnostic, sur l'épreuve de la tuberculine, du vésicatoire (Mérieux), etc., *impose l'idée de tuberculose, on est fondé à l'admettre, alors même que le criterium anatomique est absent.*

De tous côtés aujourd'hui, on sent naître cette opinion que la plupart n'osent affirmer. Malgré les restrictions, derrière le vague de certaines formules, l'idée se dégage. L'évolution que subit présentement la doctrine des tuberculines et des tuberculoses cutanées atypiques, en est plus qu'un indice (2).

Cette évolution est en trop parfaite harmonie avec les idées que nous défendons, depuis plusieurs années, pour ne pas la relever.

La tuberculose existe là même où, anatomiquement, elle est absente. C'est le propre du rhumatisme articulaire tuberculeux dans lequel les lésions sont indifférentes ; aussi, vu sa fréquence, dirions-nous volontiers que l'anatomie pathologique du rhumatisme chronique a été très probablement édifiée, avec des pièces de rhumatisme tuberculeux. Sa description est, à peu de chose près, celle qu'a laissée Charcot.

Nous n'avons donc pas, à ce point de vue, grand'chose à glaner, de nouveau, parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies.

[Dans la deuxième partie de leur communication,

(1) *Tuberculose inflammatoire. Ses localisations multiples, en particulier, sur l'estomac, l'intestin, etc.* Communication à l'Académie de médecine, A. Poncet et R. Leriche ; 4 juin 1905.

(2) V. le rapport de Darier sur ce sujet à la Soc. d'études scientifiques, et la discussion qui l'a suivi, in *Bull. méd.*, 13 déc. 1905.

Nous avions déjà envisagé, sous ce jour, diverses dermatoses (Rhum. tub. abart., Acad. de méd., 1902), et les mêmes idées ont été, à propos de l'érythème noueux, développées en décembre 1905, par notre élève Pons, dans sa thèse (Lyon 1905), intitulée : *Erythème noueux d'origine tuberculeuse.*

MM. Poncet et Leriche indiquent alors ce qu'ils ont vu dans le rhumatisme aigu et dans le rhumatisme chronique.

Dans le rhumatisme tuberculeux, aigu, subaigu, ils n'ont trouvé qu'un *processus purement inflammatoire et stérile*, avec deux évolutions différentes, subordonnées à leurs localisations anatomiques :

Une, à prédominance synoviale, hydropique, guérissant par récupération intégrale des fonctions.

L'autre, à prédominance péri-articulaire et osseuse, sèche, plastique, ankylosante d'emblée.

Dans le rhumatisme tuberculeux chronique (1), ils décrivent deux formes : une première forme, *atrophique, médullisante, raréfiante,* une deuxième forme : *plastique, hyperostosante.*

Dans les deux cas, que l'os soit ramolli, qu'il soit ostéomalacique, sur une plus ou moins grande étendue, qu'il soit, au contraire, très éburné, le processus n'a rien de spécifique (L. Dor).

La clinique, ici encore, est seule pour affirmer la nature tuberculeuse des lésions.]

Il semble, en raisonnant sur les pièces, qu'il y ait presque toujours, un peu, avant, ou en même temps, un *stade ostéomalacique.* L'os ramolli est



Fig. 1. — Tête radiale, transformée en tampon, par ossification post-ostéomalacique, dans une ostéo-arthrite sèche du coude tuberculeuse.

alors sensible aux moindres pressions (fig. 1). Il se laisse déformer, écraser, puis le processus plastique apparaît qui vient fixer, dans leur forme nouvelle, les malformations acquises.

Il est impossible, sans cela, de comprendre certains affaissements, certains tassements osseux. D'autre part, ce n'est pas là une simple vue de l'esprit. Tous les chirurgiens connaissent le *ramollissement inflammatoire*, au voisinage de lésions tuberculeuses en activité, et qui s'étendent plus ou moins dans la portion juxta-épiphysaire, dans le canal médullaire, ainsi celles de l'épiphyse inférieure du

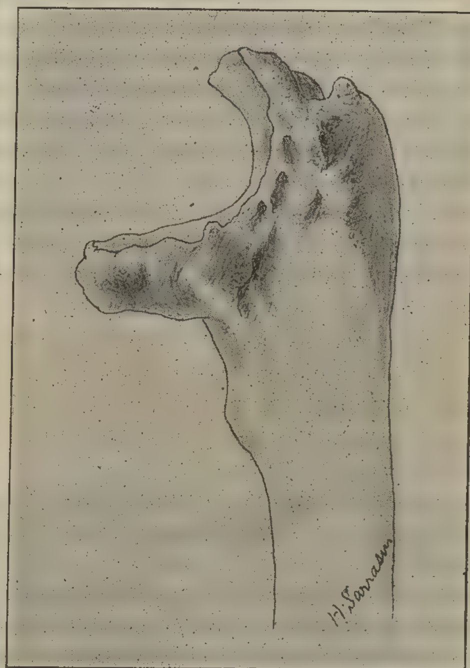


Fig. 2. — Extrémité supérieure du cubitus, raréfiée et hyperostosée, dans une ostéo-arthrite sèche du coude d'origine tuberculeuse. (Le radius, fig. 1, et le cubitus, fig. 2, appartiennent à la même articulation.)



Fig. 3. — Tête fémorale droite, dans une ostéo-arthrite sèche de la hanche d'origine tuberculeuse. Déformations de la tête. Ecchondroses, etc., etc.

(1) Le rhumatisme tuberculeux chronique est moins que rare. Dans leur important article : Rhumatismes chroniques, du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* (J.-B. Baillière, Paris 1905), J. Teissier et G. Roque déclarent que, *50 fois sur 100,* le rhumatisme chronique est de nature tuberculeuse.

Voir également, à ce propos, la thèse du docteur Valentin, Lyon 1906 : *Fréquence du rhumatisme tuberculeux, chronique, déformant, chez les vieillards atteints de tuberculose pulmonaire.*

fémur dans la tumeur blanche du genou, ou encore cette dégénérescence graisseuse diffuse, totale, qui frappe si souvent les os des tuberculeux. Il n'est pas plus difficile d'admettre l'ostéomalacie transitoire dont nous parlons, et qui cadre si parfaitement avec les faits.

Quoi qu'il en soit de ces lésions ostéomalaciques, il existe deux types anatomo-cliniques de la tuberculose, plastique, hyperostosante. Ces deux types extrêmes sont : l'*arthrite sèche sénile* et l'*arthrite ankylosante*.

1° *Arthrite sèche. — Dans l'arthrite sèche*, que l'on observe à tout âge, sur toutes les articulations, et dont le prototype est le *morbus coxæ senilis*, on voit un double processus, d'usure, d'ostéite raréfiante, ordinairement centrale, et d'ostéite condensante, de prolifération désordonnée, à la périphérie (fig. 3).

Quand l'évolution est plus complète, les déformations articulaires sont beaucoup plus marquées. L'usure des surfaces peut réduire les extrémités osseuses à de courts moignons informes (fig. 4).



Fig. 4. — Coupe d'une tête fémorale gauche, dans une ostéo-arthrite sèche de la hanche, d'origine tuberculeuse. — Disparition du cartilage. Usure de la tête. Éburnation de l'épiphyse et du col.

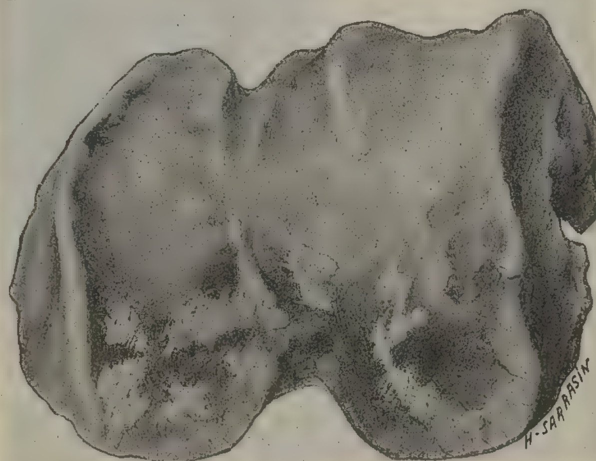
Dans nombre des observations les altérations sont absolument celles si magistralement décrites par Cruveilhier, par Deville et Broca, par Besnier, etc. (fig. 5).

L'arthrite plastique, ankylosante, est la lésion la plus élevée de la série, car le processus ossifiant est, pourrait-on dire, à l'état pur (fig. 6 et 7).

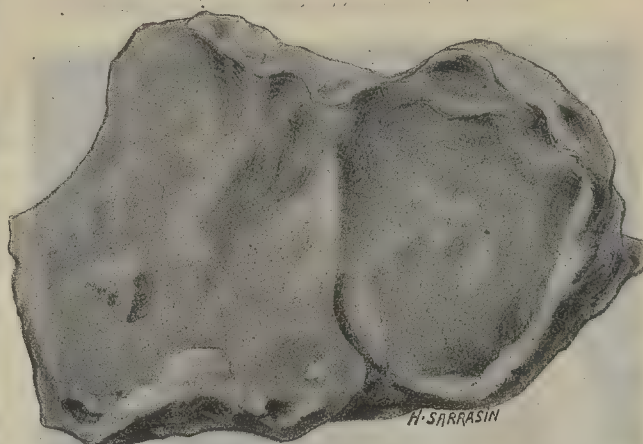
Il s'agit d'une synostose directe. C'est la véritable organisation d'une « *lymphe plastique intra-synoviale* ».

Les plus beaux exemples de cette forme de synostose nous ont été fournis, pour les articulations de la colonne vertébrale, pour les articulations de la hanche, etc., par le rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo-rhizomélique de Marie.

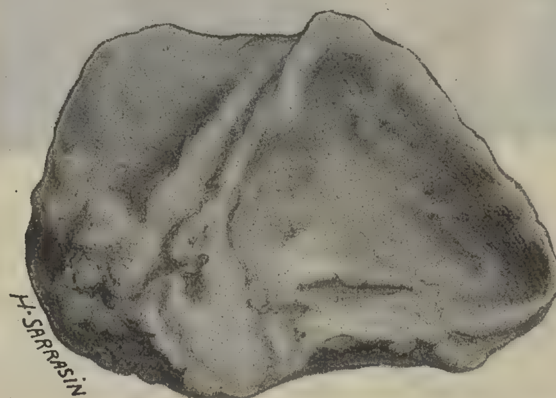
Histologiquement, le processus schématique se réduit à ceci : disparition du cartilage de revêtement, réduisant l'extrémité articulaire à sa lame compacte, d'où partent des jetées osseuses, par pénétration des tissus médullaires à ce niveau.



A



B



C

Fig. 5. — Ostéo-arthrite, sèche, déformante, du genou droit, d'origine tuberculeuse. — A, B, extrémités articulaires du fémur, du tibia; — C, rotule vue par sa face interne.

Dans l'os, nouveau, définitif, il est impossible de saisir la trace d'une inflammation spécifique. Sur les parties molles périarticulaires, même absence de lésions caractéristiques.

Plusieurs fois cependant, L. Dor a relevé, entre les

travées fibreuses d'une coupe de ligaments, une tendance à l'organisation périvasculaire des cellules embryonnaires infiltrées.



Fig. 6. — Coupe d'ankylose osseuse de la hanche gauche, dans un rhumatisme tuberculeux ankylosant (type Marie).



Fig. 7. — Coupe d'ankylose osseuse de la hanche droite, dans un rhumatisme tuberculeux ankylosant (type Marie). [Même malade que dans la figure précédente.]

Cette ébauche vers la tuberculisation classique était particulièrement manifeste dans l'examen des tissus fibreux, adjacents à un astragale enlevé par résection, pour un pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse.

En certains points des préparations, on voit des capillaires néoformés s'entourer de cellules embryonnaires et édifier ainsi de petits nodules, purement inflammatoires, rappelant des nodules tuberculeux, périvasculaires classiques. Ailleurs, l'évolution est bien différente. Ce sont ces capillaires qui prolifèrent, les cellules endovasculaires tendent à se fusionner entre elles (fig. 8 et 9). Nulle part on ne trouve de cellules géantes.

Cette ébauche vers la spécificité est intéressante. Elle représente *une forme de transition, probablement temporaire, entre les lésions banales que l'on trouve habituellement dans la tuberculose inflammatoire, et les productions spécifiques connues.*



Fig. 8. — Coupe du ligament astragalo-calcanéen, enlevé dans une résection de l'astragale, pour ostéo-arthrite sèche, médio et tibio-tarsienne, d'origine tuberculeuse, dans un pied plat valgus douloureux. — 1, Vaisseaux de nouvelle formation, atteints de fibro-vascularite ; — 2, Tissu fibreux normal.

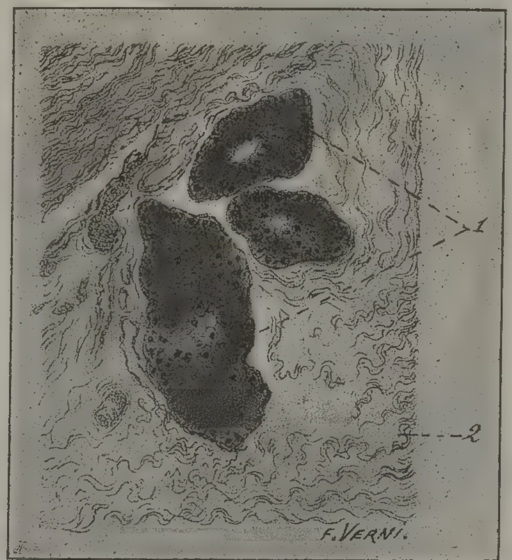


Fig. 9. — Coupe du même ligament astragalo-calcanéen, enlevé dans une résection de l'astragale, pour ostéo-arthrite sèche médio-tarsienne, d'origine tuberculeuse, dans un pied plat valgus douloureux invétéré. — 1, Vaisseaux de nouvelle formation, atteints d'endo-vascularite oblitérante ; — 2, Tissu élastique.

C'est peut-être, dans cette survascularisation de tissus, habituellement peu vasculaires, avec tendance à la formation des nodules embryonnaires autour des capillaires néoformés (Dor), qu'il faut chercher la caractéristique anatomique des lésions dont nous parlons, si l'on ne peut penser tuberculose sans critérium histologique ?

Si maintenant, pour conclure, nous essayons de synthétiser ces différentes notions, nous voyons que le rhumatisme articulaire tuberculeux, qu'il soit, mono, oligo, polyarticulaire, qu'il soit partiel, qu'il soit généralisé, revêt, anatomiquement, deux formes : aiguë et chronique.

Dans la première, deux modes d'évolution sont possibles : une évolution, hydropique; une évolution, sèche et plastique. Dans la deuxième, on trouve deux groupes principaux de lésions. Les unes relèvent d'un processus raréfiant, comme la polyarthrite déformante, les autres, d'une inflammation hyperostosante, périphérique et localisée (arthrite sèche, sénile), ou totale (arthrite ankylosante).

Il s'agit là de phénomènes purement inflammatoires, indifférents, aussi bien à l'examen microscopique qu'à l'œil nu, et néanmoins de nature tuberculeuse.

Telles sont les conclusions qui découlent des faits que nous avons exposés. Elles montrent, nous l'avons spécifié; dès nos premières recherches, que le rhumatisme tuberculeux n'est rien autre que la forme ostéo-articulaire de la tuberculose inflammatoire.

Dès lors, celle-ci nous apparaît susceptible de prendre, sur le squelette, trois modes évolutifs, capables de se combiner diversement. *Elle peut produire : de la raréfaction osseuse, de l'hyperostose, du ramollissement osseux* (ostéomalacie partielle, diffuse).

C'est ici plus qu'un simple groupement didactique, car transportée dans le domaine clinique, cette notion nous paraît devoir être d'une portée considérable, et singulièrement extensive.

Si l'on songe que les malades porteurs de telles tuberculoses, peu virulentes, frustes, abortives, sont aussi peu tuberculeux que possible, tout au moins, pendant un temps plus ou moins long; que leur foyer infectieux le plus souvent latent, doit être cherché, on pensera volontiers, que bien des lésions inflammatoires indéterminées, dans lesquelles ces différents processus sont diversement combinés, ont très vraisemblablement la tuberculose comme premier agent.

C'est qu'en effet, les ostéomalacies partielles, permettant des déformations localisées, guérissant finalement par ostéite condensante, sont légion, et leur nature est jusqu'ici restée mystérieuse.

Ainsi se trouve visé, pour ne parler que des os et des articulations, tout ce vaste groupe des maladies chirurgicales de l'adolescence, expliquées, pour les uns, par le rachitisme tardif; pour les autres, par une surcharge et un excès de travail. Ces deux théories, l'une dystrophique, l'autre mécanique, on les retrouve partout en présence, pour le pied plat douloureux, pour le genu valgum, pour la coxa-vara, pour la scoliose, etc.; en un mot, pour toutes les déformations ostéo-articulaires de l'adolescence, dites encore déformations essentielles de la croissance.

On n'a guère songé à leur origine tuberculeuse possible. Seule la tuberculose inflammatoire permet de le faire.

On a noté cependant, fréquemment, la coïncidence de l'ostéomalacie, généralisée, vraie, et de la tuberculose. Certains auteurs même [Paviot et G. Mouriquand (1)] ont insisté sur leur parallélisme d'évolution. D'après ce que nous avons observé dans le rhumatisme tuberculeux, nous pensons qu'il ne faut pas voir là des séries morbides parallèles, mais deux manifeststions, seulement, de siège différent : l'une, viscérale, l'autre, squelettique, d'une infection commune, par le bacille de Koch.

(1) Soc. méd. des hôpit. de Lyon, juin 1903.

Appliquant cette donnée aux nombreuses lésions du squelette, dans lesquelles un processus de ramollissement précède l'ankylose, dite de guérison, ou l'ostéite condensante terminale, nous nous sommes efforcés, depuis quelque temps, de chercher la tuberculose larvée chez de tels malades. Nous l'avons souvent trouvée et nous avons déjà fait connaître plusieurs observations (1) : de pied plat valgus douloureux, de scoliose, etc., non pas seulement chez des tuberculeux, mais bien de nature tuberculeuse.

Dans le même ordre de faits, nous avons examiné récemment une jeune bacillaire atteinte d'une subluxation progressive des deux poignets, réalisant un beau type de la maladie de Madelung, etc. Aussi nous considérons aujourd'hui : *que les différents types de maladies ostéo-articulaires de la croissance, que les déviations ostéo-articulaires des adolescents, sont fréquemment d'origine tuberculeuse.*

Démontrer cette origine bacillaire pour l'une d'entre elles, pour la tarsalgie de Gosselin, par exemple, c'est évoquer cette même étiologie, pour toutes les autres maladies similaires de l'adolescence, que tous les cliniciens réunissent dans une même pathogénie, et qu'il n'est pas rare, du reste, de rencontrer associées sur un même sujet.

Pour nous, le rachitisme tardif n'existe pas. Ce n'est qu'un processus inflammatoire quelconque qui passe par deux étapes : ostéomalacie, puis ostéite condensante. La première de ces étapes permet de comprendre le rôle des causes mécaniques et commence la théorie de la surcharge. La seconde explique la fixation définitive des lésions, leur guérison définitive, avec des déformations spontanément incurables, quand le processus infectieux est éteint.

Tel est le syndrome anatomo-clinique.

Toute infection peut le réaliser (staphylococcienne d'après Frœhlich). Nous estimons que, la plupart du temps, le bacille de Koch est seul en cause.

On voit quel est le champ étendu de la tuberculose inflammatoire dans ses localisations squelettiques. Le rhumatisme tuberculeux n'en est qu'une forme ostéo-articulaire. Les maladies de la croissance et nombre de processus ostéomalaciques en sont d'autres exemples. Mais, nous le répétons, il ne faut pas s'attendre à trouver, alors, des lésions, articulaires, osseuses, virulentes, ou de graves localisations viscérales.

La tuberculose inflammatoire se voit, surtout, chez des tuberculeux *a minima*, porteurs de tuberculoses latentes, qu'il faudra dépister, avec peine quelquefois.

Le diagnostic précoce n'en sera pas inutile.

(1) L. Thévenot et Gauthier. *Revue d'orthopédie*, 1905, et les thèses de Martin, de Molimard, Lyon 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MARS 1906)

Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux, par MM. Poncet et Leriche (de Lyon) [voir plus haut, p. 363].

Une nouvelle fonction glandulaire des cellules fixes du tissu conjonctif, la fonction rhagiocrine, par M. Renaut (de Lyon). — Les cellules propres (ou fixes, comme on les appelle) du tissu conjonctif sont douées de propriétés glandulaires qu'on ne connaissait pas. Certaines d'entre elles, chez l'adulte, toutes chez les animaux encore en voie active de croissance, sécrètent des grains particuliers, tout à fait comparables aux grains de proferment élaborés par les cellules pancréatiques, par exemple. Chacun de ces grains se développe, s'accroît et mûrit au sein d'une vésicule du corps cellulaire de la cellule connective. Vésicule et grains forment un ensemble comparable à celui fourni par une petite graine de raisin : d'où le nom de « rhagiocrines » donné à ces cellules connectives exerçant, en même temps, une intense activité glandulaire.

Dans le tissu conjonctif des animaux jeunes, dont la croissance n'est pas achevée, toutes les cellules fixes du tissu, sans aucune exception, sont douées d'une intense activité sécrétoire. Le tissu conjonctif tout entier, dont la partie active est représentée par l'immense réseau de ses cellules fixes, devient une véritable glande rétiforme, dont les expansions vont partout, dans les insterstices interorganiques, fournir aux éléments fixes des organes et à toutes les formations de support, une sécrétion interne très probablement de haute importance. Quand la croissance est parvenue à son terme définitif, le pouvoir glandulaire des cellules connectives fixes s'atténue puis finit par disparaître, mais la moindre irritation, même totalement aseptique, la réveille alors, la restitue et la fait reparaître aussi active qu'elle l'était au début de l'évolution de croissance.

Le matériel sécrété par les cellules connectives rhagiocrines est certainement en rapport avec la croissance de la trame connective. Car la sécrétion dure jusqu'à ce que tous les éléments de cette trame se soient formés et qu'à ce point de vue le tissu conjonctif soit devenu tout à fait adulte. Il est extrêmement probable qu'il ne possède pas cette seule fonctionnalité. Si, en effet, les cellules connectives sont essentiellement des *bâtisseuses* du tissu de charpente, elles sont, d'autre part, les *balayeuses* et les liquidatrices les plus actives des espaces interorganiques. Globules rouges du sang tombés dans ces espaces, petits corps étrangers transformables ou non, voire les leucocytes polynucléaires, éosinophiles ou pseudo-éosinophiles; elles phagocytent tout. Elles gardent cette propriété phagocytaire même très longtemps lorsqu'elles ont pris la signification de cellules fixes du tissu conjonctif.

Tous ces faits jettent, d'ores et déjà, une grande lumière sur une série de processus morbides, en particulier sur l'origine des scléroses, mais surtout sur le mécanisme des actes complexes, d'importance majeure et cependant jusqu'ici à peine entrevue, qui se passent dans le milieu conjonctif et sont dus à l'activité individuelle de ses éléments propres, absolument distincts de celle des leucocytes. Ce sont les cellules connectives, rhagiocrines, libres à l'origine, et dont on trouve toujours, chez l'adulte, un grand nombre restées telles dans le liquide des séreuses, qui sont les agents de ces actes interstitiels. Pour y prendre part, elles se mobilisent et parviennent facilement aux points où elles doivent se fixer et agir. Elles s'y portent par leurs mouvements amiboïdes propres, et non, de façon générale, par les voies de la circulation. Ce sont des cellules essentiellement interstitielles.

La genèse des eaux thermales. — M. Armand Gautier montre comment la spécialisation des eaux thermales dépend de l'intervention prépondérante de chacun d'un de ces trois facteurs : la composition et la masse des émanations ou vapeurs originairement issues des régions ignées ; la nature des roches profondes sous lesquelles ces émanations réagissent et la quantité de vapeurs d'eau qu'elles libèrent en se réchauffant; enfin, la composition des stades parcourus par les eaux au cours de leur long trajet depuis les régions incandescentes où elles ont pris naissance, jusqu'aux griffons des sources thermales où nous essayons d'utiliser la puissance qu'elles transportent avec elles.

Mortalité tuberculeuse. — M. Vallin estime que l'Académie devrait demander la déclaration obligatoire de la tuberculose ouverte dans tous les cas où il y a danger pour la communauté. Si l'Académie ne veut pas aller jusque-là, M. Vallin votera la désinfection obligatoire après tout décès par tuberculose ouverte.

La discussion continuera dans la prochaine séance.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de médecine légale (1), par A. Lacassagne.

Sous le titre vraiment trop modeste de *Précis*, M. Lacassagne vient de publier un livre des plus utiles, des plus complets et des plus intéressants, que l'on est en droit de considérer comme un véritable *Traité de médecine légale*.

La médecine légale se transforme chaque jour par l'adaptation des résultats acquis en physiologie et en clinique, par ceux qui proviennent de l'expérimentation et aussi par la mise en œuvre des matériaux fournis par la statistique, l'anthropologie, la sociologie. Le livre nouveau est un exposé complet et méthodique de tous ces documents; il servira autant aux étudiants qui préparent leur quatrième examen, qu'aux médecins légistes soucieux de la responsabilité si grande qui leur incombe, qu'aux avocats ou aux magistrats qui désirent être tenus au courant des progrès de la médecine légale.

On ne sait trop ce qu'il convient mieux d'en louer : la précision des détails, la méthode vraiment scientifique qui le domine du commencement à la fin, la clarté de l'exposition, la forme si nette à la fois et si littéraire qui en rend la lecture véritablement attachante.

Ce livre nouveau devra devenir le livre de chevet de tous les médecins légistes. COURTOIS-SUFFIT.

(1) In-8. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

MUGUET

Syn. : Oïdium albicans (Ch. Robin); saccharomyces albicans (Reess); syringospora Robini (Quinquaud); monilia albicans (Zopf); aphta lactantium (Bateman); millet, blanchet, etc. etc.

HISTOIRE NATURELLE. — Le muguet est un parasite qui se présente sous deux aspects : cellules sphériques et filaments tubuleux.

Les *filaments* sont des fibrilles cylindriques allongées, ramifiées, limitées par des bords nets ; ils sont formés de cellules allongées, articulées bout à bout, renfermant quelques granulations foncées; de leurs extrémités, l'une, l'interne (*extrémité d'origine*), est cachée au milieu des cellules épithéliales auxquelles elle adhère, l'autre (*extrémité libre* ou *sporifère*) se termine par une cellule ovoïde, volumineuse.

Les *spores* sont sphériques ou ovoïdes, à bords nets; leur cavité, transparente, contient une fine poussière, et souvent deux ou trois granules. Les unes sont libres, les autres adhèrent à l'épithélium et constituent, à sa surface, un amas serré.

Cultures. — Le muguet se développe mieux sur les milieux solides que sur les milieux liquides. Suivant le milieu, il peut, ou produire simultanément les deux formes, ou seulement la forme levure. Dans certains milieux, on obtient des *chlamydospores*, reconnaissables à leur épaisseur d'enveloppe et à leur grand volume, et séparées du filament correspondant par trois ou quatre cellules préterminales. Ces cellules flétries, la chlamydospore est mis en liberté; son protoplasma se différencie en nombreuses granulations périphériques et un globule central : les premiers disparaissent; le second grossit et s'entoure d'une enveloppe. La chlamydospore est alors prête à germer.

Fait capital, *le muguet ne se développe que si le mucus buccal est franchement acide* (Gubler). Les alcalins α. ralentissent sa végétation ; β. l'empêchent de se nourrir (v. pour plus de détails, Archambault, *Dict. Dechambre*, et Blanchard, *Traité de pathologie générale*, t. II).

D'après M. et Mme Bourguignon, les cellules du muguet peuvent, dans certaines conditions, se transformer en *bâtonnets*, en passant par la phase intermédiaire *coccus*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le muguet se développe habituellement sur la MUQUEUSE BUCCALE; il y affecte deux variétés : α. *épithéliale*; β. *dermique*; dans la seconde variété, le muguet dépasse, dans la première, il ne dépasse pas le corps muqueux. Ce muguet buccal est la localisation primitive de la maladie.

Le MUGUET DU PHARYNX, très fréquent, en grains isolés ou en plaques, ne dépasse jamais : en haut, l'entrée des fosses nasales ; en bas, l'entrée du larynx (épithélium à cils vibratiles).

Le MUGUET DE L'ŒSOPHAGE est total ou partiel, et se présente soit sous forme de grains, soit sous forme de plaques, entre lesquelles la muqueuse est rouge et congestionnée. S'il occupe la totalité de l'œsophage, la surface de ce conduit est recouverte de saillies qui, en s'entrecroisant, lui donnent l'aspect d'une feuille d'érable. Histologiquement, l'altération s'étend, en profondeur, jusqu'à la musculeuse, qu'elle respecte d'habitude.

Le MUGUET DE L'ESTOMAC (Parrot) siège à la face postérieure de l'organe, près du cardia; il est constitué par des plaques très adhérentes. Histologiquement, ces spores distendent ces culs-de-sac glandulaires et infiltrent la couche profonde de la muqueuse dont la couche superficielle est détruite; dans la sous-muqueuse, on trouve des tubes, s'enfonçant perpendiculairement à la celluleuse, et dont quelques-uns pénètrent dans ces vaisseaux.

Le *muguet de l'intestin* et celui de l'*anus* sont mis en doute par Parrot.

Le MUGUET DU LARYNX se localise à la glotte (Parrot), à laquelle il adhère moins qu'à l'estomac. Autour de lui, la muqueuse est infectée.

Le MUGUET DU POUMON n'a été observé qu'exceptionnellement. Pour plus de détails, v. Parrot, *L'athrepsie*.

Ainsi, dans la majorité des cas, le muguet se localise aux épithéliums pavimenteux (langue, œsophage, glotte), et *reste superficiel*. Quelquefois, cependant, soit chez l'homme, soit expérimentalement, il peut pénétrer dans les vaisseaux et déterminer une véritable *septicémie*.

ÉTIOLOGIE. — Le muguet se voit surtout chez des *nourrissons athrepsiques*, nourris au biberon et dont la sécrétion salivaire est acide. C'est la rançon de l'allaitement artificiel (Comby). Chez l'enfant déjà grand et chez l'adulte, il ne s'observe qu'à la phase ultime des cachexies tuberculeuse, cancéreuse, diabétique, etc., et constitue un indice de gravité immédiate. Il est contagieux.

SYMPTOMATOLOGIE. — La seule localisation importante, c'est le muguet buccal. Les autres ne présentent qu'un intérêt anatomique.

Le *muguet buccal* survenant presque toujours au cours de l'athrepsie, on a souvent attribué à celui-ci des symptômes qui, en réalité, ne dépendent que de celle-là : anorexie, vomissements, diarrhée, œdème, sclérème, aphtes de Bednar, érythèmes fessiers, etc.

Avant que n'apparaisse le muguet, la muqueuse se congestionne, d'abord à la pointe, puis à la base de la langue, puis sur le reste de la bouche ; en même temps les papilles linguales font saillie, la bouche devient sèche, visqueuse, acide, donnant au doigt la sensation d'une langue de chat. Cet état détermine du mâchonnement (Valleix), de la douleur et de la gêne de la succion.

A la période d'état, le muguet forme un semis de petites houppes arrondies, lisses, d'un blanc éclatant, d'abord distinctes, puis agminées, de façon à former une ou plusieurs couches membraniformes, épaisses, à surface inégale. Du dos de la langue, les lésions gagnent les bords, puis la face inférieure, mais avant, elles atteignent la face interne des joues et des lèvres, la voûte palatine et le voile. Sur la face interne des joues, le muguet couvre un triangle allongé d'arrière en avant, et correspondant à l'espace intermaxillaire et prend un aspect caillebotté (Seux). A la voûte et au voile, il forme des plaques, parfois circinées. Sa couleur, d'abord blanc éclatant, jaunit et brunit à la longue.

Le champignon adhère plus ou moins à la muqueuse sous-jacente, qui est rouge, congestionnée, mais non ulcérée. L'adhérence diminue à mesure que le muguet vieillit.

Lorsque le muguet doit guérir, les îlots se rétrécissent, l'acidité buccale disparaît, la rougeur s'éteint. Dans le cas contraire, il s'étend et envahit les organes profonds (v. Parrot, loco citato).

PRONOSTIC. — Il est toujours fâcheux, moins à cause du muguet lui-même, que parce que celui-ci n'apparaît que chez des individus débilités et cachectiques.

DIAGNOSTIC. — Les *grumeaux de lait* forment des amas plus saillants, plus nettement circonscrits que le muguet; ils se laissent facilement enlever; la muqueuse sous-jacente n'est pas rouge.

Les *amas de cellules épithéliales* se localisent aux gencives et à la voûte palatine ; ils sont rares chez le nouveau-né.

Les *kystes épidermiques* (Guyon et Thierry) forment de petites saillies peu nombreuses, blanc laiteux, arrondies, siégeant au milieu de la voûte palatine; autour d'elles, la muqueuse n'est pas congestionnée.

Les *aphtes* sont constitués par une ulcération arrondie, jaunâtre, entourée d'un liséré carminé. La *diphtérie buccale*, rare, est plus limitée ; elle coïncide habituellement avec une angine de même nature; les *stomatites* impétigineuse, ulcéro-membraneuse, etc., sont toutes ulcéreuses; la *stomatite érythémato-pultacée* frappe des enfants plus grands et forme des festons caractéristiques autour des dents; la maladie de Riga se localise au frein (v. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 1).

TRAITEMENT. — Alcalins, eau de Vichy, borate de soude, etc., lavages d'estomac (Hutinel); traitement général et hygiène.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 32. — SAMEDI 17 MARS 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 17 MARS 1906. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Épreuve clinique.* — Séance du 15 mars 1906 : MM. Grenet, 20; Ferrand, 17.

Les candidats sont avisés qu'ils devront considérer comme consignés les hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Charité et Lariboisière.

Séance du 16 mars : MM. Balthazard, 19; Léri, 18.

Prochaine séance jeudi 22 mars, à neuf heures, à l'Hôtel-Dieu

— CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Arrou, Beurnier, Broca, Demoulin, Poirier, Thiéry et Claisse.

— MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — *Ecrit :* « Lobule pulmonaire, anatomie et physiologie. — Symptôme et diagnostic de la pleurésie interlobaire. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 15 mars 1906. — Question donnée : « Canal déférent. — Signes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. »

MM. Richet, 9 + 18 = 27; — Vuillet, 11 + 18 = 29; — Olivier, 13 + 22 = 35; — Joltrain, 15 + 27 = 42; — Saissi, 18 + 26 = 44; — Lemercier, 12 + 19 = 31; — Riberol, 15 + 17 = 32; — Roux (Jean), 19 + 26 = 45; — Duverger, 13 + 23 = 36; — Lévy (Edmond), 10 + 17 = 27.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 12 novembre 1906, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MARINE. — M. le médecin principal Roux, du port de Toulon, est désigné pour embarquer immédiatement sur le *Charles-Martel* (division de l'escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. Negretti, officier supérieur du même grade, appelé à d'autres fonctions.

M. le médecin principal Negretti est désigné, sur la demande de M. le contre-amiral Philibert, nommé au commandement d'une division de l'escadre du Nord, pour être attaché en qualité de médecin de division, à l'état-major de cet officier général.

LA GLACE A RAFRAICHIR. — Le conseil d'hygiène a, dans sa dernière séance, approuvé les conclusions d'un intéressant rapport de M. Laveran sur le commerce de la glace à rafraîchir.

Le commerce de la glace, qui se développe de plus en plus à Paris, intéresse à un haut degré l'hygiène publique. Des microbes pathogènes, le bacille de la fièvre typhoïde entre autres, peuvent rester vivants des mois entiers dans les blocs de glace; par suite, la glace naturelle ou artificielle provenant de la congélation d'une eau souillée est dangereuse si elle est utilisée pour des usages alimentaires.

Une ordonnance préfectorale en date du 13 décembre 1899 a eu pour but de prévenir les dangers que la glace impure fait courir aux consommateurs. Cette ordonnance a produit d'excellents résultats; dans les prélèvements du laboratoire municipal, la proportion des échantillons mauvais est tombée de 50 p. 100 à moins de 10 p. 100. Mais cette proportion est encore dangereuse pour la santé publique, et le conseil d'hygiène, après étude de la question, a été d'avis de modifier l'ordonnance de 1899. Sans proscrire pour certains usages la glace naturelle, non stérilisée, il édicte des prescriptions nouvelles en ce qui concerne la glace « alimentaire ». C'est ainsi que le texte nouveau spécifiera :

1° Qu'il est interdit à tous marchands, fabricants, dépositaires ou débitants de glace, cafetiers, limonadiers, restaurateurs, crémiers et débitants de boissons, de vendre ou livrer à la consommation pour les usages alimentaires de la glace qui ne donnerait pas, par fusion, de l'eau potable;

2° Qu'ils ne devront mettre cette glace alimentaire à la disposition de leur clientèle que dans des récipients portant,

en lettres très apparentes, les mots : « Glace alimentaire; »

3° Que les fabricants et dépositaires de glace industrielle et de glace alimentaire devront conserver ces deux sortes de glace dans des locaux entièrement separés;

4° Que les véhicules servant au transport de la glace porteront des inscriptions spéciales peintes de chaque côté de la voiture, selon qu'ils seront affectés au transport de la glace alimentaire ou de la glace non alimentaire.

C'est sur ces bases qu'on prépare à la préfecture de police une nouvelle ordonnance dont les prescriptions seraient applicables dès l'été de 1906.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS DE PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. — M. Nestor Gréhant, membre de l'Académie de médecine, professeur, commencera le cours le lundi 19 mars 1906, à quatre heures, dans son laboratoire, situé quai Saint-Bernard, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le professeur fera l'étude de l'acide carbonique au point de vue physiologique et toxicologique.

Il s'occupera ensuite de recherches nouvelles sur l'air confiné.

La seconde partie du cours sera consacrée à l'étude des anesthésiques et des alcaloïdes de l'opium.

Expériences et projections.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — A l'occasion des *régates internationales de Nice et de Cannes* et des *vacances de Pâques*, la Compagnie P.-L.-M. délivrera, du 23 mars au 18 avril 1906, au départ de Paris, des billets spéciaux d'aller et retour de 1re et de 2e classe, aux prix de :

177 fr. 40 en 1re classe et 127 fr. 75 en 2e classe pour Cannes;

182 fr. 60 en 1re classe et 131 fr. 50 en 2e classe pour Nice;

186 fr. 65 en 1re classe et 134 fr. 40 en 2e classe pour Menton.

Validité 20 jours et faculté de prolongation une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet.

Ces billets donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

Faculté, pour les voyageurs de 1re classe, de prendre, sans supplément de prix, le train de jour « Côte-d'Azur rapide ». Toutefois, il est rappelé aux voyageurs que la faculté de s'arrêter en cours de route n'existe pas pour ce train.

Fêtes de Pâques. — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 7 avril, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 26 avril 1906.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1906.) CADIOT : Le « Naach », appareil improvisé pour le transport des blessés couchés en pays arabe. — ROUYER : La tuberculose dans la garnison de Saint-Dié (1894-1904). — NIMIER : Plaie du ventricule droit par coup de couteau. Suture. Mort. — MAISON : Deux cas de lésions graves par morsure de chameau. — GUICHEMERRE : Un cas d'hystérie prolongée à manifestations multiples et graves. — GUTH : Luxation complète du pénis dans la bourse gauche. Infection urineuse. Restauration. Guérison complète.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 9, 8 mars 1906.) A. ROBIN : Leçon d'ouverture du cours de clinique thérapeutique de la Faculté de médecine.

Bulletin médical. — (N° 17, 3 mars 1906.) POTAIN (leçon inédite) : Des maladies latentes.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 8, 24 fév. 1906.) AXISA : Un cas de psychose au décours de la fièvre de Malte.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 1er mars 1906.) KIRCHNER : La loi prussienne du 28 août 1905 sur les maladies infectieuses. — WERNER : L'état sanitaire de l'armée prussienne. — FRÄNKEL : Sur les moyens de dissémination de la tuberculose au point de vue clinique. — LUCAE : Sur les causes d'erreur dans l'exploration au diapason des gens durs d'oreille, avec quelques remarques de physique et d'acoustique. — MILLER : Sur l'action apparemment pathogène des spirochètes des dents. — VOLTOLINI : Sur un cas de tumeur maligne du médiastin à évolution particulièrement rapide. — BŒNNINGHAUSEN : Un cas de phlegmon ligneux.

Écho médical du Nord. — (N° 9, 4 mars 1906.) PATOIR : Encéphalopathie atrophique de l'enfance à symptômes anormaux. — MINET et GAEHLINGER : Sur un cas de tétanos céphalique.

Journal des praticiens. — (N° 9, 3 mars 1906.) P. RECLUS : Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre. — E. TERRIEN : Le régime des nourrissons dyspeptiques.

Medizinische Blatter. — (N° 8, 22 fév. 1906.) KLIMEK : La préparation de nos aliments. — FISCH : La balnéothérapie dans le cœur gras.

Montpellier médical. — (N° 6, 11 fév. 1906.) FORGUE : Comment se pose actuellement le problème de la régénération anatomique et fonctionnelle après les sections nerveuses. — RAUZIER : Traitement de l'hémoptysie (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 27 fév. 1906.) GIERKE : Rapport entre les spirochètes et les organes des enfants atteints de syphilis congénitale. — FINKELBURG : Observations neurologiques et recherches dans l'anesthésie rachidienne au moyen de la cocaïne et de la stovaïne. — FÜTH : Sur la mortalité élevée par pérityphlite pendant la grossesse. — WALDVOGEL et METTE : L'autolyse dans les organes en dégénérescence graisseuse. — KROELLREUTTER : Résultats de l'opération de Desault dans l'empyème du maxillaire. — VÖRNER : Sur le lymphangiome de l'oreille. — PETERS : Traitement des douleurs nerveuses par le boruyval. — GIÈSE : Les fissures sous-cutanées isolées des os longs. — RIEDEL : Sur un cas de contusion abdominale. — BURGL : Intoxication mortelle par la benzine; autopsie. — GERNSHEIMER : Un nouvel appareil à inhalations. — HERTZKA : L'enfilement des fils sans le secours des doigts. — STÜVE : Le sérum antidiphtérique de Behring et l'homéopathie. — FISCHER : Traitement de l'hyperhydrose des pieds dans l'armée. — GOLDSCHMIDT : La peste à Madère. — (N° 10, 6 mars 1906.) MANGOLD. Les théories neurogène et myogène de la pulsation cardiaque. — LICHTENSTEIN : L'eau comme obstacle à la réception des rayons Röntgen. — RIEGLER : Nouvelles réactions sur l'acide acétique. — HOFFMANN : Sur l'actinomycose du larynx et de la nuque. — KÜMMEL : Contribution à l'étude de la tuberculose de l'œsophage. — DOERFLER : Un nouveau cas de pubiotomie. — DÖRNER : Petit déjeuner d'épreuve, et déjeuner de midi d'épreuve. — QUOSIG : Sur la tétanie d'origine intestinale. — BERGHANS, ALTSCHULER, CONRADI : Bacille typhique et bacillus fecalis alcaligenes. — KRENZFUCHS : Sur l'immobilité traumatique de la pupille. — OPPENHEIMER : Sur l'organisation des consultations de nourrissons à Munich.

(*Voir la suite, p. 382.*)

REVUE GÉNÉRALE

LE DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

Par Marcel FERRAND (1),
Interne des hôpitaux de Paris.

Eléments de diagnostic fournis par la bactériologie du liquide céphalo-rachidien. — Sans vouloir reprendre ici la question complexe des méningites bactériennes primitives, il est cependant indispensable de rappeler rapidement les notions acquises, pour mieux comprendre les difficultés qui persistent encore dans l'interprétation des résultats obtenus. Cette étude est faite soigneusement aujourd'hui dans tous les traités classiques (2). Nous nous limiterons aux faits récents, particulièrement à ceux réunis dans les deux dernières épidémies d'Amérique et d'Allemagne.

Parmi les nombreux germes isolés du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites aiguës, les uns sont le résultat d'un ensemencement *secondaire*, au cours d'une maladie déterminée, tels le bacille d'Eberth dans les méningites secondaires à une dothiénenterie; le pneumocoque dans les méningites compliquant une pneumonie, une otite, une endocardite, une septicémie à pneumocoques [Moutier (3)]; le gonocoque [Prochaska (4)]; le bacille de Pfeiffer, etc.

Même richesse dans les méningites d'*apparence primitives*, où cependant certains microbes se retrouvent avec prédilection, c'est avant tout le méningocoque et le pneumocoque, puis le streptrocoque de Bonomé, le streptocoque pyogène, le staphylocoque doré.

Mais ici un fait d'une importance peut-être prédominante dans la question, doit être signalé. Tous ces germes ensemencés sur le *milieu de culture défectueux* que leur constitue le liquide céphalo-rachidien, perdent un certain nombre des caractères qui servent habituellement à leur différenciation. Les recherches récentes tendent à montrer que tel germe isolé par un auteur, présente, d'une façon générale, les caractères décrits par les précédents, mais souvent en diffère par une ou plusieurs particularités qui le rapprochent au contraire d'un groupe voisin.

L'histoire du *méningocoque*, même présentée en raccourci, est à ce point de vue particulièrement suggestive.

Le germe décrit par Weichselbaum, le plus souvent diplocoque, rarement disposé en tétrades, ne prend pas le Gram. Il pousse mal sur le bouillon lors d'un premier ensemencement; assez mal sur agar, à 37 degrés où il donne, après quarante-huit heures, des colonies rares et fines; bien sur le liquide d'ascite et sur le milieu sang gélosé de Bezançon et Griffon. Il y forme en vingt-quatre heures de petites colonies rondes, comme des têtes d'épingle, à condition que l'ensemencement ait été large et soigneux [Rist (1)]. Non pathogène pour le lapin en injection sous-cutanée, il est peu actif par inoculation intra-péritonéale, très rapidement mortel en injection intra-cérébrale. Heubner et Councilman ont pu reproduire avec lui la méningite cérébro-spinale chez les chèvres, en l'injectant dans les méninges rachidiennes.

Jäger, puis Heubner décrivirent des microbes à caractères voisins mais non analogues, si bien que Pfaundler opposa au type Weichselbaum, le type Jäger-Heubner qui se groupe en amas et en chaînettes, prend le Gram, se développe vite en donnant des colonies abondantes et épaisses, et pousse, même à la température ordinaire, sur les différents milieux. Pour lui ce seraient là des variétés différentes d'un même agent.

Concetti (2) retrouva ces différences et d'autres encore, sur un même microorganisme suivant les conditions de vie auxquelles il était soumis. Dans les formes graves de la méningite cérébro-spinale, surtout à la période initiale, le méningocoque, en pleine activité vitale, se présente sous le deuxième type; sa résistance s'épuise et en quelques jours il se rapproche du type Weichselbaum, puis les cultures deviennent stériles. Dans les cas bénins, dès le début on aurait affaire à ce premier type.

Les expériences de son élève Longo semblent bien confirmer ces dires, puisque cet auteur a pu exalter la virulence d'un méningocoque donné par des cultures successives, ou au contraire l'atténuer en l'injectant dans la cavité sus-arachnoïdienne d'un lapin, ou en le cultivant dans le liquide cérébro-spinal.

Tous les auteurs s'accordent à noter la facile disparition du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien; abondant dans les cas aigus, il devient très difficile à déceler (3), puis introuvable. Un cas de Letulle et Lemierre (4) est particulièrement instructif. Le méningocoque existait dans la première attaque et dans la première rechute; dans la deuxième rechute, moins grave il est vrai, on ne put le déceler ni sur examen direct, ni dans les cultures.

Mais déjà en 1902, un mémoire de De Padua et Lapierre (5) apportait une note nouvelle. Par des

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hopit.*, 1906, n° 29, p. 339.

(2) Moutier. Septico-pyohémie à pneumocoques (Bibliogr.), *Gaz. des hôpit.*, 8 mars 1906.

(3) Prochaska. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1905, p. 184. In Lemierre et Faure-Beaulieu. Septicémie et pyohémie gonococciques, *Gaz. des hôpit.*, 24 fév. 1906.

(4) Voir aussi Dopter. La méningite cérébro-spinale épidémique. Epidémiologie. Prophylaxie, *Gaz. des hôpit.*, 20 mai 1905, et Mandoul. Epidémiologie, *Presse méd.*, 11 fév. 1905.

(1) Rist. *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1905.

(2) Tout récemment Vansteenberghe et Grysez (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 janv. 1906) sont arrivés à des conclusions analogues.

(3) Councilman, Mallory et Wright. *Report of the State Board of health of Massachusetts*, Boston 1898; — Sacquépée. Soc. méd. des hôpit., 1902.

(4) Letulle et Lemierre. Méningite cérébro-spinale à rechutes, Soc. méd. des hôpit., 10 mars 1905.

(5) De Padua et Lapierre. Contribution à l'étude du méningocoque de Weichselbaum, 5 juillet 1902.

repiquages successifs, ils obtinrent un diplocoque qui avait une tendance à *prendre le Gram*, présentait très souvent une *auréole* très ténue, comme le pneumocoque, tendait enfin à se mettre en *chaînettes* comme le streptocoque. Il n'était dès lors plus douteux pour ces auteurs, que ces trois microbes n'étaient que des espèces voisines d'un même groupe naturel à analogies nombreuses.

Les très curieuses recherches de Pinto (1) sont venues ajouter encore à l'intérêt de ces résultats. Cet auteur a montré combien le méningocoque et le gonocoque, si différents par leurs manifestations cliniques habituelles, se ressemblent par leur morphologie, leur affinité pour les couleurs basiques, leur décoloration par le Gram, leur ensemencement difficile demandant des milieux très riches, leur faible résistance en culture, leurs toxines très comparable entre elles comme l'a montré Lapierre (2). De plus, Lapierre et Pinto, par des techniques semblables, sont parvenus à donner le premier au méningocoque, le second au gonocoque une extraordinaire virulence avec manifestations identiques, puisque l'un et l'autre germe, exalté, donne la blennorragie au lapin. Et Pinto conclut nettement « qu'en l'état actuel de la science, nous ne savons pas distinguer un gonocoque exalté d'un méningocoque exalté ». Leur acclimatement dans des régions anatomiques différentes ne serait-il donc pas suffisant pour expliquer leurs manifestations différentes observées chez l'homme?

Cette explication si séduisante du grand nombre des germes incriminés, n'est d'ailleurs pas la seule.

Le méningocoque peut être associé à des microbes divers. Il peut coexister par exemple avec des streptocoques, des colibacilles, du proteus (Netter et Osler) ou, comme dans un cas de Lafforgue (3), avec un diplocoque prenant le Gram et appartenant au type distinct Jäger-Heubner. Les recherches de Sacquépée (4) tendraient également à faire admettre cette hypothèse. Ces différentes *symbioses* ne pourraient-elles expliquer à leur tour, que l'on ait décrit comme agent spécifique, suivant que la ponction aura été pratiquée plus ou moins près du début des accidents, tantôt l'un, tantôt l'autre des agents de cette association. A moins d'une faute de technique bien peu probable, comment interpréter autrement ce fait de Henke (5) qui trouva le gonocoque, dans un cas où Jäger avait trouvé d'abord le méningocoque? L'histoire des méningites séreuses, a-microbiennes jusqu'à ce que des ponctions répétées aient permis de découvrir des germes introuvables lors d'un premier examen, milite certainement en faveur de cette interprétation.

Il est facile de comprendre, même après cette rapide esquisse, que l'intérêt des problèmes soulevés ait tenté les épidémiologues actuels. Et cependant la question, malgré des recherches considérables, n'a pu recevoir encore de solution définitive.

L'épidémie de 1904 à New-York, dont la gravité fut remarquable (91 p. 100 de décès), a montré, d'après Billings 78 fois le méningocoque sur 113 ponctions. Bolduan (1) trouva dans 75 p. 100 des cas le méningocoque, dans 15 p. 100 le pneumocoque, dans 10 p. 100 des germes divers. Des associations ont été vues assez souvent par Councilman (2).

A propos de l'épidémie de Silésie (nov. 1904-mai 1905, plus de 2 500 cas avec 50 p. 100 de décès), des recherches systématiques ont été entreprises. Leyden (3) a trouvé le pneumocoque dans 16 p. 100 des cas épidémiques, dans 22 p. 100 des cas sporadiques. Au centre de la région éprouvée, à Beuthen, 234 liquides céphalo-rachidiens ont été étudiés par la mission bactériologique (4); 138 fois on a retrouvé le méningocoque intra-cellulaire; 76 fois il était seul et en culture pure, 62 fois associé à des microbes variables (staphylocoques, diplocoques prenant le Gram); 3 fois il fut décelé par l'examen direct seul, 25 fois par l'ensemencement seul, 135 fois par les deux procédés à la fois. Westerhœffer (5) a trouvé tantôt le méningocoque, tantôt un diplocoque à Gram positif, tantôt d'autres microcoques. Weichselbaum (6) lui-même, qui a eu l'occasion d'étudier quelques-uns des germes retirés, a rencontré très souvent un diplocoque présentant les caractères morphologiques et tinctoriels de son méningocoque, mais dans la grande majorité des cas, les tentatives de culture échouaient. Il hésite donc sur la spécificité à leur attribuer.

Pratiquement, et jusqu'à ce que l'identification de ces germes soit vérifiée par des examens concordants, il semble qu'on puisse encore admettre bactériologiquement à la méningite cérébro-spinale, deux types principaux : le *type à méningocoques* avec ses variétés, le *type à pneumocoques* dont le *diplostreptocoque de Bonomé* (chaînette de diplocoques encapsulés), bien que poussant sur gélatine et non pathogène pour la souris à l'inverse du précédent, ne serait qu'une forme atténuée. Dans les formes à pneumocoque le microbe retrouvé ne se différencie pas du pneumocoque de Talamon-Fränkel.

Eléments de diagnostic fournis par l'examen du sang, du mucus nasal, des urines. — Bien que la bactériologie et la cytologie demeurent les plus sûres ressources diagnostiques, on a conseillé d'autres recherches. Netter (7) en 1898 a signalé la possibilité de déceler le méningocoque *dans le sang*.

Les faits de ce genre sont, en somme, assez rares, mais la septicémie à méningocoques est pour-

(1) Pinto. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 nov. 1904.
(2) Lapierre. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 mai 1905.
(3) Lafforgue. Sur les agents pathogènes de la méningite cérébro-spinale, Soc. de biol., 22 juil. 1905.
(4) Sacquépée. Loc. cit.
(5) Henke. *Arb. aus. d. Inst. zu Tubingen*, 96, vol. II.

(1) Bolduan, Billings. Acad. de méd. de New-York, 16 nov. 1905.
(2) Councilman. Loc. cit.
(3) Leyden. Soc. méd. int. de Berlin, 1er mai 1905.
(4) D'après Kirchner. *Berl. klin. Wochens.*, 1905, nos 23 et 24.
(5) Westerhœffer. *Berl. klin. Wochens.*, 1905, no 24, p. 737, et Zaguelmann. Th. de Paris, juillet 1905.
(6) Weichselbaum et Ghon. *Wien. klin. Wochens.*, 1905, no 24.
(7) Netter. *Semaine méd.*, 1898, p. 281.

tant connue [Gwyn (1), Achard et Grenet (2), Warfield et Walker (3)]. Dans un cas de Salomon (4) le début de l'affection se fit par des douleurs, des tuméfactions articulaires multiples; l'ensemencement du sang montra du méningocoque. Un mois après, des signes de méningite apparurent et ce même méningocoque fut retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien. Il est possible, d'ailleurs, que des recherches plus fréquentes arrivent à le déceler plus souvent (5).

La recherche du pouvoir *agglutinant* du sang vis-à-vis du méningocoque, indiqué par Weichselbaum, a été également tentée tout récemment dans la station de Beuthen. Lors de la récente épidémie de Silésie il agglutinait dans 55 p. 100 des cas.

La *formule leucocytaire* du sang révèle, quelle que soit la forme clinique étudiée, une *leucocytose* surtout abondante dans les cas graves (Flexner et Barker, Osler, Netter). Le nombre des globules rouges est normal en général; cependant, on peut rencontrer de l'hyperglobulie avec diminution du taux de l'hémoglobine.

Les *urines* ont fait récemment l'objet de recherches intéressantes. MM. Lœper et Gouraud (6) ont montré que l'albuminurie est aussi fréquente dans la méningite à pneumocoque qu'elle est rare dans la forme à méningocoque. La *polyurie*, déjà signalée par Apert et Griffon, est presque la règle. Il semble qu'on puisse également considérer comme très fréquente l'augmentation des décharges *azotées*, *phosphatées* et *chlorurées*. Par son syndrome urinaire, la méningite cérébro-spinale mériterait donc une place à part parmi les autres maladies infectieuses, d'autant qu'à la période de défervescence, au lieu de voir survenir l'azoturie, la phosphaturie, l'excrétion chlorurée, souvent si considérable dans les infections, ici les chiffres précédents se modifient peu ou, au contraire, ont une tendance à diminuer. « L'exagération des éliminations urinaires de la méningite cérébro-spinale... constitue donc un des éléments du syndrome bulbaire observé parfois au complet dans cette maladie... Mais pour qu'elles puissent se produire, il faut encore que la maladie en cause, n'entraîne pas des lésions trop profondes, ni des phénomènes généraux de toxi-infection trop grave. Aussi font-elles défaut dans la méningite à méningocoques grave et dans la méningite à pneumocoques, si elle existe au contraire dans la méningite à méningocoques bénigne. » Cette sorte de « diabète méningitique », suivant l'expression des auteurs, pourrait ainsi devenir un bon moyen de diagnostic différentiel.

Déjà, en 1898, Netter conseillait dans les cas difficiles l'examen du *mucus nasal*, qui lui a permis dans certains cas de retrouver le méningocoque. Busquet, en 1901, a fait les mêmes constatations et a pu reproduire la méningite cérébro-spinale en déposant les germes isolés sur la muqueuse nasale du cobaye ou du lapin.

En Silésie, on l'a rencontré assez souvent : 23 fois sur 100 chez les sujets malades, 9 fois sur 100 chez les individus sains; les recherches avaient porté sur 635 malades et sur 213 individus bien portants.

Mais les cas négatifs peuvent s'expliquer par la rapidité de sa disparition, du nez ou du pharynx des malades, vers le quatrième ou le cinquième jour. On ne doit pas oublier par contre que sa confusion est facile, pour un observateur non prévenu, avec le *meningococcus catarrhalis*, ce diplocoque étant un hôte banal du pharynx sain.

Ces constatations ont une grosse importance, non seulement pour étayer la théorie de la *porte d'entrée pharyngée* de l'infection, mais encore pour en établir une *prophylaxie* rationnelle.

Applications cliniques des éléments de diagnostic recueillis par ces différentes méthodes. — Dans les cas types, l'importance de ces renseignements, même quand on se borne à rechercher les plus faciles d'entre eux, l'examen macroscopique et cytoscopique du liquide céphalo-rachidien, est capitale. Dans le tétanos [Milian et Legros (1), Achard et Laubry (2)], par exemple, l'absence de tout élément dans le liquide suffit à trancher le diagnostic. Il en est de même dans les cas de méningisme, et dans toutes les affections (pneumonie, grippe, rhumatisme, érysipèle, fièvre typhoïde), qui peuvent se compliquer d'un syndrome méningé d'emprunt, pourrait-on dire, puisque anatomiquement, il ne se traduit par aucune lésion apparente des enveloppes, par conséquent par l'absence également de toute leucocytose.

Mais souvent, bien plus fréquemment qu'on aurait pu le croire naguère, la réaction méningée, quoique relativement faible et ne prenant pas une part prépondérante dans la symptomatologie, existe néanmoins. Le diagnostic devra donc encore être réservé dans ces cas. Dans la fièvre typhoïde (3), la pneumonie (4), les broncho-pneumonies infantiles (5), les infections intestinales des nourrissons (6), surtout quand dans ces maladies les phénomènes d'irritation cérébro-méningée sont marqués, on a pu rencontrer des lymphocytes et des polynucléaires.

Il en est de même dans la scarlatine (7), les oreil-

(1) Gwyn. *John Hopkins Hospital Bull.*, juin 1899.
(2) Achard et Grenet. Soc. méd. des hôpit., 30 oct. 1903.
(3) Warfield et Walker. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 15 mars 1904.
(4) Salomon. *Berl. klin. Wochens.*, 1902, n° 45.
(5) Voir à ce sujet : Follet et Sacquépée. Sur les septicémies en général et les septicémies méningococciques en particulier, *Presse méd.*, 29 janv. 1906. Analyse des observations antérieurement publiées.
(6) Lœper et Gouraud. Polyurie et éliminations urinaires dans la méningite cérébro-spinale, *Presse méd.*, 1er fév. 1905.

(1) Milian et Legros. Soc. biol., 30 mai 1901.
(2) Achard et Laubry. In Achard. Procédés d'exploration, p. 288.
(3) Vaquez cité par Widal. Soc. méd. des hôp., 1902.
(4) Widal et Lutier. In Widal et Sicard. *Traité de pathologie générale de Bouchard.*
(5) Nobécourt. Soc. de pédiatrie, 17 mars 1903.
(6) *Réactions méningées chez l'enfant*, Th. de Paris, nov. 1902, n° 77.
(7) Dufour et Giroux. Quelques symptômes nerveux au cours de la scarlatine. Leucocytose du liquide céphalo-rachidien, Soc. méd. des hôp., 6 avril 1905. — Dopter. Même séance.

lons, même dans la méningo-encéphalite saturnine aiguë (Mosny et Malloizel), etc.

La difficulté a donc été reculée, considérablement il est vrai, mais elle persiste néanmoins. Peut-être faut-il considérer « ces pseudo-méningites des maladies aiguës, comme des méninges avortées, arrêtées au début, ou, suivant une locution populaire, des *commencements de méningites* ». En dehors de ces cas vraiment exceptionnels, ce n'est guère qu'en l'absence d'éléments dans le liquide, que l'on doit encore porter le diagnostic de méningisme.

L'interprétation délicate de certains faits, confus autrefois, a été cependant facilitée par l'étude, qui leur a été adjointe, du liquide céphalo-rachidien. Dans la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfant et de l'adulte, le processus infectieux, tout en se localisant d'une façon prépondérante sur les cornes antérieures, ne laissent pas indemnes les méninges. Dans certaines formes à début brusque, avec contractures, signe de Kernig, hyperthermie, phénomènes d'irritation méningée intense, ce diagnostie était impossible avec la méningite cérébro-spinale la plus légitime. La ponction lombaire a prouvé que cette méningite existait en effet, se traduisant quand on saisissait à temps le processus aigu par la polynucléose habituelle, quand l'infection était devenue chronique par de la lymphocytose (1),

Ces diverses données, quand elles sont subordonnées aux résultats de l'examen clinique, permettent encore dans une certaine mesure le *diagnostic de la gravité* du cas. On a remarqué en Silésie, que c'étaient les associations du méningocoque et de bacilles secondaires qui coïncidaient avec les cas les plus graves. La présence du pneumocoque est grave également. Il est inutile de signaler l'intérêt que peut avoir la coexistence du bacille de Koch et du méningocoque, comme elle a été vue quelquefois. La leucocytose très abondante révélée par l'examen du sang, l'absence d'exagération des éliminations urinaires et de la polyurie pourraient être également d'un pronostic grave. La présence de pus très abondant dans le liquide de la ponction n'est pas, quoi qu'on puisse supposer, un indice nécessairement mauvais et Chauffard a fait remarquer que même avec une suppuration abondante la *restitutio ad integrum* pouvait être complète.

Outre les renseignements qu'elle apporte d'une façon immédiate, la ponction permet peut-être de craindre, quand la lymphocytose témoin d'une infection méningée persiste outre mesure, la possibilité de certaines complications. Quand les phénomènes méningés observés n'ont pu être confirmés par elle, ils peuvent être mal interprétés, comme l'étude des formes frustes, ambulatoires et latentes l'a prouvé aujourd'hui.

En présence de symptômes douloureux, de paralysie, d'atrophie, de troubles intellectuels persistant à la suite d'une affection de nature imprécise où l'on reconnaît plus ou moins, d'après les dires du malade ou de la famille, des signes spinaux et des signes infectieux, si l'on parvient à déceler une lymphocytose même légère du liquide céphalo-rachidien, qu'aucune autre cause ne peut expliquer, on pourra être autorisé à incriminer une méningite cérébro-spinale antérieure, et quelquefois on pourra en affirmer le *diagnostic rétrospectif*.

Cette lymphocytose qui ne disparaît qu'après guérison complète peut en effet persister longtemps. Dans un cas de Sicard et Brécy, elle existait encore quand le malade fut perdu de vue. Dans un cas de Widal et Lemierre (1) elle coexistait également avec des troubles nerveux (douleurs lombaires, sciatiques) qui se renouvelèrent périodiquement quatre fois en quatre ans, depuis la guérison.

Peut-être la fréquence des accidents nerveux de toute nature, consécutifs aux méningites cérébro-spinales, autorise-t-elle à supposer que d'autres maladies qui ne figurent pas actuellement sur cette liste, le tabes, la paralysie générale, les scléroses médullaires, l'épilepsie, les convulsions infantiles, peuvent être non seulement favorisées par elles, mais encore en constituer de véritables reliquats. L'inflammation méningée ne serait pas toujours un accident passager, mais elle laisserait sur l'axe cérébro-spinal une empreinte durable, que la lymphocytose, qui accompagne ces diverses affections, ne ferait que traduire [Courtellemont, Marchand, Chailly (2)].

(1) Rendu. Soc. méd. des hôp., 1er février 1901. — Raymond et Sicard. Méningite cérébro-spinale à forme de paralysie infantile. Cyto-diagnostic. Soc. de neurol., 17 avril 1902. — Achard et Grenet. Paralysie infantile et lymphocytose arachnoïdienne, Soc. de neurol., 5 mars 1903. — Triboulet et Lippmann. Poliomyélite antérieure aiguë. Ponction lombaire : mononucléose, Soc. méd. des hôpitaux, 17 janvier 1902. — Brissaud et Londe. Diagnostic des poliomyélites et des névrites aiguës, Soc. de neurol., 7 nov. 1901.

(1) Widal et Lemierre. Soc. méd. des hôpit., janv. 1903. — Voir encore : Chauffard. Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales aiguës, Soc. méd. des hôpit., 22 mars 1901 ; — Gaussel. La guérison histologique de la méningite cérébro-spinale, Soc. de neurol , 30 janv. 1906, et Le pronostic de la méningite cérébro-spinale épidémique, *Province méd.*, 24 fév. 1906.

(2) Courtellemont. *Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples*, Th. de Paris, 1904. — Marchand. Des méningites à évolution insidieuse comme cause d'aliénation mentale, *Gaz. des hôpit.*, 6 avril 1905. — Chailly. *Séquelles nerveuses de la méningite cérébro-spinale épidémique*, Th. de Lyon, 1905.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LES HÉMORRAGIES DE LA MÉNOPAUSE

Teinture de viburnum prunifolium.....	*ãã*	4 grammes.
Teinture d'hydrastis canadensis........		
Elixir de garus......................	*ãã*	30 —
Sirop de thébaïque..................		
Eau de tilleul........................		

3 à 4 cuillerées à soupe par jour. (*Journ. d'obst., de gyn. et de pédiatrie.*)

ANALYSES

MÉDECINE

Du type radiculaire supérieur de l'atrophie musculaire dans la poliomyélite aiguë de l'enfance. (Mlle GOROVITZ. Th. de Paris, 1905; H. Jouve, édit.) — Il existe, dans la littérature, quelques cas d'atrophies musculaires à type radiculaire supérieur, consécutives à une poliomyélite aiguë infantile : ce sont ceux de Duchenne (de Boulogne), Déjerine, Dupré et Huet; à ces cas, Mlle Gorovitz en ajoute un inédit, très soigneusement étudié. L'existence de troubles radiculaires dans la paralysie infantile lui donne l'occasion de résumer et de discuter toutes les théories relatives à la localisation médullaire des fonctions motrices et sensitives, et de conclure, avec M. Déjerine, à la localisation *radiculaire*, et non *segmentaire*, de la plupart de ces fonctions. L. BABONNEIX.

Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant : technique et valeur diagnostique. (Emile LEPAGE. Th. de Bordeaux, 1906; Cadoret, impr.) — Voici les conclusions de ce travail consciencieux, élaboré dans le service du professeur Moussous, et dont une partie a été communiquée par Cruchet et Lepage au récent Congrès de la tuberculose de Paris (voir *Gaz des hôpit.* du 10 oct. 1905, p. 1378).

1° La recherche du bacille de Koch dans les selles est d'une pratique relativement facile, contrairement à ce que disent la plupart des auteurs. Parmi les procédés de recherche, trois peuvent être employés : le procédé par frottis directs, le procédé Strasbürger et le procédé de Nabias (de Bordeaux); la valeur et la technique facile de ce dernier doivent le faire considérer comme le procédé de choix;

2° Le bacille de Koch trouvé dans les selles a une origine alimentaire, pulmonaire ou intestinale. C'est par une surveillance rigoureuse des aliments que l'on éliminera le bacille de Koch de la première catégorie. Quant aux bacilles tuberculeux pulmonaire ou intestinal, les caractères basés sur la morphologie, la colorabilité et le nombre ne permettront pas d'en préciser l'origine; c'est à l'aide de données cliniques que l'affection sera localisée et la présence du bacille dans les selles en affirmera la nature tuberculeuse;

3° Cette recherche du bacille de Koch dans les selles a, comme valeur diagnostique, la valeur des autres procédés de laboratoire; elle a, en outre, une valeur toute particulière pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants qui, ne sachant pas cracher, déglutissent leurs crachats; elle nous paraît devoir remplacer avantageusement la bacilloscopie des crachats extraits de l'estomac.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Des opérations conservatrices dans le traitement des utérus didelphes à corps indépendants. (E. QUÉNU et E. LE SOURD, *Revue de chir.*, n° 1, 1906.) — Dans ces mémoires les auteurs s'attachent à montrer que la voie vaginale est totalement insuffisante et ne saurait suffire à donner une sécurité complète. Seule la laparotomie, associée ou non à la voie basse, doit être le traitement de choix, car elle permet d'éviter ou de remédier à des complications graves et de conserver la fonction génitale. Quénu et Le Sourd rapportent 7 observations d'intervention pour utérus didelphes compliqués d'hématométrie. Vu le petit nombre de documents il est impossible de formuler une règle uniforme de thérapeutique, mais de leur étude il résulte que la technique à suivre est la suivante :

Dans un premier temps, laparotomie, on est ainsi renseigné sur l'état des ovaires, des trompes des hémi-utérus; l'ablation doit porter sur le côté le plus atrophié, et cette intervention consiste presque toujours en une hémi-hystérectomie supra-cervicale, la totale étant le plus souvent trop laborieuse.

Cette intervention abdominale suffit dans les cas où le col utérin du côté à enlever est rudimentaire, ou si les deux cols sont perméables. Dans le cas contraire ou si l'un d'eux seul est ouvert, constatation essentielle qui a dû précéder l'opération, il faut dans un second temps recourir à la voie basse et ouvrir largement sur la paroi vaginale la cavité du col laissée en place. A moins de contre-indication, ce temps opératoire doit être exécuté dans la même séance.

Dans les 3 cas d'utérus didelphes non compliqués rapportés dans le mémoire, l'hystérectomie totale a été pratiquée et suivie de guérison. En raison de la difficulté des interventions de l'association forcée dans deux d'entre elles des voies haute et basse, Quénu et Le Sourd se demandent si l'ablation supra-vaginale ne serait pas suffisante.

Là encore les tentatives de conservation doivent être de règle car l'hémi-utérus conservé doit être susceptible de mener à terme une grossesse. P. DIONIS DU SÉJOUR.

Arrachement des branches terminales du trijumeau dans le traitement de la névralgie faciale. (E. LA PLACE. *New-York medical Journal*, 9 déc. 1905.) — Par sa méthode d'avulsion graduelle, La Place a réussi dans plusieurs cas à arracher un nerf complètement, depuis le point de découverte de ce nerf jusqu'aux ramifications les plus ultimes à la peau. Il se sert d'une pince courbe spéciale, analogue à une pince hémostatique. Le nerf est mis à nu et soulevé, puis pincé, mais non sectionné : ensuite l'opérateur, tenant le forceps dans la main droite, tord *très doucement* de gauche à droite, de telle sorte que le bout central et le bout périphérique du nerf tendent à s'enrouler en sens inverse autour de la pince. Ceci doit s'exécuter très lentement et très délibérément, deux minutes étant nécessaires pour un tour du forceps; une plus grande rapidité romprait le nerf. Celui-ci cède progressivement et s'enroule autour de la pince, lentement mais sûrement, et l'opérateur continue à tourner jusqu'à ce que le nerf se rompe enfin. Ceci demande de 12 à 20 minutes, mais il est essentiel que l'opération dure longtemps, car une précipitation trop grande exposerait à une opération incomplète par suite de la rupture trop précoce des fibres que la méthode lente réussit à extirper. A la fin de l'opération le nerf apparaît comme une corde fortement enroulée autour de la pince. En le mettant dans l'eau et en secouant avec précaution, il se libère facilement et se montre dans son intégrité anatomique beaucoup mieux que ne pourrait le montrer la plus habile dissection. En deux ans, Laplace a traité de cette façon quatre malades dont aucun n'a vu ses douleurs récidiver. F. GARDNER.

Fractures de la tête du radius. (T. T. THOMAS. *University of Pennsylvania medical Bulletin*, oct. 1905.) — Ces fractures ne sont pas rares, comme on semble le croire d'ordinaire; elles sont au contraire communes, mais leur diagnostic est obscur sans l'aide de la radiographie; et même celle-ci est loin d'être un guide infaillible. Dans son enquête auprès des principaux radiographes de Philadelphie, l'auteur a trouvé cinquante-cinq radiographies de fractures de la tête du radius, alors que le nombre de cas publiés antérieurement dans la littérature ne

s'élève qu'à 48. Les fragments sont fréquemment si intimement unis par le ligament annulaire intact que le trait de fracture peut ne pas apparaître sur la radiographie, surtout si les rayons sont dans un mauvais plan. La fracture de la tête radiale est toujours partiellement et souvent entièrement intra-capsulaire, si l'on fait abstraction de la mince insertion capsulaire qui se fait au niveau du bord inférieur du fragment. Il est vraisemblable que cette mince insertion fournit à la tête radiale des vaisseaux assez abondants pour suffire à la nutrition de la tête radiale, même si la réunion ne se produit pas. Il est très rare qu'un tel fragment devienne un corps étranger articulaire au sens propre du mot, car l'intégrité du ligament annulaire, l'irrégularité des surfaces fracturées et l'insertion de la capsule empêchent le fragment de se déplacer librement. La partie de la tête radiale qui est habituellement fracturée lors d'une chute sur la main est antérieure, immédiatement après cette chute; mais plus tard elle peut occuper toutes les positions que la tête du radius peut normalement prendre sur l'arc de 180 degrés qui mesure approximativement l'étendue de la rotation de l'avant-bras. La fracture du col radial, la luxation du coude peuvent compliquer la fracture de la tête. La radiographie alors devient très délicate à interpréter parce que dans le premier cas il y a généralement engrènement des fragments, et dans le second, les lésions de la luxation masquent absolument celles de la fracture. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de médecine (1), t. X, 2e édition, publiée sous la direction de MM. BOUCHARD et BRISSAUD.

Ce tome débute par l'étude des *névrites*, pour laquelle M. Babinski a revu avec soin la partie clinique de la question, laissant à M. le docteur Nageotte la tâche de mettre au point la partie anatomique qui, depuis la date à laquelle a paru la première édition, a été l'objet de nombreux et importants travaux (névrites ascendantes, radiculaires, etc.). M. Hallion traite la *pathologie des muscles et des nerfs moteurs* et les troubles généraux de la sensibilité : *anesthésies* et *névralgies*. M. Meige expose, avec compétence, les *tics* et les *crampes fonctionnelles et professionnelles*. M. Henri Grenet, chargé par la direction de revoir l'article de Blocq sur les *chorées* et les *myoclonies*, s'est acquitté avec succès de sa mission; M. Boix, en plus des diverses *myopathies* et du *goitre exophtalmique*, consacre un intéressant chapitre à la *pathologie du sympathique*; M. Souques a rédigé les articles *acromégalie, gigantisme, achondroplasie, myxœdème*; M. Dutil, l'article *épilepsie*; MM. Dutil et Laubry, l'*hystérie* ou *pythiatisme*; MM. Gilbert Ballet et Rogues de Fursac, la *paralysie générale progressive*; M. Gilbert Ballet, les diverses *psychoses*. Un index alphabétique détaillé, placé à la fin du volume, permet de se retrouver sans peine dans les dix tomes de l'ouvrage.

Avec le tome X se termine la deuxième édition du *Traité de médecine*. Cette deuxième édition n'est pas une simple réimpression. Les auteurs ont tous pris à cœur de mettre leurs articles au courant des dernières découvertes de la science, et les éditeurs, en soignant la publication matérielle du livre, ont, une fois de plus, réussi à joindre l'utile à l'agréable. L. BABONNEIX.

(1) In-8° de 1050 p., avec 241 fig. en noir et en couleurs dans le texte. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis d'auscultation et de percussion (1), par M. CASSAET.

Les précis d'auscultation et de percussion ne manquent pas en France : ceux de Barth et Roger, de Woillez, de Lasègue, sont justement classiques. Mais il en est d'eux comme de toute autre chose, ils vieillissent, et quel que soit le soin que l'on prenne à les tenir toujours au courant, il arrive un moment où ils ne représentent plus exactement l'ensemble des connaissances indispensables au praticien. Or, malgré l'essor qui entraîne la médecine vers des voies nouvelles, l'auscultation et la percussion sont capables, encore aujourd'hui, de rendre les plus grands services.

Et c'est pourquoi l'on doit louer M. Cassaët (de Bordeaux), de nous avoir, dans un volume de la collection Testut, condensé l'état actuel de la science sur la question.

La première partie du livre est consacrée à l'*auscultation*. Après quelques pages sur l'*auscultation en général*, l'auteur aborde l'*auscultation de la poitrine* qu'il traite d'une façon didactique dans les chapitres suivants : du rythme respiratoire, du murmure vésiculaire, auscultation de la voix, des souffles, des râles, des bruits pleuraux. L'*auscultation du cœur* débute par quelques considérations générales, puis passe successivement en revue : les variations du rythme circulatoire, les altérations de la tonalité, du timbre et de l'intensité, les souffles, les bruits péricardiques, les bruits vasculaires. Dans un quatrième chapitre, l'auteur décrit enfin l'*auscultation obstétricale* et l'*auscultation des divers organes*.

La seconde partie expose la technique et les résultats de la *percussion*. Dans le chapitre *percussion de la poitrine*, l'auteur envisage tour à tour les théories explicatives du son de percussion, la sonorité normale du thorax, les modifications pathologiques du son de percussion; les deux chapitres suivants sont consacrés à la *percussion du cœur* et à la *percussion de l'abdomen*.

L'*auscultation de la percussion*, méthode qui renaît aujourd'hui de ses cendres, fait l'objet de la troisième partie, de même que la *phonendoscopie*; la *radioscopie* et la *radiographie*, enfin, celui de la quatrième partie. Le précis de M. Cassaët tient compte, on le voit, des dernières acquisitions de la science, mais fidèle aux traditions, il s'attache surtout aux méthodes cliniques, qu'il décrit avec le plus grand soin; aussi la lecture en est-elle agréable et profitable.

L. BABONNEIX.

Précis de médecine légale (2), par BALTHAZARD. [Bibliothèque du doctorat].

Dans la bibliothèque du doctorat en médecine que dirigent MM. Gilbert et Fournier, vient de paraître le *Précis de médecine légale* de M. Balthazard, le très distingué agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Ce livre s'inspire, comme tous ceux qui doivent paraître dans cette nouvelle collection, des besoins des candidats au doctorat à qui les progrès rapides de la science imposent la nécessité de connaissances nouvelles. Les ouvrages de la bibliothèque du doctorat correspondront exactement au programme imposé aux étudiants en médecine et contiendront toutes les matières de ce programme et rien que ces matières. Le livre de M. Balthazard atteint le but qu'il s'est proposé;

(1) In-18 colomb., cart. toile, de 850 p. avec 208 fig. dont 104 en coul. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

de façon exacte et singulièrement intéressante. L'auteur a suivi dans le plan de son livre la définition de Marc : « La médecine légale est l'application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairés par elle. » Il a donc laissé volontairement de côté toutes les questions de jurisprudence médicale relatives aux honoraires médicaux, aux ventes et aux cessions de clientèle; il a laissé aussi à d'autres, tout à fait spécialisés, MM. Dupré et Camus, le soin d'écrire un précis de psychiatrie légale, et il s'est borné à l'étude de la médecine légale proprement dite. Mais il a su insister sur certains points qui sont écourtés dans les traités de pathologie interne et il a développé avec raison le chapitre des intoxications, le groupe des asphyxies, celui des traumatismes. En traitant de l'évolution des traumatismes, l'auteur a insisté sur l'influence de l'état antérieur, de même qu'il a discuté longuement la possibilité de l'origine traumatique des maladies internes. Bref, « tout en n'ayant pas d'autre prétention que de condenser l'enseignement de M. Brouardel, » M. Balthazard a écrit un livre complet, plein d'une documentation précise, claire, facile à lire qui rendra aux étudiants les plus grands services.

COURTOIS-SUFFIT.

Chirurgie oto-rhino-laryngologique (oreille, nez, sinus de la face, pharynx, larynx et trachée, par Georges LAURENS. [T. XII du **Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale** (1), publié sous la direction de MM. Paul BERGER et Henri HARTMANN.]

Ce livre est le premier *Traité d'oto-rhino-laryngologie opératoire* publié en France. Le besoin se faisait sentir d'un traité d'ensemble sur cette spécialité qui a pris depuis quelques années un si grand essor. Il sera lu avec fruit par tous, car il est essentiellement pratique et tient à la fois d'un traité opératoire et d'un traité de thérapeutique chirurgicale. L'auteur s'est inspiré largement de sa longue pratique personnelle. Il décrit les procédés d'exploration qui permettent de préciser le diagnostic et essaye de poser les indications de chaque opération. Il schématise les divers procédés d'une façon très claire et illustre son exposition de très nombreux dessins originaux qui sont de la plus grande précision et du plus haut intérêt. Les tracés des incisions qui, pour cette chirurgie, ont une grande importance, sont toujours représentés séparément. Enfin il insiste beaucoup sur tous les accidents possibles et la façon de faire les pansements post-opératoires, car, comme il le dit dans sa préface, « il n'est pas de spécialité où l'acte opératoire n'entraîne comme corollaire des soins consécutifs, des pansements aussi importants qu'en oto-laryngologie. Les succès n'appartiennent pas à l'opérateur le plus brillant, mais au plus soigneux. »

Dans les cinq parties dont se compose le traité, oreille, nez, sinus de la face, pharynx, larynx et trachée, l'auteur, après avoir exposé l'exploration de l'organe dont il va décrire la médecine opératoire et avoir insisté sur les notions d'éclairage, d'anesthésie et d'hémostase, distingue les opérations faites par les voies naturelles et par voie externe. La chirurgie de l'oreille externe comprend les opérations sur le pavillon et sur le conduit auditif. La chirurgie de l'oreille moyenne est particulièrement intéressante. Les opérations sur le tympan (paracentèse, plicotomie, ténotomie) sont accompagnées de figures et de schémas très intéressants, de même les opérations sur les osselets. Le traitement des otites moyennes purulentes est très cliniquement exposé. La chirurgie des suppurations otogènes est divisée d'une façon très personnelle en opérations osseuses (opérations mastoïdiennes, pétreuses et vertébro-hypocranienne), opérations veineuses (sinus et golfe de la jugulaire), opérations cranio-encéphaliques (abcès intracraniens, méningites), opérations nerveuses (paralysies faciales), et chacun de ces chapitres est traité d'une façon magistrale.

La chirurgie du nez comprend la chirurgie exo-nasale (opérations plastiques et rhinotomies préliminaires) et la chirurgie endonasale (opérations orificielles, cavitaires et pariétales, cloison et cornet).

La chirurgie des divers sinus de la face est tout particulièrement intéressante.

Dans le pharynx, l'auteur distingue le naso-pharynx, le bucco-pharynx, le laryngo-pharynx, et étudie pour chacun les opérations par voie naturelle et les opérations par voie externe.

Dans la chirurgie du larynx et de la trachée, il suit le même plan, insistant beaucoup sur la trachéoscopie qui est un procédé tout d'actualité.

Le traité est édité par Steinheil qui a mis tous ses soins aussi bien dans l'impression du texte que dans l'exécution des 470 figures qui illustrent l'ouvrage. L. CHEVRIER.

Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche (1), par le docteur F. CALOT.

C'est un livre très simple, destiné au praticien, que l'auteur a voulu écrire. Il a voulu mettre à la portée de tous le traitement orthopédique de la luxation de la hanche et, pour enlever toute aridité à son exposé, il prend souvent à dessein la forme du dialogue. Pour permettre au lecteur pressé de se retrouver dans son ouvrage, chacun de ses chapitres est précédé d'une sorte de sommaire et à la fin de son livre se trouve un résumé qui le schématise et évite de lire un crayon à la main. Après avoir établi très cliniquement le diagnostic de l'affection et avoir montré sa marche progressive en l'absence de son traitement, il divise son étude thérapeutique en deux parties.

Dans une première partie, il fait l'étude technique des moyens thérapeutiques. Après en avoir tracé le schéma il fait l'étude des divers temps du traitement qu'il préconise, extension continue préalable avec des poids considérables, extension forcée, extemporanée, pétrissage des adducteurs; la réduction se fait par diverses manœuvres, flexion à 90 degrés et traction droite, flexion à 90 degrés combinée à l'abduction ou flexion, abduction forcée avec pression sur la tête fémorale. La réduction est maintenue dans un appareil plâtré; pour l'auteur la bonne position est une flexion de 70 degrés avec abduction de 70 degrés également, sans rotation. Si cette position optima ne peut être d'emblée acquise (la luxation se reproduisant), on cherchera à l'obtenir en plusieurs fois. La confection de l'appareil est exposée avec une foule de petits détails techniques très intéressants (façon de mouler les épines iliaques, le genou, la gouttière rétro-trochantérienne). A la sortie de l'appareil on peut laisser ce membre reprendre peu à peu sa situation normale en plusieurs semaines, ou l'y ramener d'emblée.

L'auteur dit un mot des reluxations.

(1) In-8° jésus de 976 p., avec 471 fig. — Prix : 30 francs. — Paris, G. Steinheil.

(1) Gr. in-8° avec 206 fig. dans le texte et 5 pl. hors texte en photocollogr. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

Dans une deuxième partie clinique, il étudie la réduction des luxations unilatérales en se plaçant au point de vue de l'âge, puis les luxations bilatérales.

Un appendice suit, traitant des luxations restées irréductibles par la méthode non sanglante et l'auteur y expose son procédé personnel de réduction sanglante par dilatation sous-cutanée du rétrécissement capsulaire, au moyen d'une pince introduite par une boutonnière faite à la capsule en avant. Il ne nous appartient pas de juger cette opération aveugle que l'auteur déclare d'ailleurs excellente.

Des figures très claires, très personnelles, illustrent l'ouvrage, à la fin duquel se trouvent cinq planches hors texte de radiographies. L'ensemble est très luxueusement édité par Masson, dont on connaît le soin et le goût.

L. CHEVRIER.

Guide pour l'emploi de l'électricité en médecine (1), par H. GUILLEMINOT.

Ce petit recueil s'adresse surtout aux médecins non électriciens, à l'opposé du traité d'électricité médicale du même auteur. Il a pour but de permettre aux praticiens de guider leurs malades, de les renseigner sur l'utilité des principales applications de l'électrothérapie et de la radiothérapie. Les électrothérapeutes lui doivent leur approbation et leur appui pour le but qu'il se propose comme pour la façon judicieuse dont il est conçu.

G. LEGROS.

SUITE DES SOMMAIRES

Nord médical. — (N° 274, 1er mars 1906.) CARRIÈRE : Le babeurre dans l'alimentation des enfants. — PASTEAU : Comment faut-il examiner la vessie. — Paul BUTRUILLE : Massage du cœur par voie transdiaphragmatique, à travers la paroi abdominale, dans un cas de mort apparente du nouveau-né. Réapparition passagère des mouvements respiratoires et des contractions cardiaques. — MARCHAND : Lait et tuberculose.

Orient médical. — (N° 1, janv. 1906). S. MANGHINAS : Abcès hypersplénique sous-diaphragmatique. Abcès hyperhépatiques sous-diaphragmatiques. — E. KALLIONZIS : Sur un nouveau procédé opératoire de l'amputation partielle du pénis. — J. GEORGIADES : Traitement des phlegmons diffus chez les enfants. — Pansement à l'éther sulfurique. — Ch. KOKKORIS : Rhumatisme tuberculeux. — S. KANELLIS : Contribution à l'urologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — P. PAMPOUKIS : Les inoculations antirabiques à l'Institut d'Athènes en 1905. — P. S. RONDOPOULO : Statistique de la mortalité par tuberculose dans l'hospice des Enfants-Trouvés d'Athènes.

Pédiâtrie pratique. — (N° 5, 1er mars 1906.) LESAGE et ABRAMI : La méningite tuberculeuse à forme somnolente de la première enfance. — DIAMANTBERGER et Albert WEILL : Un cas de myopathie atrophique progressive. Traitement électrique, guérison.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 8, 25 fév. 1906.) STEIN : La radiographie et les calculs vésicaux. — (N° 9, 4 mars 1906.) PROCHNOW : Contribution à la chirurgie abdominale. — TORDAY : Sur le « dispnon ».

Presse médicale. — (N° 17, 28 fév. 1906.) A. LÉTIENNE : De la sénilité, l'artério-sclérose. — O. GUELLIOT : Complications des fibromes de l'ovaire. — (N° 18, 3 mars.) Henri ISCOVESCO : Des colloïdes, leur importance biologique. — A. MARTINET : Administration du lait caillé dans le néoplasme stomaco-pancréatique.

Province médicale. — (N° 7, 17 fév. 1906.) ODDO et ACHARD : Recherches sur la tension artérielle chez les convalescents. — PIERY et CORBEL : Le pouls dans les divers ictères (*fin*). — VIANNAY : Traitement des varices.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 4, 28 fév. 1906.) A. TURPAIN : Les réformes de l'enseignement supérieur. — H. BOUASSE : Les gammes musicales au point de vue des physiciens. — A. MAILHE : Revue annuelle de chimie minérale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 5, 1er mars 1906.) BERNHEIM : De l'anesthésie dite nerveuse ou hystérique. — M. PERRIN et J. PARISOT : Paraplégies syphilitiques. Nécessité du diagnostic étiologique et d'un traitement précoce intensif et prolongé (*suite*).

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Mars 1906.) BABONNEIX : Les idées de grandeur dans la paralysie générale du jeune âge. — E. TERRIEN : Tentatives et résultats d'alimentation par les bouillies maltosées ou diastasées.

Revue neurologique. — (N° 4, 28 fév. 1906.) J. DONATH : Preuve de l'existence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien à l'aide du microscope polarisant. — Pool HEIBERG (de Copenhague) : Un cas de myxœdème compliqué d'éruptions vésiculaires. — G. BLIN : Les troubles oculaires dans la démence précoce.

Revue scientifique. — (N° 8, 24 fév. 1906.) Stéphane LEDUC : Les lois de la biogenèse. — E. COUSTET : Le développement photographique en lumière actinique. — G. BLANC : Revue annuelle des thèses de chimie.

Semaine gynécologique. — (N° 10, 6 mars 1906.) L. DAVID : Torsion des fibromes au cours de la grossesse.

Semaine médicale. — (N° 10, 7 mars 1906.) CHEINISSE : De la prétendue épidémicité de l'appendicite. — MINERVINI : Les « trois points pulsatiles de la radiale » dans l'artério-sclérose.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. 3, mars 1906.) Kurt POLLACK : Guérison rapide et durable d'une ancienne cicatrice caustique de l'œsophage par la thiosinannine. — Ladislaus V. KÉTLY : Traitement du diabète insipide par les injections de strychnine. — J. SADGER : Hydrothérapie de la maladie de Basedow. — Georg. MÜLLER : Traitement des scolioses par le médecin praticien.

Tribune médicale. — (N° 9, 2 mars 1906.) GOUGEROT : Marche de l'infection lépreuse : chancre lépreux. Bacillémie hansenienne.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 4, 28 fév. 1906.) LANGLET : Le saturnisme. — P. GOSSET : La maladie des Colbert. La goutte (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 1er mai 1906.) BAIL et WEIL : Courte communication concernant l'agressivité des staphylocoques. — STAHR : Sur l'examen du sang dans la méthode de stase de Bier. — DORF : Contribution à l'étude des traumatismes obstétricaux chez le nouveau-né. — RIEDL : Traitement sérothérapique du tétanos. — KNOTZ : Un cas d'organes génitaux doubles chez la femme.

(1) In-16 de 64 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Steinheil, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 33. — MARDI 20 MARS 1906. 79e ANNÉE. MARDI 20 MARS 1906. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Médaille d'or (médecine). — *Lecture* : MM. Læderich, 30; Roussy, 28; Chiray, Halbron et Villaret, 27.

A la suite de ce concours les récompenses suivantes ont été attribuées :

1er prix (médaille d'or et bourse de voyage), M. Læderich; 2e prix (médaille d'argent), M. Roussy; accessit, M. Halbron.

Concours de l'internat. — Oral. — Séance du 16 mars 1906. — Question donnée : « Artère poplitée. — Fractures de la rotule. »

MM. Macé de Lépinay, 15 + 25 = 40; — Lasnier, 15 + 24 = 39; — Chevalier, 14 + 22 = 36; — Touraine, 13 + 21 = 34; — Bénazet, 11 + 16 = 37; — Marsan, 15 + 13 = 28; — Charrier, 12 + 19 = 31; — Chabrol, 18 + 27 = 45; — Porée, 11 + 19 = 30; — Cottenot, 13 + 19 = 32.

Séance du 17 mars :

MM. Pérol, 12 + 22 = 34; — Duchet-Suchaux, 11 + 21 = 32; — Bénard (Henri), 17 + 23 = 40; — Deroye, 13 + 22 = 35; — Debré, 13 + 23 = 36; — Lenoir, 9 + 18 = 27; — Duvoir, 13 + 22 = 35; — Basset, 10 + 22 = 32.

Guerre. — Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin-major de deuxième classe Bouet, détaché à l'Institut Pasteur de Paris, a été maintenu à la disposition du ministre des colonies pour faire partie d'une mission scientifique en Afrique occidentale française.

Par décision ministérielle du 16 mars 1906, M. le médecin-major de deuxième classe Rigaud, du 7e d'infanterie coloniale, a été désigné pour remplir les fonctions de chef du service de santé à la Réunion (embarquement à Marseille le 10 avril 1906).

Marine. — M. le médecin de première classe Rolland, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer le 1er avril prochain sur le *Forbin* (escadre du Nord), en remplacement de M. L'Helgouach, qui terminera à cette date la période réglementaire d'embarquement.

Thèse de M. Georges Clemenceau. — Nous avons eu la curiosité de relire la thèse de M. le docteur Clemenceau, aujourd'hui ministre de l'Intérieur. Cette thèse, soutenue le 13 mai 1865, a pour titre : *De la génération des éléments anatomiques*. Elle débute par ces quelques lignes qui, dans leur concision voulue, sont tout un programme :

« Observer exactement des phénomènes est le point de départ de la science : les grouper et les interpréter en est le but. Je n'apporte pas d'observation nouvelle; je rassemble des faits.

Les opinions que j'exprimerai n'engagent que moi. Je ne les ai point parce que j'ai fait ce travail; j'ai fait ce travail parce que je les avais. »

XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Lille, 1er-7 août 1906). — Le XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française doit se tenir à Lille du 1er au 7 août 1906, sous la présidence du professeur Grasset, de Montpellier.

Rapportts. — 1° *Psychiatrie*. — M. Dide (de Rennes) : « Étude cytologiqne, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. »

2° *Neurologie*. — M. Leri (de Paris) : « Le cerveau sénile. »

3° *Médecine légale*. — M. Leroy (d'Évreux) : « La responsabilité des hystériques. »

Visites aux asiles d'aliénés de : Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant; à l'exposition internationale de Tourcoing, etc., etc.

Le Congrès comprend des membres adhérents (20 francs) et des membres associés.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès, docteur Chocreaux, médecin en chef de l'asile public d'aliénés, Bailleul (Nord).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1906.) Devic et Froment : Un cas de syphilis héréditaire tardive du foie. Revue critique des observations antérieures. — Dubreuilh : Histologie du lichen plan des muqueuses.

Archives générales de médec ne. — (N° 10, 6 mars 1906.) Noël Fiessinger : Ostéomyélite sacro-lombaire à diplocoques en grains de café. — E. Aievoli : Les nouvelles études sur la pathogénie statico-mécanique de l'Hallux-valgus. — L. Rocher : De l'appendicite infantile à forme pelvienne et iléo-pelvienne (*fin*). — Boigey : Réduction du volume de la rate par le massage et la percussion de la région splénique.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 7, 5 mars 1906.) Edward Cowles : Les problèmes de psychiatrie dans les psychoses fonctionnelles (*fin* du n° 6, p. 152), — B. Sachs : Les gros traumatismes craniens et les indications de leur traitement opératoire. — Morton Prince : Les traumatismes de la tête. — William N. Bullard : Les indications opératoires dans les traumatismes craniens. — Henry C. Baldwin : Les traumatismes du cerveau : 1. plaie par coup de feu comprenant les deux lobes occipitaux : étude des champs visuels (avec 3 fig.); 2. fracture du crâne : traumatisme du lobe frontal (avec 1 fig.). — E. W. Taylor : Un cas d'adipose douloureuse (avec 1 fig.).

Bulletin médical. — (N° 18, 7 mars 1906.) Robert-Simon et E. Schmidt : Action de l'atropine dans un cas d'Adams-Stokes (pouls lent permanent). — (N° 19, 10 mars.) Albert Robin : Cours de clinique thérapeutique. Leçon d'ouverture.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 8 mars 1906.) Goldscheider : Sur la thérapeutique naturelle. — Zettnow : Les flagella des spirochètes des poules et de la fièvre récurrente. — Kromayer : Lampes à eau et mercure pour le traitement de la peau et des muqueuses. — Frankenstein : Collision de jumeaux pendant l'accouchement. — Leuwer : Un nouvel aspirateur nasal. — Weil : Recherches sur l'action des sérosités agressives du streptocoque pyogène. — Illyes : Un cas d'hémorragie rénale essentielle. — Schaedel : Règles de conduite dans la blennorragie aiguë. — Kirschner : La loi prussienne des épidémies du 28 août 1905.

Écho médical du Nord. — (N° 10, 11 mars 1906.) G. Raviat : Aperçu général sur la pathologie mentale. Utilité de son étude. Plan du cours de médecine mentale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 9, 4 mars 1906.) F. Villar : Diagnostic différentiel des calculs biliaires et pancréatiques par la radiographie. — V. Raymond et Gautrelet : Action de la cure de Vichy sur la circulation. — (N° 10, 11 mars 1906.) A. Schanz (analysé par Sabrazès) : Un état morbide particulier du tendon d'Achille. — B. Auché et Mlle Campana : La diarrhée simple, forme larvée de la dysenterie chez les enfants.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 6, 16 mars 1906.) Paul Adam : Sur les laits traités par l'eau oxygénée. — Paul Bruère : Application médico-pharmaceutique de la stérilisation à froid à la préparation rapide des injections stérilisées de chlorhydrate neutre de quinine à base de sérum artificiel (*à suivre*). — Desmoulière : Sur le dosage du glycogène.

Journal des praticiens. — (N° 10, 10 mars 1906.) Broca : Kyste radiculaire de la mâchoire inférieure.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 9, 1er mars 1906.) Cheval : De la puissance meurtrière des projectiles actuels. — (N° 10, 8 mars.) Jaumenne : De la valeur des injections de paraffine et de l'évidement naso-sinusal dans le traitement de l'ozène.

Lyon médical. — (N° 9, 4 mars 1906.) Barjon : Mortalité hospitalière de la fièvre typhoïde. — Launois et Perretière : Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique. — (N° 10, 11 mars 1906). Polloson : De l'incision transversale des couches superficielles (aponévrose et peau) en laparotomie sous-ombilicale. Incision de Psannenstiel. — Carle et Pont : A propos des inconvénients du salol.

Medizinische Blatter. — (N° 10, 8 mars 1906.) Sehrwald : Sur la question de la malaria. — Sofer : L'hygiène de l'alimentation. — Markhreiter : Mes expériences sur la « sorisine ». — Klimeck : Nos aliments.

Montpellier médical. — (N° 7, 18 fév. 1906.) Vallois : Leçon d'ouverture au cours de clinique obstétricale. — Riche et Devèze : Corps étranger du rectum (verre à boire). — (N° 8, 25 fév.) H. Villard : Glaucome aigu consécutif aux contusions du globe oculaire (glaucome traumatique). — (N° 9, 4 mars.) J. Grasset : Les voies de la sensibilité dans la moelle de l'homme. Rapport présenté à la section de neurologie du XVe Congrès international de médecine (Lisbonne, 19-25 avril 1906).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 13 mars 1906.) Graeffner : Quelques études sur les réflexes, particulièrement chez les hémiplégiques. — Ehrlich : Traitement des suppurations aiguës et chroniques par le phénol camphré. — Schwalbe : Sur les malformations des extrémités. — Krokiewicz : Une réaction très sensible des pigments biliaires. — Glas : Charbon du larynx. — Lichtenstein : Diagnostic de la grossesse extra-utérine par les rayons Röntgen. — Zezschwitz : Un cas de perforation de l'estomac guérie. — Alexander : Lésion vaccinale de l'œil. — Sommer : Critiques et nouveautés sur le traitement des abcès amygdaliens. — Rühl : Sur l'évolution de la grossesse et de l'accouchement après une opération césarienne vaginale antérieure. — Wild : Un raffinement de la masturbation. — Czaplewski : Petits tubes à sang pour faciliter la réaction de Grüber-Widal. — Mangold : Les théories neurogène et myogène de la pulsation cardiaque.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 10, 11 mars 1906.) Szentkiralyi : L'isopral.

Province médicale. — (N° 9, 3 mars 1906.) Tédenat : Des rétrécissements de l'urètre postérieur. — Perrin et Parisot : Fractures spontanées de la rotule au cours du tabes dorsalis. — Lucien Mayet : Les balancements rythmiques du sommeil. — (N° 10, 10 mars.) Grasset : Monoplégie d'origine corticale (traumatisme à la partie antéro-supérieure de la région colandique gauche; paralysie articulo-motrice de l'avant-pied et anesthésie segmentaire en bottine, à droite; jacksonisme psychique et moteur). — Cluzet : Sur la radioscopie des anévrismes de la crosse de l'aorte. — L. Mayet : Traitement usuel de l'œdème dans les cardiopathies.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 10, 8 mars 1906.) Gersuny : Une opération dans les paralysies motrices. — Buberl : Le traitement par le collargol dans la fièvre puerpérale. — Baer : Traitement de la tuberculose laryngée par la lumière solaire. — Flinker : Malformation d'une moitié du thorax et du membre supérieur correspondant.

OPHTALMOLOGIE PRATIQUE

SIMULATION & ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le docteur F. TERRIEN,
Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

Nous réunissons sous une même rubrique ces deux sujets, d'une importance pratique considérable, car la loi sur les accidents du travail a certainement augmenté dans une très large mesure le nombre des simulateurs. Et par ce terme de simulation il faut entendre aussi bien la tendance à exagérer le dommage causé par l'affection oculaire que la simulation véritable d'une affection qui n'existe pas. Peut-être même les simulateurs du premier groupe sont-ils plus nombreux. Les ouvriers blessés ayant droit à une indemnité du fait de leur accident cherchent par lui à se créer des ressources. Ils l'exagèrent, ont tendance à retarder la guérison et s'efforcent d'obtenir une forte indemnité. On ne saurait donc montrer trop de circonspection dans l'examen d'un blessé à la suite d'un accident de travail et contrôler toujours très soigneusement les symptômes subjectifs qu'il accuse, en particulier la diminution de l'acuité visuelle, ce qui est le cas le plus habituel.

I. Simulation.

Nous étudierons dans un premier groupe les maladies oculaires provoquées, entretenues ou aggravées, et dans le second les maladies véritablement simulées.

1. Maladies oculaires provoquées, entretenues ou aggravées. — Il s'agit le plus souvent de blépharites, de conjonctivites et de kératites.

I. Blépharite ciliaire. — Elle est exagérée ou simulée de toutes pièces par l'arrachement des cils et la cautérisation du bord libre des paupières. En pareil cas les glandes de Meibomius ne présentent aucune trace d'inflammation et la guérison s'obtient rapidement par l'occlusion de l'œil et la surveillance du sujet.

II. Conjonctivites. — Elles sont provoquées par l'introduction dans le cul-de-sac conjonctival de corps irritants divers (poudre de tabac, sable, sel marin, sublimé, poussières de chaux raclées sur les murs, urine, jus de citron, nitrate d'argent, etc.). L'inflammation se localise en général sur la conjonctive palpébrale et sur le cul-de-sac de la paupière inférieure. On recherchera soigneusement les traces de corps irritants et on se basera sur la résistance de l'affection à un traitement rationnel et sur la présence d'aggravations brusques survenant sans cause appréciable. Le sujet sera soigneusement surveillé et on appliquera sur l'œil un pansement occlusif au collodion qui amènera en très peu de temps la guérison de ces conjonctivites.

III. Kératite. — La kératite est parfois provoquée par des cautérisations de la cornée au nitrate d'argent. Quelle que soit la variété de kératite, on pratiquera l'occlusion comme pour la conjonctivite.

IV. Mydriase. — Les autres affections oculaires provoquées sont plus rares. Il faut cependant noter la mydriase. La dilatation de la pupille est généralement provoquée par l'instillation d'un collyre à l'atropine. Lorsque le mydriatique a été employé récemment, la dilatation pupillaire est presque totale et la pupille est immobile à la réaction directe, au réflexe consensuel et à l'accommodation. Quelques jours plus tard la mydriase diminue, mais la dilatation dure sept à huit jours, quelquefois davantage.

Il faut toujours penser à cette mydriase artificielle lorsqu'on ne constate aucune lésion de l'œil ni aucun trouble du système nerveux cérébro-spinal capable de l'expliquer. Il faut penser aussi, lors de mydriase bilatérale, à une mydriase réflexe par helminthiase ou carie dentaire. Dans la mydriase hystérique, très rare chez l'homme, toutes les réactions pupillaires existent comme à l'état normal.

Pour déjouer la fraude, le sujet sera soumis à une observation des plus sévères, mais le mieux est encore de recourir à l'occlusion de l'œil, car il suffit de doses infinitésimales d'atropine pour provoquer la mydriase, et on a vu certains sujets dissimuler le mydriatique en extrait sous l'ongle du gros orteil.

2. Affections oculaires simulées. Leur détermination. — Ce sont presque toujours l'amaurose et l'amblyopie unilatérales : le sujet victime d'un accident déclare ne plus voir d'un œil ou bien il exagère les conséquences de l'accident et dit y voir à peine. Enfin il peut s'agir d'un affaiblissement réel de la vision antérieure à l'accident et que le sujet exagère.

Les procédés et appareils conseillés pour déjouer cette simulation sont très nombreux. Les meilleurs sont ceux qui permettent de varier rapidement les épreuves, rendant ainsi facile la surveillance des yeux pendant l'examen et ne laissant pas au sujet le temps de la réflexion. Tous exigent une surveillance rigoureuse des deux yeux pendant la durée de l'examen afin de s'assurer que le sujet ne cligne pas d'un œil. En pareil cas on interromprait aussitôt l'épreuve pour passer à une autre, mais déjà ce fait est une présomption en faveur de la simulation.

Si l'un des deux yeux est réellement plus faible que l'autre et que le sujet exagère simplement l'amblyopie de cet œil, il pourra facilement déjouer la plupart des épreuves par la différence de netteté des images si on ne prend pas la précaution d'affaiblir celles vues par l'œil sain au moyen de verres convexes ou concaves.

I. État de la pupille. — Pour la recherche de la simulation, on explorera tout d'abord la réaction pupillaire. La dilatation pupillaire peut être due à l'emploi d'un mydriatique (voir plus haut). Si la pupille n'est pas dilatée et a conservé ses réactions normales alors que le sujet accuse une amaurose absolue, il y a simulation ou hystérie. Si la pupille ne réagit pas à la lumière alors qu'elle se contracte sous l'influence de la convergence et de l'accommo-

dation, il s'agit très probablement d'une amaurose unilatérale.

Lors d'amblyopie l'examen de la pupille fournit des renseignements moins concluants que lorsqu'il s'agit de la simulation d'une amaurose unilatérale, car l'œil amblyope a encore la perception quantitative de la lumière. Le plus souvent, à moins qu'il n'existe une mydriase vraie ou artificielle, on constatera une *paresse* plus ou moins accusée des mouvements de l'iris comparés à ceux de l'œil sain.

II. Direction des axes visuels. — A l'état normal les deux yeux viennent converger vers le point fixé. Un œil, au contraire, amaurotique ou très fortement amblyope a tendance à se dévier, tandis que le congénère normal se dirige vers le point fixé. Il se dévie en dedans ou en dehors. Si la déviation n'est pas manifeste, il suffit, pour savoir si le sujet examiné fixe bien avec les deux yeux, de recouvrir alternativement l'œil droit puis l'œil gauche, tandis que le sujet fixe un objet placé à 2 ou 3 mètres. Si l'un des deux yeux ne bouge pas tandis que l'autre est recouvert, il y a amblyopie ou amaurose.

III. Méthodes subjectives. — Les moyens et appareils proposés sont très nombreux. Nous décrirons seulement les procédés les plus simples.

1° *Epreuve de la règle.* — Tandis qu'on fait lire au sujet à 35 centimètres de distance une feuille de papier sur laquelle sont tracés des chiffres et des caractères d'imprimerie, on interpose à égale distance du papier et du nez, sur la ligne médiane, un crayon ou une règle. Si le sujet continue à lire sans être incommodé, il voit évidemment des deux yeux car dans le cas contraire certains caractères, cachés par la règle, et n'étant plus visibles pour l'œil sain, ne devraient pas être perçus. S'ils le sont c'est que le sujet lit avec l'autre œil (1).

2° *Epreuve des verres non colorés* (2). — On place le sujet à 5 mètres de distance des échelles d'acuité visuelle, etc.

On lui place devant les yeux une monture de lunettes munie d'un verre neutre ou très faible pour l'œil prétendu amaurotique ou amblyope et pour l'autre œil d'un verre sphérique convexe ou concave très fort, puis on le presse de lire les deux yeux ouverts. S'il y parvient, c'est avec l'œil prétendu mauvais et la ligne déchiffrée indique le degré d'acuité visuelle (3).

(1) Très simple en apparence et n'exigeant aucun appareil spécial, ce procédé, encore appelé procédé de Javal-Cuignet, présente quelques difficultés dans son application, car il exige une immobilité absolue de la tête et de la page d'impression. Pour diminuer les causes d'erreur, il est bon d'employer une règle très large.

(2) On s'est assuré au préalable dans toutes ces recherches que le sujet est emmétrope.

(3) On peut dans cet ordre d'idées recourir à l'instillation *dans l'œil sain* de quelques gouttes d'atropine ou d'ésérine. L'instillation d'un myotique (ésérine ou pilocarpine) par la contracture de l'accommodation qu'elle détermine, empêche la vision de loin. Inversement l'instillation d'une solution d'atropine, en paralysant l'accommodation, empêchera la vision de près. Pour ne point donner l'éveil au sujet on instillera en même temps dans l'œil déclaré mauvais quelques gouttes d'eau distillée.

3° *Epreuve par les verres et les caractères colorés* (Méthode de Snellen). — Elle repose sur le principe suivant : le verre coloré éteint les couleurs complémentaires *sur fond noir.* Le sujet étant placé à 5 mètres, avec une lunette munie d'un verre rouge du côté sain et vert du côté prétendu aveugle, on lui fait fixer un tableau chromatique portant, sur fond noir mat, des caractères alternativement *rouges* et *verts.* Les caractères rouges ne peuvent être vus que par l'œil devant lequel est le verre rouge et les caractères verts par l'œil muni du verre vert. La lecture des lettres vertes dans l'exemple choisi sera une preuve de simulation et la grandeur des lettres perçues donne en même temps la mesure de l'acuité visuelle (1).

4° *Epreuve par le prisme.* — Si l'on fixe un objet à travers un prisme, l'arête tournée en haut, l'image est déviée vers l'arête du prisme et l'objet est vu plus haut qu'il n'est en réalité. Aussi lorsque les deux yeux sont ouverts, le sujet accuse de la diplopie. Si donc l'examiné voit double par l'interposition d'un prisme, c'est qu'il possède la vision binoculaire. Afin d'éviter toute supercherie, on demandera au sujet non pas s'il voit deux images, car il pourrait répondre négativement, mais si les deux images sont bien au-dessus l'une de l'autre par exemple.

On a construit sur ce principe de la diplopie par le prisme de nombreux appareils quelques-uns excellents (prisme de Baudry, diploscope de Rémy) permettant d'arriver avec certitude à déceler la simulation de l'amaurose ou de l'amblyopie unilatérale, mais dont la description nous entraînerait trop loin.

II. Accidents du travail

Les blessures de l'œil représentent environ le cinquième ou même le quart de tous les accidents du travail. Or, comme le fait remarquer M. le professeur de Lapersonne, s'il est difficile d'établir le degré de gravité d'une blessure siégeant en un point quelconque du corps, les difficultés sont plus grandes encore pour les traumatismes oculaires. Car il faut tenir compte ici non seulement des lésions matérielles mais aussi des troubles fonctionnels dont le contrôle est singulièrement gêné, sinon par une simulation complète tout au moins par une exagération dans les réponses du blessé [de Lapersonne] (2).

Le médecin, on le sait, d'après la loi de 1898, peut être appelé à donner son avis au sujet d'un accident du travail dans trois conditions différentes :

1° Aussitôt après l'accident, il délivre un *certificat* accompagnant la déclaration d'accident et dans lequel il constate sommairement le degré des lésions et leur conséquence probable (incapacité permanente totale, partielle ou incapacité temporaire). Il faut d'ailleurs faire les plus grandes réserves et le plus souvent on indiquera qu'il est impossible de pronos-

(1) On pourrait indifféremment placer le verre vert devant l'œil sain : mais les caractères verts étant d'ordinaire plus facilement perçus, il vaut mieux placer le verre rouge du côté sain. Bien entendu on s'assurera au préalable que le sujet perçoit bien les couleurs et n'est pas atteint par exemple de daltonisme.

(2) De Lapersonne. *Presse méd.*, 1902, n° 98.

tiquer les suites probables de l'accident et d'indiquer l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

2° Le médecin peut être requis par le juge de paix pour fournir un *rapport* quelque temps après l'accident.

3° Enfin plus tard il s'agit d'un rapport médico-légal demandé par le tribunal ou la Cour d'appel sur l'état du blessé et les conséquences définitives de la blessure.

C'est dans le rapport, de beaucoup le plus important et qui doit être absolument complet, qu'il importe de déterminer l'époque à partir de laquelle la blessure peut être considérée comme *consolidée*, c'est-à-dire l'époque à partir de laquelle les lésions ne sont plus susceptibles d'amélioration. Cette date de consolidation de la blessure a une importance capitale car elle clôt la période d'incapacité temporaire et implique un nouveau régime d'indemnisation du blessé; l'indemnité quotidienne fait place à la rente.

On se basera sur des caractères anatomiques de la lésion (taies de la cornée, leucomes adhérents, cataracte traumatique en partie résorbée, moignon atrophique, lésions cicatricielles de la conjonctive et des paupières), sur son état stationnaire et sur l'absence de phénomènes réactionnels et de douleurs. La détermination exacte de la date de consolidation de la blessure est quelquefois très difficile, d'autant plus que le blessé a parfois intérêt à prolonger la période d'incapacité temporaire.

On ne saurait procéder avec trop de soin, et l'examen doit être absolument complet; on recherchera l'acuité visuelle, le champ visuel en songeant toujours à la simulation possible de l'amaurose et de l'amblyopie et en cherchant à la déceler par les moyens précédemment indiqués.

Enfin après avoir déterminé exactement la nature des lésions et le degré de vision, il faudra se prononcer sur les conséquences que la blessure aura sur la vision de l'autre œil et sur la possibilité de l'ophtalmie sympathique. On se rappellera que celle-ci s'observe de préférence à la suite de plaies pénétrantes du corps ciliaire, et surtout lorsqu'il y a eu infection.

Sans doute l'ophtalmie sympathique peut s'observer dix, quinze, vingt ans et plus après la blessure du premier œil, mais d'ordinaire, nous l'avons vu, elle se place entre la quatrième et la douzième semaine qui suit l'accident. Si donc, au moment où le médecin est appelé à se prononcer définitivement, c'est-à-dire six mois au moins après le traumatisme, l'œil blessé n'est le siège d'aucune réaction ciliaire et n'est nullement douloureux à la pression, on peut écarter à peu près à coup sûr le danger d'ophtalmie sympathique. Dans le cas contraire, si l'œil demeure légèrement injecté, photophobe, larmoyant, douloureux à la pression, on se montrerait extrêmement réservé et on conseillerait l'énucléation de l'œil blessé qui seule mettrait à l'abri d'accidents sympathiques.

Ces constatations faites, l'expert doit constater dans ses conclusions quelle est la réduction définitive subie par l'ouvrier dans sa capacité de travail du chef de l'accident. En cas d'incapacité *permanente totale* l'ouvrier a droit à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel; en cas d'*incapacité permanente partielle* le chiffre de la rente est égale à la moitié de la réduction de salaire subie par l'ouvrier du fait de l'accident; ne gagne-t-il plus par exemple que 1 000 francs par an au lieu de 2 000, la loi lui donnera une rente de 500 francs.

L'incapacité permanente totale est réalisée par la perte de la vision des deux yeux. C'est la cécité. Celle-ci peut n'être pas absolument complète; il suffit que la vision des deux yeux soit devenue insuffisante, du fait de l'accident, pour que l'ouvrier ne puisse plus se livrer à aucun travail utile lui permettant de gagner sa vie. Il faut en outre que les lésions soient définitives et ne puissent plus s'améliorer dans l'avenir, soit spontanément, soit par une opération [de Lapersonne (1)].

L'incapacité permanente partielle est réalisée par la perte complète ou incomplète d'un œil, ou même par la perte des deux yeux, si les deux ou l'un des deux ont conservé un certain degré d'acuité visuelle

(1) Ici se place une question intéressante : le sinistré, blessé au cours d'un accident du travail et ayant droit de ce chef à une indemnité, peut-il refuser l'énucléation?

En principe, le blessé paraît avoir le droit de refuser une opération, alors même que celle-ci devrait améliorer la vision, par exemple s'il s'agit d'une cataracte traumatique, Le législateur est resté muet sur ce point et la jurisprudence n'est pas uniforme : certains jugements ou arrêts accordent au blessé le droit de se soustraire à une opération alors que d'autres le lui refusent. Il nous semble qu'il faut établir ici une distinction : une première catégorie serait représentée par les opérations tout à fait bénignes, incapables d'entraîner la moindre complication, et par lesquelles on peut affirmer une guérison complète.

L'exemple le plus simple serait fourni par un corps étranger de la cornée ou de la conjonctive profondément implanté, voire même de l'iris, et dont l'extraction entraîne nécessairement la suppression des phénomènes réactionnels.

Dans la seconde catégorie rentreraient les opérations plus complexes, capables sans doute d'être suivies d'une amélioration réelle de l'acuité visuelle, mais pouvant aussi entraîner des complications diverses et même une diminution encore plus marquée de la vision. La cataracte traumatique devrait, d'après nous, rentrer dans ce second groupe.

Soit, par exemple, une cataracte traumatique réduite à une membranule plus ou moins épaisse et entraînant de ce chef nne diminution plus ou moins considérable de l'acuité visuelle. Sans doute, l'extraction de la membranule peut améliorer la vision, mais elle peut aussi être suivie de phénomènes réactionnels, d'irido-cyclite, voire même de glaucome. Dans ces conditions, le sujet nous paraît parfaitement autorisé à refuser toute opération dans laquelle le médecin ne peut affirmer d'une façon absolue qu'aucune complication ne peut apparaître du chef de l'opération. Ce sont là, il nous semble, des questions d'espèce variable avec chaque cas particulier.

Malgré la rareté des accidents au cours de l'anesthésie générale, il y a toujours de ce chef un léger risque couru par le blessé, si minime soit-il. Ainsi, par exemple, l'énucléation avec anesthésie générale nous paraît devoir rentrer dans la catégorie des opérations qui peuvent être refusées par le blessé. Pratiquée au contraire après anesthésie locale, et ne faisant par conséquent courir au sujet aucun risque, il nous semble qu'elle doit rentrer dans la catégorie des opérations qui peuvent être imposées au sinistré, lorsqu'elle est jugée nécessaire pour préserver l'autre œil. En cas de refus, le sujet pourrait perdre ses droits à toute indemnité. (F. Terrien. *Arch. d'ophtalmol.*, fév. 1906.)

permettant au blessé de remplir un métier et de gagner sa vie. C'est donc le degré d'acuité visuelle conservé qui doit régler la quotité de l'indemnité. Or *la loi française ne tenant pas compte du dommage intrinsèque résultant de l'accident*, *mais seulement de la réduction de capacité professionnelle entraînée par ce dernier*, il en résulte que nous n'avons pas à considérer en elle-même la diminution du degré d'acuité visuelle, mais seulement à rechercher si l'acuité visuelle conservée par l'ouvrier est encore suffisante pour lui permettre d'exercer sa profession. En un mot, il faut considérer l'acuité visuelle professionnelle et non pas l'acuité physiologique.

L'acuité visuelle professionnelle est représentée par le degré d'acuité visuelle physiologique nécessaire pour exercer un métier déterminé. Elle varie naturellement avec le métier exercé par l'ouvrier, et cette acuité visuelle suffisante, pour le métier de terrassier, sera naturellement insuffisante pour celui de graveur. Ces limites de l'acuité visuelle professionnelle ne peuvent être fixées que par l'expérience, c'est-à-dire en recherchant jusqu'à quel point l'acuité visuelle physiologique peut être abaissée sans amoindrir la faculté d'exercer un certain métier et à partir de quel point l'abaissement de l'acuité visuelle rend ce métier impossible à exercer. On a établi des barêmes dans lesquels les différents métiers sont rangés par groupes : métiers exigeant une acuité visuelle supérieure, métiers exigeant une acuité visuelle ordinaire et métiers exigeant une acuité visuelle médiocre. Mais bien des points restent encore à élucider.

Enfin si le médecin conclut à l'incapacité de travail permanente partielle, il estimera à peu près la valeur de cette diminution de la capacité de travail. Cette estimation est souvent très difficile. Voici une moyenne à laquelle on pourrait se reporter, tout en tenant compte bien entendu du genre de métier exercé par l'ouvrier. La perte d'un œil chez certains manouvriers diminue à peine la capacité professionnelle, tandis que la suppression de la vision binoculaire chez d'autres peut rendre l'exercice de leur profession beaucoup plus difficile. Toutefois il importe de ne pas trop tenir compte de la gêne accusée par le blessé dans les premiers mois qui suivent l'accident, car celui-ci peut arriver par l'habitude à remplir très exactement un métier qui paraissait exiger la vision binoculaire.

Voici les moyennes généralement acceptées ; l'écart entre les chiffres extrêmes correspond aux différences de profession :

Perte d'un œil, 10 à 33 et même 40 p. 100 dans certains métiers.

Perte d'un œil, lorsque la vision de l'œil congénère était défectueuse, 75 p. 100.

Perte d'un œil et diminution de l'acuité visuelle de l'autre, 50 à 80 p. 100.

On se basera naturellement sur le degré d'acuité visuelle conservée :

Perte des deux yeux ou ce qui revient au même, perte d'un œil, alors que l'autre était déjà aveugle, 100 p. 100.

Lésions diverses entraînant un certain degré de diminution de l'acuité visuelle de l'un des deux yeux, 10 à 33 p. 100.

Enfin, le médecin peut être appelé à intervenir dans la procédure en revision prévu par l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 pour le cas où, dans les trois ans à dater de l'accident, une modification en mal ou en bien est survenue dans l'état du blessé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 MARS 1906)

Sur les effets de la tuberculine absorbée par le tube digestif chez les animaux sains et chez les animaux tuberculeux, par MM. A. Calmette et M. Breton. — Dans une précédente note (séance du 19 février 1906), MM. Calmette et Breton ont montré que les animaux rendus tuberculeux soit par inoculation soit par ingestion d'un seul repas infectant, sont rapidement intoxiqués lorsqu'on leur fait ingérer à plusieurs reprises de petites quantités de bacilles tuberculeux tués par l'ébullition. Ils ont fait remarquer en outre que les animaux sains eux-mêmes sont susceptibles de succomber lorsqu'on leur fait absorber successivement, à de courts intervalles, plusieurs petites doses de ces mêmes bacilles morts. Les lésions anatomiques qu'ils présentent sont alors identiques à celles que l'on observe à la suite de l'intoxication par la tuberculine.

Freymuth (1) avait déjà constaté, que chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, la tuberculine ingérée produit la même réaction fébrile que lorsqu'on l'injecte sous la peau, si l'on prend soin de neutraliser au préalable l'acidité du suc gastrique par l'administration d'une dose convenable de bicarbonate de soude.

Les expériences faites par MM. Calmette et Breton prouvent que, chez les rongeurs herbivores tels que le cobaye, dont on connaît la grande sensibilité à la tuberculose, la *tuberculine ingérée*, sans alcalinisation préalable du contenu stomacal, se montre toxique non seulement pour ceux de ces animaux qui sont tuberculeux, mais aussi et surtout dans le jeune âge, pour ceux qui sont indemnes de tuberculose ;

2° Qu'il ne s'établit aucune accoutumance à l'ingestion de doses progressivement croissantes de tuberculine ;

3° Que les cobayes rendus tuberculeux par un seul repas infectant réagissent constamment à la tuberculine lorsqu'on leur fait ingérer cette substance à la dose de 1 milligramme, inoffensive pour les cobayes sains ;

4° Enfin que, chez les animaux tuberculeux ou suspects de tuberculose, la réaction diagnostique peut s'obtenir aussi bien par l'*ingestion* que par l'*inoculation sous-cutanée* de la tuberculine.

La réaction du sang, fonction de la nutrition (loi de physiologie générale), par M. Jean Gautrelet. — Il y a un parallélisme absolu entre l'alcalinité apparente du sang et l'activité des échanges organiques mesurée par le titre hémoglobinurique.

Autrement dit, la réaction humorale suit les vicissitudes de la nutrition ; quand celle-ci est ralentie, l'alcalinité du sang diminue et inversement, qu'il s'agisse de la série animale ou

(1) Freymuth. *Münch. med. Woch.*, 10 janv. 1905.

des diverses conditions de l'individu. Le mécanisme est d'ailleurs toujours conforme à celui que Bouchard invoque en pathologie : le peu d'intensité, la diminution des oxydations expliquent d'une part l'accroissement des produits incomplètement oxydés, des acides gras en particulier, et d'autre part la moindre proportion dans le sang d'ammoniaque, base forte et terme ultime des combustions intraorganiques des matières azotées.

Analyse des bacilles tuberculeux, par M. Baudran.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 16 mars 1906)

Essai d'assistance familiale. — M. Marie (de Villejuif) présente à la Société les résultats fournis par l'essai d'assistance familiale qu'il a été chargé de réaliser à Lurcy (Allier) à la suite des vœux de la Société en 1901, comme il avait déjà organisé dès 1891 les colonies familiales désencombrant les asiles d'aliénés.

Les assistés ont été pris parmi les séniles infirmes et demi-infirmes, encombrant les services hospitaliers. Le prix coûtant actuel est de 1f35, réductible à 1f15, si l'on multipliait ces placements qui peuvent être également utiles au point de vue thérapeutique comme patronage familial transitoire de convalescence.

L'intervention d'appréciation de la Société, sur cet essai, pourrait permettre son développement ultérieur pour le plus grand bienfait des demi-infirmes divers qui encombrent les services de traitement ; on économiserait ainsi des frais de première mise et de constructions qui trouveraient leur meilleure application pour d'autres catégories d'assistés dont ces sujets usurpent la place dans les services actuels.

Cette communication très intéressante de M. Marie a donné lieu à une discussion un peu confuse qu'il est inutile de résumer de suite, la Société ayant décidé de remettre à une séance ultérieure la discussion d'un vœu à émettre sur cette même question.

Rupture de l'aorte. — M. André Bergé présente le cœur et l'aorte d'un jeune homme de vingt-quatre ans mort subitement d'une rupture intra-péricardique de l'aorte par aortite ulcéreuse, au cours d'une endocardite ulcéro-végétante localisée à l'orifice aortique. C'est là une complication extrêmement rare de l'endocardite maligne, dont il n'a été publié jusqu'ici qu'un très petit nombre d'observations.

Œdème aigu de la langue. — M. Galliard rapporte une observation d'œdème aigu *idiopathique* de la langue, entendant ainsi parler d'une manifestation qui ne peut être attribuée ni à une infection, ni à une intoxication générale déterminée, ni à une cause locale connue. Cette maladie, il a pu l'observer chez deux malades.

Le premier sujet était un homme de vingt-cinq ans atteint de tuberculose pulmonaire, qui subitement, éprouva le 25 février 1905 des picotements, puis une vive douleur à l'extrémité gauche de la langue ; bientôt, au même endroit, une tuméfaction considérable apparut déterminant des troubles fonctionnels importants et en particulier des crises graves de suffocation. Une scarification profonde amène une amélioration notable ; six jours après, le malade était guéri.

Le deuxième malade présenta des signes à peu près analogues et guérit en quatre jours.

MM. Balzer, Danlos et Léon Bernard ont observé des cas à peu près semblables.

Cancer de l'ampoule de Vater. — MM. Carnot et Harvier rapportent une observation de cancer wirsungien de l'ampoule de Vater présentant les particularités cliniques et anatomiques suivantes :

L'affection a débuté par des crises douloureuses à siège épigastrique, auxquelles succéda bientôt un ictère par rétention, continu et progressif. L'exploration fonctionnelle de la sécrétion du pancréas démontra l'absence de suc pancréatique dans le duodénum. Cette rétention pancréatique, jointe à la rétention biliaire, permettait de localiser l'obstacle, sans doute néoplasique, au niveau de la portion terminale des canaux hépatique et cholédoque. D'autre part, une ponction pratiquée dans la vésicule permit de retirer un liquide aqueux et limpide indiquant l'existence d'un second obstacle, vraisemblablement ganglionnaire, au niveau du confluent hépato-cystique.

L'autopsie vérifia l'exactitude du diagnostic. Au niveau du canal cystique, la compression était causée par deux ganglions enflammés, consécutifs à la lésion principale vatérienne. L'ampoule de Vater était volumineuse, de la taille d'un gros gland, et de son orifice sortait une touffe de villosités longues et fines. Sur une coupe longitudinale de l'ampoule, on voyait que le cholédoque était simplement aplati. Le canal de Wirsung, au contraire, était oblitéré par un néoplasme développé dans sa paroi inférieure. Ce néoplasme faisait dans la lumière du conduit une saillie d'où sortait en touffe du prolongement villeux. Il s'agissait d'un néoplasme ayant son origine dans les cellules épithéliales du canal de Wirsung.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 14 mars 1906)

M. Sieur rapporte deux cas de **sigmoïdite** dans lesquels la guérison est survenue sans intervention. On peut toutefois se demander si les symptômes cliniques observés sont suffisants pour permettre d'affirmer le diagnostic de sigmoïdite.

M. Quénu fait connaître deux cas nouveaux de **plaie du cœur.**

Le premier cas a été observé en février 1905 ; la blessée était une jeune femme qui s'était enfoncé un couteau dans le deuxième espace intercostal gauche. Une heure après cette tentative de suicide, la malade présentait quelques plaques violettes de la face, le cœur battait à 120 à la minute et le pouls radial n'était plus perçu ; cependant, la respiration était calme. M. Quénu hésitait à intervenir lorsque, une heure plus tard, une syncope et le refroidissement des extrémités lui commandèrent de le faire.

Après avoir taillé un lambeau à charnière externe et sectionné, à 1 centimètre du sternum, les 3e, 4e et 5e cartilages costaux, il fit soulever le lambeau costal sans produire de fracture au niveau de la charnière, et put bien explorer la cavité pleurale qui contenait un peu de sang et le péricarde, sur lequel il aperçut une petite plaie sèche. Une incision du péricarde en fit sortir un flot de sang noir et on aperçut, sur le ventricule gauche, une petite plaie d'où surgissait du sang rouge. La malade ne respirant plus en ce moment, on pratiqua la traction de la langue, et, la respiration revenue, on attira le cœur et deux points de suture furent placés sur la plaie. Le cœur, abandonné à lui-même, s'est remis à battre aussitôt.

Après avoir fermé le péricarde, M. Quénu réunit par des fils les tronçons du cartilage et les lèvres de la plaie cutanée et, au moyen d'un petit drain, il aspira l'air de la cavité pleurale.

Les suites de l'opération ont été normales; seul le pouls a mis dix jours à reprendre son rythme ordinaire. Le treizième jour la malade a voulu quitter l'hôpital. Elle fut revue trois semaines plus tard, durant lequelles elle était restée couchée, car elle présentait un peu d'essoufflement. Les battements du cœur étaient au nombre de 100 par minute. Depuis lors son état s'est amélioré; cependant, il persiste un peu de gêne respiratoire.

La seconde observation, qui a été communiquée par M. Savariaud, concerne une femme dont le ventricule droit avait été perforé par un stylet. La plève et le péricarde ayant été débarrassés du sang qu'ils contenaient, on a suturé la plaie cardiaque et, après drainage, le péricarde et la peau. Malheureusement, des accidents d'infection sont survenus et l'opérée a succombé le quatorzième jour. La plaie du cœur était réunie; dans le péricarde, se voyait un épanchement purulent.

M. Quénu fait remarquer que le pronostic des plaies du cœur est assombri par deux ordres de complications : les unes immédiates, tenant à l'intensité de l'hémorragie, à l'étendue des désordres cardiaques, mais aussi à la persistance des hémorragies par les lèvres du lambeau thoracique; les autres tardives, tenant à des infections pleuro-péricardiques.

M. Tuffier publie l'observation d'un **énorme kyste de l'ovaire.** M. Ricard fait remarquer que ces kystes si volumineux, qui sont l'exception actuellement, étaient relativement plus fréquents autrefois; tous les chirurgiens, dit-il, en ont observé de cette sorte, il y a une vingtaine d'années. Il se souvient, pour sa part, alors qu'il remplaçait Verneuil, à l'Hôtel-Dieu, d'avoir opéré une malade dont le kyste était si volumineux que la malade apparaissait comme une énorme tumeur sphérique surmontée d'une petite tête amaigrie, et surplombant deux pieds. L'intestin même, chassé de l'abdomen, avait produit une inversion vaginale avec prolapsus utérin descendant jusqu'au genou. Cette malade guérit parfaitement, bien qu'elle fût quelque temps à recouvrer son équilibre pour se mettre debout et marcher.

M. Richelot se rappelle un cas moins heureux comme résultat, où la malade lui rappelait l'aspect d'une aiguille émergeant d'une pelote.

M. Nélaton présente une radiographie de **traumatisme vertébral.** Cette radiographie appartient à une femme de soixante-quinze ans qui avait fait une chute, dans laquelle la région cervicale postérieure avait porté sur une saillie du sol. Le lendemain de l'accident, on avait constaté une légère tuméfaction et une propulsion de la tête en avant. L'examen de la malade, qui ne présentait ni troubles moteurs, ni troubles sensitifs dans les membres, fit porter le diagnostic de contusion avec une fracture possible d'une apophyse épineuse. La radiographie envoyée par M. Béclère accuse une fracture avec luxation de la deuxième vertèbre cervicale avec déplacement étendu. Or, cette femme n'a présenté, dans la suite, aucun accident, et actuellement elle se dispose à partir, guérie, pour Cannes.

Elle conserve toutefois une projection permanente de la tête en avant, et une certaine diminution dans les mouvements de flexion et d'extension.

M. Poncet communique, avec photographies et moulages, cinq observations nouvelles de **botryomycose humaine.** Si ces botryomycoses sont bien définies au point de vue clinique; leur étude anatomique et bactériologique n'est pas encore fixée.

M. Demoulin présente des **radiographies de fractures de cuisse** qui appuient l'opinion formulée dans la séance du 28 février dernier par M. Monod, savoir qu'il ne faut pas se fier aux radiographies seules pour juger, dans les fractures en général, et dans celles de la cuisse en particulier, de la valeur du résultat obtenu, que souvent les radiographies montrent un chevauchement considérable des fragments là où la mensuration du membre ne donne qu'un raccourcissement modéré.

M. Kirmisson répète ce qu'il a déjà dit à propos des radiographies présentées par M. Monod, c'est-à-dire qu'il s'agit là d'ombres et de projections et non d'images réelles et que les chevauchements sont moins accentués qu'on ne pouvait le croire d'après les radiographies.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1906)

Origine du mucus trouvé dans les fèces au cours des entérites. — Pour MM. Jean-Ch. Roux et Riva, contrairement à l'opinion des auteurs allemands, tout le mucus trouvé dans les fèces ne provient pas du côlon. Le mucus résiste en effet à l'action des sucs digestifs et peut provenir des parties les plus élevées de l'intestin. Sur un animal muni d'une fistule jéjunale, les auteurs ont vu que le mucus provenant d'une entérite provoquée de l'intestin grêle, passait dans les fèces et se présentait sous forme de mucus hyalin mêlé aux matières, en tout semblable au mucus du gros intestin.

De la constitution du suc pancréatique. — M. H. Iscovesco a étudié la constitution du suc pancréatique au point de vue de sa nature colloïdale et a constaté qu'alors que le suc gastrique ne contient que des colloïdes positifs, le suc pancréatique ne contient que des colloïdes négatifs. Il résulte de là, et c'est ce que prouvent ses recherches en cours, que le suc gastrique a des propriétés précipitantes sur le suc pancréatique.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la congestion hépatique liée à l'asystolie. — MM. Gilbert et Herscher ont pratiqué le dosage cholémimétrique dans 23 cas d'asystolie d'origine diverse et ont trouvé pour chiffre moyen 1 gramme de bilirubine pour 12500 centimètres cubes de sérum, ce qui donne $0^{g}08$ de bilirubine par litre de sérum et $6^{g}24$ pour l'ensemble de la masse sanguine. La cholémie varie d'ailleurs d'intensité suivant l'origine de l'asystolie. Dans la congestion du foie liée aux lésions valvulaires elle atteint 1/12000 et égale sensiblement le degré moyen; elle est plus faible, 1/16500 en cas d'emphysème pulmonaire; elle est plus marquée, au contraire, 1/9200 lorsque la myocardite scléreuse est à la base du syndrome, sans doute parce qu'il y a alors adjonction d'une néphrite interstitielle, occasionnant par elle-même l'augmentation de pigments biliaires du sérum. Dans la cachexie cardiaque la cholémie s'accuse notablement et atteint en moyenne 1/3000, à en juger par les trois cas observés par les auteurs.

Ces degrés variés de cholémie rendent compte des aspects divers d'ictère constatés dans l'asystolie. Le plus souvent, la résorption biliaire est modérée. Ces pigments sont transformés par le rein totalement en urobiline, l'*ictère est acholurique et prend l'apparence dite hémaphéique* du foie, de la

rareté des urines. Dans quelques cas, la cholémie est très accusée, une partie au moins de la bilirubine passe telle quelle dans l'urine, l'*ictère dit biliphéique, c'est-à-dire cholurique*, est *réalisé*.

Parallélisme de l'évolution des formes morphologiques du bacille d'Eberth et de ses caractères biologiques. — MM. Rajet et Péhu démontrent que les formes longues, filamenteuses du bacille d'Eberth, n'agglutinent plus, sont immobiles et ont perdu leurs cils; réensemencées sur milieux ordinaires, les formes reviennent à la forme normale, qui jouit de ses propriétés habituelles : mobilité, présence de cils, agglutination.

Fermentation du yoghourt. — Pour M. Guerbet, l'alcool du yoghourt est d'origine bacillaire : et le streptobacille suffit, à lui seul, pour assurer la préparation du yoghourt.

Autres communications :

Sur la décomposition du peroxyde de magnésium dans l'intestin. — M. Frenkel;

Objets d'étude et procédés rapides pour vérifier l'origine épithéliale du derme et des organes lymphoïdes tégumentaires. — M. Retterer;

Sur un nouveau détail de la structure des cellules nerveuses d'helix pomatia. — M. Le Gendre;

A propos du centrosôme des cellules nerveuses. — M. Le Gendre;

Méthode volumétrique de dosage de l'acide urique à l'aide d une solution titrée d'iode. — M. Ronchèse.

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de clinique thérapeutique (1), par Gaston Lyon.

La première édition de ce livre a paru il y a dix ans; depuis cette époque cinq éditions successives, rigoureusement tenues au courant des progrès de la science grâce à d'heureux remaniements dans la forme comme dans le fond, n'ont pas épuisé son succès.

La sixième édition que nous présente aujourd'hui M. G. Lyon ne le cède en rien à ses aînées. Le plan général de l'ouvrage, dont l'originalité fut et demeure si appréciée, n'a pas subi de modification; mais de nombreux remaniements apportés à diverses parties de l'ouvrage, l'addition de nouveaux chapitres enfin, témoignent des efforts faits par M. G. Lyon pour maintenir et légitimer la vogue du *Traité élémentaire de clinique thérapeutique*.

L'exposé des *dyspepsies*, les chapitres consacrés aux *gastro-névroses*, aux *dyspepsies et toxi-infections gastro-intestinales infantiles* ont été particulièrement modifiés. Un nouveau chapitre prélude à l'étude des maladies de l'intestin : il a trait à la *prophylaxie et au traitement des auto-intoxications d'origine intestinale*. Le chapitre consacré à l'entéro-colite muco-membraneuse a disparu pour faire place à un nouveau chapitre intitulé : *Entéro-névroses*. Enfin de nombreuses modifications ou additions aux chapitres consacrés à la *constipation*, l'*appendicite*, le *rein mobile*, le *mal de Brigth*, etc. Signalons encore la place faite aux *névroses génitales*, à l'*hémophilie*, au *tabagisme*. enfin aux *accidents causés par les agents physiques* : électricité, froid, chaleur, etc., accidents dont la fréquence devient de plus en plus grande, en raison même de l'importance de plus en plus grande prise par l'application industrielle de ces agents physiques.

Ainsi modifié, le *Traité de clinique thérapeutique* se présente non comme une simple réédition, mais comme un nouveau livre dont le caractère essentiellement pratique assurera une fois de plus le succès.

L. Gayard.

(1) 6e édition. In-8° de xv-1699 pages, relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les accidents du travail (1), par Vibert.

La loi sur les accidents du travail, dit M. Vibert, dans la préface de son nouvel ouvrage, a mis fin à une grande injustice sociale. Désormais, les ouvriers blessés dans l'accomplissement de leur besogne professionnelle ne sont plus abandonnés à leur triste sort, attendant, pendant des mois et des années, la réparation, trop souvent non obtenue, du préjudice subi. La loi du 9 avril 1898 leur a apporté les secours immédiats de la chirurgie et de la médecine, en même temps que l'aide pécuniaire pendant le chômage forcé. Pour ceux que leurs blessures laissent définitivement invalides, elle empêche qu'au malheur amené par une infirmité s'ajoute encore une misère imméritée.

Il est impossible de mieux dire et de préciser de façon plus exacte l'esprit et la portée de la loi sur les accidents du travail. M. Vibert est le premier à rappeler que d'autres avant lui ont déjà traité le même sujet, soit dans des monographies soit dans des livres spéciaux; mais il est si vaste ce sujet, et si nouveau encore que l'on comprend qu'il ait tenté un de ceux qui dans notre pays ont le plus justement attaché leur nom aux progrès de la médecine légale.

L'auteur annonce qu'il n'a voulu parler que des questions qu'il connait par expérience personnelle : n'est-ce pas pour le lecteur un gage que le livre est complet? l'expérience de M. Vibert étant considérable. Des chapitres ont reçu un développement justifié; c'est ainsi que les blessures par commotion, l'influence du traumatisme sur les tares organiques antérieures, la mort subite au cours de certaines cardiopathies, l'aortite aiguë, ont été spécialement étudiées; chaque partie de cette intéressante étude sur les accidents du travail est accompagnée de nombreuses observations personnelles, dont la clarté, la précision et la méthode en font pour les médecins experts des modèles précieux.

Courtois-Suffit.

La femme criminelle (2), par Camille Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Cet ouvrage fait partie de la *Bibliothèque biologique et sociologique de la femme*, publiée sous la direction du docteur Toulouse et dont le but est de résumer nos connaissances actuelles sur la biologie, l'anthropologie, la psychologie, la pathologie, la pédagogie et la sociologie appliquées à l'étude de la femme.

Dans la *Femme criminelle*, l'auteur compare d'abord la délinquance féminine avec la délinquance masculine et nous explique pourquoi il existe entre les deux une différence quantitative et une différence qualitative. Puis abordant l'étude des spécialités criminelles il examine successivement la criminalité maternelle, infanticide, avortement, suppression

(1) In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 468 p., avec 38 fig. dans le texte et une carte hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

d'enfants, sévices contre les enfants; la criminalité sexuelle, le vol féminin, enfin la participation de la femme à la criminalité politique.

Dans la dernière partie qui a trait à la répression, M. Granier établit la nécessité de la différence des sanctions chez l'homme et chez la femme; pour lui, les attributs sexuels irréductibles présentent une différence assez importante pour justifier en dehors de tout autre argument l'inégalité de traitement devant la justice pénale. C'est là l'unique conclusion de son étude, toute autre étant encore trop hâtive en l'état actuel des choses.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 AU 31 MARS 1906)

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Mauclaire et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Terrier, Cunéo et Branca; — (2e série) : MM. Reclus, Sébileau et Macaigne.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Gaucher et Balthazard.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Proust; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 27 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

1er (oral) : MM. Berger, Thiéry et Launois; — M. Langlois, suppléant.

4e : MM. Chantemesse, Robin et Dupré; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, 1re série), *Charité* : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion; — (2e série) : MM. Le Dentu, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Méry et Renon; — M. Vaquez, suppléant.

Mercredi 28 mars, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et Balthazard.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Mauclaire et Macaigne; — (2e série) : MM. Poirier, Legueu et Cunéo; — (3e série) : MM. Segond, Sébileau et Branca.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 29 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, de Lapersonne et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Guiart.

1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Morestin.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Jeanselme.

4e : MM. Raymond, Vaquez et Langlois; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 30 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Cunéo et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Legry et Rieffel; — (2e série) : MM. Reclus, Sébileau et Branca.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Teissier et Marcel Labbé.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Richaud; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Claude, suppléant.

Samedi 31 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Maillard.

1er (oral, 1re série) : MM. Cornil, Retterer et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Launois et Morestin; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Gouget; — (2e série) : MM. Roger, Méry et Jeanselme; — (3e série) : MM. Robin, Achard et Bezançon; — M. Renon, suppléant.

THÈSES

Mercredi 28 mars 1906, à une heure. — M. FERRY. Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intra-péritonéale par les ligaments ronds dans les rétro-déviations. (MM. Terrier, président; Brissaud, Reclus et Teissier.) — M. MONTEIL. Contribution à l'étude du liquide parotidien. (MM. Brissaud, président; Terrier, Reclus et Teissier.) — M. DE LASTIC. La pathologie mentale dans l'œuvre de Flaubert. (MM. Brissaud, président; Terrier, Reclus et Teissier.) — M. A. LANCET. La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës. (MM. Reclus, président; Terrier, Brissaud et Teissier.)

Jeudi 29 mars 1906, à une heure. — M. BOLOT. Considérations sur le massage abdominal dans les affections du tube digestif. (MM. Debove, président; Joffroy, Hutinel et Achard.) — M. SAGORY. Contribution à l'étude des adénomes sébacés symétriques de la face. (MM. Joffroy, président; Debove, Hutinel et Achard.) — M. SCHWARTZ. Contribution à l'étude des pleurésies à signes pseudo-cavitaires chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Debove, Joffroy et Achard.) — M. LABREVOIT. Tuberculose et adipose. (MM. Chantemesse, président; Roger, Méry et Gouget.) — M. CHEVREL. Bacilles paratyphiques et infections paratyphoïdes. (MM. Roger, président; Chantemesse, Méry et Gouget.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Cook, les excursions suivantes :

Italie. — Départ de Paris, le 29 mars 1906. — Retours à Paris, le 25 avril 1906. — Durée de l'excursion : 28 jours.

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1070 fr.; 2e classe : 975 fr.

Algérie-Tunisie. — Départ de Paris, le 15 mars 1906. — Retour le 12 avril. Durée de l'excursion : 29 jours.

Prix (tous frais compris). 1re classe : 1245 fr.; 2e classe : 1120 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Cook, 1, place de l'Opéra, et 250, rue de Rivoli, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 34. — JEUDI 22 MARS 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 22 MARS 1906. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 20 mars 1906. — Question donnée : « Nerf moteur oculaire commun. — Signes et diagnostic de la paralysie infantile. »

MM. Leconte, 18 + 25 = 42; — Chénier, 16 + 23 = 39; — Froget, 13 + 25 = 38; — Lévi-Valensi, 16 + 22 = 38; — Flurin, 14 + 23 = 37; — Coryllos, 13 + 21 = 34; — Boulard, 11 + 22 = 33; — Glénard, 10 + 18 = 28; — Chaudron, 6 + 18 = 24.

Prochaine séance jeudi 22 mars, à quatre heures trente, rue des Saints-Pères.

La question donnée dans la séance du 17 a été : « Structure de la peau. — Signes et complications de la rougeole. »

Erratum. — Dans le compte rendu de la séance du 16 mars, au lieu de : M. Marsan, 15 + 13 = 28, lire : 15 + 22 = 37.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Hôtel-Dieu d'Angers. — M. le docteur A. Tesson, chirurgien, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

M. le docteur Mâreau, chirurgien (service des enfants), est nommé chirurgien en remplacement de M. le docteur A. Tesson.

M. le docteur Charier, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien (service des enfants), en remplacement de M. le docteur Mâreau.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Gerber, suppléant, est nommé professeur de minéralogie et d'hydrologie.

— Nantes. — Des concours s'ouvriront le 8 octobre 1906, devant l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour les emplois de chef des travaux de bactériologie et de chef des travaux de chimie à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Poitiers. — M. Taboury, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la dixième semaine, 1029 décès, au lieu de 1068 pendant la semaine précédente (moyenne 1075). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, sauf toujours la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 49, au lieu de la moyenne 58.

La variole n'a pas causé de décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13 au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La rougeole a causé 23 décès, au lieu de 28 pendant la semaine précédente, la moyenne est 14; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 604, au lieu de 533 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 200. Le XVe arrondissement, Vaugirard, 120 cas et 9 décès, continue à être de beaucoup le plus frappé.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 65, il s'élevait à 77 pendant la semaine précédente, la moyenne est 69. La coqueluche a causé 4 décès (moyenne 8). La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 69, au lieu de 49 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 140.

La diarrhée infantile a causé 16 décès de 0 à 1 an, au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 27).

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 174 décès, au lieu de 209 pendant la semaine précédente (moyenne 209). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 16); bronchite chronique, 24 (moyenne 27); pneumonie, 42 (moyenne 51); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 102 (moyenne 115), dont 36 sont dus à la congestion pulmonaire et 53 à la broncho-pneumonie.

En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 227 décès; la méningite tuberculeuse, 25; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 38 décès; les maladies organiques du cœur, 65; le cancer, 68; la hernie et l'obstruction intestinale, 5; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 31; enfin, 55 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Phisalix (de Paris). Notre confrère était l'auteur, en collaboration avec Mme Phisalix, d'importants travaux sur les serpents venimeux.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 185, 10 mars 1906.) RÉCAMIER : Action des rayons X sur le développement de l'os. — BARRET : L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant au point de vue du diagnostic de la tuberculose et particulièrement de l'adénopathie trachéo-bronchique. — MARQUÈS : Electrothérapie, radiographie, photographie (statistique de l'année 1904-1905). — Cl. ROPIQUET : Nouvel interrupteur à mercure à turbine.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 10, 15 mars 1906.) ROCHARD : Faut-il enlever l'utérus quand l'ablation bilatérale des annexes a été reconnue nécessaire?

Bulletin médical. — (N° 20, 14 mars 1906.) QUÉNU : Traitement des kystes hydatiques du foie. — (N° 21, 17 mars.) DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT : Les troubles mentaux dans la lèpre. A propos d'un cas de « psychose polynévritique » chez un lépreux.

Écho médical du Nord. — (N° 11, 18 mars 1906.) A. CALMETTE et M. BRETON : Sur les effets de la tuberculine absorbée par le tube digestif chez les animaux sains et chez les animaux tuberculeux. — DEBEYRE et ARQUEMBOURG : Nouveau méfait du taxis forcé. — GELLÉ : Etude sur les lésions pancréatiques signalées au cours du diabète gras.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 24, 25 fév. 1906.) Claudio SFORZA : La tuberculose dans l'armée italienne. — Michele LANDOLFI : Autoséropronostic. — Giovanni SETTI : Abcès primitif du psoas rapidement mortel et simulant la pérityphlite. — Giovanni MAZZAROTTO : Un cas d'hyperthermie. — Torindo SILVESTRI : Le rein et le foie chez les animaux dératés. — Arturo CAMPANA : Curiosités thérapeutiques.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 11, 18 mars 1906.) G. DREHMANN : Un état morbide particulier du tendon d'Achille. — A. SCHANZ : Remarques à propos du travail analysé par J. Sabrazès. — BOUYER : Sur un cas de maladie de Voltolini.

Journal de physiothérapie. — (N° 39, 15 mars 1906.) COLOMBO : Proposition d'une classification rationnelle des manœuvres massothérapiques. — HEITZ et MIGNARD : Soufre urinaire et bain carbo-gazeux. — DAGRON : Traitement de l'hydarthrose. — CURCHOD : Des mesures exactes en radiologie.

Journal des praticiens. — (N° 11, 17 mars 1906.) LE GENDRE : Syndromes cholélithiasique et appendiculaire. — GUYON : Les calculs latents du rein. — HUCHARD : Les conséquences de l'hypertension artérielle. — LEFORT : Appendicectomie à froid, vomito negro, guérison.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 9, 3 mars 1906.) Henri DESPLATS : Gangrène symétrique des deux pieds et du nez chez un tuberculeux. — Henri DESPLATS : Un cas d'obstruction intestinale guéri après douze jours de rétention et les accidents les plus graves, par les moyens médicaux. — (N° 10, 10 mars.) DURET : Amputation ostéoplastique du pied. — DEQUIDT : Panostéomyélite de l'humérus avec décollement épiphysaire chez une enfant de deux ans.

Lyon médical. — (N° 11, 18 mars 1906.) PONCET et LERICHE : Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux. — CARLE et PONT : A propos des inconvénients du salol (*suite et fin*).

Marseille médical. — (N° 6, 15 mars 1906.) Ch. LIVON : Emploi de la canule à courant normal. — DUPEYRAC : La radiothérapie dans les affections prurigineuses de la peau. — P. BAUDOUIN : La vie des tuberculeux au sanatorium.

Nord médical. — (N° 275, 15 mars 1906.) GALLOIS : Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse.

Normandie médicale. — (N° 6, 16 mars 1906.) BRUNON : Du lait destiné à l'enfance. De la valeur nutritive du lait stérilisé.

Pédiâtrie pratique. — (N° 6, 15 mars 1906.) PATER : Régime achloruré dans la scarlatine. — PAUCHET : Conduite à tenir vis-à-vis d'une appendicite. — ROCHER : Ostéomyélite aiguë du pubis. — LEPOUTRE : Ostéo-arthrite tuberculeuse du tarse et du métatarse.

Presse médicale. — (N° 19, 7 mars 1906.) P. RECLUS : Traitement des écrasements des doigts. — L. LANDOUZY : Poussières et tuberculose. Enquête de morbidité et de mortalité portant sur 257 menuisiers, emballeurs, parqueteurs entrés à l'hôpital Laënnec, 1900-1904. — Grégoire JACOBSON : Coprologie clinique. Sur une réaction colorante des acides gras. — (N° 20, 10 mars.) HALLION : L'osmose et la cryoscopie. — Pierre BONNIER : L'oralité dans l'enseignement. — Jean CAMUS et PAGNIEZ : Sur une réaction colorante des acides gras (à propos de l'article de M. Jacobson).

Province médicale. — (N° 11, 17 mars 1906.) MICHEL : De l'appendicite pendant les suites de couches. — DAVID : Le lymphatisme qu'on n'envoie pas au bord de la mer. — MAYET : La fiche médicale des œuvres de colonies scolaires de vacances.

Revue de chirurgie. — (N° 3, 10 mars 1906.) LENORMANT : Le massage du cœur chez l'homme, en particulier dans la syncope chloroformique. — DELORE et COTTE : Des gros kystes de l'ouraque (4 fig.). — TERRIER et DUJARIER : Un cas d'actinomycose cervico-cranienne. — LECANE : Les tumeurs mixtes du sein. — PIQUAND : Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus [5 fig. (*à suivre*)]. — PONS : Uretérocytostomie. — SCHWARTZ et CHEVRIER : Des lipomes ostéopériostiques [9 fig. (*suite et fin*)]. — LE DAMANY : Le traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche [27 fig. (*suite et fin*)]. — LOISON : Les abcès du foie d'origine coloniale (*à suivre*).

Revue scientifique. — (N° 9, 3 mars 1906.) DECROLY et Mlle DEGAND : Quelques considérations sur la psychologie et la pédagogie de la lecture. — S. LEDUC : Les lois de la biogenèse. — J. JAUBERT : Les installations hydro-électriques. — (N° 10, 10 mars.) POUCHET : Conditions dans lesquelles peuvent se produire les accidents de la chloroformisation. — DECROLY et Mlle DEGAND : Quelques considérations sur la psychologie et la pédagogie de la lecture. — DEROME : L'épuration biologique et chimique des eaux d'égout.

Riforma medica. — (N° 8, 24 fév. 1906.) Gustavo LUSENA : Nouvelles recherches sur l'appareil thyro-parathyroïdien. — Giuseppe VOLPE : Contribution à l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. — Aldo CERNAZZI : Contribution à la physiologie du grand épiploon. — (N° 9, 3 mars.) Michele LANDOLFI et Ranieri POPALE : Phonacoscope et phonacoscopie. — CONTI et ZUCCOLA : Sur la localisation intime du mercure dans l'organisme. — Mario BACCELLI : Observations pratiques sur l'emploi du véronal. — Camillo Vittorio PICH : Contribution à l'étude de l'érysipèle.

Semaine médicale. — (N° 11, 14 mars 1906.) TUFFIER : Ictère chronique et coliques hépatiques symptomatiques de kyste hydatique du lobe de Spiegel. — LANDOLFI : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par la recherche des points de submatité des sommets.

FRACTURE ET LUXATION DE L'ASTRAGALE

ASTRAGALECTOMIE PARTIELLE. GUÉRISON

Par le docteur COUTEAUD,
Médecin en chef de première classe de la marine,
Correspondant de la Société de chirurgie.

A. A..., ouvrier mécanicien, vingt-trois ans, bien portant, de forte complexion, trébuche et s'affaisse sur le pont du *Châteaurenault* le 29 août 1905, par temps calme, le navire étant amarré dans un bassin de l'arsenal de Cherbourg. Tout le poids du corps retombe sur le pied droit tourné en dedans et appliqué par sa face externe sur le pont du navire. L'homme n'éprouve pas une douleur bien vive et, voyant le pied tourné en dedans, il le saisit à deux mains et le retourne en sens inverse. En accomplissant cette manœuvre, la douleur devient beaucoup plus vive et le blessé, chaussé de souliers bas, constate lui-même l'apparition d'une grosseur sur le dos du pied. On l'apporte à l'hôpital maritime dans la nuit avec le diagnostic : luxation du cuboïde, que le médecin de garde essaye en vain de réduire.

Le lendemain matin, je fais les constatations suivantes : L'homme peut soulever la jambe et même imprimer quelques petits mouvements au pied, non sans souffrir un peu. Le pied, à angle droit, modérément gonflé, ne présente aucune déformation appréciable ; la seule chose qui attire l'attention est une saillie presque hémisphérique, grosse comme une demi-noix, siégeant à la réunion de la face dorsale et du bord externe, en avant de la grande apophyse du calcanéum ; à ce niveau la peau est tendue, violacée, menacée de perforation. Quel était cet os qui se déplaçait sous le doigt dans une excursion de plus d'un centimètre ? La palpation ne donne pas l'impression de plénitude et d'étendue d'un astragale luxé ; le doigt discerne un angle dièdre comme celui qu'eût présenté un déplacement du cuboïde ou d'un cunéiforme. J'écarte cependant ces dernières hypothèses à cause de la non-concordance du siège et de l'excessive rareté de ces lésions ; je penche vers une luxation de l'astragale, bien que plusieurs signes fassent défaut. Ainsi le bord interne du pied n'est pas raccourci, les deux axes de la jambe et du pied se correspondent, il n'y a pas plus de saillie que d'effacement de l'une ou l'autre malléole. On sent, en faisant mouvoir l'éminence osseuse, le frottement de deux corps rugueux. La radioscopie ne donne aucun résultat : cependant si j'avais eu la patience d'attendre le résultat un peu long d'une radiographie, j'aurais été absolument édifié ainsi qu'en fait foi la belle épreuve obtenue. Je propose au malade une réduction sous chloroforme, et au besoin une opération sanglante.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Par des pressions la flexion de la jambe et du pied, je parviens à déplacer la saillie osseuse, et j'ai, un instant, l'illusion d'obtenir une réduction. Mais je renonce bien vite à d'infructueux efforts et je décide une réduction sanglante. Je mène de la malléole externe jusqu'au delà de la saillie osseuse une incision courbe de 10 centimètres ; je dégage le tissu cellulaire infiltré de sang et mets à nu la tête de l'astragale que j'essaie en vain de refouler en dedans par des pressions directes. Je suis obligé de pratiquer l'astragalectomie, et c'est alors seulement que je constate l'existence d'une fracture compliquant la luxation. J'extrais au bistouri et au davier de Farabeuf un fragment représentant presque la moitié de l'astragale, comprenant une partie de la poulie et toute la facette articulaire externe, comme le montrent les croquis ci-joints (1). Le doigt introduit au fond de la plaie reconnaît une esquille adhérente appartenant probablement à la petite apophyse du calcanéum ; je la laisse en place.

Drain dans le foyer de la fracture, suture de la plaie, pansement au coton ; pied maintenu à angle droit dans une gouttière.

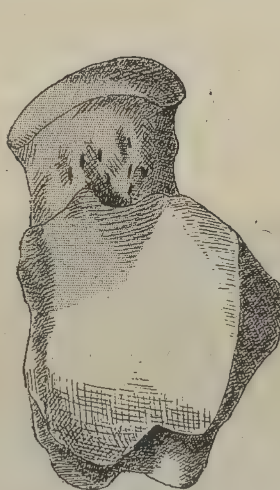


Fig. 1. — Face supérieure.



Fig. 2. — Face inférieure.

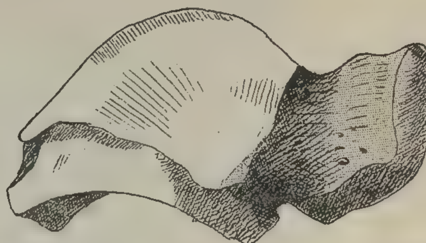


Fig. 3. — Face externe.



Fig. 4. — Face interne.

La portion de l'astragale non teintée a été enlevée.

La plaie articulaire ne suppura pas, on retira le drain le dixième jour et les suites opératoires furent à peine troublées par l'élimination lente d'une escare de la peau au niveau de l'os déplacé ; la cicatrisation de la peau fut complète le 20 octobre. Dès le vingt et unième jour, j'imprimai au pied des mouvements assez étendus et d'ailleurs très peu douloureux. Trente-cinq jours après l'opération le blessé pouvait appuyer son pied à terre et marcher avec des béquilles. Le massage et les bains sulfureux consolidèrent rapidement cette guérison, et au bout de deux mois et demi, la marche naturelle et sans appui se faisait aisément, malgré une légère déviation du pied en varus, et un peu d'atrophie du mollet.

Le malade a été revu le 1er mars 1906 en excellent état.

(1) Dessinés par M. le médecin de première classe Barbe.

L'excellente épreuve radiographique ci-jointe aurait coupé court, si je l'avais possédée au début, aux incertitudes du diagnostic. Il est à peine croyable qu'on puisse se casser et se luxer l'astragale rien qu'en tombant de son haut, si un pareil fait n'avait été affirmé par de nombreux témoins. C'est un fait rare, au dire de Destot. « Presque toutes les fractures de l'astragale sont dues à une chute sur les pieds d'une certaine hauteur. J'ai vu cependant cette lésion sur une femme de cinquante-six ans qui s'était seulement affaissée sur elle-même (1). » Loison cite aussi un cas à peu près semblable (2). Cet accident a dû se produire de la manière suivante : Le sujet, lourd et vigoureux, s'étant affaissé un pied renversé en dedans, la malléole interne, jouant le rôle de marteau-pilon actionné par la propulsion verticale du tronc, a rompu l'astragale en son point faible, à la réunion du col et du corps. Si, à ce moment, le blessé était resté immobile, il en eût été quitte probablement pour une fracture qui eût pu rester insoupçonnée et même passer pour une entorse. Mais la manœuvre intempestive de l'homme renversant brutalement le pied en dehors amena le déplacement antérieur de l'astragale. La saillie osseuse, manifestation de la luxation, ne fut constatée que secondairement par le malade, très formel sur ce point.

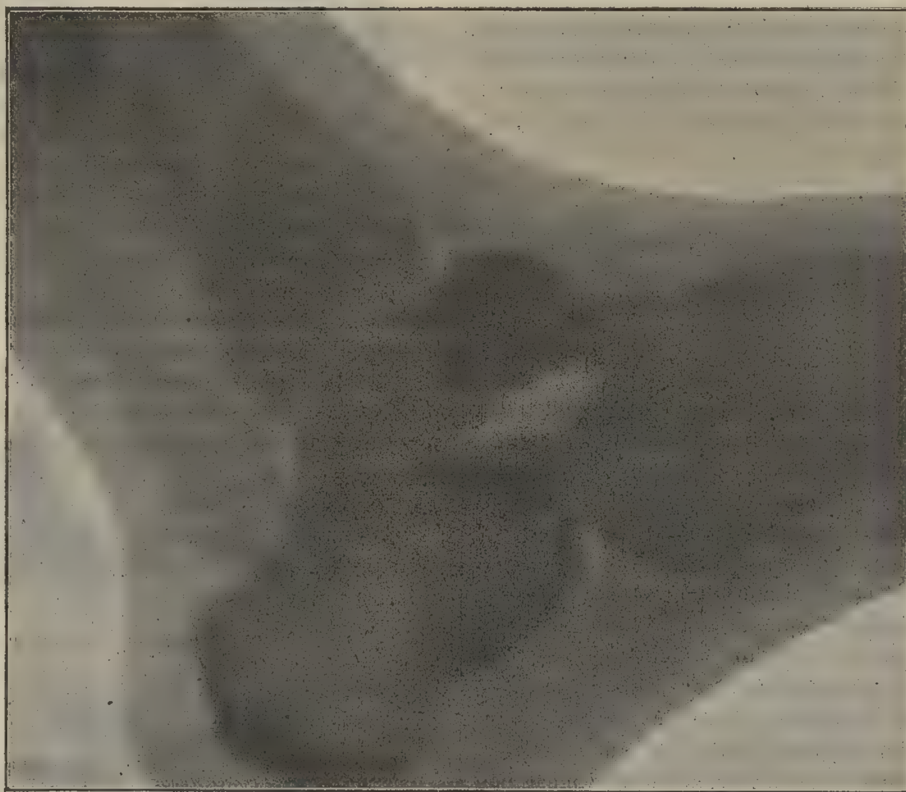


Fig. 5.

Il est certain, comme on l'a écrit en ces derniers temps, que, avant la découverte des rayons X, bien des lésions de l'astragale et de l'arrière-pied ont dû passer inaperçues, et que les constatations radiographiques acquièrent un intérêt puissant à cause des appréciations médicales des accidents du travail.

(1) Destot. Soc. de chir., Lyon 1902.
(2) Loison. *Les rayons de Röntgen*, etc. 1905.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

INFECTION PUERPÉRALE A « STAPHYLOCOQUE »

Par le docteur LOP,
Chargé du cours complémentaire d'accouchement et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

I

L'infection puerpérale à staphylocoque constitue une rareté clinique, le streptocoque étant le plus habituellement l'agent de la septicémie puerpérale contre laquelle nous sommes suffisamment armés. Si l'on rencontre encore quelques cas contre lesquels nous sommes impuissants, on doit reconnaître qu'ils constituent une exception.

Observation. — *Infection débutant quinze heures après l'accouchement (accouchement debout, chute de l'enfant sur le sol). Mort. Présence du staphylocoque dans le sang.* — Primipare, vingt-six ans, très bien constituée, bonne santé antérieure, grossesse ayant évolué sans accident d'aucune sorte, début du travail le 6 janvier dans la nuit.

Une sage-femme est appelée le matin à sept heures et constate une présentation en O. I. G. A; la poche des eaux se rompt à neuf heures et demie. A partir de ce moment les douleurs se continuent régulièrement et se suivent; mais vers onze heures et demie, l'accoucheuse, trouvant *la matrice encore très haute au détroit supérieur*, fait lever sa cliente et la fait mettre debout, afin de faciliter *la descente de la matrice.*

Très docilement et soutenue par deux aides, l'accouchée se place au pied de son lit, les jambes écartées, et pousse de son mieux à chaque contraction utérine.

A midi elle pousse un cri plus aigu que les autres et dit sentir son enfant entre les cuisses. Le temps d'appeler la sage-femme, qui était allée se reposer dans une autre pièce, et l'enfant est expulsé violemment sur le sol d'où on le ramasse étourdi, pâle, mais respirant faiblement et tenant encore au cordon.

L'accouchée est aussitôt remise dans son lit. Le cordon sectionné, l'enfant est confié aux soins d'une voisine ; il reste toujours pâle, sans cri, poussant quelques petits gémissements et meurt une demi-heure après avec de petites secousses convulsives.

Recouchée, la mère est soignée tant bien que mal par

l'accoucheuse qui la laisse vers les quatre heures et demie.

Le 7, à trois heures du matin, c'est-à-dire quinze heures après, l'on vient m'appeler.

Depuis minuit la malade est secouée de frissons violents et de douleurs abdominales atroces; en arrivant je la trouve toute frissonnante, la peau très chaude, avec un pouls à 130. L'abdomen est volumineux, distendu, douloureux, l'utérus est bien revenu et la vessie est vide.

Je prescris un traitement calmant et, mis au courant sur la nature des soins donnés, j'envoie chercher le nécessaire pour faire des lavages et pansements antiseptiques.

Je convoque en même temps la sage-femme pour dix heures du matin. A cette visite l'accoucheuse me raconte l'accouchement tel que je viens de l'exposer, elle paraît très satisfaite de sa conduite!

La température est à 40 degrés, l'abdomen est toujours distendu et très douloureux; il y a de la rétention d'urine.

Examinée en position obstétricale, je trouve une déchirure du périnée s'étendant jusqu'à l'anus, le col déchiqueté par lambeaux; des fausses membranes recouvrent déjà toutes ces solutions de continuité; les lochies ont une odeur repoussante.

Je pratique de grands lavages vaginaux au sublimé à 0,50/1000 et une injection intra-utérine à l'eau oxygénée, les fausses membranes sont vigoureusement touchées à la teinture d'iode.

Le 7 au soir même traitement, la réaction péritonéale est des plus vives, aussi je m'abstins de tout traitement actif du côté de l'utérus.

Le 8 au matin, après un grand lavage utérin, je place un drain de Mouchotte qui fonctionne à merveille et je fais pratiquer des irrigations vaginales toutes les quatre heures.

Le 9 au matin, l'état péritonéal étant bien amélioré, je pratique, avec le concours de mon ami le docteur Pujol, un écouvillonnage suivi d'attouchements à la glycérine créosotée et je remets le drain en place; les fausses membranes sont encore touchées à la teinture d'iode; on injecte matin et soir 300 grammes de sérum artificiel.

L'examen bactériologique des lochies et du sang révèle la présence de staphylocoques dorés en abondance. Le 10, le 11 et le 12 il semble se faire une légère amélioration plus locale que générale.

Je fais pratiquer des frictions au collargol, 12 grammes par jour pendant trois jours; le résultat fut à peu près nul.

En présence de la température excessive que n'améliorait pas le traitement local, drainage, injection intra-utérine matin et soir, j'essaie les bains tièdes progressivement refroidis jusqu'à 26 degrés pendant les 14, 15 et 16. Sous leur influence la température semble fléchir et l'état général se relève; le 16 au soir, la malade se plaignant de la région sacrée je l'examine et trouve un volumineux phlegmon de l'espace ischio-rectal que j'ouvrais largement dès le matin.

Cette opération donna issue à près d'un litre de pus.

La température baissa presque aussitôt, mais pour remonter le 25 au matin; aussi m'inspirant de cette chute de la température provoquée par l'abcès, je fis, le 18 au soir, le 19 et le 20 matin et soir une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine; ces injections ne furent suivies d'aucune réaction locale et le 21 au matin la malade succombait sans secousse.

II

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, d'abord la rareté de la staphylococcie puerpérale, la streptococcie dans les suites de couches étant, en général, la règle.

La précocité du début comme on l'a vu plus loin. Entrée en travail le 6 janvier à minuit. Intervention de l'accoucheuse à trois heures du matin, le 7 accouchement à midi et demi. Début de l'infection le 7 à minuit, début suraigu, bien fait pour surprendre chez une primipare jeune, robuste, ayant eu une grossesse excellente, un accouchement spontané à terme, dans des conditions anormales, il est vrai.

Je n'ai point voulu encombrer cette observation d'une statistique contenant tous les cas, rares à la vérité, de staphylococcie puerpérale, ce travail était terminé depuis longtemps lorsque j'ai eu connaissance des observations relatées par Schwetz (juillet 1905) qui sont des plus démonstratives.

Je les ai résumées ici, mais on les trouvera exposées dans le consciencieux travail, de cet accoucheur, paru dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris 1905.

Observation. — Femme de vingt-huit ans, mariée, ménagère, réglée à douze ans régulièrement.

Accouchements antérieurs : 1° Fausse-couche à quatre mois et demi de deux jumeaux en 1899, suites de couches normales;

2° Accouchement à terme en 1900 : enfant vivant;

3° Accouchement à terme en 1901 : enfant vivant;

4° Accouchement à terme en 1902 : enfant vivant.

Dernières règles le 2 août 1904. A part quelques nausées la patiente s'est bien portée jusqu'au 2 novembre 1904. Le matin à cinq heures la malade va au cabinet. Au moment de l'effort de défécation, elle sent « que quelque chose sort du vagin ». Elle appelle son mari qui coupe le cordon ombilical devant la vulve.

Le 3 novembre, voyant que l'arrière-faix ne venait pas, on fait appeler un médecin. On fait un essai de curage qui ne réussit pas. Le 4 une partie du placenta est expulsée; la température est de 37°7.

Le médecin fait appeler un spécialiste qui, après un essai de curage infructueux, fait le curetage. Le soir la malade a un frisson très fort. Injections vaginales et intra-utérines. Diagnostic : paramétrite droite.

Depuis lors la malade a des températures de 39, 40 degrés. On l'envoie d'urgence à la Maternité.

La femme est amaigrie, l'air fiévreux, yeux brillants, langue sèche, l'abdomen est ballonné, la palpation n'est légèrement douloureuse que dans l'hypogastre. Au toucher on trouve le canal cervical perméable aussi loin que le doigt peut remonter. Le cul-de-sac latéral gauche est assez large; par contre, à droite il est complètement effacé et la portion vaginale semble accolée à la paroi latérale droite du vagin.

Au-dessus du cul-de-sac latéral gauche on sent une résistance transversale partant de la région de l'orifice interne et s'étendant jusqu'à la paroi du bassin. Cette résistance paraît être l'utérus dévié à gauche ou une infiltration para-métritique (l'examen bi-manuel n'est pas possible pour assurer le diagnostic).

Le Douglas est relativement mou; on y rencontre la même résistance indolore qui se continue dans celle décrite du côté gauche.

Au-dessus du cul-de-sac latéral droit on sent une résistance très intense, diffuse, sensible, qui prend tout le ligament large et s'étale jusqu'à la paroi du bassin.

La palpation de l'abdomen est remarquablement indolore. L'écoulement vaginal, à odeur fétide, est peu abondant.

Diagnostic : paramétrite droite ; pyémie puerpérale.

Marche de la maladie, 10 novembre et jours suivants. Température 38°9-40 degrés. Pouls 144-156. Pouls dépressible, dicrote, diarrhée noirâtre, albumine, frissons.

Le 14 on constate sur la fesse gauche plusieurs bulles séreuses, jaunâtres, crevées en partie; une plaque grande comme la main, de couleur brun noir, sur le grand trochanter gauche; petite plaque rouge sur le grand trochanter droit. A la partie interne de la cuisse gauche on trouve une autre plaque avec quelques pustules.

Au toucher on sent, à droite de l'utérus, une résistance comme un poing d'enfant. L'utérus est dévié à gauche. Canal cervical perméable.

Culture du sang pris au moment d'un frisson et du contenu d'une phlyctène démontre la présence exclusive de colonies de staphylococcus pyogenes aureus.

Ce cas de pyémie typique mortelle est intéressant à divers titres.

L'examen bactériologique n'a relevé dans le sang et le contenu des phlyctènes que le staphylocoque doré qui a donc produit une pyémie puerpérale, attribuée, jusqu'à il n'y a pas encore longtemps, exclusivement au streptocoque.

Les cas de staphylococcie puerpérale sont relativement très rares.

Magnus en a réuni 9 cas et en a décrit un nouveau; voici son résumé :

1° Cas de Hahn. — Pyémie puerpérale. Mort. Dans tous les organes on trouve du staphylocoque pyogène doré qui donne une culture pure. L'inoculation donne un résultat positif.

2° Cas de Hoff. — Pyémie puerpérale. Mort. Dans les organes on trouve le staphylocoque pyogène blanc qui donne une culture pure.

3° Cas de Pawlowsky. — Pyémie puerpérale avec métastases et abcès. Guérison. Le pus des abcès donne une culture pure de staphylocoque pyogène doré.

4° Cas de Strünckmann. — Pyémie post-abortum. Mort. Dans les organes on trouve le staphylocoque pyogène doré en culture pure.

5°-8° Cas de Levy. — Dans 4 cas de fièvre puerpérale, l'auteur trouve dans le sang des patientes, pendant les frissons ainsi que pendant leurs intervalles, uniquement le staphylocoque pyogène blanc en culture pure.

9° Cas de Burynburn. — Pyémie puerpérale avec mort. Le sang donne des cultures pures de staphylocoque pyogène blanc.

10° Cas décrit par Magnus. — Accouchement artificiel par version et extraction. (Indications : position transverse et infection.) Après l'expression du placenta, injection utérine de lysol à 1 p. 100 et ergotine.

Trois jours après : frissons. Abdomen indolore. Annexes et paramètres libres. Utérus sensible. Lochies abondantes et fétides.

Diagnostic : Endometritis puerperalis septica. Pyoemia puerperalis. L'examen des lochies donne le staphylocoque pyogène doré en culture pure.

Point douloureux dans le côté droit; matité et râles. Les ponctions répétées de l'articulation de l'épaule donnent des cultures pures de staphylocoque pyogène doré. Traitement : Incision de l'abcès du sein. Ponction de l'articulation de l'épaule, injection d'acide phénique à 3 p. 100, aspiration de celui-ci et lavage avec une solution physiologique. Un mois après le début de l'infection, la malade va si bien qu'elle sort de l'hôpital. Examinée sept mois après, la malade était tout à fait guérie, mais l'épaule restait encore un peu raide. *Le médecin qui a fait la version et l'extraction a eu deux jours post-operationem, plusieurs furoncles à l'avant-bras gauche.*

11° Cas de Willis et Spencer. — Femme de vingt-sept ans, sept grossesses. La maladie débute par la fièvre, douleurs aux membres, nausées. Quelques jours après abortus de trois mois. Tout de suite après signes de pyémie. Incision de deux abcès. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Péricardite purulente. Ouverture et drainage. Le pus du péricarde donne une culture pure de staphylocoque pyogène doré. Mort trois semaines après.

12° Cas de Lockyer. — Femme âgée de trente-sept ans. Tiercipare. Hydramnios et jumeaux. Accouchement prématuré à six mois. Forceps. Puerperium normal. La malade se lève deux semaines après. Mais cinq semaines après l'accouchement, forte hémorragie. Extraction manuelle d'un morceau placentaire. Quelques heures après, frisson, fièvre et vomissement. Le lendemain curetage, après lequel de nouveaux frissons : la température monte à 40°5. Quelques jours après, second curetage qui ramène des masses grisâtres. Plus tard on constate de fausses membranes diphtériques dans le tractus génital. L'examen bactériologique démontre la présence du staphylocoque. L'état local s'améliore mais bientôt apparaissent des symptômes pulmonaires et cardiaques et la malade meurt trois mois après le début de la maladie.

A l'autopsie on trouve de nombreux infarctus dans les poumons en partie suppurés. Dans la veine spermatique droite, près de l'ovaire, thrombus suppuré du volnme d'une noisette. A la place de l'insertion placentaire un gros abcès occupe toute l'épaisseur de la paroi utérine jusqu'à la séreuse. Les lymphatiques de la musculature environnante contiennent de nombreux staphylocoques.

Ces observations et la mienne montrent la gravité de l'infection à staphylocoque. Sur ces quinze observations il y a eu sept morts et encore Levy dans les siennes ne nous donne aucun détail sur la terminaison des 4 cas de staphylococcie observés.

Cette forme bactériologique de la septicémie puerpérale comporte donc un pronostic des plus graves et il est triste d'ajouter que nous sommes absolument (ou peu s'en faut) désarmés contre elle.

Ce qui peut nous consoler, c'est son extrême rareté et les moyens mis à notre disposition pour la prévenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 20 mars 1906)

Prophylaxie des maladies contagieuses dans les stations balnéaires. — M. de Ranse montre que le danger de propagation des maladies contagieuses (rougeole; scarlatine, diphtérie, variole, coqueluche) est beaucoup plus grand dans les stations balnéaires où il y a forcément de l'encombrement, que dans les villes et les villages. L'idéal serait d'avoir dans

chaque station un pavillon d'isolement spécial. Mais de toutes façons il faut donner au médecin et au maire les pouvoirs nécessaires pour assurer la prophylaxie des maladies contagieuses, et tenir à leur disposition un local approprié où l'isolement et la désinfection puissent être appliqués dans toute leur rigueur.

La surdi-mutité. Etude anatomo-clinique et histologique. — MM. Castex et Marchand rapportent trois cas de surdi-mutité manifestement dus à des méningites anciennes ayant entraîné l'atrophie des neurones auditifs.

Le grand nombre des surdi-mutités congénitales leur donne à penser qu'il existe des réactions inflammatoires méningées de la vie intra-utérine, dues sans doute à la présence de toxines dans le sang de la mère.

L'importance de la méningite dans l'étiologie de la surdi-mutité est confirmée par l'anatomie pathologique comme par la clinique.

Modifications chimiques du lait de femme sous l'influence de l'extrait des graines de cotonnier. — M. Barlerin a fait au dispensaire de Belleville de M. Variot d'intéressantes observations.

Chez les femmes dont le lait était pauvre et insuffisant, il a obtenu très rapidement, avec ce produit, une augmentation notable des éléments nutritifs du lait (beurre et caséine), augmentation constatée par l'analyse. Il y a donc là un moyen pratique inoffensif de rendre à la fois plus abondant et meilleur le lait de la mère, et de favoriser l'allaitement naturel.

M. Rochard lit en son nom et au nom de M. de Champtassin, une note sur le **traitement des atrophies musculaires consécutives aux épanchements articulaires (et en particulier à l'hydarthrose) par la méthode du travail musculaire avec progression des résistances.**

Mortalité par tuberculose. — La discussion continue. M. Chauffard fait observer que l'Académie ne pouvant rester dans le *statu quo* doit émettre le vœu qu'il a proposé : *déclaration et désinfection obligatoires après décès par tuberculose ouverte.*

C'est là un vœu minimum. Les objections faites par M. Monod, au nom de la loi sur la santé publique, ne doivent pas arrêter l'Académie, ce n'est pas la tuberculose que l'on peut adapter à la loi, mais la loi qui doit être adaptée à la tuberculose.

Quant à la proposition de M. Vallin de limiter la déclaration et la désinfection obligatoires aux seuls cas où il y a danger pour l'entourage, elle serait d'une application difficile et pourrait exposer le médecin à des poursuites.

M. Lancereaux n'est pas partisan de la désinfection obligatoire; il pense que la véritable prophylaxie sera celle qui distribuera partout l'air et la lumière, qui instruira les populations de la nécessité de la propreté et d'une hygiène convenable.

En prenant des mesures propres à diminuer ou mieux à supprimer l'alcoolisme, en ne négligeant pas les moyens curatifs on luttera utilement contre le fléau.

— M. Motet lit une lettre de M. Daremberg qui pense que l'Académie agira utilement en donnant des *avis* pratiques au lieu de s'attarder à chercher des formules comminatoires.

La discussion reste ouverte.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse dans le premier âge. (Salge. *Jahrb. f. Kind.*, janv. 1906.) — Pour Behring, les nourrissons offrent une telle prédisposition pour la tuberculose que c'est généralement à cet âge que l'on contracte la maladie laquelle, après être restée longtemps latente, peut aboutir tardivement à des manifestations caractéristiques.

Cette conception est elle fondée ? Pour résoudre la question on s'est adressé successivement aux recherches anatomiques et aux méthodes biologiques. Les premières ne peuvent, naturellement, être faites que sur le cadavre; de plus, elles ne signifient quelque chose, en cas de résultat négatif, que lorsque l'on identifie la tuberculose et l'infection tuberculeuse. Or, depuis les recherches de Weichselbaum et Bartel, on sait qu'une telle identification n'est pas possible, et qu'un organisme peut, pendant des années, être infecté par les bacilles tuberculeux sans qu'à l'autopsie on puisse déceler des lésions tuberculeuses caractéristiques.

Restent les méthodes biologiques. Beitzke a recherché le bacille de Koch dans le sang, mais les quantités de sang qu'il retirait sont trop petites pour que ses résultats négatifs puissent être pris en considération. Schlossmann a essayé la tuberculine, méthode par trop dangereuse. Salge préfère s'adresser à l'agglutination telle qu'elle est pratiquée par Koch. On a reproché à ce procédé d'être peu sûr, car l'agglutination peut être positive sans qu'à l'autopsie on puisse observer des lésions tuberculeuses, et d'autre part, elle peut manquer dans des cas non douteux de tuberculose. L'auteur ne discute même pas la seconde objection : quant à la première, elle ne tient pas devant ce fait, déjà signalé par Weichselbaum et Bartets, que « les relations d'échange infiniment délicates qui s'établissent entre l'organisme et l'infection peuvent exister longtemps avant que l'on puisse mettre en évidence des lésions anatomiques beaucoup plus grossières ».

M. Salge a eu soin de ne jamais examiner un sérum seul, mais d'en étudier toujours plusieurs simultanément, de manière à pouvoir facilement, lorsqu'un sérum agglutinait, le différencier des autres.

Certains sérums présentent spontanément un état floconneux, qui peut être confondu avec une agglutination. Si l'on a soin de n'employer que des sérums absolument clairs, ou clarifiés par centrifugation, l'erreur n'est pas possible. L'auteur a mélangé l'émulsion de bacilles tuberculeux au sérum dans la proportion de 1/5, 1/10, 1/20. Comme contrôle, servaient : 1° une pipette avec l'émulsion; 2° une pipette, contenant le sérum et la solution saline servant à préparer l'émulsion, mélangés dans la proportion de 1/5. Le contenu de ces deux pipettes, après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve, ne devaient pas se modifier lorsque l'on avait employé du sérum clair, et c'est en effet ce que l'on observe. Lorsque la réaction était positive, on voyait de la façon la plus nette, dans la pipette contenant le mélange à 1/5, une agglutination typique. Tantôt les flocons restaient adhérents aux parois, tantôt ils étaient en suspension dans le liquide, tantôt enfin, ils tombaient au fond du vase.

L'auteur a ainsi examiné le sang de 80 enfants, dont 9 avaient plus d'un an, et dont 71 étaient des nourrissons. Il a trouvé la réaction positive dans 20 cas, 8 fois chez des en-

fants de plus d'un an, 12 fois chez des nourrissons. A l'autopsie de ces 20 enfants, on ne trouve pas toujours de lésions tuberculeuses. Ce qui prouve qu'une agglutination positive marque seulement le début de la lutte entre l'infection tuberculeuse et l'organisme, et que cette méthode doit être appliquée aux cas où il n'existe pas encore de manifestations tuberculeuses, mais où l'état général, l'anamnèse ou des symptômes suspects permettent de penser à une infection à bacilles de Koch. De tout cela, l'auteur conclut que l'infection tuberculeuse est fréquente chez le nourrisson, qu'elle n'aboutit pas toujours à des lésions anatomiques et que les résultats de l'autopsie ne permettent pas toujours de résoudre la question posée par Behring. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

De la cholerragie dans les kystes hydatiques du foie. (F. Terrier et Ch. Dujarrier. *Revue de chirur.*, n° 1, 1906.) — Contrairement à l'opinion admise, la cholerragie après marsupialisation des kystes hydatiques est une complication presque constante.

Il en existe deux formes : la cholerragie partielle, fréquente, cessant spontanément; la cholerragie totale, plus rare, mais plus grave. Son début est variable. Elle peut apparaître avant l'intervention (à l'occasion d'une ponction), pendant l'opération (rare), le plus souvent dans les vingt-quatre heures, plusieurs jours ou semaines après, enfin elle peut être tardive (un an).

L'abondance de la cholerragie est très variable; modérée dans la forme partielle les matières restent colorées ; elles se décolorent complètement dans les cholerragies totales et la quantité de bile évacuée oscille entre 500 et 1 100 grammes (Korte).

Deux ordres de causes ont été invoqués comme étiologie :

1° L'ouverture (traumatisme, élimination de la coque fibreuses) des canaux intra et même extra-biliaires;

2° L'oblitération complète ou partielle, passagère ou durable, des voies biliaires principales (cholerragie totale).

Les signes de la cholerragie sont variables et inconstants, faisant défaut, le plus souvent, ils sont surtout intéressants dans la cholerragie totale. Dans bien des cas cette perte de bile est relativement bien supportée, néanmoins son apparition est un symptôme fâcheux susceptible d'affaiblir beaucoup les malades. La guérison peut s'obtenir par les deux processus suivants : cicatrisation d'une plaie d'un conduit biliaire; disparition d'un obstacle sur les voies inférieures.

Le traitement doit être prophylactique et curatif.

1° Eviter toute lésion (par instruments, caustiques, etc.), des canaux biliaires, enlever la membrane mère le plus délicatement possible, sans l'ouvrir même (Devé).

2° Comme traitement curatif à côté des injections modificatrices les auteurs conseillent :

Le procédé du bouchon, oblitération temporaire de la fistule par tamponnement.

Les petits moyens ayant échoué, suivre l'exemple de Kehr et Korte : exploration des voies biliaires, ouverture et cathétérisme du cholédoque à la recherche de l'obstacle, puis drainage de l'hépatique.

En cas d'insuccès utiliser comme Korte la vésicule pour rétablir le cours de la bile en faisant passer un drain du kyste dans la vésicule. P. DIONIS DU SÉJOUR.

Myomes de l'œsophage. (John Bryant. *Journal of the American medical Association*, vol. XLV, n° 27, 30 déc. 1905, pp. 2008-2009.) — L'auteur relate d'abord un cas sans histoire clinique où le myome trouvé à l'autopsie semblait implanté sur l'estomac près du cardia, mais où la dissection démontra que les fibres lisses étaient en continuité avec celles de l'œsophage ; puis un second cas, avec vomissements persistants ayant amené la mort en dix jours, où l'on trouva un rétrécissement de l'œsophage à 14 centimètres au-dessous du pharynx, un autre juste au-dessus du cardia, ayant déterminé par pression un petit ulcère, et un troisième myome sous-péritonéal sur la grosse tubérosité de l'estomac.

Ces deux cas portent à 11 le total des cas connus. Il n'y eut de symptômes d'obstruction que dans 2 cas. Les autres furent de simples trouvailles d'autopsie chez des gens âgés. Deux fois les tumeurs étaient multiples. Sur 9 cas où la situation est indiquée dans l'observation, 8 étaient situés au tiers inférieur de l'œsophage, un seul dans le tiers supérieur.

F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT CURATIF DE LA BRONCHITE AIGUE

Par le docteur Auriel.

L'évolution de la bronchite aiguë suit rarement le cycle morbide assigné par les classiques. Que de fois, en effet, après la période de coction, alors que l'on attend une guérison prochaine, l'affection traîne en longueur, l'expectoration persiste et la toux a de nombreuses recrudescences. Le malade s'imagine qu'il a encore pris froid et qu'il s'agit d'un nouveau rhume. Mais le médecin sait très bien que ce sont là les manifestations de quelque séquelle inflammatoire, et que l'affection tend à devenir chronique ou à créer un *locus minoris resistentiæ* pour les infections spécifiques.

Il faut donc traiter la bronchite aiguë d'une manière énergique, en cherchant une médication à la fois balsamique, sédative et surtout antiseptique. Pour nous, il faut prendre ce remède parmi les composés créosotés et nous avons presque toujours eu de bons résultats avec les comprimés de thiocol.

Calmez la période congestive du début avec l'aconit et les opiacés, donnez à la période de coction quelques agents béchiques. Mais n'insistez pas trop et au bout de quatre à cinq jours, employez systématiquement les comprimés, ou, s'il s'agit d'enfant, le sirop Roche.

Voilà ce que nous a appris l'expérience de ce médicament. Tout d'abord vous observerez une fluidification des crachats, puis ils diminueront sensiblement et nous affirmons leur disparition complète avant une semaine. Continuez encore une huitaine de jours le thiocol, uniquement pour profiter de son action antiseptique sur le parenchyme pulmonaire, et vous obtiendrez ainsi une guérison définitive, vous n'aurez plus à craindre la chronicité et la possibilité des complications infectieuses.

Connaissant les propriétés stomachiques de ce médicament et son action stimulante pour l'état général, nous le donnons aux doses de 6 à 8 comprimés par jour et nous conseillons fort aux praticiens cette méthode thérapeutique.

L'hystérectomie. Technique et indications, par le docteur J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon. In-8 de 216 p., avec 112 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

CONGRÈS

CROISIÈRE DES MÉDECINS FRANÇAIS ORGANISÉE A L'OCCASION DU XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Lisbonne, 19-26 avril, 1906), par MM. les docteurs Desfosses et Helme, dirigée par M. Heuzé, directeur technique des V. E. M. : Andalousie, Maroc, Portugal, Baléares, Marseille, Malaga, Grenade, Gibraltar, Algésiras, Tanger, Cadix, Séville, Cordoue, Lisbonne, Belem, Cintra, Palma.

Départ de Marseille le 8 avril 1906; — Retour à Marseille le 30 avril 1906. — Durée : 23 jours.

PROGRAMME. — Dimanche 8 avril : De dix heures à onze heures, embarquement. — Déjeuner à midi. — Départ.

Lundi 9 avril : En mer; passage en vue des Baléares.

Mardi 10 avril : Vers quatre heures du soir, arrivée à Malaga. — Visite de la ville.

Mercredi 11 avril : Le matin départ en train spécial. — Traversée des gorges d'El Chorro. — Arrivée à Grenade ; déjeuner. — Visite de la ville basse. — Dîner. — Coucher.

Jeudi 12 avril : Le matin, visite de l'Alhambra, de la Généralife. — Déjeuner. — Visite des monuments de la ville basse; du quartier de l'Albacin et du quartier des Gitanos (*facultatif*). — Dîner. — Départ en train spécial; arrivée à Malaga à minuit. — Embarquement. — Départ.

Vendredi 13 avril : Le matin arrivée à Algésiras. — Gibraltar. — L'après-midi, Tanger.

Samedi 14 avril : A la première marée, remontée du Guadalquivir. — Arrivée à Séville dans la matinée. — Visite de la ville.

Dimanche de Pâques : Journée facultative à Séville.

Lundi 16 avril : Le matin, départ en train spécial pour Cordoue. — Visite de la ville et de la mosquée. — Le soir retour à Séville (*soirée facultative*).

Mardi 17 avril : Visite des monuments de Séville, l'Alcazar; les jardins; la cathédrale; la Giralda ; les palais, etc.

Mercredi 18 avril : Le matin, descente du Guadalquivir. — Visite de Cadix. — Arrivée la nuit en rade de Lisbonne.

Jeudi 19 au jeudi 26 : Séjour à Lisbonne. — *Congrès*. — Visite de Belem, Cintra et excursions organisées par le Congrès.

Jeudi 26 avril : Après la clôture du Congrès, départ. — Visite au passage d'Almeria et de Palma.

Lundi 30 avril : Arrivée à Marseille. — Dîner à bord. — Dislocation.

Nota. — Les organisateurs se réservent de pouvoir modifier le programme selon les circonstances et pour le mieux de la Croisière.

PRIX ET CONDITIONS. — La Compagnie P.-L.-M. accorde une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places aux adhérents à ce voyage. Sur l'indication de leur point de départ, donnée en s'inscrivant, les organisateurs se chargent de la demande des billets.

Les voyageurs qui doivent rentrer de Lisbonne en France par voie de terre, devront, en s'inscrivant *eux-mêmes* au Congrès, demander les titres de transport pour le voyage par terre au secrétariat du Congrès. Il sera fait à ces adhérents une réduction proportionnelle de 10 francs par jour sur la nourriture à partir du jour où ils auront déclaré quitter la Croisière à Lisbonne, les autres frais de bateau et de personnel ne pouvant être réduits.

Le prix de chaque place de Marseille à Marseille est de 850 francs dont en principe 400 francs à payer en adressant son adhésion au docteur Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris. (*Dernier délai 25 mars 1906.*)

Ce prix comprend le transport, la nourriture, les débarquements, les excursions, les trains spéciaux, les entrées et les pourboires.

Il ne sera mis que deux voyageurs par cabine.

Le voyage ne pourra avoir lieu que si on recueille cent adhésions au minimum, et dans le cas où, pour une raison quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourraient prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Il ne sera pas demandé d'arrhes et les confrères qui seraient empêchés au dernier moment par un cas de force majeure, seraient remboursés intégralement. On est donc prié de s'inscrire sans retard.

Chaque voyageur est tenu de s'occuper lui-même de son bagage, en toute occasion.

L'organisation de la croisière décline toute responsabilité pour tous les accidents qui pourraient se produire, de quelque nature qu'ils soient et en quelque lieu qu'ils se produisent. Le voyageur renonce donc par avance à toute réclamation de ce chef contre elle.

CONGRÈS NATIONAL DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (Ve SESSION, ALGER, 1er AVRIL 1907). — Le Ve Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie tiendra sa prochaine session à Alger, du 1er au 8 avril 1907, sous la présidence des professeurs Queirel (de Marseille), président général et pour la section d'obstétrique; Boursier (de Bordeaux), pour la section de gynécologie, et de M. Guinon (de Paris), pour la section de pédiatrie.

Les communications devront être adressées avant le 1er février 1907.

Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre; elle donne droit à la participation aux travaux, aux fêtes, aux excursions et au vote du Congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les rapports sur les questions proposées de toutes les communications faites au Congrès.

Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admises au Congrès, moyennant une cotisation de 10 francs; ces membres associés ont les mêmes prérogatives que les membres titulaires, sauf le droit de vote.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être, dès à présent, adressés au secrétaire général du Congrès, M. le professeur Jules Rouvier, 52, rue Daguerre, à Alger.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CANCER DE L'INTESTIN
SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — Le cancer de l'intestin peut rester absolument latent. Le plus souvent, il *débute* par des symptômes fonctionnels divers, et ce n'est qu'à la *période d'état* qu'apparaissent les signes physiques.

Période de début ou des troubles fonctionnels. — 1. DOULEURS constantes, précoces, peu accusées, mais fixes, continues, avec des redoublements paroxystiques, dues aux contractions spasmodiques de l'intestin pour évacuer son contenu. Leur siège varie avec celui du cancer. Dans le cancer du rectum, elles se localisent à la région sacrée, et, de là, irradient vers les parties sexuelles et la région ischiatique : elles peuvent même simuler une sciatique rebelle ; dans le cancer de l'S iliaque, elles se cantonnent à la fosse iliaque gauche ; dans le cancer du cæcum, à la fosse iliaque droite, etc. Souvent aussi, les douleurs se localisent à l'ombilic (plexus solaire). Dans le cancer de l'anse sigmoïde, on a parfois signalé des épreintes.

Ces douleurs augmentent peu à peu de fréquence et d'intensité ; elles s'accompagnent parfois de contractions intestinales visibles sous la peau. Exagérées par la pression, l'effort, les fautes d'alimentation, elles sont calmées par certaines attitudes, par le régime lacté, etc.

2. PHÉNOMÈNES D'OCCLUSION. — Le cancer de l'intestin débute quelquefois par des phénomènes d'*occlusion aiguë*. Le plus souvent, l'occlusion y est *lente* et *progressive* : le malade se plaint d'une constipation opiniâtre ; ses selles sont quelquefois laminées, surtout en cas de cancer du rectum ; à la suite des crises douloureuses paroxystiques précédemment signalées, il survient une débâcle diarrhéique, qui interrompt momentanément la constipation. La diarrhée peut aussi être le fait : α. d'une ulcération cancéreuse ; β. d'une colite concomitante.

3. TROUBLES DIGESTIFS. — La *dyspepsie* est fréquente ; les *vomissements*, par contre, ne s'observent qu'en cas de lésions gastriques ou péritonéales (Damaschino) ; les *hémorragies intestinales*, très communes, aboutissent à l'expulsion, par l'anus, d'un sang épais, poisseux, modifié, contenant parfois des particules cancéreuses ou colloïdes.

Période d'état. Signes physiques. — A l'*inspection*, l'on note fréquemment du météorisme ; plus rarement, des ondulations péristaltiques ou une tumeur. La *palpation* doit parfois être pratiquée sous l'anesthésie ; ses renseignements sont plus nets si l'on a, au préalable, insufflé prudemment l'intestin. Elle permet, dans certains cas, de sentir une *tumeur* de siège et de volume variables, plus ou moins mobile, arrondie ou irrégulière, nettement limitée ou, au contraire (cancer du cæcum), donnant à la main une impression d'empâtement, ne se laissant ni déprimer, ni déformer. Le cancer est-il tout petit, et le malade évacue-t-il les matières qui distendaient l'intestin à son niveau, la tumeur disparaît. La même raison explique que les résultats fournis par la palpation diffèrent souvent à quelques minutes d'intervalle (Eichhorst). La *percussion* superficielle dénote de la submatité au niveau de la tumeur, la percussion profonde, de la sonorité tympanique. Elle décèle encore, dans certains cas, l'existence d'un épanchement abdominal que la ponction montre être hémorragique (péritonite cancéreuse). Le *toucher* permet de sentir les cancers bas situés ; la *sonde rectale* peut être dangereuse ; la *rectoscopie* a été recommandée par de nombreux auteurs. De même, l'auscultation du cæcum (v. pour plus de détails, Lardennois, Cancer de l'intestin, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 17, p. 161).

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La maladie se termine fatalement par la mort. Celle-ci peut être le fait : α. d'une *occlusion intestinale*, subaiguë et alors due, soit à des troubles paralytiques, soit à une invagination, soit encore à une occlusion aiguë ; β. d'une *hémorragie intestinale* ; γ. d'une *péritonite généralisée* ; δ. d'une *localisation secondaire* ; ε, d'*accidents infectieux* ; ζ. de la *cachexie*. L'évolution du cancer de l'intestin est souvent très lente, surtout si l'on a fait une opération palliative. D'habitude, elle ne dépasse guère un an.

FORMES CLINIQUES. — 1. D'APRÈS LE SIÈGE. — A. Le *cancer du duodénum* peut être α. sus-ampullaire : il présente alors la même symptomatologie que le cancer du pylore (v. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n[os] 54 et 57) ; ou β. sous-ampullaire : il se caractérise alors par le reflux permanent de bile et de suc pancréatique dans l'estomac (Pic) et par des signes d'obstruction intestinale incomplète. γ. Le cancer de l'ampoule de Vater s'accompagne d'ictère chronique et ressemble beaucoup au cancer du pancréas. Pour plus de détails, v. Nattan-Larrier, Cancer du duodénum, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 139, p. 1311.

B. Le *cancer iléo-cæcal* (Ducastel) débute par la valvule de Bauhin, qui perd sa souplesse de bonne heure ; aussi se caractérise-t-il par des signes d'occlusion rapide. A une période avancée, les régions cancérisées s'ulcèrent, d'où disparition momentanée des signes de rétrécissement. Le cancer gagne plus ou moins vite les parties voisines, le cæcum, l'intestin grêle, déterminant des adhérences, des fistules, etc., etc.

C. Le *cancer du gros intestin* se localise tantôt aux angles, tantôt, et plus souvent, à l'S iliaque : c'est lui que nous avons pris comme type de description. Il est assez mobile, s'il siège au niveau du côlon transverse, moins, s'il occupe l'S iliaque ; il se complique fréquemment d'accidents mécaniques : occlusion, rupture due à l'éclatement de l'intestin ou à l'extension d'ulcérations situées sur la partie rétro-dilatée de l'intestin, ulcérations, dysentériformes, pouvant être perforantes d'emblée ; complications septiques : locales (adénopathies, abcès du foie), ou générales : phlegmatia alba dolens, diarrhée incoercible, fièvre hectique, leucocytose.

D. *Cancer du rectum.* En dire un mot (v. classiques).

2. D'APRÈS L'ÉVOLUTION. — On peut, avec Lardennois, distinguer : A. des *cancers à marche chronique* : α. cancer latent de Grisolle ; β. cancer évoluant lentement, sans sténose ; γ. cancer évoluant lentement, avec sténose. Cette dernière forme, la plus fréquente, est très importante à connaître parce que, souvent, la lésion y est tellement circonscrite que « l'intestin semblait avoir été simplement étranglé par une ligature » (Haussmann) ; on devine que ces cas sont très favorables à l'intervention chirurgicale, les malades mourant surtout d'occlusion ; — B. des *cancers à marche rapide* que leur évolution soit arrêtée par une occlusion aiguë ou par des accidents septicémiques.

DIAGNOSTIC. — Les éléments principaux du DIAGNOSTIC ESSENTIEL sont : le *sexe* et l'*âge* : il s'agit, presque toujours, d'hommes ayant dépassé la quarantaine ; la *localisation fréquente à l'S iliaque* : les *troubles fonctionnels d'occlusion chronique* ; les *signes d'affaiblissement précoce*, malgré un traitement médical bien conduit ; la *perception d'une tumeur* ; la constatation de *melæna* ; les résultats de la *laparotomie*.

Le DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL varie selon le siège : le cancer du duodénum peut être confondu, tantôt avec un cancer pylorique, tantôt avec un cancer du pancréas ; le cancer du cæcum est à différencier surtout de la tuberculose hypertrophique du cæcum, et, plus rarement, de l'actynomycose intestinale, des adénites de la région, etc. (v. Cliniques de Dieulafoy). Le cancer du gros intestin est encore à distinguer du tuberculome hypertrophique, et des polypes de l'intestin, que caractérisent leurs antécédents de catarrhe chronique. Dans certains cas, les tumeurs du foie, des reins, du mésentère et surtout de l'épiploon n'ont pu être différenciées du cancer de l'intestin que par la recherche des antécédents, l'étude des signes physiques, l'évolution de la maladie (v. classiques).

L'albuminurie goutteuse, par le docteur DE GRANDMAISON. In-18 de 288 p. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

La criminalité infantile, par le docteur Émile LAURENT. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Le sanatorium-école ; éducation du tuberculeux. Les raies de feu, ou méthode pour appliquer les pointes de feu sans faire mal au malade, par le docteur COSTE DE LAGRAVE. In-18 de 26 p. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 35. — SAMEDI 24 MARS 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 24 MARS 1906. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecins des hopitaux. — *Épreuve clinique*. — Séance du 22 mars 1906 : MM. Comte, 19 1/2; Lereboullet, 18; Deguy, 17.

La prochaine séance aura lieu le samedi 24 mars, à neuf heures du matin, à la Charité.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 22 mars 1906. — Question donnée : « Ligaments larges. — Des hémorragies de la délivrance dans l'accouchement à terme et leur traitement. »

Tinel, 17 + 28 = 45; — Deverre, 17 + 23 = 40; — Parturier, 16 + 23 = 39; — Savouré, 11 + 16 = 27; — Ga[illegible]dias, 14 + 22 = 36; Pinard, 11 + 25 = 36; — Cruet, 14 + 19 = 33; — Davesne, 13 + 20 = 33; — Rousseau-Longwalt, 14 + 19 = 33; — Boudol, 14 + 18 = 32; — Cadenat, 13 + 19 = 32.

GUERRE. — M. Simonin, médecin-major de première classe à la direction du service de santé au ministère de la Guerre, est nommé professeur (médecine légale, législation, administration et service de santé militaires) à l'École d'application du service de santé militaire.

— Corps de santé militaire. — Par décision du 21 mars 1906, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1906, savoir :

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Salle, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Lévy et Bazin; — M. le médecin aide-major de première classe Dupont; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Dellys.

Hôpital militaire de Vichy (du 14 mai au 13 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Lambert, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Loup, Bodinier et Baratte; — M. le médecin-major de deuxième classe Raymond; — M. le médecin aide-major de première classe Duchesne; — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pernin et Fulcran.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — M. le médecin major de première classe Vack, médecin-chef; — M. le médecin aide-major de première classe Armeilla.

Hôpital militaire de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Warnecke, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Ferry et Batut; — M. le médecin aide-major de première classe Gèzes.

Les officiers du corps de santé militaire désignés comme médecins-chefs des hôpitaux d'eaux militaires devront être rendus auxdits hôpitaux huit jours avant la date fixée pour l'ouverture des stations thermales. Ils rejoindront leur poste d'affectation huit jours après l'expiration desdites saisons.

Les autres médecins militaires devront être rendus auxdits hôpitaux deux jours avant la date fixée pour l'ouverture des saisons thermales. Ils rejoindront leur poste d'affectation à l'expiration desdites saisons.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision du 21 mars 1906, M. le médecin aide-major de deuxième classe Laporte, du 3e d'infanterie coloniale, a été désigné pour servir en Cochinchine, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Cazanove, précédemment affecté à la colonie, et qui a été maintenu au 24e d'infanterie à Perpignan.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Cazamian, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer immédiatement en sous-ordre sur la *Gloire* (escadre du Nord), en remplacement de M. Le Coniac, promu au grade de médecin de première classe.

M. le médecin en chef de deuxième classe Ludger, du port de Rochefort, actuellement médecin de division dans l'escadre du Nord, est appelé à continuer ses services au port de Cherbourg à son débarquement du *Bouvines*.

M. le médecin de première classe Forgeot, du port de Lorient, est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Denis qui a obtenu un congé d'un an pour affaires personnelles.

XV

XVᵉ CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Lisbonne, du 19 au 26 avril 1906.) *Croisière des médecins français* (Palma, Malaga, Grenade, Algésiras, Gibraltar, Tanger, Cadix, Séville, Cordoue, Lisbonne, Cintra). Départ de Marseille le 8 avril, retour le 30 avril. Forfait comprenant : transport, nourriture, excursions, trains spéciaux, visites, entrées, pourboires. — Tout compris 850 francs.

La croisière se fera à bord du paquebot-yacht ILE-DE-FRANCE, de 3487 tonneaux de jauge et de 114m50 de longueur de la Société générale de transports maritimes à vapeur, spécialement aménagé pour la navigation de plaisance.

Cabines, salons et ponts. — Spacieuses cabines à 1 lit, 2 lits et 3 lits (non superposés) formant de véritables chambres avec tables, chaises, commodes, armoires, lavabos, étagères, lampes et ventilateurs électriques. — Salle à manger de 184 couverts. — Salon de conversation. — Fumoir. — Grande promenade (avec abri) à l'arrière du pont supérieur. — Au-dessus du point supérieur, pont promenade (couvert) de 60 mètres de longueur.

Le bateau, aménagé avec le plus grand confort, servira d'hôtel à Séville et à Lisbonne.

Une remise proportionnelle sera faite sur la nourriture, aux médecins qui seraient obligés de rentrer, de Lisbonne en France, par terre.

Les places seront attribuées dans l'ordre d'inscription. — Sont admis : les médecins, étudiants en médecine, leur famille et leurs amis.

Prière de s'inscrire sans retard. Adresser les demandes, adhésions et souscriptions, au docteur Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris. 30 mars 1906, terme de rigueur.

L'ACADÉMIE DES SCIENCES, ARTS ET BELLES-LETTRES DE CAEN décernera en 1907 un prix de 2000 francs (prix Lesauvage) au meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Le lait des vaches tuberculeuses. — Preuves expérimentales de sa nocuité. — Mesures préventives contre la contagion bovine et humaine. »

Les travaux des concurrents devront être envoyés, au plus tard, le 30 juin 1907, au secrétaire de l'Académie, M. Henri Prentout, professeur à l'Université.

Chaque travail devra porter une devise, laquelle sera répétée dans un pli cacheté, qui contiendra le nom de l'auteur.

RADIOLOGIE MÉDICALE.— *Cours de vacances*, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 8 au samedi 14 avril :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 8 avril, à dix heures du matin*, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 9 avril, dans le laboratoire du docteur Béclère. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1906.) PARISOT : Rapport sur un projet de réglementation de la surveillance médicale dans les écoles. — MAUCLAIRE : L'abus des plaintes en responsabilité médicale ou chirurgicale. — BOISSON : La contagiosité de la scarlatine et la prophylaxie. — BROUARDEL et THOINOT : L'affaire Jeanne Weber, inculpation de meurtres. — BROUARDEL : Valeur des différents modes ou déclaration des causes de mort.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 8, 22 fév. 1906.) James G. MUMFORD : Biographie de John Hunter, 1728-1793. — Charles L. SCUDDER : La sténose pylorique infantile. Compte rendu d'un nouveau cas opéré avec succès (avec 9 fig.). — Joseph H. PRATT : Le traitement de la phtisie par le « Home sanatorium » (avec 4 fig. et 4 tableaux). — W. P. NORTHRUP : Le traitement de la pneumonie par l'exposition au grand air froid. Une observation. — (N° 9, 1er mars.) Frank BILLINGS : La profession médicale et les journaux médicaux dans leurs rapports avec les produits pharmaceutiques. — Frank G. WHEATLEY : Les médicaments à préparation rapide. — Edmund D. SPEAR : La photophobie réflexe d'origine nasale.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Fév. 1906.) KIEN : La rougeole à Strasbourg, particulièrement à la clinique d'enfants; les combinaisons de la rougeole avec la diphtérie et la scarlatine observées au cours de l'épidémie de 1903-1904. — PHILIPPON : Recherches sur l'élimination chlorurée dans l'albuminurie orthostatique. — SVAHLE : Nouveaux symptômes des affections de la muqueuse du gros intestin, particulièrement de la fissure anale avec des symptômes de coxite. — METTENHEIMER : Recherches sur les polypes du gros intestin dans l'enfance. — WEYL : Résultats cliniques et anatomiques dans un cas d'encéphalite aiguë non suppurée chez un enfant. — GROSSMANN : Une forme rare de spina bifida cystique. — KÜHNE : Deux cas d'atrésie congénitale de l'orifice tricuspide.

Revue de médecine. — (N° 3, 10 mars 1906.) M. LABBÉ : Les anémies des tuberculeux. — DEVIC et TOLOT : Un cas d'angiosarcome des méninges de la moelle chez un sujet porteur d'angiomes multiples (1 fig.). — LAIGNEL-LAVASTINE : Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux (4 fig.).

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 5, 15 mars 1906.) VUILLEMIN : Le problème de l'origine des levures. — SCYEWETZ : Les récents progrès de la photochimie. — Mlle J. JOTEYKO : Une théorie de la douleur.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 10, 10 mars 1906.) TRIFILETTI : Sur deux cas de surdi-mutité congénitale partielle. — BRINDEL : Vice grave de l'articulation des mots consécutif à une juxtaposition défectueuse des maxillaires et guéri par des exercices orthophoniques.

Tribune médicale. — (N° 10, 10 mars 1906.) DEBOVE : Insuffisance aortique. — ŒTTINGER et MALLOIZEL : Méningite subaiguë d'origine saturnine. — (N° 11, 17 mars.) BROCA : Les déviations ostéo-articulaires des adolescents.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 5, 15 mars 1906.) O. GUELLIOT : Quelques lésions traumatiques de l'appareil rotulien.

REVUE GÉNÉRALE

LES DÉCOUVERTES RÉCENTES DE LA PHYSIOLOGIE

DANS LE DOMAINE DES

SÉCRÉTIONS GASTRIQUES & INTESTINALES

Par MM. André CHALIER et Joseph CHALIER,
Internes des hôpitaux de Lyon.

Dans ces dernières années, grâce surtout au perfectionnement de la technique en physiologie, nos connaissances sur les sécrétions gastriques et intestinales se sont considérablement accrues. Les travaux récents d'un grand nombre de physiologistes, revisant les expériences anciennes et les complétant par des expériences nouvelles, ont contrôlé et mis en valeur, d'une façon définitive, la plupart des données des auteurs classiques, mais ils en ont aussi montré, par certains côtés, l'insuffisance, voire même dans quelques cas l'inexactitude.

Il semblait en effet, qu'après les belles recherches de savants comme Blondlot, Ludwig, Schiff, Cl. Bernard, Heidenhain — pour ne citer que les plus connus en physiologie gastrique ou intestinale — le mécanisme et les effets des sécrétions de l'estomac et de l'intestin étaient parfaitement élucidés, et qu'il ne devait guère rester à ajouter à leurs découvertes. Le mérite des auteurs modernes a été d'aller plus avant dans l'analyse de ces sécrétions, de préciser les conditions multiples qui les régissent, et d'y isoler de nouveaux éléments pour la plupart fort actifs.

I

Les sécrétions gastriques. — Les progrès récents réalisés dans le domaine des sécrétions gastriques ont de préférence porté sur : les moyens d'obtention du suc gastrique, les conditions qui président à son élaboration, et sa composition chimique.

1° Moyens d'obtention du suc gastrique. — Les divers procédés utilisés jusqu'ici pour recueillir le suc gastrique avaient au moins un inconvénient : celui de ne procurer qu'un suc impur, mélangé à la salive, aux aliments, aux sécrétions bucco-pharyngées et œsophagiennes. Dès 1880, Pawlow et Mme Schümow-Simanowski ont évité un pareil reproche en pratiquant, sur un chien porteur d'une fistule gastrique ordinaire, l'œsophagotomie cervicale, en abouchant à l'extérieur le segment supérieur de l'œsophage, et en oblitérant par une ligature le bout inférieur. Pendant l'ingestion des aliments, ceux-ci s'échappent par la plaie œsophagienne, tandis qu'il s'établit un écoulement de suc gastrique absolument pur par la fistule abdominale.

Pawlow et Chigin ont obtenu des résultats encore plus parfaits en imaginant l'opération dite du « petit estomac ». On taille un lambeau longitudinal de l'estomac que l'on transforme en un tube cylindrique communiquant avec l'extérieur et séparé de la grande cavité stomacale uniquement par une cloison muqueuse. Ainsi se trouve formé un petit estomac, « véritable miroir du grand. » La supériorité de ce procédé sur celui d'Heidenhain provient de ce qu'il respecte les connexions vasculo-nerveuses; les incisions transversales de ce dernier auteur y sont en effet remplacées par des incisions longitudinales, parallèles aux vaisseaux et aux nerfs.

2° Modifications quantitatives et qualitatives de la sécrétion gastrique. — Il est de notion courante que le début de la sécrétion gastrique est en relation avec l'entrée des aliments dans le tube digestif. Mais c'est à l'École de Saint-Pétersbourg que revient tout le mérite d'avoir montré que, pour un même aliment, la quantité de suc gastrique sécrétée est proportionnelle au poids de cet aliment. En outre, cette quantité varie avec la période digestive, tout en suivant une marche déterminée qui est fixe pour chaque aliment. Bien plus, le liquide gastrique s'adapte à la nature des aliments, non seulement par sa quantité sécrétée, mais aussi par sa composition chimique. Enfin, la durée elle-même de la sécrétion est variable avec les aliments.

Comme on le voit, d'après les travaux de Pawlow, la sécrétion gastrique s'adapte exactement en quantité et en qualité à l'alimentation. « C'est l'aliment qui fait le suc; c'est la fonction qui fait l'organe » (Labbé).

3° Influence du système nerveux. — Depuis plusieurs années, il est devenu classique de dire que le suc gastrique est produit par un réflexe à points de départ multiples (vue, odorat, goût, contact des aliments avec la muqueuse stomacale), dont les voies centrifuges sont constituées par les pneumo-gastriques (Axenfeld, Contejean, Schneyer). En effet, sur un chien œsophagotomisé et gastrostomisé auquel on donne à manger (*repas fictif* de Pawlow), on voit le suc s'écouler par la fistule; or, après vagotomie, cet écoulement s'arrête (Pawlow et Mme Schümow-Simanowski). L'existence dans les pneumogastriques de ces fibres excito-sécrétoires des glandes gastriques a été confirmée, au point de vue histo-physiologique, par Lion, Théohari et Cade (Th. de Lyon, 1900).

Mais, d'après Pawlow et Mme Schümow-Simanowski, le point de départ du réflexe qui détermine la sécrétion ne réside pas dans le contact des aliments avec la muqueuse gastrique. Ce sont seules les propriétés chimiques de l'aliment qui la provoquent. Et encore, ajoute Pawlow, cette excitation chimique elle-même ne se produit qu'à la suite d'une modification première de l'aliment par le « suc psychique ». Pour lui, « c'est le désir passionné de l'aliment, l'appétit, qui produit seul l'effet sécrétoire dans l'expérience du repas fictif; *l'appétit c'est du suc.* »

Adenot et Latarjet ont publié récemment l'histoire clinique d'une malade qui présentait une hernie épigastrique de la muqueuse stomacale, complètement séparée de la grande cavité gastrique par une cloison, et réalisant ainsi le « petit estomac » de Pawlow. Cade et Latarjet ont étudié ce cas, unique dans son genre, au point de vue physiologique, et

ils ont pu vérifier la plupart des conclusions que Pawlow et ses élèves avaient tirées d'expériences sur les animaux; ils ont constaté notamment l'existence du suc psychique chez l'homme.

La sécrétion gastrique est donc surtout une sécrétion psychique, se faisant par la voie des pneumogastriques. A côté d'eux interviennent aussi les sympathiques, qui tiendraient sous leur dépendance, d'après Pawlow, une « sécrétion chimique » beaucoup moins importante que la précédente, malgré l'opinion contraire soutenue depuis par Leconte.

Quoi qu'il en soit, une notion nouvelle qui tend à s'accréditer de plus en plus, c'est l'influence sécrétoire des ganglions nerveux intra-stomacaux décrits par Openchowski (1889). Plusieurs auteurs (Schiff, Contejean) avaient observé que la destruction aussi complète que possible des nerfs se rendant à l'estomac n'abolit pas la sécrétion de cet organe. Popielski va même plus loin, et il tend à accorder à ces centres ganglionnaires, au détriment des centres médullaires ou cérébraux, la prépondérance dans l'acte réflexe de la sécrétion gastrique.

4° Composition chimique. — Laissant ici complètement de côté les questions de l'acidité stomacale et des deux ferments classiques, le lab et la pepsine, qui ont cependant donné lieu à d'intéressantes recherches (Pawlow, Pekelharing, Mme Schümow-Simanowski), nous ne ferons que décrire les deux nouveaux éléments découverts dans la sécrétion gastrique : la pseudo-pepsine et l'antipepsine.

La *pseudo-pepsine*, découverte par Glässner (1901), est un ferment protéolytique qui, par ses propriétés, son mode d'action, ses effets, diffère totalement de la pepsine et de la trypsine. A l'encontre de la pepsine, elle agit en solution alcaline. De plus, elle donne naissance au tryptophan de Neumeister qu'on ne rencontre jamais dans la digestion peptique. Elle peut d'ailleurs agir également en présence de l'acide chlorhydrique libre et son action n'est nullement entravée par la pepsine.

Guentzel a décelé en 1903 la présence d'un autre élément dans le suc gastrique : l'*antipepsine*. Cette substance aurait pour but de s'opposer, comme son nom l'indique, aux effets de la pepsine en milieu acide, c'est-à-dire à la formation des peptones. Elle serait, d'après Guentzel, le principal moyen de défense de la muqueuse gastrique contre l'auto-digestion. Son origine est assez mal connue : il semble cependant qu'elle prenne naissance au niveau même de l'épithélium stomacal; toutefois, on la rencontre dans les diverses tuniques de l'estomac, et même dans d'autres organes (foie, rate, reins, muscles).

II

Les sécrétions intestinales. — En ce qui concerne les sécrétions intestinales, plus encore que pour les sécrétions gastriques, la biologie s'est enrichie de faits qui ont modifié profondément les données classiques. Les physiologistes récents se sont efforcés d'établir les conditions qui président à la sécrétion intestinale. Ils ont montré l'existence de substances jusque-là ignorées et de rôle important, soit pour déterminer la sécrétion pancréatique (sécrétine) et favoriser son action tryptique (entérokinase) soit pour compléter la digestion des matières albuminoïdes commencée par le suc gastrique et continuée par le suc pancréatique (érepsine, arginase).

1° Sécrétion duodénale et brunnérienne. — D'après les recherches de Délezenne et Frouin, l'acide chlorhydrique stomacal, en pénétrant dans le duodénum, provoque localement et à distance par phénomène réflexe, peut-être aussi, comme nous le verrons, grâce à un mécanisme humoral, une sécrétion abondante du suc duodénal.

Gachet et Pachon ont trouvé à la sécrétion brünnérienne un pouvoir protéolytique, lequel serait, d'après Glässner, sous la dépendance d'un ferment très voisin de la pseudo-pepsine étudiée par cet auteur au niveau des glandes pyloriques.

2° Sécrétine. — A. *Découverte. Mode et lieux de production.* — La sécrétine a été découverte par Bayliss et Starling. Ces auteurs prélèvent un lambeau de muqueuse duodénale d'un chien à jeun et le font macérer dans une solution d'acide chlorhydrique à 0,4 p. 100. Ils obtiennent ainsi, après neutralisation et ébullition, un extrait dont l'injection dans une veine périphérique provoque un écoulement très abondant de suc pancréatique par la fistule préalablement établie. Tous les acides peuvent servir à former la sécrétine, mais aucun, à acidité égale, n'a une influence aussi marquée que HCl.

La plupart des auteurs, avec Bayliss et Starling, envisagent ainsi le rôle de l'acide : la muqueuse intestinale contient une substance sans action propre, la *prosécrétine*, que les acides transforment en sécrétine active. Camus conteste l'origine intestinale de la prosécrétine, qu'il considère comme étant peut-être d'origine biliaire : la muqueuse duodénale fixerait certains produits de transformation de la bile qui engendreraient la prosécrétine. Quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, l'acide est nécessaire pour la transformer en sécrétine. Récemment Délezenne et Pozerski ont nié l'existence de la prosécrétine : la sécrétine active existe dans les extraits d'intestin soit portés à l'ébullition ou à 0 degré, soit traités par un acide; mais les solutions de sécrétine restent sans effet, après mélange avec extrait aqueux d'intestin à température normale. Cet extrait, à cette température, renferme donc une *antisécrétine*. L'acide ou l'ébullition n'agissent pas en transformant une prosécrétine en sécrétine, mais en détruisant ou neutralisant l'antisécrétine. La sécrétine est préformée sous sa forme définitive; la prosécrétine n'existe pas.

D'autres tissus que la muqueuse intestinale peuvent donner naissance, sous l'influence des acides, à la sécrétine : muqueuse gastrique (Camus et Gley), ganglions mésentériques (Délezenne). La sécrétine ganglionnaire vient sans doute de la muqueuse; les chylifères et les ganglions contiendraient la sécrétine au même titre que les veines mésentériques (Wertheimer).

B. *Mode d'action.* — 1. *Action sur le pancréas.* — Une sécrétion pancréatique abondante est détermi-

née par l'injection de sécrétine dans une veine périphérique (saphène) [Bayliss et Starling] ou une artère pancréatique (Enriquez et Hallion). Le pouvoir excito-sécréteur est incontestable. Herzen et Radzikowski pensent que la sécrétine agit à la fois comme succagogue et comme agent de transformation des proferments en ferments actifs. Camus, Bayliss et Starling, ont montré que si le suc pancréatique est sécrété abondamment, par contre son pouvoir digestif est faible. Stassano et Billon attribuent ce fait, non à une diminution du pouvoir d'action du ferment, mais à sa diminution quantitative.

L'effet excito-sécrétoire de la sécrétine vis-à-vis du pancréas a fait contester par Bayliss et Starling les données acceptées depuis Pawlow sur la sécrétion de cette glande. Pawlow, Dolinski, Gottlieb observant une augmentation de la sécrétion pancréatique après introduction d'HCl dans le duodénum admettent que l'acide agit par excitation nerveuse, en influençant les terminaisons nerveuses centripètes de l'intestin grêle. La sécrétion est réflexe : les centres de réflexion siègent dans le système nerveux central (Pawlow), dans le ganglion pylorique (Popielski), dans les seuls ganglions intraglandulaires (Wertheimer et Lepage). A cette théorie réflexe, Bayliss et Starling opposent la théorie humorale : point n'est besoin, dans la sécrétion pancréatique, de l'influence du système nerveux. La sécrétine, pénétrant dans le sang, va influencer directement le pancréas. D'ailleurs, il ne s'agit pas ici d'une pure hypothèse. La présence de la sécrétine dans les veines mésentériques a été constatée par Wertheimer et Lepage. Elle se rencontre aussi dans le sang de la circulation générale (Enriquez, Hallion et Fleig). Chez un chien porteur d'une fistule pancréatique, Enriquez et Hallion font pénétrer au niveau du duonénum 20 à 30 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 5 p. 1000. La sécrétion pancréatique s'établit rapidement. Dès lors, de la carotide de ce chien à la jugulaire d'un autre chien, également porteur d'une fistule pancréatique, ils pratiquent la transfusion du sang. Le deuxième chien présente bientôt une sécrétion pancréatique abondante. C'est bien là une preuve de l'existence dans le sang, en dehors même du système porte, d'une substance à action excito-sécrétoire sur le pancréas, la sécrétine. Voilà donc les deux théories en présence. Doit-on admettre complètement l'une et rejeter l'autre? Certes on ne peut en aucune façon méconnaître le rôle de la sécrétine: Wertheimer et Fleig eux-mêmes ne le nient pas. Mais ils établissent aussi que, toute cause d'action de la sécrétine étant éliminée dans certaines expériences, l'HCl stomacal peut tout de même en arrivant au duodénum provoquer — et dès lors par mécanisme réflexe — la sécrétion pancréatique. D'ailleurs, d'après la théorie humorale, la sécrétine traverse d'abord le foie, et expérimentalement les injections de sécrétine par le réseau porte déterminent une sécrétion plus faible que par une veine de la grande circulation (saphène). En outre, s'il est vrai que le suc pancréatique d'origine sécrétinique possède un pouvoir digestif peu accusé, on ne peut admettre l'influence unique de la sécrétine. Ce sont là, semble-t-il, des arguments qui doivent faire admettre les deux mécanismes réflexe et humoral, susceptibles d'ailleurs d'agir simultanément.

2. *Action sur le foie.* — Le fait que l'injection de sécrétine dans l'artère hépatique ou dans le système porte entraîne une sécrétion moins abondante que l'injection dans la saphène par exemple, implique un arrêt au niveau du foie. La sécrétine intervient-elle dans les fonctions de cet organe, ou bien est-elle partiellement détruite?

D'après Victor Henri et Portier, la glande hépatique utilise la sécrétine comme un agent d'accélération de la sécrétion biliaire. Bayliss et Starling ont objecté que la sécrétine employée par ces auteurs et telle qu'ils la préparent eux-mêmes, renferme des sels biliaires en quantité suffisante pour avoir de ce fait une action cholagogue marquée.

Enriquez et Hallion, éliminant de la sécrétine toute trace de produits biliaires, l'injectent, ainsi purifiée, dans les veines mésentériques : il se produit une légère exagération de la sécrétion pancréatique et surtout une augmentation notable de la sécrétion biliaire. Ainsi se trouve bien établie l'action de la sécrétine sur le foie. Elaborée au niveau du duodénum et du jéjunum, elle passerait dans la circulation porte, irait activer la fonction biligénique du foie et, au delà de cet organe, contenue dans le sang de la circulation générale, elle influencerait le pancréas. Le foie et le pancréas, déjà accouplés de par leur origine et leurs fonctions, le seraient encore du fait de l'excitant commun de certaines de leurs sécrétions.

3. *Action sur la salive.* — Lambert et Meyer établissent l'effet sécrétoire marqué de la sécrétine vis-à-vis de la sous-maxillaire, à condition toutefois que l'injection ait lieu en dehors du système porte. L'injection de sécrétine dans les veines mésentériques ne produit rien ou peu, et, comme la sécrétine suit cette voie, on peut se demander si normalement elle intervient dans la sécrétion salivaire. Comme pour la sécrétion biliaire, Bayliss et Starling contestent ici le rôle de la sécrétine, pour eux excitant spécifique du pancréas. Gley et Camus, L. Cernier s'élèvent contre cette manière de voir. Pourtant, à la suite d'expériences toutes récentes, Derouaux revient aux idées des auteurs anglais. Pour lui, la macération de muqueuse duodéno-jéjunale, injectée dans les veines, détermine bien une sécrétion salivaire abondante par la sous-maxillaire, mais il incrimine des impuretés, notamment des albumoses, contenues dans l'extrait; la sécrétine absolument pure est incapable de toute action sur la salivation.

4. *Action sur l'intestin grêle.* — Délezenne et Frouin ont constaté que l'injection intraveineuse de macération duodénale acide provoque toujours la production d'une plus ou moins grande quantité de suc duodénal. Il s'agit là vraisemblablement d'une action de la sécrétine.

Enriquez et Hallion, à leur tour, pratiquant dans les artérioles qui vascularisent l'intestin grêle une injection de macération duodénale, observent la production de contractions dans le jéjuno-iléon. Il existe

donc, dans l'extrait acide de muqueuse duodénale, une substance, probablement identique à la sécrétine, une *motiline*, possédant une influence marquée sur les contractions intestinales.

c. *Nature et propriétés.* — Si le rôle de la sécrétine est bien connu, on ignore sa nature chimique. Du moins ne s'agit-il pas d'un ferment : elle résiste à l'ébullition. Bien que constituée sous l'influence des acides, elle n'en conserve pas moins ses fonctions, une fois formée, malgré qu'on la neutralise ou l'alcalinise (Bayliss et Starling). Soluble dans l'alcool à 90 degrés. Les sels des métaux lourds (Pb, Hg) la précipitent de ses solutions et la détruisent. L'acide phosphotungstique la détruit aussi. L'un des antagonistes les plus nets de la sécrétine est l'atropine (Camus et Gley). Pourtant, malgré l'atropine, la sécrétine peut, mais à forte dose, conserver toutes ses fonctions sécrétoires. Son pouvoir est diminué sinon aboli, par l'anesthésie (Bayliss et Starling, Gley et Camus).

Certains auteurs ont soutenu que l'injection de macération de muqueuse duodéno-jéjunale dans le sang détermine de l'hypotension. En réalité, cet effet dépresseur est dû à une autre substance que l'on peut détruire par l'alcool absolu. Celui-ci n'influence pas la prosécrétine; elle persiste donc et il suffit de la transformer en sécrétine par un acide pour s'assurer que son injection dans le sang n'a pas d'action sur la tension artérielle.

3° ENTÉROKINASE. — a. *Découverte.* — La sécrétine possède un effet excito-sécrétoire puissant sur le pancréas. Le suc de cette glande, déversé dans l'intestin, se trouve en présence d'aliments plus ou moins modifiés par le suc gastrique et sur lesquels il agit par ses trois ferments. Plus particulièrement en ce qui concerne l'action de la trypsine sur les matières albuminoïdes et leur transformation en peptones, Pawlow et Schepowalnikow ont montré le rôle adjuvant considérable que présente vis-à-vis d'elle le suc intestinal, grâce à la présence d'une substance qu'ils nomment l'entérokinase. On peut l'obtenir en recueillant le suc intestinal par une fistule ou encore en faisant macérer la muqueuse duodéno-jéjunale dans de l'eau où l'on ajoute quelques substances comme chloroforme, fluorure de sodium, toluène, qui mettent obstacle au développement de bactéries.

b. *Mode d'action.* — Les physiologistes russes ont bien établi que le suc intestinal est, à lui seul, incapable de produire la transformation des albuminoïdes en peptones. Le suc pancréatique, par la trypsine, est doué de cette propriété, mais son mélange avec le suc intestinal ou bien la macération non bouillie de muqueuse possède une action énormément plus énergique. Le suc intestinal contient donc une substance issue de la muqueuse et douée d'un pouvoir activant très manifeste sur le suc pancréatique. C'est l'entérokinase. Tous les auteurs sont d'accord là-dessus. Mais encore faut-il que le mélange des deux sucs ait lieu suivant certaines proportions. En effet, tout récemment, Otto Conheim a montré que l'action de la trypsine n'est pas accrue par l'addition en excès d'extrait intestinal, mais au contraire amoindrie, au point même de disparaître. L'entérokinase en excès est seule en cause ici bien que Weinland attribue le phénomène à la présence d'une *antitrypsine* dans le suc intestinal.

D'après Délezenne, l'influence de l'entérokinase serait encore plus considérable que ne l'ont observé Pawlow et Schepowalnikow. Il prétend en effet que si l'on n'a pas recours, pour recueillir le suc pancréatique, au procédé de Pawlow, mais au cathétérisme aseptique, le suc pancréatique absolument pur ainsi obtenu est incapable, en dehors de la présence de l'entérokinase, de transformer les albuminoïdes en peptones.

On conçoit dès lors que Pawlow et Délezenne n'envisagent pas de la même façon le rôle de l'entérokinase. Pour Pawlow, la sécrétion pancréatique renferme, suivant les nécessités de l'adaptation aux aliments, la trypsine à l'état de ferment ou au contraire de proferment. Dans ce second cas, le suc est peu actif à lui seul; l'entérokinase a spécialement pour but de transformer le proferment en ferment et de permettre ainsi son action digestive. C'est un « ferment des ferments ». On comprend bien ainsi l'augmentalion du pouvoir tryptique sous l'influence de l'entérokinase. Au contraire, Délezenne considère la trypsine comme entièrement formée dans le suc pancréatique, mais il lui refuse tout pouvoir dans la décomposition des molécules d'albumine. Sa fixation sur cette molécule est indispensable pour la décomposer, et elle ne se produit que si, au préalable, l'entérokinase a modifié cette molécule. L'entérokinase joue le rôle de mordant. Bayliss et Starling ont contesté cette opinion pour revenir aux idées de Pawlow : la trypsine ne résulte pas d'un mélange de kinase et de protrypsine, non plus que de leur combinaison, c'est un corps nouveau issu du trypsinogène en présence de l'entérokinase. Une fois formée point n'est besoin de la présence de l'entérokinase pour qu'elle ait un pouvoir protéolytique.

L'entérokinase ne se contente pas d'agir sur la trypsine. Schepowalnikow a établi que la lipase et l'amylase du suc pancréatique sont également influencées, bien qu'en moindres proportions. En portant la macération à l'ébullition, son effet activant se perd totalement. Pozerski ne croit pas que l'entérokinase ait ici un rôle. En effet, malgré l'ébullition, le pouvoir activant pour l'amylase est, selon lui, conservé, et de plus, s'il est vrai que pour Pawlow et Schepowalnikow ce pouvoir appartient à la muqueuse de l'intestin grêle tout entier et dans d'égales quantités, il y a là une contradiction avec la localisation de l'entérokinase admise par ces deux auteurs. En outre, ce pouvoir activant, Pozerski l'a retrouvé jusque dans le cæcum.

c. *Siège et origine.* — Or, l'entérokinase, comme l'ont montré Pawlow et Schepowalnikow, provient surtout de la muqueuse duodéno-jéjunale, et se rencontre en moindre proportion dans l'iléon. Tous les auteurs, Délezenne, Bayliss et Starling, etc., sont d'accord là-dessus. Dernièrement Frouin, et, plus récemment encore, Falloise, estimaient que sa sécrétion est maxima dans le duodénum, abondante encore dans le jéjunum et de plus en plus faible à

mesure qu'on gagne des portions plus reculées de l'iléon.

A quels organes doit-on attribuer la sécrétion? Délezenne soutient que l'entérokinase naît au niveau des organes lymphoïdes de la muqueuse et notamment des plaques de Peyer : la macération de ces plaques jouit d'un pouvoir très énergique vis-à-vis du suc pancréatique. Ferment d'origine leucocytaire, l'entérokinase serait un produit élaboré par les mononucléaires. D'ailleurs, suivant Délezenne, la présence de l'entérokinase peut être établie, en dehors des organes lymphoïdes de la muqueuse, dans un certain nombre de ganglions mésentériques. Son action, il est vrai, est alors un peu moindre. Les résultats obtenus par Délezenne ont donné un appoint nouveau à l'ancienne théorie de Corvisart, admise par Schiff, Herzen, soutenant que la rate sécrète une substance indispensable au pancréas pour son rôle tryptique. Bien que Gachet et Pachon se fussent efforcés, dans des mémoires récents, de rajeunir cette théorie en l'étayant de nouvelles expériences, la plupart des physiologistes n'admettaient pas le rôle de la rate vis-à-vis du pancréas. Actuellement, si vraiment l'entérokinase est d'origine leucocytaire, il est permis de penser que la rate est un de ses lieux de production et de ce fait peut influencer le pancréas.

Mais beaucoup d'auteurs, avec Gley et Camus, ont contesté cette origine leucocytaire. Bayliss et Starling, Hekma soutiennent que les glandes de la muqueuse constituent les organes sécrétoires. Plus récemment, Falloise fait à Délezenne l'objection suivante : si les plaques de Peyer sont les agents les plus puissants de la sécrétion de l'entérokinase, celle-ci doit être particulièrement abondante dans l'iléon, ce qui n'est pas. De plus, examinant comparativement le pouvoir d'extraits de plaques de Peyer et d'extraits de muqueuse ne renfermant pas de plaques, il établit que ces derniers ont de beaucoup le rôle le plus actif. Falloise élimine donc les plaques de Peyer. Il cherche ensuite à déterminer les éléments sécréteurs. Pour cela il a recours à la congélation de la muqueuse intestinale. Ceci fait, un râclage léger entraîne à peu près exclusivement les villosités. Un deuxième râclage plus profond entraîne les glandes de Lieberkühn. On fait un extrait glycériné avec le produit de chaque râclage et on examine comparativement leur influence sur le suc pancréatique. De cette façon, Falloise établit que les glandes de Lieberkühn ne jouent aucun rôle dans la production de l'entérokinase. La sécrétion est dévolue aux cellules épithéliales des villosités. Rappelons que d'après W. Sawitch la sécrétion de l'entérokinase est provoquée en partie par le suc pancréatique, arrivant au contact de la muqueuse intestinale.

d. *Nature. Propriétés.* — L'entérokinase est vraisemblablement un ferment soluble. Elle en possède les propriétés. En effet, on peut l'entraîner par des substances précipitantes : collodion, alcool, phosphate de chaux. Elle se fixe facilement sur la fibrine. Elle agit à des doses presque infinitésimales et dès lors par action de présence. Délezenne établit en effet que 1/10 000 de milligramme active 10 centimètres cubes de suc pancréatique inactif. Enfin la chaleur à 100 degrés la détruit à coup sûr. A 65 degrés, elle est très altérée; maintenue un certain temps à 70 degrés, elle perd toutes ses propriétés.

Cependant Larguier des Bancels a soutenu que la macération intestinale bouillie possède un pouvoir activant très marqué sur la trypsine. Ses conclusions ont été contestées par Délezenne, Camus et Gley.

Le fait que l'entérokinase est un ferment la distingue essentiellement de la sécrétine. Au moment de la découverte de ces deux substances, certains auteurs les avaient plus ou moins confondues. Camus a particulièrement insisté sur les caractères bien différents qu'elles présentent. L'entérokinase est détruite à l'ébullition; la sécrétine et la prosécrétine résistent à une température de 100 degrés, même prolongée. De plus, une macération de muqueuse duodénale peut renfermer à la fois la sécrétine (qu'on produit par l'influence des acides) et l'entérokinase (que l'on détruit par la chaleur). Les ganglions mésentériques, la rate, riches en kinase, contiennent très peu de sécrétine. Le suc intestinal du chien renferme, on le sait, beaucoup de kinase. Vient-on, comme Wertheimer, à l'acidifier et l'injecter ainsi modifié dans une veine, on ne détermine pas de sécrétion pancréatique. La kinase ne peut donc se transformer en sécrétine. D'ailleurs la destinée de ces deux substances est bien différente. L'une est en quelque sorte une sécrétion interne, puisque déversée dans le sang, l'autre une sécrétion externe, agissant dans la cavité intestinale.

e. *Entérokinase de l'homme.* — Tous les travaux dont nous avons parlé jusqu'ici rapportaient les résultats d'expériences entreprises sur des animaux. Hambürger et Hekma, chez un malade porteur d'une fistule intestinale, ont établi qu'à lui seul le suc intestinal ne transforme pas les matières albuminoïdes en peptones. Au contraire, le phénomène se produit avec beaucoup plus de rapidité et plus énergiquement que par le suc pancréatique seul, si on ajoute à ce dernier du suc intestinal. Ainsi se trouve vérifiée l'existence, chez l'homme, de l'entérokinase. Hambürger et Hekma admettent, comme Pawlow, que l'entérokinase transforme le zymogène inactif en trypsine. Ils constatent la disparition de toutes ses propriétés, si elle est chauffée à 67 degrés pendant deux heures. Pourtant, l'entérokinase n'est pas un « ferment de ferment » déterminant par phénomène de catalyse la transformation du proferment en trypsine. Le suc intestinal, pour influencer le pouvoir digestif du suc pancréatique, doit être en quantité assez notable, et la trypsine serait le résultat de réactions chimiques se produisant entre l'entérokinase d'une part, le zymogène de l'autre. Si le suc intestinal est par trop abondant, il transforme bien tout le zymogène en ferment actif, mais il constitue de plus un agent de dilution qui entrave la digestion tryptique. En somme il ne s'agit pas d'un ferment. Aussi les auteurs allemands veulent-ils substituer au terme d'entérokinase celui de *zymolysine*, qui indique suffisamment son action sans préjuger de sa nature. Chez l'homme cette zymolysine n'aurait au-

cun effet sur les deux autres ferments du suc pancréatique.

4° Erepsine. — a. *Découverte. Moyens de l'obtenir.* — Le suc pancréatique, grâce au concours de l'entérokinase, a pu transformer les albuminoïdes en peptones, et même donner naissance à des corps avec qui n'a plus lieu la réaction du biuret. Mais dans cette dernière transformation intervient surtout une substance nouvelle, découverte par Conheim dans la muqueuse intestinale du chien et du chat, l'érepsine. Pour l'obtenir, il suffit d'enlever par râclage la muqueuse intestinale. On la broie avec du sable fin et l'on additionne de solution physiologique légèrement alcaline. Après quelques heures, on exprime à la presse et filtre. L'extrait ainsi produit contient l'érepsine.

b. *Mode d'action.* — Si l'on excepte la protamine du sperme et la caséine du lait, l'érepsine est incapable d'influencer les matières albuminoïdes. Elle n'a d'effet que sur les albumoses et les peptones qu'elle scinde en produits cristalloïdes avec lesquels ne se produit plus la réaction du biuret. On obtient ainsi notamment, grâce à l'érepsine = ammoniaque, leucine, tyrosine, lysine, histidine, arginine...

c. *Sa présence dans le suc intestinal.* — Conheim n'avait pu primitivement résoudre la question de savoir si l'érepsine est déversée dans le suc intestinal, ou agit intracellulairement. Il semble bien démontré, notamment à la suite des travaux de Salaskin, Kutscher et Seemann, que le rôle de l'érepsine s'accomplit dans la lumière même de l'intestin, et l'on a peu de tendance à admettre l'opinion plus nouvelle de Nolf, d'après qui l'érepsine intervient intracellulairement, dans l'épaisseur de la muqueuse, lors du passage des substances résorbées par celle-ci. Certains auteurs ont fait encore d'autres objections, touchant l'existence même de l'érepsine ; se basant sur la formation possible de leucine et tyrosine par la trypsine pancréatique, ils soutiennent que la décomposition des albumoses et peptones en produits cristallisables dépend uniquement de la trypsine ; la soi-disant érepsine renfermerait de la trypsine restée adhérente à la muqueuse intestinale, et de là viendrait son pouvoir. Nakayama a complètement ruiné cette manière de voir et rétabli les propriétés de l'érepsine.

d. *Lieux de production.* — Falloise a montré tout récemment son inégale répartition dans l'intestin grêle : surtout abondante au niveau du jéjunum, elle serait sécrétée en quantité assez notable encore par le duodénum. Par contre, l'iléon en contient très peu. Quels organes entrent donc en jeu? Falloise, utilisant le même procédé qu'il avait employé pour reconnaître l'origine de l'entérokinase, et dont nous avons déjà suffisamment parlé, élimine presque complètement les glandes de Peyer et conclut que l'érepsine est sécrétée à la fois par les cellules des villosités et par les glandes de Lieberkühn. On peut donc concevoir son rôle de deux façons, comme Conheim l'a récemment soutenu : par les glandes, elle est déversée dans l'intestin, agit donc dans la lumière de ce conduit; sécrétée au niveau des villosités, elle agit sur les peptones lors de leur passage à travers la muqueuse.

Vernon a tout dernièrement confirmé la répartition de l'érepsine. De plus, il a pu l'extraire de presque tous les tissus, mais sa puissance protéolytique est variable. C'est surtout pendant la vie intra-utérine, ou la période de croissance, ou bien sous l'influence d'une alimentation carnée, que l'érepsine extraite du foie, de la rate ou des reins, est active.

e. *Influences qui favorisent sa sécrétion.* — Conheim avait émis l'hypothèse que la sécrétion de l'érepsine dépendait de l'action du suc pancréatique sur la muqueuse intestinale. Embden et Knoop, pratiquant la ligature des canaux pancréatiques, confirment cette opinion. Le suc pancréatique serait ou bien l'excitant nécessaire à sa production ou bien un agent de transformation de proferment en ferment actif. Par contre, Weeckers dans des anses intestinales isolées, Zünz et Mayer dans l'intestin malgré la ligature des canaux pancréatiques, constatent l'existence de l'érepsine.

f. *Nature.* — Conheim et à sa suite la plupart des auteurs ont soutenu que l'érepsine était un ferment. Cependant, d'après Salaskin, elle existerait dans le suc intestinal même bouilli.

g. *Existence chez l'homme.* — Comme pour l'entérokinase, Hambürger et Hekma ont pu démontrer, chez l'homme, l'existence de l'érepsine dans le suc intestinal. Ce serait un ferment d'action analogue à celle qu'indique Conheim. La chaleur lui enlève toute propriété. Hambürger et Hekma différencient l'érepsine de l'entérokinase par ce fait que la première de ces substances perd tout pouvoir, si elle est chauffée à 59 degrés pendant deux heures, tandis que l'entérokinase nécessite, pour être détruite, une température d'au moins 67 degrés.

5° Arginase. — Parmi les substances nées des peptones sous l'influence de l'érepsine, il s'en trouve une, l'arginine, qui subit des modifications importantes. Kossel et Dakin, la mettant en contact avec des fragments d'intestin broyés, constatent qu'elle se dédouble en urée et acides diamido-valériques. Cette réaction est le fait d'une diastase, l'*arginase*, que l'on peut extraire par l'eau et précipiter par le sulfate d'ammoniaque. On voit donc que déjà de l'urée serait formée au niveau de l'intestin. Ajoutons que l'arginase existerait aussi dans le foie.

Telles sont les principales données récentes que nous possédons sur les sécrétions gastriques et intestinales. Il serait téméraire de dire que l'avenir n'y changera rien; mais il est permis d'espérer qu'un jour viendra peut-être où, le fonctionnement même de la muqueuse gastro-entérique nous étant mieux connu, nous saurons mieux aussi en comprendre les troubles, et rapporter ainsi à leur véritable cause un si grand nombre de phénomènes morbides dont la pathogénie certaine nous échappe encore aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

Adenot et Latarjet. Hernie épigastrique de la muqueuse stomacale. Réalisation pathologique du petit estomac de Pawlow, *Presse méd.*, 3 sept. 1904. — Akermann. *Exper. Beitr.*

zur Kenntniss des Pylorussecretes beim Hunde, A. P., 1895, VI, 134-149. — ALDEHOFF et MERING. Einfl. des Nervensystems auf die Functionen des Magens. *Verh. d. Cong. f. inn. Med.*, 1899, p. 332-335. — ALDOR. Ueber die künstliche Beeinfl. der Magensaftsecret, *Zeits. f. klin. Med.*, 1900, XL, 248-265. — AXENFELD. L'azione del nervo vago sulla secrezione gastrica degli uccelli, *Atti i Rend. d. Acc. med. chir. di Perugia*, II, 3, p. 142.

BAYLISS et STARLING. The mecanism of pancreat. secret., *Journ. of Physiol.*, 1902, XXVIII, et *Centralbl. f. Physiol.*, XV, 682; — The proteolytic activities of the pancreatic juice, *Journ. of Physiol.*, 1903, XXX, 61; — Relation de la trypsine et de l'entérokinase, *Journ. of Physiol.*, 1905. — A. BICKEL. Recherches expérimentales démontrant l'influence de certains états psychiques sur la sécrétion gastrique, Soc. de méd. intern. de Berlin, 23 oct. 1905.

CADE et LATARJET. Réalisation pathologique du petit estomac de Pawlow. Etude physiologique et histologique, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1905, 221. — CAMUS. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, LIV. — Recherches expérimentales sur la sécrétine, *Journ. de physiol.*, 1902, 998. — CAMUS et GLEY. Sécrétion pancréatique active et sécrétion inactive, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, 241; — A propos de l'influence des macérations d'intestin sur l'action protéolytique du suc pancréatique, *Ibid.*, 434; — De la sécrétion du suc pancréatique protéolytique sous l'influence des injections de sécrétine, *Ibid.*, 649. — CARVALHO. Art. ESTOMAC, in *Dict. de Richet.* — L. CERNIER. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1902, 1004. — P. CHIGIN. *Activité sécrétoire de l'estomac du chien*, Th. inaug. de Saint-Pétersbourg, 1894; *Arch. d. sc. biol.*, III, 461. — O. CONHEIM. Die Umwandl. des Eiweiss durch die Darmwand, *Zeits. f. physiol. Chemie*, 1901, XXXIII, 451; — Weitere Mitteilung. über das Erepsin, *Ibid.*, 1902, XXXV, 139; — Trypsin u. Erepsin, *Ibid.*, 1902, XXXVI, 13; — Die Bedeut. des Dürmdarms f. die Verdanung-Biochem, *Centralbl.*, 1903, I, 169. — C. CONTEJEAN. Contribution à l'étude de la physiologie de l'estomac, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1893.

DÉLEZENNE. Sur la distribution et l'origine de l'entérokinase, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, 281; — Sur la présence dans les leucocytes et les ganglions lymphatiques d'une diastase favorisant la digestion tryptique des matières albumineuses, *Ibid.*, 283; — A propos de l'action de la chaleur sur l'entérokinase, *Ibid.*, 431; — Les kinases leucocytaires et la digestion de la fibrine par les sucs pancréatiques inactifs, *Ibid.*, 590. — DÉLEZENNE et FROUIN. Sur la présence de la sécrétine dans les macérations acides des ganglions mésentériques, *Ibid.*, 696; — La sécrétion physiologique du suc intestinal, *C. r. de la Soc. de biol.*, 20 fév. 1904. — DÉLEZENNE et POZERSKI. Action de l'extrait aqueux d'intestin sur la sécrétine, *C. r. de la Soc. de biol.*, juin 1904. — DEROUAUX. Action de la sécrétine sur les glandes salivaires et gastriques, *Arch. intern. de physiol.*, 1905.

EMBDEN et KNOOP. *Beitr. z. physiol. u. path. Chem.*, 1902, III, 120. — ENRIQUEZ. Sécrétine. Médication. Acide duodénal, *Presse méd.*, 17 fév. 1904. — ENRIQUEZ et HALLION. Acquisitions récentes sur la digestion intestinale, *Presse méd.*, 1902; — Action de la sécrétine sur le foie, *Ibid.*, 1903, n° 7.

FALLOISE. Origine sécrétoire du liquide obtenu par énervation d'une anse intestinale, *Arch. intern. de physiol.*, 1904-1905; — Distribution et origine des ferments digestifs de l'intestin grêle, *Ibid.*, 1905. — C. FLEIG. Action de la sécrétine et action de l'acide dans la sécrétion pancréatique, *Arch. gén. de méd.*, 1903, 1473. — A. FROUIN. Sécrétion continue du suc gastrique, *B. B.*, 1899, p. 498; — Isolement et extirpation totale de l'estomac du chien, *Ibid.*, p. 397; — Sécrétion et activité kinasique du suc intestinal chez les bovidés, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1904, 56 et 806; — Action sécrétoire du suc gastrique sur la sécrétion stomacale, Soc. de biol., 3 juin 1905.

GACHET et PACHON. Digestion de l'albumine par le duodénum, *Arch. intern. de physiol.*, avril 1898. — GLÄSSNER. Ueber die örtl. Verteil. der Profermente, *Beitr. z. physiol. u. pathol. Chem.*, 1901, I, 24; — Ueber die Function der Brünners'chen Drüsen, *Ibid.*, 105. — GUENTZEL. *L'antipepsine comme obstacle à l'auto-digestion stomacale*, Th. de Saint-Pétersbourg, 1903.

HAMBÜRGER et HEKMA. Le suc intestinal de l'homme, *Journ. de physiol.*, 1902, 805, et Kœn. Akad. van Wettenschappen te Amsterdam, 1902, 733. — HEKMA. Ueber die Umwandl. des Trypsinzymogens in Trypsin., *Arch. f. Physiol.*, 1904, 343. — V. HENRI et PORTIER. Action de la sécrétine sur la sécrétion de la bile, Soc. de biol., 31 mai 1902. — HERWER. Influence du cerveau sur la sécrétion gastrique, *Wratch*, 1899, 1 404. — HERZEN et RADZIKOWSKI. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, LIV, 507. — L. HUGOUNENQ. Les conquêtes récentes de la biologie dans le domaine du chimisme intestinal. Conférence faite à l'école de santé militaire, *Lyon méd.*, 7 janv. 1906.

N. JÜRGENS. *Sur la sécrétion stomacale des chiens qui ont subi la section sous-diaphragmatique des nerfs pneumo-gastriques*, Th. inaug. Saint-Pétersbourg, 1892; — *Arch. d. sc. biol.*, I, 323.

A. KOSSEL et H. DAKIN. Ueber die Arginase, *Zeits. f. physiol. Chem.*, 1904, 321. — N. KETSCHER. *L'excitation réflexe de la cavité buccale et la sécrétion gastrique*, Th. inaug. Saint-Pétersbourg, 1890. — KÜTSCHER et SEEMANN. Verdanungsvorgänge im Dünndarm, *Zeits. f. physiol. Chem.*, 1902, XXXIV, 528, et XXXV, 432.

LAMBERT. Soc. de biol., mars 1903. — LAMBERT et MEYER. Action de la sécrétine sur la sécrétion salivaire, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, 1 044. — LARGUIER DES BANCELS. De l'influence de la macération intestinale bouillie sur l'activité de la macération pancréatique (*C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, 360) et du suc pancréatique (*Ibid.*, 651). — LATARJET. Ancienne hernie de l'estomac et de la muqueuse gastrique; abouchement de la muqueuse à la peau, Soc. nat. de méd. de Lyon, 21 mars 1904, in *Lyon méd.*, 17 avril 1904. — LECONTE. Fonction gastro-intestinale. Etude physiologique, *La Cellule*, 1900, XVII, 285-318. — LOBASSOW. *Sécrétion gastrique chez le chien*, Th. inaug. de Saint-Pétersbourg, 1896; *Arch. d. sc. biol.*, V, 425. — LÖWI. *Centralbl. f. Physiol.*, 1902, XV, 590, et *Arch. f. experm. Pathol. u. Pharmak.*, 1902, XLVIII, 303.

NAKAYAMA. Ueber das Erepsin, *Zeits. f. physiol. Chem.*, 1904. — NOLF. De l'absorption intestinale de la propeptone chez le chien, *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique* (Sciences, 1903, 149, et 1904, 153).

PAWLOW. Méthode chirurgicale pour l'observation des phénomènes sécrétoires de l'estomac, Soc. des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 1894; — *Le travail des glandes digestives*, 1897; — Traduction française de Pachon et Sabrazès, 1901; — Le travail sécrétoire de l'estomac dans le jeûne, *Gaz. des hôp. de Botkin*, 1897, n° 41; — Nouveau procédé d'étude expérimentale de la sécrétion gastrique, Soc. des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 1900-1901. — PAWLOW et Mme SCHUMOW-SIMANOWSKI. L'innervation des glandes gastriques chez le chien, *Wratsch*, 1890; *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1895. — PEKELHARING. Neue Darstellungsweise des Pepsins, *Z. P. C.*, 1896, XXII, 233-244. — POPIELSKI. *Rousski Wratch*, 1902, I, 672, et *Journ. de physiol.*, 1902, IV, 750. — POZERSKI. Th. de Paris, 1902; — De l'action favorisante du suc intestinal sur l'amylase du suc pancréatique (*C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, 965) et sur l'amylase salivaire (*Ibid.*, 967).

SALASKIN. Soc. des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 24 avril 1902. — W. SAWITSCH. *Rousski Wratch*, 1902, I, 200; — L'agent excito-sécrétoire du nouveau ferment intestinal, Soc. des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 1900-1901.

— SAWRIEW. *Documents sur la physiologie et la pathologie des glandes gastriques du chien*, Th. de Saint-Pétersbourg, 1900. — SCHEPOWALNIKOW. *La physiologie du suc intestinal*, Th. de Saint-Pétersbourg, 1899. — SCHIPILOFF. Recherche sur les ferments digestifs, *Arch. des sc. physiq. et natur.*, 1891, XXVI, 462. — SCHMOLL. Digestion gastrique et intestinale, *Semaine méd.*, 1902, n° 31. — SCHNEYER. Magenssecret unter Nerveneinfl., *Wiener klin. Rundschau*, 1896, 49-51. — Mme SCHUMOW-SIMANOWSKI. Sur le suc stomacal et la pepsine chez les chiens, *Arch. d. sc. biol. de Saint-Pétersb.*, 1893. — SIMON et STASSANO. *C. r. de la Soc. de biol.*, nov. 1903. — A. SOKOLOW. Résultats obtenus par le nouveau procédé d'étude expérimentale de la sécrétion gastrique, Soc. des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 1901; — L'influence des divers acides sur la sécrétion gastrique, *Ibidem*. — A. SSANOZSKI. Sur les stimulants de la sécrétion du suc gastrique, Th. inaug. de Saint-Pétersbourg, 1892, et *Arch. d. sc. biol.*, I, 589. — STASSANO et BILLON. Sur la diminution du pouvoir digestif du suc pancréatique pendant la sécrétion provoquée par la sécrétine, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, 622; — Sur l'extraction de l'entérokinase par les nucléo-albuminoïdes de la muqueuse intestinale, *Ibid.*, 623; — Du caractère de la sécrétion pancréatique obtenue par injection de sécrétine, *Ibid.*, 937.

W. USCHAKOW. *Le nerf vague comme nerf sécréteur de l'estomac*, Th. inaug. de Saint-Pétersbourg, 1896; — *Arch. d. sc. biol.*, IV, 429.

VERNON. The ereptic power of tissus as a measure of functional capacity, *Journ. of physiol.*, 1905, XXXIII, 81-100.

WEEKERS. Sur l'érepsine, *Arch. intern. de physiol.*, déc. 1904. — WEINLAND. *Zeits f. Biol.*, 1899, XXXVIII, 16 et 607 et 1900, XL, 386. — WERTHEIMER. Sur le mécanisme de la sécrétion pancréatique, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1902, 472. — WOLKOWITSCH. *Physiologie et pathologie des glandes gastriques*, Th. inaug. de Saint-Pétersbourg, 1898.

ZUNZ et MAYER. Recherche sur la digestion de la viande chez le chien après ligature des canaux pancréatiques, *Mém. acad. royale de méd. de Belgique*, 1904.

LIVRES NOUVEAUX

La médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance (1), par le docteur WICKERSHEIMER.

Les reconstitutions historiques, les recherches patientes et minutieuses parmi les documents que nous a livrés le passé sont très en faveur de nos jours, et il faut reconnaître, qu'en médecine notamment, nombre de travaux intéressants ont été publiés en ce genre depuis quelques années. M. Cabanès, nous ne l'apprendrons à personne, s'est adonné avec un grand succès à ces fouilles qui lui permettent d'exhumer de temps en temps une pièce rare et curieuse; or il vient d'entreprendre récemment, avec l'aide de quelques collaborateurs, la publication d'une *Bibliothèque de curiosités et singularités médicales* dont fait partie le volume que nous présentons ici. Cet ouvrage aura certainement du succès car il étudie la vie médicale durant la glorieuse et si séduisante période de la Renaissance; aussi est-ce avec un intérêt sans cesse soutenu que nous envisageons, guidés par l'auteur, le rôle des médecins dans la société à cette époque, que nous vivons avec lui la vie des étudiants et des maîtres à la Faculté de Paris, à celle de Montpellier et dans les autres Facultés de second ordre. L'enseignement chirurgical, les luttes de la confrérie de Saint-Côme avec la Faculté nous arrêtent un bon moment, puis nous voyons successivement, grâce à la lumière des documents et des faits, ce qu'étaient alors les doctrines médicales, l'anatomie, l'hygiène, la médecine légale, les hôpitaux, la thérapeutique. Enfin comme dernier régal l'auteur nous offre pour ainsi dire une anthologie du célèbre ouvrage de Laurent Joubert, professeur à Montpellier, *Les Erreurs populaires au fait de la médecine et du régime de santé.* Que ceux qui n'ont jamais lu l'œuvre remarquable du clinicien de la Renaissance se hâtent d'acheter le livre du docteur Wickersheimer où ils en trouveront la substantifique moelle soigneusement extraite.

Ce n'est là d'ailleurs qu'une raison parmi toutes celles qui nous font recommander chaleureusement cet intéressant volume.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 693 p. — Prix : 7 fr 50. — Paris, Maloine.

Maladies du nez (1), par le docteur O. CHIARI.

La traduction du livre d'O. Chiari sur les *Maladies du nez* que nous donnent deux spécialistes belges, MM. C. Breyre et F. Schiffers, est une occasion pour nos lecteurs de juger des connaissances acquises de nos confrères allemands en rhinologie. L'ensemble de l'ouvrage est un manuel complet, scientifique et très largement au courant des travaux modernes comtemporains parus dans l'univers entier. Nous devons avec plaisir reconnaître toutefois, que les emprunts faits aux travaux de nos compatriotes spécialistes ne sont ni rares, ni marchandés; l'auteur et leurs traducteurs rendent au contraire un sincère et légitime hommage à leurs mérites.

On aimerait cependant à voir quelques chapitres particuliers un peu plus développés, ou plutôt complétés par quelques données bibliographiques nouvelles; mais peut-être quelques-unes l'étaient-elles trop pour que l'auteur ait pu ou voulu les donner; dans l'important chapitre consacré à la physiologie des fosses nasales, notamment, une part plus grande aurait pu être faite, semble-t-il, aux moyens de défense et de protection du nez contre l'infection. Dans le compte rendu très exact et très complet que nous donne l'auteur du travail intéressant du docteur Perez sur l'ozène, par exemple, la critique de l'auteur est peut-être un peu en défaut, si j'en juge par le compte rendu des recherches du docteur Perez qui a été publié ici même autrefois; à propos de l'ozène également, l'auteur aurait pu, je crois, sans se montrer trop novateur, parler des nombreux travaux récents qui, à l'heure actuelle, semblent permettre d'identifier le bacille de Löwenberg avec le pneumobacille de Friedländer. Ce sont là critiques de détail sans la moindre importance; elles n'enlèvent rien au caractère particulièrement élevé et éducateur du livre du docteur O. Chiari.

PAUL VIOLLET.

(1) In-8°. Edition française par C. Breyre et F. Schiffers. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 36. — MARDI 27 MARS 1906. 79e ANNÉE. MARDI 27 MARS 1906. — N° 36

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 26 mars 1906.

Dédié à l'Académie de médecine qui ne peut se mettre d'accord sur la question de la désinfection dans la tuberculosé :

« C'était une pratique très générale, au *commencement du siècle dernier*, dit Duclaux (1), surtout dans les villes où séjournaient les étrangers, d'exiger au départ de ceux qui s'étaient révélés tuberculeux ou, comme on le disait alors, poitrinaires, le prix de la literie ou des tentures.

Un exemple amusant en témoigne.

Dans un séjour que George Sand fit aux Baléares avec Chopin, l'humidité de la chartreuse qu'ils habitaient ensemble réveilla la tuberculose de son ami et il fallut de suite regagner la France. Il n'y avait qu'une voiture dans l'île, celle du médecin, qui n'avait pas à ce moment oublié les traditions ni l'enseignement de l'école et qui refusa de la prêter parce que le malade pouvait la contaminer. Il fallut transporter Chopin au moyen d'une brouette dans le petit bateau qui le conduisit à Barcelone. Là, le maître d'hôtel où il avait passé une nuit, en attendant le départ pour la France, lui demanda le paiement de sa literie, qu'il avait détruite parce qu'elle lui avait servi, et cela parut chose très normale. »

Et maintenant, goûtez et comparez.

Les quelques lignes qui suivent sont extraites d'un des meilleurs journaux de médecine d'aujourd'hui... nous avons nommé la *Gazette des hôpitaux*. L'entrefilet a pour titre : « Tuberculose et désinfection. »

M. D... étant mort d'une laryngite tuberculeuse dans un hôtel du Parc-aux-Princes, la propriétaire exigea des héritiers qu'ils fissent désinfecter l'hôtel. Les héritiers s'y refusèrent, alléguant que la tuberculose ne rentre pas *dans la catégorie des maladies contagieuses*, dont la *déclaration est obligatoire*, et que, par suite, la désinfection d'un local où est mort un tuberculeux reste facultative.

Mais la 6e Chambre en a jugé autrement et a condamné les héritiers à payer les frais de désinfection, soit 150 francs.

En l'an de grâce 1906, il faut un arrêt du tribunal civil pour faire désinfecter la chambre où un phtisique est mort! Vers 1840, un poitrinaire devait rembourser à un hôtelier le prix de la literie où il avait couché pendant une nuit!

N'est-il pas légitime de dire que l'hygiène marche à pas de géants?

(1) Duclaux. *Hygiène sociale*, p. 128.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecins des hôpitaux. — *Épreuve clinique.* — Séance du 22 mars 1906 : MM. Benjamin Weill, 17; Laubry, 20; Nattan-Larrier, 18.

Séance du 26 mars : MM. Castaigne et Weil (Emile), 20.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 29 mars, à neuf heures du matin, à Lariboisière.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 23 mars 1906. — Question donnée : « Orifice aortique. — Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

Lamy, 13 + 23 = 36; — Aine, 9 + 17 = 26; — Brin, 17 + 24 = 41; — Monsaingeon, 14 + 22 = 36; — Bienvenue, 9 + 16 = 25; — Barré, 11 + 16 = 27; — Galup, 11 + 20 = 31; — de Brunel de Serbonnes, 13 + 23 = 36; — Lyon-Caen, 15 + 23 = 38; — Durand (Gaston), 14 + 23 = 37; — Frinault, 10 + 19 = 29.

Séance du 24 mars. — Question donnée : « Tubes urinifères. — Hématurie. »

MM. Bailly, 15 + 22 = 37; — Pottet, 15 + 21 = 36; — Crémer, 11 + 16 = 27; — Schæffer, 16 + 20 = 36; — Saiget, 11 + 17 = 28; — Troisier, 17 + 24 = 41; — Pascalis, 9 + 19 = 28; — Sauphar, 17 + 15 = 32; — Chenet (Louis), 9 + 17 = 26; — Marre, 13 + 24 = 37.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Gaignard, Nory, Granval, Thouvenin, Bousseau, Gabory, Longuet, Aubry et Pineau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Puech, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchement.

— M. Lapeyre, agrégé libre, est rappelé à l'exercice du 1er mars au 31 octobre 1906.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Coudrain a adressé à M. le Ministre, qui l'a acceptée, sa démission de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

(Voir la suite, p. 430.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, mars-avril 1906.) NINA-RODRIGUES : La psychose polynévritique et le béribéri. — BESSIÈRE : Les stéréotypies démentielles. — GIMBAL : Les incendiaires (*suite*). — LAGRIFFE : Considérations sur quelques degrés de la responsabilité. — SOUTZO fils : La psychiatrie moderne et l'œuvre du professeur Kraepelin (*1er article*).

Archives générales de médecine. — (N° 11, 13 mars 1906.) DOMINICI : Sur le plan de structure du système hématopoiétique des mammifères. — RAUZIER : Leçons cliniques de thérapeutique pratique. Traitement du rhumatisme articulaire aigu. — BRELET : Diagnostic précoce de la rougeole. — (N° 12, 20 mars.) VERDALLE : Sur le traitement du diabète. Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète. — LE DENTU : Des complications broncho-pulmonaires post-opératoires.

Bulletin médical. — (N° 22, 21 mars 1906.) E. VALUDE : Accidents oculaires du travail ; contusion, brûlures, fulguration. — DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT : Les troubles mentaux de la lèpre. A propos d'un cas de psychose polynévritique chez un lépreux (*fin*). — (N° 23, 24 mars 1906.) MALHERBE et STACKLER : Examen de l'ouïe dans les écoles. — ARSIMOLES : Hystérie infantile avec hallucinations.

Journal des praticiens. — (N° 12, 24 mars 1906.) RÉNON : Les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique à son début. — BERGER : Les hernies congénitales. — HUCHARD : Les conséquences de l'hypertension artérielle (*suite*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 11, 17 mars 1906.) H. DURET : Amputation ostéoplastique du pied (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 11, 15 mars 1906.) CHEVAL : Traitement des lésions infectieuses des cavités accessoires du nez. — (N° 12, 22 mars.) CHEVAL : Traitement des lésions infectieuses des cavités accessoires du nez (*suite*). — Mme DERSCHEID-DELCOURT : La luxation congénitale de la hanche et son traitement par la réduction manuelle.

Medical Record. — (Vol. LXIX, n° 7, 17 fév. 1906.) KNOPF : Le rôle des instituteurs dans le problème de la tuberculose. — Bayard CLARK : Quelques notions nécessaires dans le diagnostic des affections chirurgicales des voies urinaires supérieures. — BILLINGS : Administration de l'antitoxine diphtérique et pratique de l'intubation par le bureau de la santé de New-York. — Walter S. REYNOLDS : Traitement non-opératoire de l'hypertrophie prostatique. — SHIPPS : Une cause de déchirure du périnée. — (N° 8, 24 fév.) — Egbert LE FEVRE : Quelques problèmes du traitement de la pneumonie. — Max BREUER : Le traitement de Bier par l'hyperémie. — Dudley ROBERTS : Vomissement chronique et périodique. — James MAC GUIRE : Etiologie de l'eczéma. — BARKAN : Quelques réflexions relatives à la phtisie. — (N° 9, 3 mars.) William LESZYNSKY : Méningite cérébro-spinale épidémique. Relation clinique et analyse de symptômes spéciaux dans 30 observations ; remarques sur le traitement. — Woods HUTCHINSON : Le cœur dans la tuberculose. — Gustaf NORSTRÖM : Massage et mobilisation dans les fractures. — Joseph ABRAHAM : Empyème syphilitique des sinus accessoires du nez, avec 4 observations. — J. THOMPSON : Leucémie splénique. — Percy FRIDENBERG : Aspiration de la cavité tympanique après la paracentèse ; secours précieux dans le traitement de l'otite moyenne aiguë.

Montpellier médical. — (N° 10, 11 mars 1906.) BERTIN-SANS et V. ROS : La qualité du lait à Montpellier. — J. GRASSET : Les voies de la sensibilité dans la moelle de l'homme (*suite*). Rapport présenté à la Section de neurologie du XVe Congrès international de médecine (Lisbonne, 19-25 avril 1906).

Presse médicale. — (N° 21, 14 mars 1906.) JEANNIN : De la séméiologie des lochies. — COUSIN et COSTA : La réaction des urines au bleu de méthylène dans la fièvre typhoïde. — CAVAILLON : Le drainage continu de l'estomac dans le traitement des péritonites aiguës. — (N° 22, 17 mars.) SENCERT : Œsophagotomie interne. Œsophagoscopique dans le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — DUFOURT : Les indications que doit remplir le régime alimentaire dans la lithiase biliaire. — (N° 23, 21 mars.) M. BOULAY : Des paresthésies pharyngées. — F. JAYLE : Méthode de réduction en position génu-cubitale de l'utérus rétroversé et rétrofléchi. — Ch. GAUDY : La réaction des urines au bleu de méthylène dans la fièvre typhoïde. — (N° 24, 24 mars.) SÉZARY : Microbiologie de la syphilis. Le treponema pallidum de Schaudinn. — CHAPUT : Les gants de caoutchouc. Modèle du docteur Chaput. Description et mode d'emploi.

Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique. — (Séance du 24 fév. 1906.) DE BEULE (de Gand) : Une série de vingt-deux gastro-entérostomies avec mon bouton à canal coudé. — BADALONI : Les positions asymétriques du tronc avec la fonction de respiration. — HEYMANS : Sur la genèse des cellules géantes.

Province médicale. — (N° 12, 24 mars 1906.) AUDEBERT : Diagnostic de la rétention partielle du placenta (à propos d'un cas terminé par la mort). — BOUSQUET : Hernie crurale étranglée ayant nécessité l'établissement d'un anus artificiel. Cure radicale de cet anus. Guérison.

Revue scientifique. — (N° 11, 16 mars 1906.) BRUNHES : Etude sur la déperdition de l'électricité en montagne. — GATIN : Les organes de sensation lumineuse des végétaux. — TRÉLAT : L'hygiène, l'école spéciale d'architecture. — GAUTIER, MAGNAN, HUMBERT : La réforme des études médicales. — (N° 12, 24 mars.) TISSOT : Les causes des accidents de l'anesthésie chloroformique et les moyens de les éviter. — BRUNHES : Etudes sur la déperdition de l'électricité en montagne. — BONGRAND : La valeur de l'expérimentation sur l'homme en pathologie expérimentale. — GAUTIER, MAGNAN, HUMBERT : La réforme des études médicales (*suite*).

Semaine gynécologique. — (N° 11, 13 mars 1906.) PICHEVIN : Ablation des poches kystiques en gynécologie.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

GASTRALGIE HYSTÉRIQUE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Gastralgie hystérique primitive ou secondaire. Difficultés du diagnostic. — Indications thérapeutiques. Pronostic de la gastralgie hystérique.

La coïncidence trop fréquente pour être l'effet du hasard des douleurs gastriques et des accidents hystériques, a depuis longtemps frappé les observateurs les moins prévenus. Nous ne voulons pas étudier ici l'historique de cette question; nous rappellerons seulement l'opinion de trois auteurs.

Cullen pensait déjà que « les paroxysmes hystériques commencent par une affection spasmodique et convulsive du canal alimentaire » et il avait remarqué « que les personnes sujettes à l'hystéricisme sont quelquefois en même temps affectées de dyspepsie » (*Éléments de médecine pratique. De l'hystérie*, § 1516).

Briquet a consacré un chapitre de son *Traité* à l'étude de la gastralgie hystérique. Ses descriptions sont plus complètes, mais il réunit sous ce nom tous les désordres gastriques, douleurs, digestions difficiles, vomissements, anorexie, qui peuvent s'observer chez les hystériques.

Après lui le terme gastralgie a été limité au sens qu'on lui donne actuellement de *crises de douleurs gastriques* et c'est la signification que Gilles de la Tourette donne à ce mot dans son *Traité de l'hystérie* (t. II, p. 273). Sous le nom de gastralgie hystérique, il désigne les crises de douleurs gastriques associées aux paroxysmes convulsifs. Il en comprend deux variétés.

Dans un premier groupe, il range ces malades dont parlait Briquet, « chez lesquelles le premier symptôme de l'hystérie est une attaque et chez lesquelles on voit la gastralgie se développer graduellement à mesure que les attaques se multiplient. Tout se borne à des douleurs à l'occasion d'un paroxysme né en dehors de l'estomac. »

Dans un second groupe de faits, les accès de gastralgie hystérique sont consécutifs à une irritation de l'estomac. Cette douleur est provoquée presque sûrement par l'ingestion des aliments et si l'aliment n'est pas rejeté immédiatement, « l'ensemble symptomatique d'une véritable attaque se déroule, » attaque un peu spéciale, à forme gastralgique, car aux divers accidents de l'attaque hystérique, convulsions, cris, larmes, etc., s'associe une douleur stomacale extrêmement vive, parfois effrayante.

La description de Gilles de la Tourette serre de plus près la réalité, toutefois les symptômes de la gastralgie hystérique n'ont pas toujours cette allure dramatique.

Les accès douloureux apparaissent après les repas, soit immédiatement après l'ingestion des aliments, soit deux ou trois heures plus tard. Nous avons été frappés de voir avec quelle fréquence ils prennent l'horaire des douleurs tardives, syndrome habituel dans l'ulcère ou dans les irritations inflammatoires de l'estomac.

Quel que soit son moment d'apparition, la douleur s'accompagne de troubles nerveux, de cris, d'agitation, de convulsions même, et une crise de larmes vient en général terminer l'accès. A mesure que les larmes s'écoulent, la malade retrouve son calme et la douleur gastrique s'efface. Son agitation désordonnée, aussi longtemps que se prolonge cette crise, peut être assurément effrayante. Mais dans la majorité des cas, on a plutôt l'impression qu'elle traduit d'une façon excessive une douleur relativement modérée.

Parfois la douleur gastrique est suivie immédiatement, non d'une crise convulsive, mais d'un état syncopal. La malade pâlit, et tombe en défaillance. Chez plusieurs de nos malades cette perte légère de connaissance survenait à chaque repas, après les premières bouchées, et se prolongeait pendant dix minutes à un quart d'heure.

Parfois la douleur peut s'associer à un équivalent de la crise d'hystérie. Chez une malade, l'accès de gastralgie se terminait par une crise d'aérophagie bruyante et retentissante, telle qu'on peut en observer chez les hystériques. La crise peut également prendre fin par un vomissement. Lorsque les accès de gastralgie hystérique se répètent continuellement, ils peuvent ainsi déterminer une variété de vomissements hystériques incoercibles.

Quelle est la nature de ces accidents de gastralgie hystérique, dans quelle condition apparaissent-ils? Il n'est pas douteux que de purs troubles nerveux puissent simultanément donner lieu à une crise convulsive et à une crampe douloureuse du pylore. A cet égard la première variété décrite par Gilles de la Tourette est parfaitement légitime. Mais ce diagnostic est loin d'être aisé.

Nous pensons, en effet, que dans la grande majorité des cas, la crise de gastralgie est consécutive à une cause périphérique. Si la douleur gastrique prend des allures si particulières, c'est uniquement au terrain sur lequel elle évolue qu'il faut l'attribuer. Il nous serait assez difficile de citer un fait de gastralgie hystérique pure, tandis que nous avons eu l'occasion d'observer des cas multiples où l'hystérie ne venait que modifier l'allure de la douleur provoquée par une lésion gastrique réelle. Les exemples sont assez nombreux pour n'avoir que l'embarras du choix. Ainsi parmi les malades qui se sont présentées dernièrement à notre consultation, il nous est facile de trouver des faits caractéristiques.

Voici une malade qui se plaint de douleurs tardives, survenant régulièrement deux à trois heures après les repas, très violentes, accompagnées d'agitation, d'angoisse, de tremblement, et aboutissant à une violente crise de larmes. Le matin à jeun on trouve une petite quantité de liquide acide dans l'estomac. La malade a vraisemblablement un ulcère de la région pylorique. Le traitement habituel, sans moyens psychothérapiques, fait disparaître la douleur et du même coup les crises de larmes associées.

Voici une autre malade qui se plaint de ressentir au début de chaque repas une vive douleur épigastrique. Chaque fois cette douleur est suivie d'une syncope légère, aussi toute alimentation devient presque impossible. Les autres stigmates font penser à une gastralgie hystérique pure : ces accidents d'ailleurs sont revenus à la suite d'une émotion vive. Pourtant l'interrogatoire apprend que la malade a eu autrefois deux hématémèses. Comme chez la malade précédente, le traitement de l'ulcère donne immédiatement les meilleurs résultats.

Nous pourrions citer aussi l'exemple d'une jeune femme, qui nous est adressée, à cause des douleurs épouvantables qui reviennent après chaque repas, accompagnées d'aérophagie bruyante et se terminant chaque fois par un vomissement. La malade est manifestement hystérique. Mais elle présente aussi des signes de gastrite alcoolique, et il y a quelques années elle a souffert cruellement, et a eu à deux reprises du mélæna. Ces accidents sont survenus après la mort de sa mère, brusquement. Malgré leur allure purement névropathique, les crises cèdent après une courte période d'isolement, pendant laquelle on a institué le régime lacté absolu et les pansements au sous-nitrate de bismuth.

Ce ne sont pas d'ailleurs seulement les ulcérations ou les gastrites, qui évoluant chez les hystériques donnent lieu aux accidents dont nous parlons. Les accès de convulsions, les crises de larmes, les défaillances, succèdent aussi aux douleurs épigastriques que peuvent déterminer des causes plus variées. Les ptoses abdominales présentent des paroxysmes qui peuvent s'associer aux mêmes désordres nerveux.

Les coliques hépatiques peuvent se traduire par des douleurs localisées à l'épigastre et associées à des crises de nerfs.

Le tabes même peut présenter des crises gastriques combinées à des crises hystériques. Un de nos malades, tabétique avéré et hystérique non moins net, fait pour ainsi dire des crises mixtes. C'est par hasard que nous avons établi ce diagnostic ; en ordonnant au malade de fixer un point pour mesurer son champ visuel, nous avons eu la surprise de le voir tomber en hypnose. Par suggestion il fut possible d'arrêter la crise brusquement. Mais elle reprit quelques heures après. Depuis chaque fois que nous avons vu ce malade, nous avons pu par le même procédé lui procurer facilement quelques heures de répit.

Deux des élèves de l'un de nous, MM. Bauer et Dobrovitch (1), ont rapporté plusieurs exemples de cette association de crises gastriques tabétiques et de crises de gastralgie hystérique. Le tabétique hystérique s'imite lui-même en quelque sorte, et intercale entre les crises vraies qui se reconnaissent à l'oligurie, de pseudo-crises justiciables d'un traitement psychothérapique pendant lesquelles la quantité d'urine ne diminue pas.

Somme toute, l'*accès de gastralgie hystérique peut apparaître chez un malade prédisposé, au cours de toutes les affections de l'estomac qui déterminent des crises de douleurs vives.*

La question la plus importante à résoudre, car elle entraîne des conséquences thérapeutiques, c'est de déterminer la nature exacte des accidents dans un cas donné. S'agit-il de désordres purement névropathiques ou de manifestations hystériques surajoutées à une maladie organique de l'estomac ?

Notre opinion, c'est que, dans la grande majorité des cas, on trouve une cause organique à ces souffrances ; les malades sont des gastriques avant d'être des névropathes. Les cas indiscutables de gastralgie hystérique primitive se réduisent à mesure que l'on connaît mieux le diagnostic des affections gastriques.

La plupart des neurologistes ont soutenu jusqu'à présent une opinion opposée. Ils appuient en général leur opinion sur l'étiologie de ces accidents. Les causes morales font en effet apparaître parfois les accès de gastralgie ; mais nous savons bien, que par un mécanisme encore difficile à définir, une émotion peut provoquer une récidive des symptômes de l'ulcère chronique de l'estomac, tantôt seulement des douleurs, tantôt même des hématémèses : nous reviendrons sur ces faits en étudiant les hématémèses hystériques.

En réalité, le seul moyen de parvenir à une certitude c'est de rechercher avec soin tous les symptômes révélateurs d'une cause organique, ulcération, gastrite, lésion du voisinage, etc. Si l'on peut reconnaître la cause qui détermine ces crises douloureuses, il suffira d'instituer le traitement convenable pour voir disparaître du même coup les accidents hystériques qui se sont greffés sur cette maladie gastrique. Il est tout à fait inutile en général d'avoir recours à un traitement psychothérapique.

Lorsqu'un examen sérieux ne révèle aucune cause périphérique, *on fera le diagnostic de gastralgie hystérique primitive, par exclusion de toutes les causes périphériques appréciables.* Il est bien certain que l'on se heurte ici trop souvent à la grande difficulté que l'on éprouve à différencier les affections organiques et fonctionnelles de l'appareil digestif. Aussi, le plus sage, dans les cas de doute, même en dehors de toute constatation positive, sera, s'il y a des accès de gastralgie très violente, de se défier d'un ulcère de la région pylorique. On sait par les recherches de Gilles de la Tourette que l'ulcère de l'estomac est particulièrement fréquent chez les hystériques.

Tout en instituant un traitement psychothérapique, il faudra dans l'institution du régime alimentaire se comporter comme s'il y avait une lésion ulcéreuse. On n'aura jamais à regretter cette conduite prudente.

Dans la majorité des cas le pronostic est bénin, et une fois leur cause nettement établie, les accidents cèdent facilement à un traitement rationnel dirigé, suivant les cas, contre l'état mental ou contre l'état gastrique de la malade.

Mais, sans qu'il soit possible d'en donner la raison, il n'en est pas toujours ainsi. Lasègue avait déjà

(1) Bauer et Dobrovitch. *Revue neurologique*, 15 déc. 1904.

signalé que « l'hystérie doit rester comme le type le plus achevé de ces combinaisons où interviennent l'irritation passagère et le spasme persistant. Combien de spasmes gastriques se sont pour ainsi dire perpétués après une simple indigestion ou une crise de pyrosis stomacal! Combien de fois l'œsophagisme n'a-t-il pas eu le même point de départ » (1). On peut en dire autant de l'hyperesthésie épigastrique et certains hystériques, ayant souffert par suite d'une lésion gastrique, continuent de longs mois après leur guérison à présenter la même sensibilité anormale.

Le mauvais pronostic peut tenir aussi à l'association d'un état mélancolique ou hypocondriaque. « Quelquefois, dit Briquet, une sorte d'hypocondrie ou de monomanie s'empare de leur esprit et les tient dans une préoccupation constante de leur santé. » A l'hystérie s'associe un état de dégénérescence mentale, il s'agit même parfois d'aliénation véritable; nous avons vu (2) que ces malades présentent des stigmates psychiques très différents de ceux de l'hystérie et restent le plus souvent des incurables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 MARS 1906)

Rayons X et activité génitale, par M. F. VILLEMIN. — Des expériences récentes ont démontré que des rayons X appliqués localement ou non sur les testicules détruisent plus ou moins complètement la glande séminale. Schönberg (3) a exposé des lapins et des cobayes à l'action des rayons X pendant 300 à 1 200 minutes; ces animaux conservent leur instinct génital, mais deviennent inféconds; ils n'ont pu féconder des femelles avec lesquelles ils ont cohabité pendant cinq à six mois. Bergonié et Tribondeau (4) ont étudié histologiquement les testicules de rats blancs soumis aux rayons X et sont arrivés aux résultats suivants : la glande séminale est détruite; il ne reste dans les tubes séminifères que le syncytium nourricier; mais les éléments sexuels peuvent se régénérer dans un temps relativement court (un mois et demi environ après la dernière expérience). La glande interstitielle ne subit aucune modification et présente même une certaine hypertrophie.

Les expériences de M. Villemin lui ont montré que les rayons X réalisent une dissociation entre les deux glandes du testicule. D'une part, ils détruisent l'épithélium séminal; d'autre part, ils respectent la glande interstitielle. Cette constatation, jointe à celles faites sur l'état anatomique et physiologique des animaux considérés au point de vue génital, conduit M. Villemin aux considérations suivantes; on sait que l'intégrité morphologique du tractus génital et que la conservation de l'activité sexuelle sont sous la dépendance du testicule.

En effet, chez les cobayes adultes castrés, on voit assez rapidement la verge et surtout les vésicules séminales diminuer dans toutes leurs dimensions et, en outre, l'activité sexuelle disparaît d'une façon complète. L'intégrité du tractus génital et de l'instinct sexuel chez les animaux soumis aux rayons X démontre que l'action générale du testicule n'est pas sous la dépendance de la glande séminale, puisque la disparition de celle-ci n'a aucune influence sur ce tractus et cet instinct.

Il faut donc admettre que cette action générale est sous la dépendance de la glande interstitielle, seule partie du testicule qui soit demeurée intacte après l'action des rayons X.

La conclusion à laquelle arrive M. Villemin vient confirmer l'opinion d'Ancel et Bouin (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 13, p. 149, et n° 16, p. 186) qui ont démontré, à la suite d'expériences de diverse nature, que, dans le testicule, la glande interstilielle seule possède une action générale sur l'organisme.

Sur la toxine et l'antitoxine cholériques, par MM. BRAU et DENIER.

Syphilis. — M. DEMACHY annonce une découverte relative au siège de la syphilis.

Présentation. — L'Académie présente au ministre de l'Instruction publique une liste de deux candidats pour la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux) vacante au Muséum d'histoire naturelle.

M. Guillaume Grandidier est présenté en première ligne, M. Trouessart en seconde ligne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MARS 1906)

Surrénalite de l'adulte; présence du tréponème pâle. — MM. Lucien JACQUET et A. SEZARY apportent la première constatation du *tréponème* de Schaudinn dans les viscères de l'adulte syphilitique.

Leur malade, entré dans le service pour un chancre avec syphilides papuleuses des bourses, présenta un syndrome addisonien fruste, mais net, dont il guérit par le traitement spécifique.

Revenu deux mois après pour une récidive de lésions scrotales, il succomba à une hémorragie cérébrale.

Ils ont examiné minutieusement presque tous les appareils ou organes. Les capsules surrénales à peu près seules étaient lésées.

Très hypertrophiées, atteintes de sclérose légère centripète avec infiltration lymphocytique nodulaire, elles contenaient en quantité considérable, surtout dans la zone fasciculée, le *tréponème pâle*.

Par contre, ils n'en ont trouvé ni dans les papules cutanées, ni dans les ganglions inguinaux. Tous les autres viscères examinés en étaient exempts.

Ainsi la surrénalite syphilitique, dont on a cité quelques observations cliniques, a désormais une base précise. Elle joue peut-être un rôle dans la pathogénie des localisations spécifiques.

M. QUEYRAT fait une communication sur un sujet à peu près analogue. Cette communication a malheureusement été couverte par le bruit des conversations particulières.

(1) *Etudes médicales :* Des hystéries périphériques, t. II, p. 79.

(2) Les stigmates mentaux de l'hystérie gastrique, *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 147.

(3) A. SCHÖNBERG. Ueber eine bisher unbekannte Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Organismus der Ziere, *Münch. med. Woch.*, 27 oct. 1903, p. 1859.

(4) BERGONIÉ et TRIBONDEAU. Action des rayons X sur le testicule du rat blanc, *C. r. de la Soc. de biol.*, 8 nov. et déc. 1904.

Ascite et pleurésie opalescentes chez une cardiaque. Réaction myéloïde du sang considérable. — MM. Louis Rénon et Léon Tixier ont eu l'occasion de suivre pendant plusieurs mois une malade atteinte d'ascite et de pleurésie opalescentes et chez laquelle ils ont constaté dans le sang une réaction myéloïde considérable.

Il ressort de leur observation que l'opalescence d'un épanchement peut n'avoir aucun rapport avec l'altération des chylifères de la région, d'ailleurs il n'en existe pas au niveau de la plèvre. Les arguments qu'ils donnent font rejeter l'hypothèse dans leur cas particulier du passage dans la cavité pleurale du liquide péritonéal opalescent, à travers les puits lymphatiques du diaphragme. La seule explication plausible de la teinte communiquée à ces épanchements, respectivement isolés, doit être recherchée dans les produits de dégénérescence et de désintégration des cellules très altérées en suspension dans le liquide.

Les auteurs pensent qu'il n'existe aucun rapport de cause à effet entre la présence de cette pleurésie et de cette ascite opalescentes et la constatation de la réaction myéloïde du sang vraiment considérable (8 myélocytes neutrophiles, 29 hématies nucléées pour 100 leucocytes). Ils estiment qu'un état infectieux quelconque est susceptible dans certains cas de produire de tels phénomènes par l'intermédiaire d'une sollicitation lente et continue des organes hématopoiétiques, et qu'il n'est pas indispensable, pour rencontrer des myélocytes et des hématies nucléées en circulation dans le sang, de se trouver en présence d'infections considérées par quelques auteurs comme spécifiques (variole, purpura myéloïde).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1906)

Sur les périsigmoïdites. — M. Lejars ne pense pas qu'on soit autorisé à désigner, sous le nom de périsigmoïdites, comme l'a fait M. Michaux, les inflammations qui fusent des annexes de la femme. Il faut réserver le nom des périsigmoïdites aux lésions du tissu cellulaire périsigmoïdien.

La sigmoïdite d'ailleurs est très difficile à différencier d'avec la périsigmoïdite et M. Lejars rapporte un cas qui l'a fort embarrassé autrefois et qu'aujourd'hui, étant donné les observations publiées, il étiquetterait volontiers sigmoïdite d'origine puerpérale.

Les périsigmoïdites vraies présentent deux variétés. Les unes évoluent brusquement avec toutes les allures d'un phlegmon aigu, d'autres au contraire évoluent lentement d'une façon torpide, provoquent une tuméfaction douloureuse, bosselée et ligneuse qui a toutes les allures d'une tumeur maligne. Le chirurgien est surpris, dans ces cas, de voir la tumeur fondre et disparaître sous la seule influence du repos et d'un régime alimentaire approprié.

M. Tuffier cite 3 cas personnels de périsigmoïdite dont 2 furent opérés, et un autre, pris pour un cancer inopérable, et guérit spontanément.

M. Loyson rapporte le fait d'un jeune soldat envoyé en Tunisie, qui, au bout de deux ans de séjour, fut pris subitement d'une violente douleur dans la fosse iliaque gauche avec fièvre. Quelques jours après, l'on constatait une tuméfaction profonde et rénitente qui augmenta rapidement de volume. Une incision conduisit dans une cavité remplie de pus qui fut drainée par la voie abdominale et lombaire. Quelques jours plus tard on constatait l'apparition d'une phlegmatia dans le membre inférieur correspondant, puis quelques symptômes d'entérocolite avec selles sanguinolentes et douleurs dans l'hypocondre droit sans ictère. Ces accidents ne persistèrent pas et la guérison s'effectua.

M. Broca pense que, dans quelques-unes de ces observations, il y avait une lésion primitive de l'appendice, car l'on sait qu'en pareil cas un abcès peut se montrer dans la fosse iliaque gauche. La phlegmatia d'origine appendiculaire siège d'ailleurs très souvent à gauche.

M. Segond a observé deux faits qui peuvent être rapprochés des précédents. Un cas de péricolite suppurée chez une jeune femme qu'il a opérée il a y déjà quelques années ; l'abcès, tout petit, siégeait à la partie supérieure du côlon ascendant. Chez un homme encore jeune, chez qui il avait porté le diagnostic de néoplasme intestinal, il a trouvé à l'opération un foyer purulent périsigmoïdien qu'il incisa. La guérison fut troublée par la formation d'une fistule stercorale qui se ferma d'ailleurs spontanément, et par la production de plastrons inflammatoires successifs échelonnés le long du gros intestin. Ces plastrons disparurent subitement à la suite d'applications de pommade iodurée conseillées par un médecin qui avait cru devoir les attribuer à de l'actinomycose.

M. Malvoz (de Liège) lit une communication sur un cas d'**obstruction intestinale**, par un bol fécal du poids de trois kilogrammes.

M. Thiery, dans une courte note, expose une cause d'**erreur d'interprétation dans la radiographie** des traumatismes du cou-de-pied.

M. P. Delbet clôt la discussion sur le traitement des **kystes hydatiques du foie.** Il maintient que le procédé de réduction après suture est le meilleur, bien qu'il y ait 25 à 30 p. 100 de réplétion des poches après la suture, réplétion que le capitonnage évite quand il est possible.

En tous cas, même si l'on est obligé d'inciser à nouveau et de drainer ces poches, la guérison est infiniment plus rapide que pour les fistules que donne la marsupialisation.

M. Chaput fait une communication sur la **stérilisation des gants en caoutchouc.**

M. Potherat présente **deux fibro-myxo-sarcomes extirpés du nerf sciatique.**

M. Legueu présente **deux petits calculs du rein** dont la migration facile du bassinet à l'uretère rendit l'extraction très difficile. Il fallut mettre le malade en position très déclive pour que les calculs tombassent spontanément dans le bassinet d'où il fut alors facile de les extraire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 MARS 1906)

Le microbisme normal de l'appendice. — MM. A. Gilbert et A. Lippmann rapportent l'exposé de toute une série de recherches qu'ils poursuivent depuis plus d'un an sur la bactériologie normale de l'appendice. S'adressant tantôt au lapin, tantôt au chien qui par son alimentation variée et la morphologie de son appendice offre avec l'homme les plus grandes analogies, MM. Gilbert et Lippmann ont pu arriver aux constatations suivantes :

A l'état normal, l'appendice est dans son entier le siège d'une flore microbienne, d'une grande variété et d'une extrême abondance. Les cultures anaérobies l'emportent d'une

façon remarquable et par la richesse de la prolifération microbienne et par la multiplicité des espèces sur les cultures ordinaires. Dans l'un comme dans l'autre cas d'ailleurs, il faut faire une place à part prépondérante au colibacille, qui par sa pullulation et sa constance devient un obstacle à la culture des autres germes. Les germes anaérobies appendiculaires appartiennent presque tous aux espèces anaérobies déjà rencontrées par les auteurs au cours de leurs recherches sur la flore microbienne normale des voies biliaires, salivaires et pancréatiques. Les mêmes microbes ont été décrits pour la plupart dans le pus des appendicites et plus spécialement des appendicites fétides. Enfin il est à remarquer que le régime alimentaire ne reste pas sans influence sur la qualité du microbisme appendiculaire; les germes gazogènes tels que le colibacille et le bacille perfringens se montrant moins constants et moins abondants chez le lapin que chez le chien.

Action du foie sur les extraits intestinaux. — MM. Roger et Josué ont établi que les injections intraveineuses d'extrait de la paroi de l'intestin grêle au lapin amènent une chute considérable et prolongée de la pression artérielle. Ils ont montré de plus qu'en introduisant des quantités trop faibles pour faire varier la pression, on rend l'animal réfractaire aux doses actives.

Il leur a semblé intéressant de rechercher si la substance hypertensive est arrêtée par le foie.

Si l'on injecte un extrait concentré par une branche d'origine de la veine porte, le foie n'exerce presque aucune influence. On sait en effet que le foie n'est capable d'arrêter que les substances diluées dans une assez grande quantité de liquide. Qu'il s'agisse de glycose ou de poison, les solutions concentrées traversent librement le réseau hépatique.

Les résultats sont différents quand on fait des expériences comparatives avec des extraits étendus de partie égale d'eau. Les liquides ainsi obtenus, injectés par une veine périphérique, se montrent un peu moins énergiques qu'avant la dilution.

Par contre l'extrait dilué, injecté par un rameau de la veine porte, n'abaisse la pression que dans des proportions minimes et pendant peu de temps.

Si le foie neutralise le pouvoir hypertensif des extraits intestinaux, il laisse subsister, par une véritable *sélection protectrice*, l'action immunisante. Un animal qui a reçu une dose unique par la veine porte, est soumis dix minutes plus tard, à une injection par les veines périphériques. On peut introduire 5 à 6 centimètres cubes d'extrait non dilué sans que la pression subisse aucune modification. Ainsi, en injectant l'extrait par une branche d'origine de la veine porte, on sépare l'action hypertensive que le foie annihile de l'action immunisante qui persiste.

Mode de propagation du virus rabique et du vaccin antirabique. — M. Remlinger. Le virus rabique se propage presque exclusivement par les nerfs, et les lymphatiques ne semblent jouer, dans sa transmission aux centres, qu'un rôle effacé. Les animaux auxquels on inocule du virus rabique dans les ganglions ne contractent presque jamais la maladie. Dans les rares cas positifs, la transmission du virus paraît s'effectuer par la voie des nerfs ganglionnaires et non par les vaisseaux lymphatiques, car l'inoculation intra-rénale ou intra-testiculaire donne les mêmes résultats. Le vaccin antirabique paraît au contraire se transmettre surtout par voie lymphatique, comme le prouvent en particulier les ganglions axillaires qu'il n'est pas rare de trouver engorgés au cours du traitement pastorien. Si on admettait que le vaccin chemine le long des nerfs comme le virus, il serait indiqué de pratiquer des inoculations non pas aux flancs, mais dans des régions plus rapprochées des centres et plus riches en nerfs, comme le cou ou la face. On pourrait aussi être autorisé, dans certains cas où il est particulièrement indiqué d'agir vite, à pratiquer les injections vaccinantes dans le canal rachidien par voie épidurale ou sous-arachnoïdienne.

Note sur les effets cliniques et biologiques de la sérothérapie antidiphtérique. — Pour M. Henri Lemaire, dans le sang de l'enfant qui a reçu une injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique et qui n'a pas eu d'accident sérothérapique, le sérum de cheval est décelable dès la deuxième heure. Abondant au bout de vingt-quatre heures, il ne disparaît que vers le trentième jour. La durée minima de la présence du sérum étranger a été de vingt-quatre jours, la durée maxima a été de cinquante et un jours. La disparition du sérum de cheval n'a jamais été suivie de l'apparition de précipitines.

Parmi les enfants qui ont eu des accidents imputables à la sérothérapie, il faut distinguer deux groupes :

Les uns n'ont eu que des accidents légers ou des accidents dont la nature est discutable. Ils possèdent dans leur sang du sérum de cheval pendant vingt jours environ. La durée minima de la présence du sérum étranger a été de douze jours, la durée maxima de trente jours. Le sérum de cheval disparaît sans qu'il soit remplacé par des précipitines.

Les autres ont eu des accidents sériques intenses. Avant l'accident sérique, le sang ne contenait que du sérum de cheval. Un, deux ou trois jours après, des précipitines sont décelables : le sérum de cheval coexiste encore pendant quatre ou cinq jours avec elles, puis il disparaît. Le sang perd sa qualité précipitogène au bout d'un laps de temps qui excède d'ordinaire quinze jours.

Le sérum du sujet a été précipitant dans 8 cas d'urticaire intense sur 8 examinés, dans 3 cas d'érythèmes circinés marginés sur 6, dans 2 cas d'arthralgie sur 4, dans 2 cas d'érythème morbilliforme sur 3 : aucun érythème scarlatiniforme pur n'a présenté la réaction précipitante du sérum.

Action préventive du salicylate de soude contre l'érysipèle du lapin. — MM. Lortat-Jacob et Vitry ont entrepris une série d'expériences pour montrer l'action du salicylate de soude contre les infections à streptocoque.

Dans trois séries d'expériences, ils ont pu démontrer que l'injection intra-veineuse de petites doses répétées de salicylate de soude augmentait la résistance du lapin à l'inoculation du streptocoque.

Avec un streptocoque de virulence forte, l'animal ainsi traité meurt en cinq jours, tandis que le témoin meurt en trois jours; avec un streptocoque de virulence faible l'animal traité ne présente aucune lésion locale tandis que les témoins ont un érysipèle typique; avec un streptocoque de virulence moyenne le témoin meurt en six jours tandis que l'animal traité survit sans présenter de lésion locale.

Action du suc gastrique sur le suc pancréatique. — De ses recherches, M. Iscovesco tire les conclusions suivantes :

1° Le suc gastrique total précipite le suc pancréatique total ou dialysé;

2° La précipitation n'est pas due à l'acidité du suc gastrique;

3° Le colloïde positif du suc gastrique forme avec les colloïdes négatifs du suc pancréatique, une combinaison, un complexe qui est insoluble dans un milieu même légèrement

acidifié par l'acide chlorhydrique et qui reste dissous dans un milieu neutre ou alcalin.

Ces faits ont des conséquences importantes au point de vue du pouvoir digestif de mélanges de suc gastrique et pancréatique.

Des ganglions lymphatiques des jeunes chiens. — Pour M. Retterer, chez les fœtus et les jeunes animaux, le ganglion lymphatique est formé par des cellules conjonctives dont le cystoplasma est commun (syncytium). Ce syncytium évolue en tissu réticulé plein d'abord, puis à mailles vides; dans les travées, il élabore des fibres conjonctives et élastiques. C'est par fonte protoplasmique que se produisent les éléments libres (lymphocytes, polynucléaires et éosinophiles).

Autres communications :

Sur l'immunité de la galleria mellonella vis-à-vis des bacilles tuberculeux. — M. Métalnikoff.

Résultats éloignés de la transplantation veineuse uniterminale. — MM. Carrel et Guthrie.

Sur la présence dans les macérations des muscles putréfiés d'une ptomaïne élevant la pression artérielle. — MM. Abelous, Ribaut, Soulié et Toujan.

Le travail exalté par une excitation nécessite un repos supplémentaire. — M. Féré.

Sur la non-digestibilité du mucus intestinal. — MM. J.-Ch. Roux et Riva.

Développement initial « in vitro » du spirille de la poule. — MM. Borrel et Burnet.

Action du suc gastrique artificiel sur l'ovalbumine. Précipitation. Redissolution en présence des électrolytes. — M. Mayer.

Action des injections sous-cutanées concentrées de bleu de méthylène sur l'élimination urinaire chez le lapin. — MM. Gautrelet et Gravellat.

Action des injections sous-cutanées de bleu de méthylène sur les fonctions hépatiques. — MM. Gautrelet et Gravellat.

Mécanisme de l'abaissement de l'azote urinaire consécutif aux injections de bleu de méthylène à 5 p. 100. — MM. Gautrelet et Gravellat.

Sur le magnésium du plasma sanguin et de l'eau de mer. — M. Jolyet.

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure [énésol]. (Louis Loquin. Th. de Lyon, 1905.) — Le prodigieux essor qu'a pris en ces dernières années la méthode des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis a eu pour conséquence de multiplier les recherches sur les composés du mercure utilisables par ce procédé; on tente en effet d'atteindre autant que possible ces trois conditions : minimum de toxicité, minimum de douleur, maximum de rendement thérapeutique. Or, parmi la masse des composés hydragyriques qui ont été ainsi récemment proposés il semble bien qu'il faille faire une place à part au salicylarsinate de mercure à l'étude duquel M. Louis Loquin vient de consacrer sa thèse inaugurale. Ce sel qui a reçu le nom d'« énésol », de ἔνεσις, injection (1), renferme le mercure sous cet état particulier, si intéressant au point de vue des applications thérapeutiques, qu'on appelle dissimulé ou latent. On obtient l'énésol en traitant du salicylate de mercure en solution dans l'alcool par de l'acide méthylarsinique; de la dissolution qui en résulte on retire une poudre blanche qui renferme une molécule de sel arsénieux pour une molécule de sel mercuriel. Ce composé présente donc l'avantage de contenir sous une forme dissimulée du mercure et de l'arsenic unis à un antiseptique, l'acide salicylique. C'est sans doute cette composition qui confère à l'énésol sa propriété la plus intéressante, la plus originale, dirons-nous, qui est une action élective spéciale sur l'élément nerveux; or cette propriété ressort nettement des observations citées par l'auteur et il nous paraît superflu d'insister sur son importance.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 16 juin 1904, n° 68, et 12 juillet 1904, n° 79.

Le salicylarsinate de mercure est soluble dans l'eau et cette solution peut être portée à 120 degrés sans qu'il y ait dissociation, d'où la possibilité d'une asepsie absolue sans altération des qualités thérapeutiques. Sa teneur en mercure est de 38,46 p. 100 et de 14,4 p. 100 en arsenic métalloïdique. Un centigramme de ce sel correspond à 0,0087 de biiodure de mercure.

Grâce à l'état latent la toxicité est très faible, la clinique l'a vérifié, par rapport aux quantités de mercure et d'arsenic qui entrent dans la composition de l'énésol. Son élimination se fait par le rein; le mercure apparaît dans les urines une à deux heures après l'injection et y persiste pendant trente-six à soixante-quatre heures.

La faible toxicité de l'énésol et le peu de douleurs qu'il provoque font des injections intramusculaires la meilleure manière de l'administrer. On emploie pour cela une solution titrée à 0,03 centigrammes par centimètre cube et on fait, d'une façon générale, une série de vingt piqûres quotidiennes de 1 centimètre cube chacune, avec repos d'une dizaine de jours suivi d'une nouvelle série d'injections. Ces doses peuvent être portées à 0,06 centigrammes par jour dans les cas très graves, mais en surveillant attentivement le rein.

Une autre conséquence de la toxicité minime et de l'indolence de l'énésol est son emploi dans le traitement de la syphilis infantile; on graduera naturellement les doses d'après l'âge de l'enfant et sa résistance individuelle.

La thèse très consciencieuse et très documentée de M. Louis Loquin rapporte tous les travaux publiés jusqu'ici sur l'énésol et l'emploi de ses recherches personnelles; les observations cliniques qu'elle renferme plaident fortement en faveur du pouvoir thérapeutique de ce composé mercuriel.

A. Gaullieur l'Hardy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LISTE DES PRIX A DÉCERNER

Tous les mémoires doivent être déposés au secrétariat, avant le 15 octobre, sans nom d'auteur, mais avec une devise.

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 400 francs). — Question posée : *L'hémoptysie.*

Prix Montyon (700 francs). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Prix Barbier (2000 francs). — A la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale

et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix Chateaubriand (2 000 francs). — Au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Ils seront reçus au secrétariat, de midi à trois heures du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Tremont (1 000 francs). — En faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat. Ils devront produire : 1° une demande; 2° les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher (1 200 francs). — Destiné à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse deux étudiants français et deux étudiants polonais. Déposer au secrétariat de la faculté, avant le 1er septembre : 1° une demande; 2° toutes pièces de nature à faire connaître la situation de fortune et celle de la famille ; 3° un document authentique établissant la nationalité française ou polonaise.

Prix Lacaze (10 000 francs). — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, au meilleur ouvrage sur la *phtisie* et sur la *fièvre typhoïde* (alternativement). A la fin de l'année 1906 il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde*.

Legs Jeunesse (1 500 francs). — Au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; — 750 francs (prix biennal) : Au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

En 1906, le prix relatif à l'hygiène sera seul attribué.

Prix J. Saintour (3 000 francs). — Question posée : *Des rapports de l'alcoolisme et des accidents saturnins.*

Prix Béhier (1 800 francs). — Question posée : *Syphilis hépatique.* — Ce prix sera attribué en 1906.

Prix Charles Legroux (300 francs.) — Au meilleur travail sur le *Diabète, ses causes et son traitement.* Ce prix sera attribué en 1907.

Legs Marjolin (5 161 francs). — Affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le doyen une demande libellée sur papier timbré de 60 centimes. Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté du 1er au 15 octobre.

Legs Barkow (4 000 francs). — Pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Faire la demande avant le 1er septembre.

Legs Pelrin. — Même but; même condition; en outre, appartenir à une famille domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Donation Lannelongue (1 200 francs). — En faveur d'un étudiant en médecine de l'Université de Paris, issu d'une famille peu fortunée, domiciliée depuis dix ans au moins dans le département du Gers et de préférence dans l'arrondissement de Condom. La bouse sera attribuée pour quatre ans. Elle pourra être retirée pour mauvaises notes de travail ou de conduite.

Prix du docteur Veret (de Doullens). — A décerner chaque année à un étudiant pauvre. Faire la demande sur timbre à 60 centimes avant le 1er septembre.

Thèses récompensées. — Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu la note « très satisfait ». Pour les bourses du doctorat en médecine, les bourses municipales, les bourses d'études, de voyages, la gratuité, les exonérations, se renseigner au secrétariat de la Faculté.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 AVRIL 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Legueu et Branca ; — (2e série) : MM. Poirier, Cunéo et Proust; — (3e série) : MM. Reclus, Sébileau et Rieffel.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Roger et Teissier.

4e : MM. Déjerine, Richaud et Macaigne; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Segond, Tuffier et Mauclaire; — M. Claude, suppléant.

Mardi 3 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Guiart.

1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Rieffel.

3e (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Brindeau; — (2e série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Bezançon.

4e : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, Auvray et Morestin; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon; — — (2e série) : MM. Raymond, Méry et Gouget; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 4 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Poirier, Delens et Rieffel.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Lepage et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Déjerine et Teissier; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 5 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Auvray et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Maillard.

1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Marion.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Renon et Jeanselme.

4e : MM. G. Ballet, Vaquez et Langlois; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 6 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Mauclaire et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Macaigne.

1er (oral) : MM. Reclus, Cunéo et Rieffel.

3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Landouzy, Retterer et Teissier; — (2e série) : MM. Brissaud, Legry et Claude.

4e : MM. Gaucher, Gley et Richaud; — M. Branca, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Pierre Duval; — M. Balthazard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Lepage, suppléant.

Samedi 7 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Mailard.

1er (oral, 1re série) : MM. Le Dentu, Launois et Morestin; — (2e série) : MM. Berger, Thiéry et Auvray; — (3e série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Marion.

4e : MM. G. Ballet, Vaquez et Langlois; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Roger et Méry; — (2e série) : MM. Hutinel, Renon et Gouget; — (3e série) : MM. Gilbert, Jeanselme et Bezançon; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 4 avril 1906, à une heure. — M. Audbert. La rachistovainisation obstétrique. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Wallich.) — Mlle Advakoff. La paralysie de la branche externe du spinal dans le tabes. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Wallich.) — M. Prudhomme. Les fistules du cou d'origine dentaire. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Wallich.) — M. Sauve. Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Wallich.) — M. Bauer. Recherches sur les voies de la circulation sanguine intrahépatique. (MM. Brissaud, président; Roger, Richaud et Balthazard.) — M. Civatte. Les parapsoriasis de Brocq. (MM. Brissaud, président; Roger, Richaud et Balthazard.) — M. Sabatier. Médecine et mutualisme de l'Œuvre médicale et des sociétés de prévoyance et d'assistance sociale. (MM. Roger, président; Brissaud, Richaud et Balthazard.) — M. Noir. Dactylie syphilitique; syphilis osseuse du métacarpe et du métatarse. (MM. Gaucher, président; Retterer, Claude et Macaigne.) — M. Boisseau. Traitement local des gommes syphilitiques par des injections d'iodure de potassium. (MM. Gaucher, président; Retterer, Claude et Macaigne.) — M. Symoneaux. Etude du lichen scrofulorum. (MM. Gaucher, président; Retterer, Claude et Macaigne.

Jeudi 5 avril 1906, à une heure. — M. Queille. L'artérite rhumatismale aiguë (artères périphériques). (MM. Debove, président; Joffroy, Raymond et Dupré). — M. Charpentier. Dégénérescence mentale et hystérie. Les empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale. (MM. Raymond, président; Debove, Raymond et Dupré.) — M. Menaut. De la main bote dans la maladie de Friedreich. (MM. Raymond, président; Debove, Joffroy et Dupré.) — M. Simon. Contribution à l'étude des kystes séreux du rein. (MM. Guyon, président; Le Dentu, Berger et Morestin.) — M. Dhery. La tuberculose du pubis chez l'enfant. (MM. Le Dentu, président; Guyon, Berger et Morestin.) — M. Devraigne. Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements. (MM. Le Dentu, président; Guyon, Berger et Morestin.) — M. Alquier. Hernies intercostales abdominales. (MM. Berger, président; Guyon, Le Dentu et Morestin.) — M. de la Lande de Vallière. Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans l'infection puerpérale. (MM. Cornil, président; Budin, Bezançon et Demelin.) — M. Voguet. Section latérale du pubis dite opération de Gigli. (MM. Budin, président; Cornil, Bezançon et Demelin.) — M. Baudon. Le syndrome de Little. Valeur nostalgique. Formes cliniques. Traitement. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Thiroloix et Méry). — M. Toutain. Relations de la chorée de Sydenham avec la tuberculose. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Thiroloix et Méry.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

Médecin des établissements d'aliénés. — Vingt-quatre candidats sont inscrits pour le concours ouvert au ministère de l'Intérieur pour l'emploi de médecin des établissements d'aliénés.

Le jury est constitué comme suit : MM. Drouineau, président; Joffroy, Mairet, Régis, Dubuisson, Giraud, Sigaret, Antheaume, membres; Valette, secrétaire; Lopin, secrétaire adjoint.

Assistance médicale. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Poulain, Catz, Blondin, Beauvy, Friedel, Cauzard, Vincent, Bernheim, Castex, Signoret.

Contre l'absinthe. — On sait qu'une loi interdisant l'absinthe a été votée récemment en Belgique. Cette loi, dont la portée est à peu près la même qu'une loi qui interdirait le gin en France, a néanmoins été d'un heureux exemple. Voici que le grand conseil du canton de Zug a adopté après un long débat, par 21 voix contre 16, un projet de loi décrétant l'interdiction de la vente de l'absinthe.

C'est la première fois qu'un canton suisse prend une semblable décision.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marduel (de Lyon) et Poncet (de la Tour de Salvagny).

Association d'enseignement médical professionnel. — *Cours de vacances* (8e série, Pâques 1906). — Du 9 au 21 avril 1906, une série de cours auront lieu. En voici la liste :

I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Massage, M. Marchais; — Electrothérapie, M. Zimmern; — Accouchements, M. Dubrisay; — Thérapeutique appliquée, M. Landowski; — Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Lesné; — Maladies nerveuses, M. A. Riche; — Chirurgie dentaire, M. Roy.

II. *Dans différents services.* — Gynécologie et chirurgie pratique, M. Savariaud (Lariboisière); — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (Établissement dermatologique); — Auscultation, M. Caussade (Tenon); — Otorhino-laryngologie, M. G. Laurens (Clinique de la Trinité); — Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière); — Maladies des voies urinaires, M. Noguès (Necker); — Chirurgie infantile; orthopédie, M. Barbarin (hôpital Anne-Marie).

Tous les cours commenceront le lundi 9. Repos le dimanche 15 et le lundi 16.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Marchais, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — Séance du 26 mars 1906. — Question donnée : « Rapports du rein. Hydronéphroses. » — Questions restées dans l'urne : « Ligaments de l'articulation du genou. Ankyloses du genou. — Espace intercostal. Abcès froids de la paroi thoracique. »

Ordre de lecture des copies : MM. Labey, Grégoire, Schwartz, Proust, Guibé, Alglave, Wiart, Chifoliau, Desjardins, Lecène, Kendirdjy, Iselin, Baumgartner, Mouchet, Marcille, Veau, Fredet, Chevrier et Alexandre.

Séance du 27 mars. — MM. Grégoire et Schwartz, 25; Labey, 22.

— Ophtalmologiste des hopitaux. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux : MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneau, Théophile Anger, Nélaton, Gouraud et Toupet.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 27 mars 1906. — Question donnée : « Releveurs de l'anus chez la femme. — Signes, diagnostic et complications de la dysenterie. »

Mlle Giry, 11 + 24 = 35; — MM. Burnier, 15 + 19 = 34; — Stévenin, 11 + 22 = 33; — Bourdier, 11 + 21 = 32; Brisset, 13 + 19 = 32; — Braun, 11 + 20 = 31; — Bécus, 11 + 18 = 29; — Pélissier, 13 + 16 = 29; — Martinguay, 10 + 17 = 27.

Prochaine séance jeudi 29 mars, à quatre heures trente, 49, rue des Saints-Pères.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret en date du 25 mars 1906, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu par décision ministérielle du même jour les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de Montéty, maintenu au 114e d'infanterie; — Goulon, au 1er d'infanterie; — Lenez, au 155e d'infanterie; — Benoît, au 9e d'infanterie; — Armynot du Chatelet, au 151e d'infanterie; — Wendinger, au 150e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Cordier, maintenu au 109e d'infanterie ; — Lannou, au 93e d'infanterie; — Picqué, surveillant à l'école du service de santé militaire; — Billon, au 77e d'infanterie; — Savornin, au 163e d'infanterie; — Tellier, désigné pour le 85e d'infanterie; — Morel, maintenu au 153e d'infanterie; — Ecochard, au 137e d'infanterie; — Taillade, aux hôpitaux de la division d'Oran (service); — Munaret, au 125e d'infanterie; — Blondel de Joigny, au 159e d'infanterie; — Pasquet, au 75e d'infanterie (service); — Perrot, surveillant à l'école du service de santé militaire; — Spindler, au 117e d'infanterie.

— Par décision ministérielle du 25 mars 1906 :

MM. les médecins-majors de première classe Mickaniewski passe aux salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal (service); — Fribourg, affecté pour ordre à l'hôpital de Lille; — Maguin, aux salles militaires de l'hospice mixte de Nimes; — Guillabert, passe au 29e d'artillerie; — Rouget, affecté à la 7e direction du ministère de la guerre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Guirlet, passe au 29e d'artillerie (service); — Pouy, à l'Ecole militaire de l'artillerie et du génie à Versailles; — Genod, au 6e chasseurs à cheval (service); — Mathieu, à la direction du service de santé du 4e corps (service); — Letainturier de la Chapelle, aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam (service); — Blary, au 3e tirailleurs algériens (service).

M. le médecin aide-major de première classe Nurdin passe au 127e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Querleux et Martin, passent aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (service); — Geay, aux hôpitaux de la division d'Alger (service); — Reynaud, au 36e d'infanterie (service); — Grondone, au 112e d'infanterie (service); — Perrot, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran (service); — Laloy, au 25e d'artillerie à Châlons-sur-Marne (service); — Nugue, au 3e bataillon de chasseurs à pied (service).

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 25 mars 1906, ont été promus ou réintégrés :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Roques et Simond, placés en résidence libre.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Thoulon, maintenu à la Compagnie du chemin de fer du Yunnan ; — Legendre, en service à Madagascar; — Cordier, en service au Tonkin ; — Mille, au 8e d'infanterie coloniale.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Imbert, maintenu en service en Cochinchine ; — Couvy, au 3e d'artillerie coloniale ; — Clavet, en service au corps d'occupation de Chine; — Gravot, attaché à la mission du Sud-Cameroun; — Brochard, détaché, hors cadres, à la compagnie du chemin de fer du Chan-Si.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 29 mars, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine. La conférence sera faite à cinq heures trois quarts par M. le docteur Monprofit sur la « Chirurgie de l'estomac ».

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la onzième semaine, 984 décès, au lieu de 1029 pendant la semaine précédente (moyenne 1075). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques sont rares, sauf la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 41, au lieu de la moyenne 58.

La variole n'a pas causé de décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13, chiffre de la semaine précédente (moyenne 34).

La rougeole a causé 25 décès, au lieu de 23 pendant la semaine précédente, la moyenne est 14; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 566, au lieu de 604 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 200. Le XVe arrondissement, Vaugirard, continue à être le plus frappé (4 décès, 74 cas nouveaux).

La scarlatine a causé 1 décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 68, il s'élevait à 65 pendant la semaine précédente, la moyenne est 69. La coqueluche a causé 6 décès (moyenne 8). La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 53, au lieu de 69 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 140.

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 27).

En outre, 32 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 184 décès, au lieu de 174 pendant la semaine précédente (moyenne 209). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (moyenne 16); bronchite chronique, 17 (moyenne 27); pneumonie, 34 (moyenne 51); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 126 (moyenne 115), dont 42 sont dus à la congestion pulmonaire et 47 à la broncho-pneumonie.

En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 199 décès ; la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 43 décès; les maladies organiques du cœur, 77; le cancer, 61; la hernie et l'obstruction intestinale, 10; la cirrhose du foie, 11; la néphrite, 23; enfin, 52 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vêtu (de Calais).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 11, 17 mars 1906.) ROSENBERGER : Contribution à l'étude de l'excrétion des corps xanthiques endogènes après une perte de sang abondante.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 15 mars 1906.) BAGINSKY : Diagnostic précoce et traitement du cancer du larynx. — KOLLE et STONG : Sur l'inoculation préventive de l'homme avec des cultures atténuées de bacilles pesteux vivants. — OSTERMANN : La pharyngite méningococcique originée de la méningite épidémique. — DÜHRSSEN : Réponse à l'article de Hofmeier. L'opération césarienne vaginale. — RIEBOLD : Les élévations de température prémenstruelles. — PUPPE : Sur l'intoxication par le lysol.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 20 mars 1906.) POSSELT : L'échinocoque alvéolaire. — TROMMSDORE : L'épreuve des leucocytes du lait. — SCHÜTZ : Communication sur le spirochaete pallida (Schaudinn) et les cytorrhyctes (Siegel). — HECKER : La fréquence et les conséquences de l'usage de l'alcool chez les écoliers du peuple et de la classe moyenne. — THIENGER : Nouvelles recherches sur la théophylline. — WELSCH : Contribution à la prophylaxie et au traitement de l'appendicite. — FEDERSCHMIDT : Les ruptures de l'intestin par contusion. — WÖRNER : Sur le prurigo hémorragique. — STEIM : Un cas de kyste hydatique du foie ouvert dans le poumon, guéri par la résection costale. — EHRLICH : Suicide par le véronal. — KUTZLER : Un nouveau lit d'hôpital pour enfants. — WITTEK : L'eau comme obstacle aux rayons Röntgen.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 11, 11 mars 1906.) BAIASSA : Un cas de calcul prostatique et d'aspermatisme. — PREISZ : Les bacilles tuberculeux de l'homme, des mammifères et des oiseaux sont-ils de race différente ou non ?

Riforma medica. — (N° 10, 10 mars 1906.) Luigi D'AMATO : La fièvre syphilitique tertiaire. — Giuseppe RONCHI : Quelques cas intéressants d'affections dermosyphilopathiques chez des hommes. — A. CONTI et F. ZUCCOLA : Sur la localisation intime du mercure dans l'organisme. — (N° 11, 17 mars.) Augusto MURRI : Le diagnostic des tumeurs intra-craniennes arrivées au stade terminal. — Nicolo COLETTI : Un cas d'angiome musculaire primitif du trapèze. — A. CONTI et F. ZUCCOLA : Sur la localisation intime du mercure dans l'organisme.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 11, 15 mars 1906.) TAUBER : Traitement sérothérapique de l'inflammation fibrineuse du poumon. — KRAUS et PRANTSCHOFF : Sur les vibrions cholériques et les autres vibrions. — HIRSCHL : Remarques sur le traitement de la maladie de Basedow. — BLOCH : Sur un cas de lèpre tubéroso-maculo-anesthésique. — KROKIEWICZ et ENGLANDER : Expériences avec le sérum de Marmorek dans la phtisie pulmonaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SUTURE DES PLAIES DU CŒUR

Par MM. J. DE FOURMESTRAUX et Ch. LINÉ.
Internes des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion le 5 juillet 1905, pendant notre service de garde à l'hôpital Bichat, de suturer une plaie du ventricule gauche et du bord antérieur du poumon gauche. Notre malade a guéri. Présenté le 11 octobre 1905 à la Société de chirurgie par notre maître, M. le docteur Picqué, ce blessé, que nous avons revu il y a quelques jours, est dans un état de santé parfait plus de neuf mois après l'intervention.

Son observation peut se résumer en peu de mots.

All..., François, reçoit, une demi-heure avant notre examen le 5 juillet, un coup de couteau porté avec violence et de haut en bas; la lame a pénétré à un travers de doigt en dehors du mamelon. Le diagnostic de plaie pénétrante de poitrine et de plaie du cœur probable ne nous parut pas douteux. Le blessé la face et les extrémités cyanosées répondait cependant aux questions qu'on lui posait et n'accusait pas de douleurs vives. Son pouls était petit, à peine frappé, mais non arythmique. La matité cardiaque était augmentée, enfin les bruits du cœur assourdis, lointains et voilés, s'entendaient à peine. Il n'y avait pas eu d'hémoptysie, la plaie thoracique ne saignait pas. M. Vivier, assistant de consultation à l'hôpital Bichat, notre collègue Giroux l'examinèrent alors et pensèrent comme nous que le cœur avait été atteint, qu'en tout cas il y avait une hémorragie grave qui commandait une intervention immédiate.

Après désinfection des mains et du champ opératoire nous pratiquons un volet cutané à charnière externe comprenant la peau et le grand pectoral; il est rabattu vers l'aisselle. Un volet osseux à charnière interne sectionnant les troisième, quatrième et cinquième côtes à 7 à 8 centimètres du bord sternal. Le volet est récliné en dedans, les cartilages costaux se plient facilement et sont luxés en dedans au niveau des articulations chondro-sternales. La plèvre largement ouverte est réclinée elle aussi; appliquée à la face interne du volet.

Le poumon fait hernie dans la plaie opératoire en même temps que s'écoule une grande quantité de sang. Le bord antérieur de la languette pulmonaire gauche a été atteint et saigne; avec quelque difficulté on en fait l'hémostase. Réclinant alors en dehors poumon et plèvre, nous apercevons le péricarde distendu, présentant une ouverture par laquelle, à chaque contraction cardiaque, il s'échappe un jet de sang, comparable à celui que donnerait la section d'une radiale. Le péricarde est alors largement ouvert, repéré par quatre pinces de Kocher. Il contient une quantité de sang que nous évaluons au moins à 300 grammes.

On peut alors constater sur le cœur la présence d'une plaie linéaire oblique de bas en haut et de dehors en dedans et de laquelle s'échappe en bavant une quantité notable de sang. Cet écoulement semble plus considérable au moment de la diastole.

Cette plaie siège sur le ventricule gauche à environ un travers de doigt du sillon interventriculaire, à 5 à 6 centimètres de la pointe. Nous introduisons à ce moment une sonde cannelée entre les lèvres de la plaie cardiaque, elle pénètre dans la cavité ventriculaire.

Nous ne poussons pas plus loin nos investigations et pratiquons la suture. Fixant solidement la pointe entre le pouce et l'index de la main gauche, nous passons un premier point de soie fine, mais ce point n'a pas été assez pénétrant, il coupe et l'hémorragie se fait plus abondante. L'hémostase n'est obtenue d'une façon parfaite qu'en faisant un deuxième et un troisième points, musculaires et profonds, mais non perforants. Nous asséchons de nouveau le péricarde, vérifions les sutures, nous nous assurons que le cœur ne porte pas de plaie à sa face postérieure. Le péricarde est fermé par un surjet de catgut, la suture pulmonaire contrôlée et on referme la paroi sans aucun drainage.

Les suites opératoires furent simples. Au second jour toutefois, on constate des signes d'épanchement pleural droit, un empyème permet l'évacuation de 600 grammes de sang. Six jours après l'intervention, le malade présente un peu de température et accuse de la douleur au niveau de sa plaie. Nous faisons sauter trois fils, débridons la branche inférieure du volet cutané. Il y a une légère infection locale. La température tombe le soir même. Au bout de quinze jours, All... quitte l'hôpital.

Notre maître M. Talamon a bien voulu l'examiner à deux reprises. Deux mois après l'intervention, il trouvait une tachycardie notable, un pouls à 110, avec 37 degrés de température. Quatre mois après l'intervention il considère son cœur comme absolument normal, le pouls est à 76. Il n'y a pas de souffle ni intra ni extra cardiaque, et son hémothorax lui-même n'a pas laissé de trace. L'examen direct, la radiographie et la radioscopie montrent qu'il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque.

Un grand nombre d'interventions pratiquées sur le cadavre, l'étude attentive de toutes les observations de cardiorraphie menées à bien, certaines remarques que nous avons pu faire au cours de notre intervention nous ont amené à croire que la technique opératoire classique pourrait peut-être, avec avantage, être quelque peu modifiée.

Nous examinerons successivement le *diagnostic*, la *technique opératoire* et le *traitement consécutif des plaies cardiaques*.

Le *diagnostic* nous a paru assez facile.

L'augmentation nette de la zone de matité cardiaque, l'affaiblissement des bruits du cœur qu'on entendait à peine, un pouls filiforme et mal frappé chez un blessé qui présente une plaie dans le voisinage du mamelon constituent, semble-t-il, autant de symptômes qui commandent une intervention immédiate. Nous n'avons pas constaté l'hémorragie externe en présence de laquelle se sont trouvés quelques chirurgiens [Fontan (1), Pomara (2)]. Il y avait une distension considérable du péricarde et cependant nous n'avons trouvé ni douleur sternale, ni douleur abdominale irradiée, comme dans les cas de Marion et de Raismith (3) rapportés dans l'excellente monographie de Guibal (4). Des signes de

(1) Fontan. *Bull. de la Soc. de chir.*, 9 mai 1900.

(2) Pomara. *Gaz. degli Osp.*, 1902.

(3) Raismith. On the symptom of abdominal pain in stow intra pericardical hemorragie, *Lancet*, London 1885.

(4) Guibal. La chirurgie du cœur, *Revue de chir.*, 1905.

pneumothorax nous sont apparus comme peu nets. Nous nous sommes gardés de toute exploration de la plaie. Du reste, à partir du moment où les symptômes d'hémorragie interne nous ont semblé évidents, nous avons évité de remuer notre malade, persuadés que le diagnostic ne peut porter sur le siège exact de l'hémorragie, mais que chaque fois que cette hémorragie entraînera des symptômes graves par elle-même ou par les compressions qu'elle cause, le véritable moyen de diagnostic n'est autre que l'intervention opératoire.

Cependant il faut bien convenir que certains symptômes appartiennent en propre aux plaies du cœur et rien qu'à elles. La division des plaies cardiaques en plaies qui saignent à l'intérieur et plaies qui saignent dans le péricarde nous apparaît comme juste en tout point.

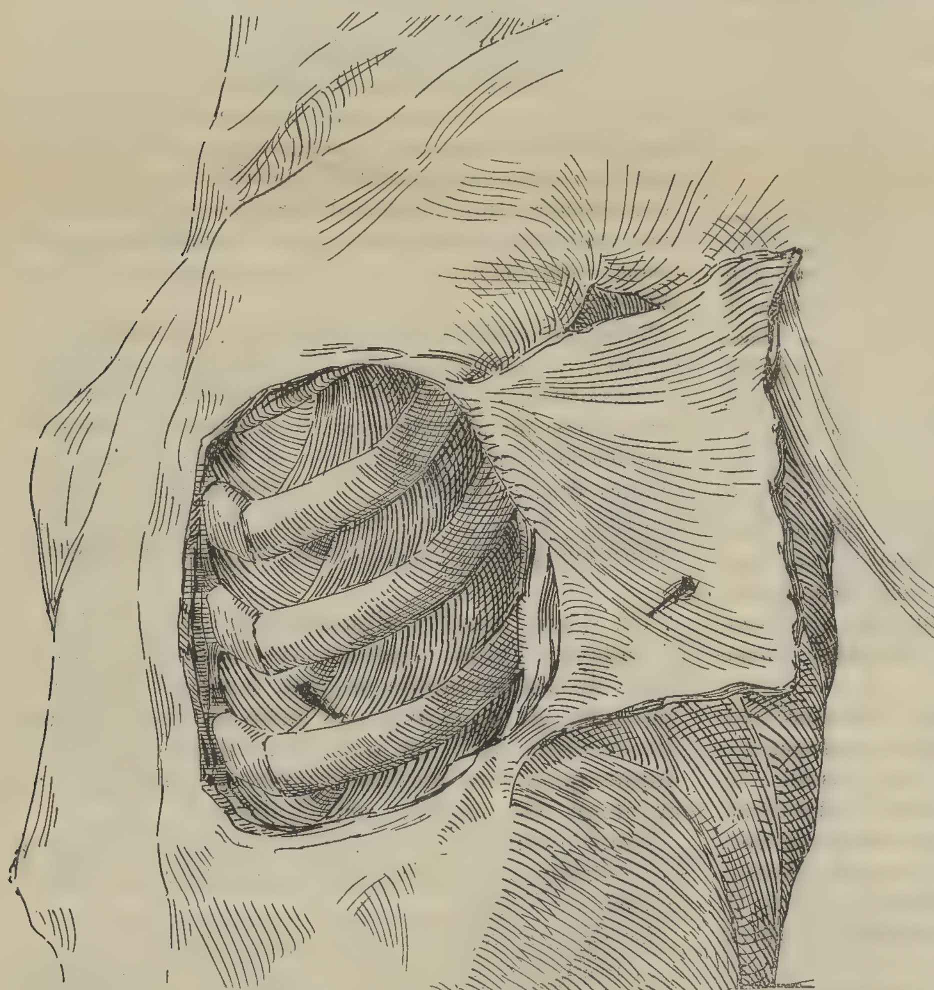


Fig. 1. — Le volet cutané comprenant la peau et le grand pectoral est rabattu en dehors vers l'aisselle et permet l'exploration de la paroi thoracique.

Lemaître (1) insiste sur cette division dans sa thèse et nous semble avoir tout à fait raison. Dans le premier cas le blessé saigne dans son péricarde, mais l'ouverture est assez large pour permettre l'écoulement sanguin dans la plèvre et à l'extérieur. Il y a des symptômes d'hémorragie grave, mais c'est une hémorragie qui se fait dans la plèvre et en dehors du thorax. Il n'y a aucun symptôme de compression cardiaque. L'« herz, tamponade » de Rose n'existe pas.

Dans le second cas l'hémorragie se fait dans le péricarde avec une rapidité plus ou moins grande. Les symptômes immédiats présentent de suite une extrême gravité. Le cœur tamponné dans une loge peu extensible s'arrête et une mort rapide survient. Si l'on étudie les diverses observations de cardiorraphie on constate que tous les chirurgiens insistent sur l'extrême gravité de ces symptômes immédiats. Il n'y a pas de pouls radial [Brachini (1)]. Le blessé perd connaissance, son pouls est imperceptible, ses pupilles dilatées [Janari (2)]. Il est prostré, pâle, abattu, sans pouls [Isnardi (3)]. Le pouls radial est absent, les battements du cœur à peine perceptibles [Camus (4)].

Dans tous ces cas, au cours de l'intervention, on trouve le péricarde distendu. C'est un blessé qui meurt par arrêt mécanique du cœur.

Entre ces deux formes cliniques il y a évidemment des transitions, mais cette division nous semble très logique, avec cette restriction que la seconde forme (hémorragie intra-péricardique et compression cardiaque) semble beaucoup plus fréquente et d'un pronostic immédiat plus grave que la première où l'hémorragie se fait dans la plèvre et au dehors du thorax.

Sur certains points de *technique opératoire* nous nous sommes un peu éloignés des classiques. Si l'on étudie les travaux récents parus sur cette question, on voit qu'il y a presque autant de procédés opératoires que de chirurgiens.

Il semble qu'aujourd'hui la résection définitive d'une ou plusieurs côtes soit définitivement abandonnée, elle nécessite plus de temps et donne moins de jour. C'est à la résection temporaire que presque tous se rallient. Triangulaire ou plus souvent quadrangulaire le volet est à charnière horizontale, externe ou interne. Le lambeau à charnière horizontale a été peu et n'est plus guère employé.

Le volet à charnière interne, employé par Ninni et étudié par Rötter (5), a permis à Marion, avec une légère modification, d'avoir un jour très suffi-

(1) R. Lemaitre. *Technique opératoire de la suture des plaies du cœur*, Th. de Paris, 1905.

(1) Brachini. *Clinica chirurg.*, Milano 1901.
(2) Janari. *Policlino*, Roma 1903.
(3) Isnardi. *Clinica chirurg.*, 1903.
(4) Camus. In Th. Lemaître, Paris 1905.
(5) Rötter. Die Herzmoth als typische Operation, *Munch. med. Wochens.*, 1900.

sant. Il est rejeté dans le mémoire de Terrier et Reymond (1).

Le volet à charnière externe, ou de Delorme-Fontan, semble être le plus employé aujourd'hui et a en tout cas permis de belles interventions : Fontan, Launay, Savariaud, Riche, etc. Notre collègue Lemaître propose de le modifier en comprenant dans son lambeau les troisième, quatrième et cinquième cartilages costaux. C'est le lambeau de Delorme-Fontan, mais pratiqué à un étage intercostal supérieur et plus près du sternum.

Notre tracé d'incision présente une orientation inverse. Nous avions avant cette intervention étudié sur le cadavre, à la suite du mémoire de Guibal, les voies d'abord du péricarde après résection costale. Le volet à charnière interne, volet déjà ancien de Ninni, nous avait semblé le plus souvent très suffisant, en tout cas d'une exécution beaucoup plus rapide que les autres procédés. Il nous a sur le vivant, en le modifiant quelque peu, donné toute satisfaction.

Nous faisons, comme le montrent les planches ci-contre (fig. 1), un premier lambeau cutanéo-musculaire à charnière externe. Il comprend dans son épaisseur la peau et le grand pectoral. Ce volet cutané nous semble présenter un grand avantage, en ce sens que, une fois récliné en dehors, vers l'aisselle, il permet d'examiner largement la face externe du thorax et de voir déjà parfois, si la plaie a été pénétrante ou non et en tous cas sa direction.

Ce lambeau isolé en dehors par une compresse, nous réséquons alors les troisième, quatrième et cinquième côtes à 8 centimètres du bord sternal. Les côtes sont coupées au costotome ou même avec un fort ciseau. Les intercostales écrasées par le ciseau ou costotome sur la côte sus-jacente donnent peu ou point de sang, en tout cas leur hémostase est facile. La plèvre est intéressée et son feuillet pariétal rabattu en dedans, accolé à la face interne du volet. Ce dernier est luxé en dedans à ras du sternum, au niveau des articulations chondro-sternales. Cette luxation nous a été très facile chez notre opéré, sur le cadavre elle ne nous a jamais présenté de difficulté réelle.

Nous avons ainsi (fig. 2) deux lambeaux d'orientation inverse qui s'ouvrent comme une porte à double battant, lambeau cutanéo-musculaire en dehors, volet osseux en dedans, et qui sont, lorsque l'on ferme le thorax, très faciles à appliquer l'un sur l'autre. Cette discordance entre les points de section osseux d'une part, cutanés de l'autre, permet un double affrontement beaucoup plus exact. Les dangers d'infection secondaire au cours d'un pansement nous apparaissent comme moindres.

La production d'emphysème sous-cutané que paraît tant redouter un certain nombre de chirurgiens et qui leur fait même rejeter tout drainage immédiat nous semble moins à craindre.

Ce procédé opératoire, s'il n'est pas à l'abri de toute critique, et en premier lieu il faut citer l'ouverture fatale de la plèvre qu'on incise résolument au lieu de la décoller avec soin, comme dans le procédé de charnière externe, nous apparaît en tout cas comme d'une exécution plus rapide et plus facile.



Fig. 2. — Le volet osseux est récliné en dedans, par luxation des articulations chondro-sternales, le poumon et la cavité pleurale sont isolés par une grande compresse. On aperçoit nettement la face antérieure du péricarde.

L'ouverture de la plèvre est-elle, en somme, tant à craindre ? Ne s'illusionne-t-on pas sur les dangers du pneumothorax chirurgical ? Pour notre part, toutes les fois que nous avons vu une plèvre largement ouverte, nous n'avons jamais constaté d'accidents immédiats ou tardifs graves. Si l'on compulse enfin les diverses observations de plaie du cœur traitées opératoirement, on est frappé de ce fait que la plèvre est le plus souvent lésée (Colombini, Fontan, Isnardi, Guinard, Kappeler, etc.).

Sur les 55 cas que rapporte Guibal, 49 fois la plèvre est ouverte, c'est presque une proportion de 90 p. 100. Le fait au surplus de laisser passer inaperçue une plaie pleuro-pulmonaire en décollant avec

(1) Terrier et Reymond. Cong. de chir., 1902.

soin et lenteur un feuillet pleural mince et friable, n'est-il pas autrement à redouter? C'est perdre un temps précieux dans une intervention où la rapidité opératoire est, après une rigoureuse asepsie, le premier facteur de la guérison.

Notre volet nous avait donné sur la face antérieure du cœur un jour très suffisant, il permet de voir facilement les ventricules (fig. 3), et la bascule du cœur en haut en en dedans pour examiner la face postérieure (fig. 4).

Nous aurions en revanche certainement été gênés pour suturer une plaie de la base ou du bord droit.

Sur le cadavre nous avons depuis essayé de nous faire du jour sur ces deux régions, en employant d'abord divers artifices, soit en inclinant le sujet, soit en faisant récliner le sternum en dedans par un aide vigoureux tirant sur une grande valve abdominale. La thoracotomie à droite du sternum, transsternale [Marion (1)], la désinsertion des cartilages [Lemaitre (2)], nous ont semblé être d'une exécution assez difficile.

En réalité nous n'avons jamais eu de jour réel, chirurgical sur la base du cœur et sur son bord droit qu'en comprenant la deuxième côte dans le lambeau que nous réclinons en dedans (fig. 4). Nous croyons même que peut-être il serait, le cas échéant, suffisant de réséquer les deuxième, troisième et quatrième côtes, les différents tracés de volets costaux paraissant porter tous un peu bas. Ce n'est jamais la région de la pointe qui est difficile à explorer.



Fig. 3. — Le volet cutané est rabattu en dehors, le volet osseux en dedans par luxation des articulations chondro-sternales. Le péricarde est ouvert, le poumon isolé par des compresses et le cœur solidement maintenu grâce à la manœuvre de Guinard.

Le péricarde ouvert, nous avons essayé de suturer le cœur sans le fixer, cela nous a été tout à fait impossible. Nous n'avons pu amener à bien la suture qu'en fixant solidement la pointe entre le pouce et l'index de la main gauche. Cette prise est facile (fig. 3). La cloison interventriculaire en dedans, le dehors du bord épais du ventricule, en bas le tourbillon massif de la pointe constituent autant de points d'appui solides. Cette manœuvre, appliquée pour la première fois par M. Guinard, nous a permis d'exécuter rapidement nos points de suture, dans le cas particulier l'aiguille de Hagedorn ou une simple aiguille de couturière tout enfilée nous paraît préférable à l'aiguille de Réverdin. Si l'aide ne passe pas le fil dans le chas de l'aiguille et qu'on ne la retire pas avec une extrême rapidité, le cœur qui bat avec une grande violence entraîne avec lui l'aiguille, et il peut se produire une nouvelle déchirure.

Nous n'avons pas fait de points perforants. Sur les parois ventriculaires, surtout sur la paroi ventriculaire gauche si épaisse, cela nous paraît inutile. Guinard semble être le seul chirurgien qui préconise cette suture. Fontan dans sa seconde observation pense que les accidents mortels qui emportèrent son malade (foyers d'infarctus pulmonaire) sont dus au fait qu'il avait passé des points perforants.

La plaie cardiaque est suturée, il faut alors évacuer les derniers caillots contenus dans la cavité péricar-

(1) Marion. Loc. cit.
(2) Lemaitre. Loc. cit.

dique. Cette manœuvre nous paraît avoir la même valeur que l'évacuation complète des caillots pelviens dans une grossesse extra-utérine rompue, et diminuer les chances d'infection.

Le péricarde est entièrement refermé, cela nous a semblé très facile, encore que quelques chirurgiens aient noté la difficulté de rapprocher les deux lèvres péricardiques.

Notre malade a été endormi avec du chloroforme, mais c'est à peine si on lui en donna quelques gouttes pendant le tracé du lambeau cutané et la taille du volet osseux. A partir du moment en revanche où le péricarde a été évacué il se mit à réagir d'une façon extrêmement violente et il a fallu l'endormir complètement.

L'apparition de la douleur au moment de la décompression du cœur est signalée par un certain nombre de chirurgiens : Mignon, Sieur, Lemaître, Savariaud, Manci Janari. Il faut à ce point de vue, croyons-nous, établir une distinction. Dans les plaies qui saignent à l'extérieur et dans la plèvre, il n'y a pas de phénomènes de compression. On est obligé d'anesthésier le blessé dès le début de l'intervention. Si au contraire il y a hémorragie intra-péricardique, si le cœur est comprimé dans la loge peu extensible qui l'entoure, la douleur ne commence qu'au moment du retour à la vie, au moment de l'évacuation du péricarde de son contenu sanglant. Si l'on compulse les observations les plus récentes, Camus, Guénot, Riche, etc., on voit que le chloroforme a été employé seul. 7 fois sur 35 anesthésies rap~~portées dans le~~ mémoire de Guibal les malades ont été endormis à l'éther. Cela paraît avoir une importance assez faible. En réalité il faut employer l'anesthésique dont on a le mieux le maniement.



Fig. 4. — Pour explorer la base et le pédicule vasculaire du cœur, il est nécessaire de le retourner complètement en haut et en dedans, après résection de la deuxième côte.

Nous n'avons pas, primitivement du moins, drainé notre opéré, il a guéri et de fait si l'on reprend l'étude des quelques cardiorraphies suivies d'un succès définitif, on voit que ces cas de succès ont été ceux où l'on n'a pas drainé.

Lemaître, qui a perdu un de ses opérés d'emphysème généralisé, en veut beaucoup au drainage et dit que, si primitivement l'infection n'existait pas, le drain est nocif tant par sa présence qui entraîne la formation d'adhérences que par la possibilité d'infection ultérieure par les pansements. Le drainage n'est peut-être pas tant à redouter que cela et Launay (1) lui doit un beau succès, il est vrai toutefois qu'il enleva son drain le deuxième jour.

Notre opéré a présenté des accidents infectieux, peu graves il est vrai, nous l'avons drainé le cinquième jour, il s'agissait toutefois simplement d'un drainage pleural, nous n'avons pas touché au péricarde. La suture du bord postérieur de l'incision pleuro-péricardique au feuillet externe de l'incision pleurale de manière à l'isoler de la grande cavité pleurale, comme après les néphrectomies transpéritonéales ou suture du feuillet antérieur et postérieur du péritoine pariétal, modification opératoire proposée par Guibal, nous semble compliquer l'intervention. Savariaud, qui avait doublé les feuillets pleuraux avec le bord antérieur du poumon pris dans des

(1) Launay. Loc. cit.

anses de catgut, vit à l'autopsie de son malade le bord du poumon sphacélé dans les points où les anses de fils le comprimaient.

Un des principaux facteurs de la guérison nous semble dans ce cas particulier être la rapidité opératoire et nous pensons que la substitution du lambeau à charnière interne par luxation des cartilages, lambeau modifié de Ninni, Röller au volet de Terrier-Delorme ou à charnière externe fait gagner un temps considérable.

Le blessé reporté dans son lit, l'action du chirurgien ne s'arrête pas là et les *soins consécutifs* ont une très grande importance.

Quelques chirurgiens ont paru redouter l'action du sérum qui amène de l'hypertension artérielle, ils semblent dans ce cas craindre pour la solidité de leurs sutures. C'est là une objection qui nous semble toute théorique, si les sutures ont été bien faites, elles tiennent. Ces blessés ont d'autre part perdu une quantité considérable de sang, le sérum à hautes doses a l'indication précise et urgente qu'il a dans toutes les hémorragies graves, intra-veineuses ou dans le tissu cellulaire, il sera donné à doses moyennes. Notre malade en reçut quotidiennement des quantités variant entre 1 500 et 2 000 grammes.

Si la température s'élève, il paraît urgent de ne pas rechercher outre mesure une cause médicale d'ascension thermique. S'il y a un épanchement pleural ou péricardique le drainer c'est à ce prix seul qu'on peut obtenir la guérison.

En résumé, en présence d'une plaie de poitrine intéressant les deuxième, troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux, à quelques centimètres du bord gauche du sternum, nous croyons qu'un bon tracé d'incision consiste dans la taille d'un volet costal à charnière interne par luxation en dedans des cartilages sternaux.

Ce volet comprend les troisième, quatrième et cinquième côtes. Ce volet d'un étage costal supérieur à celui de Fontan-Terrier-Delorme, ne respecte pas la plèvre qui est réclinée avec la paroi et respecte en revanche les vaisseaux mammaires internes.

Au cours des manœuvres d'exploration et de suture du cœur, par son orientation il est récliné par l'aide et laisse à l'opérateur la liberté de tous ses mouvements. Il rend la face antérieure du ventricule droit et du ventricule, la pointe et les bords facilement accessibles. Pour avoir un jour réel et chirurgical sur la base du cœur, le pédicule cardiaque et permettre l'éversion du cœur et l'exploration de sa face postérieure, veine cave et veines pulmonaires, il paraît indispensable de comprendre dans la taille du lambeau le deuxième cartilage costal.

Après ouverture large du péricarde il paraît préférable d'exécuter la cardiorraphie à points séparés et non perforants [expériences d'Elsberg (1)].

La manœuvre de Guinard en facilite l'exécution.

Le drainage ne semble pas dans ce cas avoir les heureux effets qu'il a partout ailleurs.

La grande majorité des malades guéris n'ont pas été drainés, primitivement du moins.

L'infection quand elle apparaît vient, semble-t-il, plus de l'acte opératoire que de l'agent vulnérant, d'où la nécessité d'une asepsie parfaite.

Si malgré tout il y a des accidents septiques, il faudra drainer séparément plèvre et péricarde. Le drainage avec une mèche paraît dans ce cas particulier devoir être préféré au drainage avec un drain.

(1) A la suite d'un grand nombre d'expériences sur le chien, cet auteur a pu constater que dans les plaies fermées par un surjet la ligne de suture était comblée par du tissu conjonctif dans les sutures à points séparés le tissu conjonctif n'existe qu'autour des sutures et des fibres musculaires normales remplissant l'espace laissé entre elles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 MARS 1906)

La tuberculose. — La discussion sur la tuberculose s'est terminée aujourd'hui par un important discours de M. HUCHARD qui a élargi le débat et l'a porté sur son véritable terrain en insistant particulièrement sur la prophylaxie de ce fléau.

Il fait tout d'abord observer que parmi les nombreuses mesures qui ont été proposées il en est qui théoriquement semblent parfaitement logiques alors qu'en pratique elles seraient inapplicables, supposons par exemple, admis le principe de la déclaration obligatoire des tuberculoses ouvertes ou fermées, voyons un peu quelles en seraient les conséquences : le tuberculeux considéré comme un paria, dans l'impossibilité de gagner sa vie, la terreur apportée dans les familles et dans les maisons par suite de la contagion, etc. Ceux qui demandent que la déclaration soit faite seulement après décès font une œuvre incomplète puisqu'on laisse le tuberculeux propager la maladie; on comprendrait mieux, dit M. Huchard, la proposition radicale, c'est-à-dire la déclaration dès que la maladie est constatée. Eh bien, c'est dans ces conditions, ainsi que l'a justement fait observer M. Rénon dans des leçons sur la tuberculose, que la situation du tuberculeux et surtout celle du tuberculeux pauvre deviendrait lamentable. M. Huchard en citant souvent M. Rénon fait ici un tableau saisissant de ce malheureux tuberculeux sans pain, sans asile, partout repoussé. Au nom de l'humanité M. Huchard demande pitié pour le tuberculeux ; il ne faut pas, dit-il, que la lutte contre la tuberculose devienne la lutte contre les tuberculeux.

Il examine ensuite quelles seraient les conséquences de cette déclaration obligatoire pour les médecins dont la responsabilité se trouverait si gravement engagée; la plupart ferait d'ailleurs probablement en sorte d'échapper à la loi en masquant sous le nom de bronchites chroniques les tuberculoses qu'ils auraient à traiter et puis, ajoute M. Huchard, il y a le secret médical dont on n'a pas suffisamment parlé, enfin on n'a pas songé aux erreurs de diagnostic toujours possibles.

Pour toutes ces raisons, M. Huchard estime que la déclaration obligatoire de la tuberculose ouverte ou fermée ne doit pas être adoptée par l'Académie.

Quant à la désinfection, elle peut toujours être exigible après décès.

M. Huchard aborde un second point : « Dans cette discussion, dit-il, on s'est trop occupé de la contagion et de la déclaration considérée comme une panacée ; il y a quelque chose de mieux à faire que de combattre la tuberculose : c'est de l'empêcher de naître en tenant compte de la misère, de l'insalubrité du logement, de l'hérédité ; car comme l'a écrit Peter, on naît non pas tuberculeux, mais tuberculisable, le but à atteindre est de mettre les tuberculisables à l'abri des causes de la tuberculose. »

Il insiste sur l'importance des logements insalubres. Cette dernière question a été très bien comprise en Angleterre, où par la diminution seule de ces logements on est arrivé à baisser d'une façon si notable le taux de la mortalité tuberculeuse. A l'appui de cette opinion, M. Huchard cite des exemples assez frappants ; si l'on prend certaines voies parallèles, telles que le boulevard Saint-Michel, les rues Saint Jacques et Hautefeuille, on constate que la mortalité par tuberculose est 4 fois plus considérable dans les voies étroites que dans la grande artère.

Abordant la question de l'alcoolisme, avec M. Lancereaux, M. Huchard estime qu'il faut à tout prix le combattre par la limitation du nombre des cabarets. Pourquoi, jusqu'ici, l'État n'a-t-il rien fait dans ce sens ? Si l'État ne devient pas maître des débits de liqueurs, ce sont les débits de liqueurs qui deviendront maîtres de l'État. Que de réformes à faire ! Mais, avec l'infection tuberculeuse, il faudrait combattre l'infection politique.

En résumé, M. Huchard estime que, devant les difficultés de toutes sortes que présenterait la déclaration obligatoire de la tuberculose, il faut y renoncer et chercher par des mesures prophylactiques à diminuer le nombre des tuberculeux.

La communication de M. Huchard est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

La discussion est close, et M. le président, devant le grand nombre de propositions qui ont été faites, déclare qu'elles seront renvoyées à la commission permanente de la tuberculose, à laquelle seront adjoints les orateurs qui ont pris la parole.

Au début de la séance, M. Kermorgant a fait un rapport **sur les diverses épidémies dans les colonies.**

Les verres jaunes en ophtalmologie. — M. Motais (d'Angers), pour protéger de la lumière les yeux sensibles, emploie, depuis quinze ans, des verres jaunes légèrement orangés, dits verres jaunes hygiéniques.

Ces verres donnent un éclairement remarquable. Le ciel et les objets sont illuminés de tons chauds, très agréables à l'œil. En outre et malgré cette luminosité, ils produisent un effet calmant, en sorte qu'avec des teintes proportionnées à l'intensité de la lumière ou à l'hyperesthésie rétinienne, on peut préserver les yeux les plus sensibles.

Ils sont d'autant plus agréables que la lumière est plus intense (soleil d'Algérie, d'Egypte ; reflet aveuglant de la neige, le sable des plages). Dans les montagnes, en automobile, leur éclairement permet de découvrir sans fatigue les plus vastes horizons.

Les yeux irritables, même doués d'une acuité visuelle normale, auront donc avantage à substituer l'impression agréable des verres jaunes à la teinte triste des verres bleus ou fumés. Mais cette substitution s'impose lorsque l'acuité visuelle des malades est notablement affaiblie (rétinites, choroïdites, myopie progressive, atrophie des nerfs optiques, kératites, etc.). Avec les verres jaunes, au moins aussi calmants, l'éclairement est à peine diminué, même dans les teintes foncées.

D'après les expériences de M. Javal, reprises par M. Tscherning et M. Sarazin (d'Angers), la double action éclairante et calmante, contradictoire en apparence, des verres jaunes, s'explique par la suppression des rayons chimiques du spectre solaire.

LIVRES NOUVEAUX

L'urine normale et pathologique. Technique urologique appliquée au diagnostic (1), par le docteur A. Brandeis.

Ce petit livre, conçu dans un esprit essentiellement pratique, commence, après quelques *considérations préliminaires* sur la nutrition, par un chapitre sur les *éléments normaux de l'urine* : caractères généraux, analyse quantitative des éléments normaux, acidité, urée, acide urique et corps xanthiques, azote total, phosphates, chlorures, sulfates, indican, scatol. Le chapitre suivant est consacré aux *rapports urinaires normaux*. Puis l'auteur étudie successivement : les *éléments anormaux de l'urine* : matières albuminoïdes (sérine et globuline, peptones et propeptones, mucine, hémoglobine, fibrinogène), et non albuminoïdes : glucose, alcaptone, acides β oxybutyrique et diacétique, acétone, urobiline, pigments biliaires, graisses ; les *sédiments urinaires*, non organisés (sédiments d'origine organique ou minérale), et organisés (éléments cellulaires et produits exsudés, microorganismes, parasites animaux, éléments accidentels, calculs urinaires) ; la *séméiologie urinaire* : variations pathologiques des chiffres normaux, rapports urologiques anormaux ; l'*épreuve du bleu de méthylène* et l'*épreuve de la phloridzine* ; la *cryoscopie urinaire*, la *toxicité urinaire* et la *diazo-réaction d'Erlich*, la *recherche des médicaments dans l'urine*, l'*urine des simulateurs*. Ce livre, qui se termine par une *pratique courante des analyses*, a réussi à éloigner les procédés difficiles ou infidèles, et à ne relater que les méthodes les plus recommandables par leur simplicité et leur exactitude : il sera accueilli avec faveur par le grand public médical.

L. Babonneix.

Portez-vous bien, notions élémentaires d'hygiène populaire et rationnelle, par le docteur Terwagne. In-8° avec fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Consultations médicales. Clinique et thérapeutique, par le docteur H. Huchard, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. In-8 de 712 p. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) In-16 de 312 p., avec 85 fig. dans le texte et 4 pl. hors texte en coul. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SYMPTOMES DE LA COLIQUE HÉPATIQUE

DÉFINITION. — La colique hépatique est le syndrome douloureux paroxystique causé par le passage d'un corps étranger dans les voies biliaires. Ce corps étranger peut être une hydatide, un fragment de cancer, etc. : le plus souvent, c'est un calcul, provenant de la vésicule biliaire.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — Parfois annoncée par des *prodromes* divers, et surtout par de la tuméfaction de la vésicule (Willemin), la colique hépatique *débute brusquement, dans la première moitié de la nuit, trois ou quatre heures après le dîner*. Son apparition nocturne s'explique par ce fait que, dans la position déclive, les calculs tendent à tomber du fond de la vésicule dans le bassinet, son début à la suite d'un repas, par la contraction physiologique de la vésicule, au moment où le chyme stomacal, passant dans le duodénum, vient irriter la muqueuse de l'ampoule de Vater. Cette contraction réflexe, qui provoque une abondante chasse biliaire, peut, plus rarement, être due à un simple déplacement mécanique du calcul, ou à une cause éloignée, telle qu'une violente émotion. Elle s'observe surtout chez la femme, à l'occasion de la menstruation, de la grossesse ou de l'accouchement.

Le symptôme capital de la colique hépatique, c'est la *douleur*, aiguë, déchirante, à caractère expulsif, continue avec redoublements paroxystiques, exagérée par la pression. Cette douleur, qui siège exactement au niveau de la vésicule biliaire, c'est-à-dire à l'intersection du bord externe du grand droit et de la dixième côte (*point cystique*), irradie de là à l'épigastre, à l'hypocondre et au flanc droit, à l'épaule droite, etc. Elle impose au patient des attitudes diverses tendant toutes à relâcher sa paroi abdominale et à lui faire éviter tout contact direct avec la région malade.

Les nausées précèdent les *vomissements*, d'abord alimentaires, puis muqueux et bilieux, durant autant que la crise elle-même.

Phénomène négatif de la plus haute importance, *il n'y a pas de fièvre*. Pourtant, en pleine crise, on observe parfois, pendant quelques heures, un violent accès fébrile que précèdent des frissons, et que terminent des sueurs abondantes. Cette *fièvre hépatalgique* (Charcot) est à rapprocher des accès fébriles qui suivent un cathétérisme septique, bien qu'elle n'implique nullement l'idée d'angiocholite.

Après avoir débuté d'une façon brusque, inopinée, la colique hépatique évolue en une série de *reprises paroxystiques* séparées par des intervalles de rémission (v. Chauffard, in *Traité Charcot-Bouchard*). Au bout de quelques heures, le calcul peut en effet retomber au fond de la vésicule qui, fatiguée, ne réagit plus immédiatement, ce qui vaut au malade quelques heures d'accalmie. Lorsque la vésicule se contracte à nouveau, la douleur reparaît. Ainsi se constitue un état de crise au cours duquel apparaît fréquemment de l'*ictère*. Survenant vers le deuxième ou le troisième jour, il se caractérise d'abord par la présence de pigments biliaires dans les urines, puis les téguments jaunissent, tandis que les matières se décolorent : le calcul, sorti du cystique, est alors engagé dans le cholédoque. Cet ictère, qui manque dans un tiers des cas, peut être seulement urinaire, la cholémie n'ayant pas été assez prolongée pour produire une coloration des téguments; il peut ne durer que vingt-quatre à trente-six heures. Parfois, on peut l'attribuer, non plus à une obstruction du cholédoque par le calcul, mais à d'autres causes : polycholie réflexe, spasme des voies biliaires, élimination de boue biliaire, catarrhe du cholédoque.

Tant que le calcul, cheminant dans le cholédoque, n'est pas arrivé à l'ampoule de Vater, les douleurs se calment; mais, à ce moment, elles reparaisent, au moins aussi intenses qu'au début : lorsque le calcul tombe dans l'intestin, elles cessent brusquement. Le malade, brisé de fatigue, s'endort d'un sommeil réparateur.

L'examen des selles tamisées et lavées, y révèle régulièrement, dans les jours qui suivent la crise, le ou les calculs qui l'ont causée. On peut se rendre compte alors qu'*il n'y a pas toujours de rapport entre le volume des calculs expulsés, d'une part, et de l'autre, l'intensité et la durée de la crise* (v. classiques).

Ainsi, dans sa forme normale, la colique hépatique débute brusquement, dans la première moitié de la nuit, par une douleur localisée à l'hypocondre droit; cette douleur, irradiée en diverses directions, évolue par crises qui marquent chacune une phase nouvelle dans la progression du calcul; elle s'accompagne souvent de vomissements et d'ictère, cesse brusquement, lorsque le calcul tombe dans l'intestin, et ne réagit pas sur la santé générale du malade.

COMPLICATIONS. — A. **Locales.** — La *rupture de la vésicule* ne s'observe d'habitude que si cet organe est préalablement lésé; cependant, elle peut se produire brusquement, sans lésion préalable des canaux excréteurs. Elle est due alors à l'excès subit de tension biliaire en amont du calcul enclavé, sous l'influence combinée des contractions vésiculaires et abdominales. Annoncée par une douleur locale déchirante, elle aboutit rapidement à une péritonite aiguë mortelle.

B. **Générales.** — I. NERVEUSES. — Les unes traduisent une excitabilité anormale des centres nerveux : *crises d'hystérie* (par traumatisme interne [Potain]); *névralgies diverses*; *épilepsie*, *angor pectoris*, *tétanie*: les autres, une inhibition : *paralysies* à forme hémi ou paraplégique, *aphasie transitoire*, *lipothymies*, et même, exceptionnellement, *mort subite*, due à un arrêt diastolique du cœur, sous l'influence des impressions douloureuses émanées de la région malade et transmises par les filets cardiaques du pneumogastrique (Charcot).

II. CARDIO-PULMONAIRES. — Une *toux sèche* et *quinteuse* accompagne souvent la crise; la *congestion pulmonaire de la base droite* se complique fréquemment de *dilatation du cœur droit*, caractérisée par ses symptômes habituels (bruit de galop droit, accentuation du deuxième bruit pulmonaire, augmentation de la matité transversale du cœur, asystolie). La congestion pulmonaire doit être attribuée à un réflexe vaso-constricteur parti des voies biliaires et transmise aux vaisseaux du poumon par le sympathique (Fr. Franck); elle conditionne elle-même la dilatation du cœur droit (Potain, Barié).

III. HÉMORRAGIES DIVERSES : pulmonaires, intestinales, etc. Ne faut-il pas les attribuer, dans certains cas, à l'arrêt des fonctions hépatiques qui a été parfois noté?

FORMES. — Dans les *formes frustes* (Trousseau), l'ictère peut manquer, les douleurs peuvent : α. ou manquer; β. ou ne pas se compliquer d'irradiation; γ. ou affecter un siège anormal. La crise tout entière peut, chez des sujets âgés, être remplacée par des *accès fébriles*, survenant vers la fin de l'après-midi ou dans la nuit, ne s'accompagnant pas d'hypertrophie splénique, ni de présence d'hématozoaires dans le sang, rebelles à la quinine, plus ou moins régulièrement périodiques. Enfin, dans les *formes à retour fréquent*, la santé générale peut s'altérer dans l'intervalle des crises, ce qui constitue une indication opératoire formelle.

De la dilatation rapide et forcée du col de l'utérus pendant la grossesse et le travail, par le docteur Al. BOISSARD, accoucheur à la Maternité de l'hôpital Tenon. In-8 de 100 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 38. — SAMEDI 31 MARS 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 31 MARS 1906. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Épreuve clinique.* — Séance du 29 mars 1906 : MM. Hallé, Guillemot et Nobécourt, 20.

La prochaine séance aura lieu le samedi 31 mars, à huit heures et demie, à la Charité.

CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — Lecture. — Séance du 28 mars 1906. — MM. Proust, 26 ; Guibé, 25 ; Alglave, 20.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 30 mars, à cinq heures et demie, à la Charité.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 29 mars 1906. — Question donnée : « Capsule interne. — Signes et diagnostic de l'épilepsie jacksonienne. »

MM. Brémond, 7 + 23 = 30 ; — Lorin, 12 + 19 = 31 ; — Pénard, 12 + 18 = 30 ; — Barbet, 11 + 18 = 29 ; — Houzel, 12 + 20 = 32 ; — Lagane, 10 + 18 = 28 ; — Roudinesco, 14 + 20 = 34 ; — Dubosc, 13 + 21 = 34 ; — Collin, 10 + 18 = 28 ; — Moyrand, 13 + 24 = 37.

Prochaine séance, vendredi 30 mars, à huit heures et demie du soir, à la Charité.

EXPOSITION COLONIALE DE MARSEILLE. — Les docteurs Mazeran et Esmonet, chargés d'organiser la section d'hygiène appliquée du colonial en France, à l'Exposition coloniale de Marseille (avril-novembre 1906), seraient reconnaissants à leurs confrères civils et militaires qui voudraient bien leur communiquer les documents (plans, cartes, courbes, tableaux synoptiques, etc.) intéressant l'hygiène du colonial avant son départ et à son retour.

Siège de la section : 27, rue Montagne, Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la douzième semaine, 1036 décès, au lieu de 984 pendant la semaine précédente (moyenne 1075). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, excepté la rougeole.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 32, au lieu de la moyenne 58.

La variole a causé 1 décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 6, au lieu de 17 la semaine précédente (moyenne 34).

La rougeole a causé 21 décès, au lieu de 25 pendant la semaine précédente, la moyenne est 14 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 645, au lieu de 566 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 200. Le XIIIe arrondissement (Gobelins), le XIVe (Observatoire) et surtout le XVe (Vaugirard) continuent à être les plus éprouvés par l'épidémie.

La scarlatine a causé 1 décès, la moyenne est 2 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 70, il s'élevait à 68 pendant la semaine précédente, la moyenne est 69. La coqueluche a causé 6 décès (moyenne 8). La diphtérie a causé 6 décès (moyenne 12) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 56, au lieu de 53 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 140.

La diarrhée infantile a causé 14 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (moyenne 27).

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 168 décès, au lieu de 184 pendant la semaine précédente (moyenne 209). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (moyenne 16) ; bronchite chronique, 17 (moyenne 27) ; pneumonie, 31 (moyenne 51) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 109 (moyenne 115), dont 41 sont dus à la congestion pulmonaire et 47 à la broncho-pneumonie.

En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 218 décès ; la méningite tuberculeuse, 19 ; la méningite simple, 18 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 49 décès ; les maladies organiques du cœur, 80 ; le cancer, 75 ; la hernie et l'obstruction intestinale, 9 ; la cirrhose du foie, 21 ; la néphrite, 26 ; enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile.

REVUE GÉNÉRALE

RUPTURES SPONTANÉES DE L'AORTE

Par M. André BERGÉ,
Médecin des hôpitaux de Paris.

I

Définition. Division. — L'aorte peut se rompre ou se perforer dans des conditions diverses.

a. D'abord, si bien protégée qu'elle soit par le sternum et la colonne vertébrale, elle peut être atteinte directement par un instrument perforant ou un corps vulnérant, un couteau, une balle, etc. Ce sont là des *blessures* ou *plaies pénétrantes* de l'aorte qu'on peut encore qualifier de *ruptures par traumatisme direct*. Elles sont du ressort de la chirurgie.

b. L'aorte peut se rompre par suite d'un violent traumatisme indirect, d'une contusion du thorax par exemple. Ce sont des *ruptures traumatiques indirectes* qui sont également d'ordre chirurgical; elles ont toutefois des relations très étroites avec les ruptures spontanées auxquelles les rattachent de nombreux cas intermédiaires.

c. L'aorte peut se perforer secondairement par l'effet d'une lésion avoisinante, telle qu'un abcès du médiastin, un cancer de l'œsophage, un ganglion caséeux, un anévrisme, etc. La lésion primitive gagne, par extension ou propagation le vaisseau et l'altère en l'attaquant de dehors en dedans jusqu'à ce que finalement la perforation s'achève par l'action mécanique de la pression sanguine intra-aortique. Ce sont là des *ruptures* ou *ulcérations secondaires de l'aorte* qu'on peut encore qualifier : *perforations de cause extrinsèque*. En raison de leur caractère disparate, ces perforations, qui d'ailleurs se rattachent par certains cas de transition aux ruptures spontanées, sont généralement étudiées à titre de complications, avec les maladies primitives qui les déterminent.

d. L'aorte peut se rompre secondairement au niveau d'un sac anévrismal développé sur elle. Ce n'est plus alors, à proprement parler, l'aorte qui s'ulcère ou se déchire, c'est la tumeur anévrismale à laquelle l'ensemble de ses caractères confère une autonomie nosographique évidente, qu'il s'agisse d'un anévrisme simple, disséquant, artério-veineux, etc.

L'étude des *ruptures ou perforations anévrismales*, tout en se reliant, elle aussi, à celle des ruptures spontanées, appartient au chapitre des anévrismes aortiques.

e. L'aorte enfin se rompt assez souvent en dehors de tout traumatisme direct ou indirect, en dehors de toute lésion de voisinage, en dehors de toute ectasie notable, d'une manière en apparence spontanée.

Les *ruptures spontanées de l'aorte* sont dignes d'une étude d'ensemble; c'est à elles que sera consacrée cette revue.

Il est à peine utile d'avertir qu'il ne sera pas question ici des ruptures des valvules sigmoïdes de l'aorte. Les ruptures sigmoïdiennes, qu'elles soient spontanées ou traumatiques, ne sont pas, à proprement parler, des ruptures aortiques. Elles intéressent un appareil spécial, l'appareil valvulaire, conventionnellement rattaché au cœur. La lésion, du reste, ne prend d'importance clinique que par l'insuffisance aortique qu'elle détermine; c'est donc avec cette affection qu'il y a lieu de les étudier.

Les divisions que je viens d'établir, nécessaires à l'exposé didactique, n'échappent pas au caractère artificiel de tout classement. Il est bien entendu que c'est le vice général de toute division ou classification d'obliger à séparer par des traits grossiers des champs d'étude qui se fondent, se relient et empiètent les uns sur les autres de diverses manières. Le médecin, qui gagne toujours à être doublé d'un philosophe, ne doit jamais perdre de vue cette notion générale.

II

Historique. — La possibilité des ruptures de l'aorte a été indiquée par André Vésale (1557).

Les premières observations sont dues à Lancisi, Morgagni (dans ses lettres à Valsalva), Manec, Dalmeida, Scarpa, Trousseau et Leblanc, Rose, de Angélis, Arnoldt, etc.

Broca [1850 (1)] fait un bon exposé d'ensemble de la question dans un rapport sur une observation de Destouches.

De nombreux cas sont ensuite observés et publiés par Peacock, Samet, Oggle, Turner, Adams Good, Broca, Gibert, Chauvel, Beaugrand et Kelsch, Hanot, Nitot, Martin, Boucher; et plus récemment par Mollière, Sullivan, Brodeur, Muselier, Barié, Loppé, Newmann, Demange, Davis, Adams, G. Lion, Pépin, Brouardel et Vibert, Jacquet, Mosny, Caussade, Civel et Lenoble, Gallavardin, Thoinot et Bernard, Lejonne et Milanof, Saguet, Nissim, Festal, Barth, de Massary, Thiercelin, Camus et Labonnette, Gouraud et Muret, Gougerot, Ingelrans et Bouret, R. Marie, Lorrain et Cesbron, Halbron, Enriquez et Bauer, Achard et Paisseau, Babès, etc.

Mention à part doit être faite des observations de Oliver, Despaigne et Letulle, Bergé qui se rapportent à une forme étiologique spéciale très rare : la rupture par aortite ulcéreuse primitive ou secondaire à l'endocardite maligne ulcéro-végétante.

Un cas de rupture spontanée de l'aorte chez un cheval a été récemment publié par G. Petit (d'Alfort).

Des mémoires particulièrement importants et des exposés généraux documentés ont été produits par Pilliet (2), Martin-Dürr (3), Dreyfus (4), Bobo (5), Gardette (6), Bonnet (7), Hily (8), Tolot et Sarvonat (9), Wilmart (10), Martin-Sisteron (11).

(1) Broca. *Bull. de la Soc. anat.*, 1850.
(2) Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889.
(3) Martin-Durr. *Arch. de méd.*, 1891,
(4) Dreyfus. Th. de Paris, 1896.
(5) Bobo. Th. de Paris, 1898.
(6) Gardette. Th. de Bordeaux, 1891.
(7) Bonnet. Th. de Lyon, 1901.
(8) Hily. Th. de Paris, 1904.
(9) Tolot et Sarvonat. *Revue de méd.*, 1904.
(10) Wilmart. Th. de Paris, 1903-1904, n° 409.
(11) Martin-Sisteron. Th. de Paris, 1905, n° 79.

III

Étiologie. — *Fréquence.* — La rupture de l'aorte est une cause de mort subite ou rapide qui n'est pas d'une grande rareté. Il en a été publié de nombreuses observations recueillies dans les hôpitaux. En dehors du milieu hospitalier, faute d'autopsie, il n'est pas possible d'apprécier la fréquence de ce redoutable accident.

En tous cas, il est intéressant d'opposer la fréquence relative des ruptures de l'aorte à l'extrême rareté des ruptures de l'artère pulmonaire, absolument exceptionnelles. Cette opposition est en rapport évident avec la rareté des artérites pulmonaires.

Age. — La rupture de l'aorte est un accident de l'âge avancé, de la vieillesse ou de la sénilité précoce. Dans les deux tiers environ des cas publiés, elle est survenue chez des individus âgés de cinquante à soixante ans et au-dessus, voire de quatre-vingt-cinq ans (Gougerot).

Cependant elle est possible dans la jeunesse et l'âge adulte. Il en existe notamment une dizaine d'observations chez des jeunes gens, de seize ans (Sparks, Schütt, Boursier), dix-sept ans (Peacock), dix-neuf ans (Boucher), vingt ans (Brouardel et Vibert).

Sexe. — La rupture de l'aorte est notablement plus fréquente, environ deux fois plus, chez l'homme que chez la femme, en raison sans doute de la plus grande fréquence et du plus grand développement de l'athérome dans le sexe masculin.

Causes. — L'aorte normale est organisée pour supporter des pressions considérables, bien supérieures à celles que lui imposent les oscillations physiologiques les plus étendues. Une aorte saine ne peut pas se rompre sous l'influence de ces oscillations si exagérées qu'on puisse les supposer. Lorsque, expérimentalement, on augmente la pression intra-aortique par exemple, jusqu'à 20 ou 30 centimètres de mercure, ce n'est pas le vaisseau lui-même qui se rompt, ce sont les sigmoïdes aortiques (Potain, Barié) qui se déchirent. Dans une certaine mesure, on peut dire que la fragilité relative des sigmoïdes aortiques est une garantie, une condition de sûreté contre l'éventualité bien autrement grave de la rupture aortique.

Mais si l'aorte est malade et présente des points faibles, tandis que les valvules sont normales, c'est elle tout naturellement qui cède.

Cause première et essentielle. — La cause première et essentielle, presque indispensable, sauf en cas de traumatisme très violent, de la rupture de l'aorte consiste dans une altération préalable de la paroi artérielle déterminant une fragilité anormale de cette paroi.

La nature de la lésion aortique, nous le verrons à l'anatomie pathologique, est très variée : ordinairement de l'athérome ou aortite chronique, rarement une aortite aiguë ou subaiguë simple, exceptionnellement une aortite aiguë maligne, ulcéreuse.

La rupture de l'aorte étant, dans la grande majorité des cas, un accident, un mode de terminaison de l'athérome aortique, reconnaît par suite comme causes premières tous les facteurs de l'athérome : la sénilité, les maladies infectieuses (syphilis, fièvre typhoïde, etc.), les auto-intoxications (goutte, diabète, dégénérescences surrénales, etc.), les hétéro-intoxications (saturnisme, etc.) et maintes autres causes primaires ou secondaires, essentielles ou accessoires, qu'il est superflu d'énumérer ici.

Dans les cas exceptionnels, où la rupture a été la conséquence d'une aortite aiguë, nécrosique, tantôt cette aortite existait à l'état isolé, primitive ou greffée peut-être sur une lésion athéromateuse [Oliver (1)], tantôt elle était une complication, par propagation à la paroi aortique, d'une endocardite aiguë maligne, ulcéro-végétante, localisée à l'orifice aortique [Despaigne (2) et Letulle (3), Bergé (4)].

Causes secondaires et accessoires. — La rupture aortique peut survenir sans cause occasionnelle appréciable, pendant le sommeil, au cours d'une conversation ; mais ce n'est pas là le cas habituel.

La plupart du temps la rupture se fait sous l'influence d'une cause adjuvante, ordinairement un effort ou un traumatisme.

Effort. — C'est au mécanisme de l'effort ou à un mécanisme analogue que ressortissent les cas de rupture observés au cours d'un accouchement, du coït, d'une rixe, d'une attaque d'épilepsie, d'un accès de colère, d'une discussion animée, d'un raidissement contre une vive douleur.

Traumatisme. — Le traumatisme avec l'effort est la cause occasionnelle de beaucoup la plus importante de la rupture aortique. Cette rupture a été observée à la suite d'une chute d'un lieu élevé sur les pieds, à la suite d'une constriction thoracique, à la suite d'un coup violent porté sur le thorax, etc.

Quel que soit le mécanisme par lequel le traumatisme agit, il est avéré qu'il n'est presque toujours qu'une cause adjuvante de la rupture aortique, ne la provoquant que lorsque le vaisseau est préalablement altéré. C'est pour cela que, malgré l'intervention d'un trauma, la plupart des ruptures aortiques, tout en étant rapportables dans une certaine mesure à ce trauma, n'en sont pas moins considérées comme des ruptures spontanées et classées légitimement comme telles. Il peut y avoir là, on le conçoit, matière à certaines divergences, car il n'est pas aisé de doser, dans chaque cas particulier, l'importance et le degré d'action d'un traumatisme. Si rare que cela soit, il est possible qu'un traumatisme très violent entraîne la déchirure d'une aorte saine. Entre les ruptures aortiques spontanées et les ruptures traumatiques de cause indirecte, il y a donc place pour certains cas mixtes dont le classement ne peut être autre que conventionnel.

Autres facteurs. — Outre l'effort et le traumatisme dont l'influence est indiscutable, on a invoqué comme causes adjuvantes, dans certaines circonstances, l'action de l'*hypertrophie du cœur* qui agirait par l'excès de volume et l'excès d'impulsion des ondées san-

(1) Thomas Oliver. *Lancet*, London 1891.
(2) Despaigne. *Bull. de la Soc. anat.*, 1886.
(3) Letulle. *Bull. de la Soc. anat.*, 1886.
(4) Bergé. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 16 mars 1906.

guines projetées dans l'aorte à chaque systole, et l'*hypertension artérielle*, notamment celle qui dépend de l'artério-sclérose ou des néphrites chroniques, dont les oscillations et les poussées sont, en effet, susceptibles d'être logiquement incriminées.

IV

Anatomie pathologique — *Siège de la perforation.* — Les perforations aortiques ont un lieu d'élection très net : l'aorte ascendante au niveau de sa portion intra-péricardique. Les ruptures de cette portion forment à elles seules les trois quarts des cas.

En général même, c'est dans les 2 ou 3 premiers centimètres les plus rapprochés du cœur, au-dessus des valvules sigmoïdes ou à leur niveau, qu'elle a lieu.

Lorsque la rupture est extra-péricardique, on la trouve, le plus souvent, sur l'aorte thoracique, soit à la crosse près de l'émergence du tronc brachio-céphalique, soit, plus rarement, à l'union de la crosse et de l'aorte descendante.

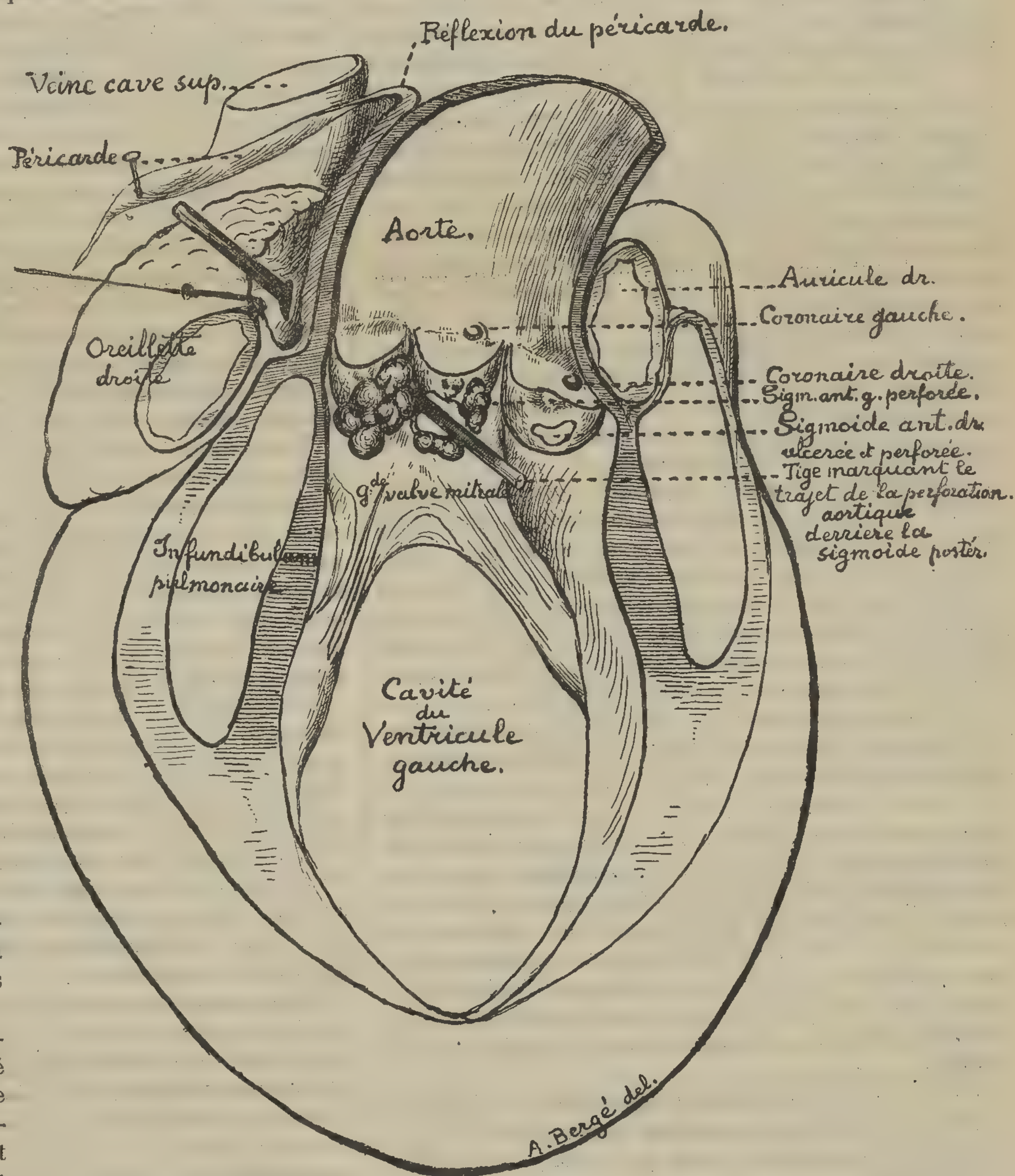
A l'aorte abdominale les ruptures sont très rares (Broca, Peacock, Greenhow, Bardt, Bourceret, Stone, Muselier, Barié).

Nombre de perforations. — La perforation est presque toujours unique.

Par rarissime exception, on en a trouvé deux. C'est ainsi que dans un cas remarquable de Brouardel et Vibert (1) se rapportant à un étudiant en médecine de vingt ans, il y avait deux déchirures : une transversale de 12 millimètres environ, un peu au delà de la naissance de la carotide, et une deuxième à peu près identique à 2 ou 3 centimètres au-dessus du diaphragme.

Forme, direction, dimensions, dispositions de la perforation. — La forme, la direction, les dimensions et les dispositions des perforations aortiques sont très variées. Leur aspect est souvent très différent suivant que l'on considère la rupture à l'extérieur ou à l'intérieur de l'aorte.

Vue par la cavité de l'aorte, la rupture apparaît le plus souvent sous la forme d'une fente linéaire plus ou moins longue, à bords nets ou déchiquetés, coupés à pic ou taillés en biseau. Mais ce peut être d'autres fois une déchirure bifurquée, en L, en étoile, un trou comme à l'emporte-pièce, une perforation avec trajet fistuleux, voire un groupe de petits pertuis minuscules à peine visibles à l'œil nu.



Rupture de l'aorte par aortite ulcéreuse au cours d'une endocardite maligne. (Collect. Bergé.)

Si c'est une fente, sa longueur varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres (6 centimètres dans un cas de Pilliet). On l'a vue embrasser les deux tiers et même les trois quarts de la circonférence du vaisseau. Dans des cas de Rokitansky, de Goupil, il ne restait plus qu'une étroite languette intacte de la tunique interne.

La rupture est le plus souvent verticale, c'est-à-dire étendue suivant l'axe de l'artère. Assez souvent, elle est transversale.

(1) Brouardel et Vibert. *Annales d'hygiène*, 1892, t. XXVII, p. 450.

L'orifice interne de la rupture n'est pas toujours, comme on pourrait le croire, facile à découvrir à première vue. Dans mon observation (1), il était caché par des végétations sigmoïdiennes en chou-fleur. De même l'orifice externe peut être difficile à apercevoir, masqué par exemple par des ecchymoses ou par les villosités d'une fausse membrane fibrineuse péricardique.

Très fréquemment l'orifice interne, qui représente la déchirure des tuniques interne et moyenne, ne correspond pas à la fente de la tunique externe. Entre les deux orifices existe un trajet de longueur et de direction variables. La fente interne peut être transversale tandis que la fente externe est longitudinale. Entre la tunique externe doublée du péricarde et la tunique moyenne existe ordinairement une infiltration sanguine plus ou moins étendue. Ce décollement et cette infiltration résultent d'une façon évidente de ce que la rupture s'est faite en deux temps, rompant d'abord les tuniques interne et moyenne toujours inséparables, puis ne déchirant que secondairement la tunique externe qui oppose quelque temps sa résistance à l'hématome développé sous elle. Cette rupture en deux temps, très fréquente, est, nous le verrons, en rapport avec la marche clinique des accidents.

L'infiltration sanguine accumulée sous la tunique externe de l'aorte est d'ordinaire assez limitée. Elle peut cependant fuser au loin sous la tunique celluleuse ou entre les lamelles externes de la tunique moyenne qui se clive assez facilement. Elle arrive parfois à décoller au loin cette gaine externe, rigidifiant l'aorte et la doublant d'une couche hématique, et à se diffuser sous le péricarde viscéral.

Altérations aortiques. — Dans la très grande majorité des cas, l'aorte examinée par sa face interne se montre manifestement altérée à l'œil nu.

Il existe cependant quelques observations offrant toutes garanties (Pilliet, R. Marie), où l'aorte est décrite comme macroscopiquement saine, sans athérome apparent aux environs de la rupture. Il faut se garder d'en conclure que la paroi du vaisseau est normale. Car l'examen histologique a pu démontrer, dans plusieurs cas de cet ordre, qu'il existait des lésions microscopiques, et en particulier des taches de dégénérescence graisseuse bien accusées par les réactifs.

Lorsque l'aorte se montre très altérée à l'œil nu, il apparaît également manifeste à première vue que ses altérations sont la cause première, essentielle, de la rupture.

L'*athérome* est de beaucoup la plus commune des lésions rencontrées en pareil cas.

On trouve diversement associées, étendues et réparties les lésions élémentaires, polymorphes, de l'athérome : taches graisseuses, pustules, plaques scléreuses, plaques cartilagineuses, plaques calcaires, fentes et érosions, ulcérations, etc. L'aorte est parfois bosselée, ectasiée.

Il y a histologiquement une altération profonde de la tunique moyenne, et c'est là, dans l'espèce, la lésion capitale, bien plus importante que les lésions macroscopiques même les plus grossières, puisque cette tunique est la seule capable par ses éléments élastiques et contractiles de lutter contre la pression de l'ondée sanguine.

Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner outre mesure du fait signalé dans quelques observations (Turner, Crooke, Paul, Tolot et Sarvonat), que la rupture aortique s'est effectuée en dehors des plaques d'athérome, en une région en apparence saine de l'artère, mais en réalité affaiblie par des altérations histologiques graves des éléments de la tunique moyenne.

L'examen microscopique de l'aorte rompue a plusieurs fois, dans des cas où l'intégrité du vaisseau semblait complète à l'œil nu, révélé l'existence d'une dégénérescence graisseuse de la tunique moyenne, parfois de la dégénérescence hyaline.

Je ne mentionne ici que pour mémoire l'infiltration possible de l'aorte par du tissu cancéreux au contact d'un épithélioma, par de la matière tuberculeuse au contact d'un ganglion caséeux, par du pus au contact d'une collection suppurée. Ces altérations déterminent des ulcérations secondaires de l'aorte dont l'étude s'éloigne du cadre de notre sujet.

Dans quelques cas, l'aorte rompue a offert les lésions de l'*aortite aiguë ou subaiguë.* On constate alors, à l'examen histologique, la présence de tissu conjonctif embryonnaire dans l'épaisseur de la tunique moyenne dont les éléments élastiques sont écartés, dissociés ou même coupés perpendiculairement par des dépôts inflammatoires, tandis que la tunique interne est elle-même rendue friable par les amas de cellules plates qui la boursouflent.

Il n'existe qu'un très petit nombre d'observations de rupture aortique consécutives à l'*aortite aiguë maligne*, ulcéreuse ou ulcéro-végétante. L'aortite ulcéreuse peut être primitive et isolée (Oliver). Elle peut s'associer à l'endocardite maligne (Despaigne et Letulle, Bergé) par propagation à l'origine de l'aorte de lésions ulcéro-végétantes sigmoïdiennes. Dans ces cas, la rupture semble parfois être aidée par un processus d'inflammation péri-aortique avec ou sans péricardite généralisée.

Enfin, dans certains faits, il s'agit d'une lésion aortique assez spéciale dont les relations avec l'athérome sont discutables. C'est, sur une étendue plus ou moins grande, un amincissement considérable de l'artère, un *état papyracé* avec atrophie presque complète de la tunique moyenne. J'ai, pour mon compte, rencontré deux ou trois fois, au cours d'autopsies chez des individus jeunes ou d'âge moyen, cet amincissement aortique sur des aortes qui n'étaient pas autrement athéromateuses, mais l'amincissement était très circonscrit, sous forme de plaques circulaires de 1 à 2 centimètres de largeur. Au niveau de ces plaques amincies, l'artère était très diminuée dans sa résistance et une pression légère du bout du doigt provoquait une hernie facile du vaisseau en dehors. Il est probable que ce n'était là qu'un degré inférieur de la lésion, bien autrement étendue, rencontrée et décrite par quelques auteurs (Balzer, Strümpell, Geigel, Boursier, Brouardel et Vibert), qui s'est montrée en outre plusieurs fois associée à un rétré-

(1) Bergé, Loc. cit.

cissement général du calibre de l'aorte. Dans le fait de Brouardel et Vibert, le plus remarquable du genre, observé chez un étudiant en médecine de vingt ans, antérieurement atteint de fièvre typhoïde, l'aorte était étroite (42 millimètres de périmètre) et il existait un amincissement général de sa paroi étendu depuis la naissance de la carotide jusqu'à l'extrémité inférieure de l'aorte. Cet état papyracé de l'aorte tranchait avec l'état resté normal des autres artères. L'aorte s'était rompue en deux points particulièrement amincis. Histologiquement, il y avait non seulement atrophie mais dégénérescence de la tunique moyenne. Au lieu des lames élastiques stratifiées normales avec fibres lisses interposées, on trouvait une masse granuleuse amorphe et quelques rares fibres lisses, sans trace de tissu élastique.

Epanchement hémorragique. — Le lieu de l'épanchement est naturellement en rapport avec le siège de la déchirure aortique. Etant donnée la région d'élection de la rupture, l'hémorragie se fait la plupart du temps dans le péricarde. Dans leur statistique, Achard et Paisseau indiquent 66 cas d'hémopéricarde et 19 cas d'hémorragie pleurale, à gauche ou à droite. Les épanchements dans la trachée, les bronches, le poumon, l'œsophage, l'estomac, le médiastin et le péritoine (lorsque la rupture siège sur l'aorte abdominale) sont exceptionnels.

La quantité de sang épanché est très variable, en rapport avec l'étendue de l'orifice, la tension artérielle, la persistance des contractions cardiaques après la rupture, etc. Dans le péricarde, elle est généralement aux environs de 500 grammes, quelquefois beaucoup plus, 1 250 (Bergé), 1 500 (Decori), quelquefois beaucoup moins 150 grammes (Tolot et Sarvonat), 40 grammes (Chauvel). L'insignifiance de l'hémorragie peut être due à l'exiguité de la rupture, à l'arrêt instantané du cœur, mais elle résulte aussi quelquefois d'une disposition assez remarquable bien indiquée par Tolot et Sarvonat : le sang diffuse sous la tunique externe sans la rompre, formant un véritable anévrisme diffus; il imbibe le tissu cellulaire de la base du cœur et filtre dans le péricarde comme à travers les pores d'une éponge, sans orifice externe appréciable (Lion, Loppé).

Dans les plèvres, l'épanchement peut atteindre 1420 (Achard et Paisseau), 1700 (Thoinot et Bernard), 1800 (Brouardel et Vibert), 2000 (Gougerot), 3500 (de Angelis).

Dans les cas ordinaires de rupture intra-péricardique, le péricarde est considérablement distendu, bleuâtre; le cœur baigne dans le sang dont la plus grande partie est accumulée en arrière de lui et le soulève. Ce sang est généralement noir, semi-liquide ou coagulé en caillots mous, gelée de groseille.

V

Pathogénie et mécanisme. — La pathogénie des ruptures aortiques et le mécanisme des accidents qu'elles déterminent est grandement éclairé par les données concordantes de l'anatomie pathologique et de la clinique.

Dans le cas le plus simple, le plus commun, la rupture, vraiment spontanée, survient sans cause occasionnelle ou à la suite d'un effort, d'un traumatisme insignifiants. L'aorte se rompt parce que sa paroi altérée et affaiblie cède sous la pression intra-aortique normale, augmentée, voire même diminuée. Ici la lésion aortique prime tout et, avec l'aide de la tension artérielle, suffit à la réalisation de l'accident.

Le lieu, le sens, l'étendue, le mode de la déchirure sont en rapport avec le lieu, le sens, l'étendue, le mode, etc., de l'altération aortique préalable ainsi qu'avec l'ensemble des autres facteurs adjuvants de la rupture.

Si le lieu d'élection des ruptures aortiques est l'aorte ascendante dans sa portion intra-péricardique, cela peut tenir à diverses causes dont la valeur respective est difficile à fixer : 1° à la topographie des lésions d'aortite athéromateuse, d'aortite aiguë et d'aortite ulcéreuse qui ont elles-mêmes leur siège de prédilection dans cette région; 2° à la minceur et à la faiblesse normales de l'aorte à son origine, notamment au niveau des sinus de Valsalva; 3° surtout à ce que l'origine de l'aorte est le lieu de l'artère qui subit les chocs, les dilatations et les ébranlements les plus intenses lors de la projection des ondées ventriculaires et du choc en retour diastolique contre les sigmoïdes abaissées; 4° à ce que la première partie de l'aorte est celle où la pression, qui va décroissant du centre à la périphérie, est au maximum. Comme dans un fusil, c'est au niveau de la culasse qui subit les chocs et les pressions les plus intenses que se font surtout les ruptures. 5° Bien plus hypothétique est le facteur invoqué par Rindfleisch qui suppose qu'à chaque systole la crosse aortique propulsée vers le haut tiraille l'origine de l'aorte au point où elle est immobilisée par ses attaches avec l'artère pulmonaire, fixée elle-même au hile de chaque poumon.

Traumatisme. — Le mécanisme des ruptures dans lesquelles, à des degrés divers, le traumatisme intervient, à titre de cause adjuvante pouvant s'élever jusqu'à celle de cause efficiente exclusive, n'est pas un mécanisme univoque.

La théorie la plus simple est que certains traumas agissent par compression brusque du thorax, en déterminant une élévation très forte de la pression intra-aortique. La rupture se ferait ainsi en quelque sorte par « éclatement » du vaisseau, altéré ou sain, comme s'il s'agissait d'une ampoule élastique pleine de liquide, brusquement et violemment comprimée.

Pour expliquer l'effet des traumatismes thoraciques violents, Broca a imaginé ce mécanisme ingénieux : que le cœur pressé d'avant en arrière entre la paroi sterno-costale et la colonne vertébrale tendait à fuir vers le bas, « comme un noyau de cerise » pincé entre les doigts. Dans ce mouvement d'abaissement, il exercerait une traction sur l'aorte fixée en haut par ses attaches et provoquerait une déchirure transversale.

Je crois, pour mon compte, qu'on peut expliquer certaines ruptures par commotion, survenues à la suite d'un saut (Dupré, Camus et Labonnette), d'une chute sur les pieds, par le mécanisme suivant.

Lorsque l'individu tombe verticalement sur les pieds, les viscères volumineux et pesants (foie, rate, cœur) doivent par vitesse acquise, au moment de l'arrêt brusque du corps, au contact du sol, tendre à continuer leur course vers le bas. Tout concourt à abaisser brusquement et fortement le diaphragme vers le bas. Une telle excursion, si elle est exagérément étendue et violente, doit amener des déchirures organiques et en particulier la déchirure de l'aorte fixée par ses attaches supérieures.

Enfin, pour certains cas, on est peut-être en droit d'invoquer une extension forcée de l'aorte, par exemple dans le cas de Rollet, d'un homme ayant eu le corps violemment courbé en arrière par un coup de timon de voiture dans le dos.

Effort. — L'action de l'effort si souvent notée dans les ruptures aortiques, à titre de cause adjuvante, est bien plus aisé à comprendre. L'effort, tel qu'on le comprend en physiologie, consiste en une tendance énergique à l'expiration, tandis que la glotte fermée empêche cette expiration de se produire. Dans ces conditions, les parois de l'abdomen se tendent fortement, compriment les viscères abdominaux et par leur intermédiaire soulèvent le diaphragme; en même temps, les muscles expirateurs thoraciques et abdominaux se contractent puissamment. Tout concourt donc à comprimer le cœur et les vaisseaux contenus dans les cavités splanchniques, en particulier l'aorte thoracique et abdominale. Par ce fait la tension est fortement augmentée dans le vaisseau. Marey a observé pendant l'effort, sur des chiens, des augmentations de pression de 16 à 18 centimètres de mercure, ce qui porte la pression à 30 centimètres environ, alors que normalement elle est de 15 centimètres environ chez le chien. On comprend donc bien quelle cause adjuvante puissante de rupture il peut y avoir dans l'effort.

Temps successifs de la rupture. — La rupture aortique se fait très souvent en deux temps, parfois en trois, assez souvent en un seul. Ces modes de rupture ont un grand intérêt, car ils sont en rapport avec les phénomènes cliniques.

Rupture en deux temps. — La rupture n'intéresse d'abord que les tuniques interne et moyenne (au moins les couches les plus internes de cette dernière). A sa suite, le sang fait irruption sous la tunique externe. Il en résulte un anévrisme disséquant généralement peu étendu, de quelques centimètres carrés au plus. Le sang distendant de plus en plus cette poche à parois fragiles, entraîne bientôt sa rupture secondaire lorsque sa paroi ne peut plus résister à la pression, ou lorsque s'ajoute une nouvelle cause d'hypertension. L'intervalle de temps qui s'écoule entre les deux ruptures peut varier de quelques minutes à quelques heures ou quelques jours, suivant l'étendue, la forme, la direction, etc., de la déchirure primitive et la plus ou moins grande résistance de la tunique externe. Au lieu de la production d'un petit anévrisme disséquant momentané, si la tunique externe résistait et s'organisait assez solidement pour maintenir le *statu quo*, on se trouverait en présence d'un *anévrisme disséquant permanent*.

Parfois, mais ceci n'est qu'un détail d'anatomie pathologique, le sang fuse dans l'épaisseur même de la tunique moyenne, généralement entre ses lamelles les plus externes, la rupture primitive n'ayant porté que sur la tunique interne et les couches internes seules de la tunique moyenne.

Rupture en trois temps. — Dans les régions où l'aorte est revêtue d'une séreuse, la rupture peut se faire en trois temps : le sang rompt d'abord la tunique interne avec la moyenne, puis, en second lieu la tunique externe, et forme un hématome sous-séreux (sous-péricardique ou sous-pleural), qui ne se rompt qu'après un certain temps.

Rupture en un temps. — Cette rupture, subite, brusque, comprend d'emblée les trois tuniques. Ce mode de rupture affecte le plus souvent des artères athéromateuses. Comme le remarque très justement Martin-Sisteron, le processus athéromateux tend à fusionner, à souder ensemble les tuniques artérielles. Les délimitations anatomiques de ces tuniques emboîtées disparaissent, et leur dissection pathologique devient d'autant plus difficile que les lésions athéromateuses sont plus avancées. Si l'on songe d'autre part, que les parois des artères athéromateuses sont toujours un peu dilatées, qu'elles sont amincies par l'ectasie progressive, on ne s'étonnera pas que la rupture s'y fasse assez souvent en un temps, intéressant à la fois les trois tuniques confondues, friables et atrophiées.

La rupture en un seul temps s'explique encore dans des cas d'aortite ulcéreuse par la nécrose rapide des tuniques interne et moyenne qui ne laisse plus à la pression artérielle qu'une mince enveloppe externe facile à déchirer d'un seul coup.

VI

Symptomatologie. — Le tableau clinique des ruptures aortiques est bref autant que dramatique.

Il est dans un rapport étroit avec le mode de développement en un ou deux temps de la lésion aortique tel que je l'ai indiqué plus haut.

En général, la symptomatologie se borne à deux éléments cliniques essentiels, à peu près constants : la douleur précordiale, la syncope ou le collapsus cardiaque.

C'est en pleine santé apparente ou au cours d'un état maladif antérieur, rapporté à l'artério-sclérose, à la sénilité, d'une façon subite et inattendue, souvent à l'occasion d'un effort, ou à la suite d'un traumatisme que l'accident survient. Une douleur très aiguë surprend le sujet, lui arrachant souvent un cri; elle lui donne la sensation d'une déchirure intérieure dans la région précordiale ou épigastrique, exceptionnellement dans la région thoracique ou lombaire. Elle irradie vers le cou, les épaules, les bras, et s'accompagne d'étouffement et d'angoisse. Elle ressemble à la douleur d'une angine de poitrine survenue sans aucun prodrome, d'une façon plus brusque. En fait, elle représente une réelle douleur d'angor due à la subite déchirure des plexus cardiaques.

La syncope ou le collapsus cardiaque qui suc-

cèdent immédiatement à la douleur initiale, n'offrent aucun caractère spécial.

Le tableau clinique peut se dérouler sous trois formes : foudroyante, rapide, lente.

Dans la *forme foudroyante*, correspondant à une rupture large et en un seul temps de l'aorte, le drame se joue en quelques secondes : le malade ressent la douleur précordiale, pousse un cri, pâlit et tombe. Il fait quelques respirations superficielles, présente parfois quelques mouvements convulsifs et meurt. C'est la forme observée environ dans le tiers des cas de rupture aortique.

Dans la *forme rapide*, plus fréquente que la forme foudroyante, on observe les mêmes phénomènes de début : douleur déchirante rétro-sternale, syncope, mais au bout de quelque temps, le malade reprend connaissance. Il demeure dans un état de grande faiblesse et de collapsus cardiaque, se plaignant plus ou moins de douleur ou gêne précordiale, d'étouffement. Le pouls régulier ou arythmique est faible, dépressible; les bruits du cœur sont sourds, éloignés; il y a de la cyanose, quelquefois des marbrures violacées du tronc et des membres, du refroidissement des extrémités. Le collapsus progresse et après un quart d'heure, une heure, quelques heures, la mort survient plus ou moins brusquement.

Enfin dans la *forme lente*, correspondant à la rupture en deux temps bien séparés, aux phénomènes toujours les mêmes du début, succède une accalmie et une rémission accentuée, de durée prolongée de quelques heures à quelques jours (trois jours dans un cas de Nitot, quatorze dans un cas de Broca, dix-sept dans un cas de Peacock), avant que la fin ne survienne.

Le mécanisme de la mort dans la rupture aortique a prêté, et prête encore à quelques divergences d'opinion.

Certains auteurs attribuent la mort à l'hémorragie, d'autres font jouer le principal rôle à la compression du cœur, en particulier des oreillettes par le sang épanché dans le péricarde, d'autres enfin invoquent le brusque arrêt du cœur relevant d'une syncope par inhibition.

Il est probable que ce mécanisme n'est pas univoque et que les trois processus : hémorragie, compression du cœur, syncope par inhibition, interviennent positivement suivant les cas.

Il est difficile de croire que l'anémie cérébrale subite qui résulte de la chute énorme et rapide de la tension artérielle par suite de l'hémorragie aortique ne soit pas, quoi qu'en disent bien des auteurs, une cause première de syncope mortelle.

D'autre part, la compression du péricarde par le sang épanché, à laquelle les mêmes auteurs tendent à rapporter le plus souvent la mort, paraît bien, en effet, en être la cause la plus fréquente. Elle ne convient pas toutefois à l'explication des cas d'hémorragie extra-péricardique. Même en cas d'hémorragie intra-péricardique, il ne faut pas oublier que le cœur peut supporter d'assez fortes compressions. Il est probable que les faits sont souvent complexes : anémie cérébrale et compression du péricarde marchent de pair et s'associent dans l'espèce, pour provoquer l'arrêt des battements du cœur.

Quant à la syncope réflexe, par irritation des plexus cardiaques, elle seule peut expliquer certains cas de mort où l'hémorragie a été nulle ou insignifiante.

VII

Diagnostic. — En vue du diagnostic, deux notions doivent être présentes à l'esprit du médecin : la première, que la rupture de l'aorte est un mode de terminaison possible quoique exceptionnel d'une aortite chronique antérieurement reconnue ; la seconde, que parmi les causes de mort subite ou rapide figure la rupture aortique.

Le soupçon de cette lésion pourra naître en conséquence dans l'esprit, lorsque, chez un artériosclérеux, une syncope ou un collapsus cardiaque surviendra, précédé d'une douleur précordiale vive, à la suite d'un traumatisme ou après un effort, surtout si la syncope première est suivie d'une amélioration relative brusquement terminée par une nouvelle syncope, cette fois mortelle. Mais il faut avouer franchement, qu'en pareil cas, le mieux qui puisse arriver à un clinicien perspicace, lorsque l'autopsie lui révèle une rupture aortique, c'est de pouvoir se dire qu'il y a pensé.

S'il y avait quelque intérêt particulier, dans un cas donné, à rechercher cette cause de mort sans recourir à l'autopsie, on pourrait en confirmer le soupçon en pratiquant la percussion précordiale sur le cadavre. On révèlerait ainsi l'existence d'un épanchement péricardique ou pleural, dont une ponction capillaire mettrait aisément en évidence la nature hématique. Mais le diagnostic rétrospectif ne serait pas acquis sûrement de cette façon, car la rupture du cœur d'une part, la rupture d'un anévrisme aortique d'autre part conduiraient évidemment aux mêmes constatations.

C'est avec l'angine de poitrine mortelle que la rupture aortique sera le plus souvent confondue.

VIII

Médecine légale. — A. *Responsabilité criminelle.* — La mort subite ou rapide des ruptures aortiques, comme toute mort subite, frappant d'une façon inattendue un sujet en bonne santé apparente ou en tous cas sans avoir été précédée de phénomènes morbides inquiétants, a bien des chances de paraître suspecte et de prêter à des commentaires fâcheux, pour peu qu'elle fasse disparaître un homme en vue, qu'elle survienne dans certaines circonstances d'heure, de lieu, etc., ou qu'elle coïncide avec certains événements, par exemple, qu'elle survienne à la suite d'un coup reçu, à la suite d'une discussion et d'une rixe, après un repas, après l'absorption d'une boisson, d'un médicament, etc.

Si, du fait de cette mort, une succession est ouverte, une assurance récemment contractée échue sur la tête de quelqu'un, les commentaires se précisent, les soupçons s'expriment, le parquet s'émeut et une enquête judiciaire est ouverte. Il appartient au mé-

decin légiste, commis à l'examen du cadavre, de démontrer que la mort dont l'origine a paru suspecte est le résultat de causes naturelles et de faire éclater l'innocence de l'accusé. L'autopsie est par suite, dans tous les cas de mort subite inexpliquée, absolument indispensable.

B. *Responsabilité civile.* — La récente loi sur les accidents du travail, en France, place aujourd'hui le médecin expert en face de problèmes pratiques d'un autre ordre.

Si un individu salarié venait à succomber par le fait d'une rupture aortique, il pourrait y avoir lieu, dans certaines conditions, notamment si le décès était survenu à la suite d'un effort nécessité par le travail, ou à la suite d'un traumatisme, de rechercher dans quelle mesure la responsabilité pécuniaire de son patron serait engagée par cette mort. Quoique jusqu'ici les tribunaux n'aient eu à juger « aucune espèce » de ce genre, il est légitime d'envisager le problème par avance, comme l'a fait Martin-Sisteron dans une thèse récente. L'expert devrait pour fixer son appréciation, non seulement pratiquer une autopsie détaillée, mais se livrer à une enquête soigneuse sur toutes les circonstances ayant précédé et accompagné la mort, et faire l'analyse et la critique minutieuse des éléments d'information recueillis.

D'une manière générale, la responsabilité du patron ou de la Compagnie d'assurances qui le représente sera d'autant plus nettement et plus complètement engagée que le décédé présentera une intégrité plus parfaite de l'aorte et que le traumatisme subi aura été plus violent ou l'effort plus intense, car on pourra leur attribuer plus de part directe dans la détermination de la rupture aortique. En l'absence de traumatisme ou d'effort notable, l'expert sera naturellement conduit au refus de toute indemnité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 MARS 1906)

Gros kystes ovariques. — Dans l'une des dernières séances on a parlé des gros kystes ovariques qu'on rencontrait parfois encore chez de vieilles femmes n'ayant jamais été opérées. C'est un cas de ce genre que communique M. PONCET : il s'agit d'une vieille femme de la campagne qui portait un énorme kyste de l'ovaire depuis de longues années. Elle fut ovariotomisée et la guérison fut parfaite. Ces cas ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le croit.

Botriomycose. — M. HARTMANN fait un rapport sur une série d'observations présentées par MM. Thierry, Dujarrier, Lesenne, Lenormand. M. Thierry, à lui seul, présente 19 cas personnels de botriomycose. Si l'on ajoute à ces faits ceux des autres auteurs et quelques nouveaux cas de M. Poncet, on arrive au chiffre de 27 nouvelles observations. Ce fut dans la région lyonnaise que, grâce à M. Poncet et à ses élèves, ces faits de botriomycose furent d'abord connus. Quand on a su les rechercher et les diagnostiquer à Paris, on est arrivé à cette conviction que les cas de botriomycose ne sont pas moins fréquents à Paris qu'à Lyon.

Sur ces 27 nouvelles observations, on compte 12 femmes et 15 hommes. Cette affection serait donc plus fréquente dans le sexe masculin. L'âge des malades qui en sont atteints varie de quinze à soixante-dix ans. La profession ne semble pas avoir d'influence. Il y a quelquefois une petite plaie antérieure. C'est la main qui est le siège de prédilection (18 sur 27) et plus particulièrement la face palmaire. Les caractères de l'affection sont toujours identiques; elle s'étale comme un champignon, est indolente, ressemble à des bourgeons charnus. Les petites excisions et les cautérisations ne donnent aucun résultat. C'est l'excision large qu'il faut pratiquer. Il est reconnu aujourd'hui que cette affection n'est pas d'origine parasitaire. La théorie du botriomycène est donc abandonnée. Aussi M. Hartmann proposerait-il d'abandonner également la dénomination de botriomycose pour une autre.

M. Broca a vu 5 cas de ce genre : 2 chez des filles, 3 chez des adultes. Dans ces cas cette affection présentait un aspect clinique particulier. Elle siégeait à la paume de la main. Elle résista à toutes les cautérisations. Histologiquement, elle présente les caractères du bourgeon charnu.

Les examens histologiques n'y ont révélé rien autre de particulier. Cliniquement cela ressemble un peu aux granulomes de l'ombilic qui sont également rebelles à toutes les cautérisations et qui ont été, histologiquement, reconnus pour des bourgeons charnus.

M. PONCET n'a pas grand'chose à ajouter à la communication qu'il a faite sur ce sujet. Etant donnés les rapports qui existent entre cette affection et la botriomycose chez les animaux, M. Poncet est d'avis de lui conserver ce nom.

Emploi de la scopolamine. — A propos de la communication de M. Walther sur ce sujet, M. ROUTIER déclare avoir eu recours à la scopolamine associée au chloroforme dans quelques cas, particulièrement chez deux malades âgées l'une de soixante et un ans, l'autre de soixante-douze ans.

Il ne croit pas que la scopolamine modifie beaucoup l'anesthésie par le chloroforme. Les malades réagissent si diversement aux anesthésiques, et, en particulier, au chloroforme, qu'il est bien difficile d'établir des règles précises en matière d'anesthésie. Tel malade qui a dû subir plusieurs anesthésies supporte très bien le chloroforme une première fois, très mal une seconde fois. Dans quelle mesure, l'emploi préventif de la scopolamine peut-il modifier l'action du chloroforme? Il est très difficile de le savoir. De même au point de vue du cœur : M. Routier a opéré d'appendicite une malade chez laquelle Potain avait reconnu l'existence d'une tachycardie. Il conseilla lui-même l'emploi du chloroforme pour l'anesthésie et assista à l'opération. Le pouls qui était à 150 descendit à 80 pendant l'anesthésie et resta ensuite au-dessous de ce qu'il était. Ceci se passa sans adjonction d'aucun alcaloïde. M. Routier se sert depuis un an de l'appareil de Ricard; il n'a pas remarqué qu'avec cet appareil il y eût moins de vomissements, ni moins d'excitation.

M. Terrier, depuis le rapport qu'il a fait sur cette question de la scopolamine, a continué à l'employer avec un centigramme de morphine. Il compte 71 cas d'anesthésie parfaite, sans le moindre incident. Il cite l'exemple d'une malade qu'il a endormie 3 fois, la première fois avec le chloroforme, pour une appendicite, la seconde fois avec la scopolamine pour une salpingite. La première fois, elle avait eu des vomissements incessants ; la seconde fois, elle avait bien supporté la scopolamine et n'avait pas vomi.

Cette femme ayant été prise de troubles particuliers, sur-

tout caractérisés par des vomissements durant depuis quinze jours, M. Terrier l'a guérie de ces troubles et de ces vomissements par une nouvelle anesthésie à l'aide de la scopolamine.

M. CHAPUT a eu recours une vingtaine de fois à la scopolamine combinée à l'éther ou au chlorure d'éthyle. Dans l'anesthésie par l'éther, la scopolamine lui a paru présenter cet avantage qu'elle dessèche les bronches et prévient conséquemment le catarrhe bronchique que provoque l'éther.

M. MONOD rappelle avoir rapporté un cas de mort. M. Walther, interprétant ce cas, a cru devoir attribuer la mort plutôt au choroforme qu'à la scopolamine. Mais M. Monod a vu de nombreuses alertes par le chloroforme et il n'a jamais rien constaté de semblable à ce qu'il a vu dans le cas qu'il a rapporté.

M. SEGOND ne vise que les faits relatifs à l'emploi de la scopolamine. Il a eu recours d'abord aux injections de 3 milligrammes d'heure en heure, pour opérer sans chloroforme, il a été extrêmement gêné par des hémorragies, un sommeil étrange et des mouvements désordonnés. Il a donc renoncé à cette manière de faire et il a eu recours ensuite à la scopolamine combinée au chloroforme. Il emploie surtout cette méthode chez les femmes nerveuses, ayant à subir de graves opérations et en étant très effrayées. M. Segond a constaté tout ce qui a été si bien énoncé par M. Terrier : suppression de l'appréhension opératoire, suppression de la douleur après l'opération, bien précieuse surtout pour les hystérectomies vaginales, moins de vomissements consécutifs. En somme, c'est, aux yeux de M. Segond, une méthode excellente surtout chez les nerveuses et les alcooliques.

Occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. — M. FAURE fait un rapport sur une observation adressée par M. Jeanbrau (de Montpellier). Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui fut pris d'accidents d'occlusion intestinale et qui présentait une tuméfaction au creux épigastrique. On fit la laparotomie, on ne put réduire, on établit un anus artificiel et le malade succomba. M. Jeanbrau croit, dans ce cas, avoir eu affaire à une occlusion par l'hiatus de Winslow. Il a réuni 17 observations analogues. En présence d'une tumeur ombilicale, il faut songer à l'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow.

Le seul traitement de ces sortes de hernies serait le débridement de cet hiatus. Comment s'y prendre pour le débrider ? M. Jeanbrau propose une technique que n'a pas très bien comprise M. Faure qui, à son tour, en propose une autre que nous non plus n'avons pas très bien comprise. Retenons seulement de ces faits qu'en présence d'une occlusion par l'hiatus de Winslow, le seul traitement est le débridement et la réduction.

Nouvel appareil à anesthésie. — M. FAURE présente un second rapport sur un nouvel appareil présenté par M. Soubeyrand. L'avantage de cet appareil est qu'il est constitué par une seule pièce. Il semble avoir donné de bons résultats.

M. REYNIER ne le trouve pas meilleur que tous les autres appareils du même genre qui ont, à ses yeux, le grave inconvénient de ne pas tenir compte de la température et du nombre des respirations, conditions que remplit seul l'appareil de M. Reynier.

M. FAURE répond à M. Reynier que le seul et vrai réactif est le sommeil du malade. Du moment qu'il dort bien, tout va bien.

Cela nous semble très exact, aussi bien pour la compresse que pour tous les appareils.

— Le bruit des conversations qui accompagne désagréablement les présentations à la fin des séances nous a fait commettre une erreur dans notre dernier compte-rendu. La **tumeur stercorale du poids de 3 kilogs** a été observée par M. de Parrel (de Dieppe) et non par un autre auteur.

LIVRES NOUVEAUX

IXe session de l'Association française d'urologie [octobre 1905 (1)]. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. le docteur DESNOS, secrétaire général.

C'est une tâche ingrate mais vraiment utile que celle qui consiste à publier les travaux d'un congrès, aussi faut-il savoir un gré infini à M. le docteur Desnos d'avoir mis tout son soin et toute sa haute compétence à la publication de l'ouvrage que nous annonçons ci-dessus. Grâce à une table analytique et à une table des noms d'auteurs minutieusement compulsés il sera facile de retrouver instantanément dans le corps du livre les renseignements dont on aura besoin, et la peine du lecteur sera ainsi réduite au minimum, grâce à toute celle que s'est donnée l'éminent secrétaire général de l'Association française d'urologie. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Pauvres docteurs! roman de mœurs médicales (2), par le docteur Lucien NASS.

Dans ce roman d'observation vécue, M. Lucien Nass expose le tableau réel de la *Crise médicale*. Il s'est attaché à détruire ce préjugé courant que la profession médicale est, pour le docteur, une source de profits, de fortune et d'honneurs.

Le romancier, dans un style souple et clair, montre le nombre toujours croissant de jeunes gens poussés vers cette voie par des parents aveugles et mal avertis. Le public, d'autre part, n'a plus pour le docteur la même considération qu'autrefois; il veut bien suivre ses conseils, mais met tout en œuvre pour lui marchander ses maigres honoraires. Les sociétés de bienfaisance, de secours mutuels, imposent la médecine *au rabais*. Les cliniques et hôpitaux regorgent de malades aisés, enchantés d'y trouver des soins gratuits. Le médecin est devenu un prolétaire en redingote, plus misérable parfois que le prolétaire manuel.

Il y a plus : les magistrats ont résolu de porter aux médecins le coup fatal. Il n'est pas de mois où un médecin ne soit condamné soit au civil, soit en correctionnelle ; c'est une persécution en règle que stigmatise dans une remarquable préface le professeur Pinard.

Le livre de M. Nass est un bon livre qui aura un profond écho dans le monde médical. L. GAYARD.

(1) In-8° de xxxviii-596 p. avec fig. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-16, couverture illustrée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 2 avril 1906.

Les jurés de la Seine sont d'étranges gens !

Ils viennent d'avoir à juger les assassins de la rue Houdon et de Colombes :

Au banc des accusés, quatre voyous de dix-huit à vingt-deux ans, presque imberbes, pâles, cyniques... se tamponnant énergiquement les yeux par moment pour faire croire à des larmes qui se refusent à sortir. Ils ont avoué leurs deux crimes, en ont rapporté les moindres détails avec une précision qui démontre péremptoirement la netteté de leurs idées et la lucidité de leur intelligence... ils ne nient pas la préméditation. Leur seule défense consiste à s'accuser l'un l'autre d'être le plus coupable.

Sur la table des pièces à conviction, deux couteaux dont l'un est presque tordu !

Au banc de la défense, quatre avocats choisis parmi les plus brillants et les plus justement célèbres.

Après le réquisitoire énergique de l'avocat général, qui, fort justement, demande un châtiment exemplaire et sans merci pour trois des accusés, en faveur de qui aucune excuse ne peut être invoquée, les avocats se lèvent tour à tour et pour défendre ce qui était indéfendable, pour sauver la tête des trois chenapans, leurs clients, ils se servent d'arguments brillants et exclusivement médicaux.

Mais quelle médecine ! Ecoutez plutôt :

Le premier a demandé à deux savants professeurs de la Faculté de médecine — ne sont-ils pas tous fort savants ? — si la responsabilité d'un homme qui commet un crime peut être considérée comme complète, à quoi les savants professeurs ont répondu :

Oui, l'homme doit être tenu pour responsable... à moins qu'il ne présente une tare héréditaire ou acquise. C'est l'évidence même, mais ceci n'est rien, le reste est mieux.

Le deuxième avocat dit : « Messieurs les jurés, mon client est issu d'une famille fort honorable, son père est un brave homme, tout à fait honnête, sa mère une digne créature, ses sœurs sont la douceur même... vous ne trouverez rien dans son passé qui puisse vous expliquer pourquoi il est devenu un si grand criminel, mais... le pauvre garçon, avant son premier crime, a attrapé la syphilis ! et vous savez les ravages qu'exerce l'avarie (justes dieux ! quand nous débarrassera-t-on de ce vocable dont partout, et surtout dans le monde, on nous rebat fastidieusement les oreilles); c'est en pleine période secondaire qu'il a commis son crime, ne voyez-vous pas là une atténuation évidente de sa responsabilité ? »

Le troisième avocat vient à son tour et dit : « Mon client, messieurs les jurés, est né et a vécu sous une étoile enragée, comme disait un vieux poète. Tout jeune il s'est fracturé le bras gauche, plus tard, il s'est brisé deux côtes, à peine au sortir de l'enfance il a une entorse du poignet, et enfin... il prend la fièvre typhoïde, cette terrible maladie (je cite textuellement) qui apporte de tels troubles dans l'organisme et *dont on ne guérit jamais complètement* (sic). »

On en meurt, ou on en reste idiot, comme disait l'autre... C'est à ne plus oser avouer qu'on a eu la fièvre typhoïde !

Alors les jurés, après deux heures de délibération, ont accordé aux assassins les circonstances atténuantes ! Souriant, les trois voyous ont quitté la salle de la cour d'assises, sûrs que leurs précieuses têtes resteraient sur leurs précieuses épaules, envisageant la colonisation lointaine sans frayeur, escomptant déjà l'évasion possible...

Les jurés de la Seine sont d'étranges gens !

(*Voir les* Nouvelles, *p.* 466.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 11, 23 mars 1906.) Rochard : Tumeur de consistance dure au niveau du siège de la vésicule biliaire : néoplasme ou cholécystite? — Hoffa : Le sérum antituberculeux de Marmorek. — Amat : La déminéralisation phosphatée de l'organisme. Cause de l'accroissement de la tuberculose.

Bulletin médical. — (N° 24, 28 mars 1906.) Paul Berger : L'amputation de la cuisse dans les gangrènes spontanées du membre inférieur.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 10, 8 mars 1906.) J. R. Cowan : La valeur des méthodes de laboratoire dans la pratique de la médecine de campagne. — Nathaniel Bowditch Potter : L'atrophie lisse de la base de la langue de Virchow et sa valeur dans le diagnostic de la syphilis (avec une planche). — T. J. Manahan : Une démonstration du spirochaete pallida de la syphilis, avec la description d'une méthode rapide de coloration (avec une planche). — Lincoln Davis et Oscar Richardson : Un cas d'occlusion congénitale du petit intestin. Intervention. Autopsie (avec 2 fig.). — F. B. Harrington : Résection du côlon pour une occlusion par tumeur maligne. Epithélioma de l'œsophage traité par l'excision. Désarticulation interscapulo-thoracique pour un cancer de l'aisselle. Kyste traumatique du pancréas. — F. C. Shattuck : Un cas d'hypernéphrome. — E. A. Codman : Un cas de désarticulation de l'épaule pour gangrène gazeuse du bras par bacille de Welch. Guérison (avec 2 fig.). — Charles L. Scudder : Un hypernéphrome d'origine métastatique. — (N° 11, 15 mars.) W. P. Graves : L'adénomyome de l'utérus avec la description de 4 cas (avec 1 fig.). — Malcolm Storer : La torsion bilatérale des trompes de Fallope. — Walter A. Griffin : Le traitement en plein air de la tuberculose. — Albert E. Rogers : Un traitement efficace de la tuberculose pulmonaire (avec 2 fig. et 1 tabl.). — Charles M. Grœn : Revue de 5 cas de kystes de l'ovaire à pédicule tordu. — W. L. Burrage : Un cas de torsion aiguë du tube de Fallope avec hématosalpinx (avec 1 fig.).

Écho médical du Nord. — (N° 12, 25 mars 1906.) Dubar et Drucbert : Ovariotomie pour kyste dermoïde chez une femme enceinte de deux mois. — Georges Gérard : Les affections oculaires contagieuses dans les crèches et les écoles publiques.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 27, 4 mars 1906.) C.-P. Goggia : Influence de la tuberculine sur les infections expérimentales. — Giuseppe Serafini : Fistule ombilico-vésicale tardive par persistance de la perméabilité de l'ouraque. — Alessandro Girardi : Un cas rare d'angiome caverneux érectile sous-glottique. — Carlo Viscontini : Le traitement des varices des jambes par la ligature de la veine poplitée. Traitement de Parona. — Lanzafamo : Syphilome primaire du rectum. — J. Ulmann : A propos d'un cas de mycosis fongoïde. — Michel-Angelo Vivaldi : Infection septicémique par bacille encapsulé. — Angelo Frattini : Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie avec algidité suivi de guérison. — (N° 30, 11 mars.) G. Zanoni : Préparation de la trypsine pour le traitement du cancer par la syndalisation alcoolique. — Alberto Gasparini : Fracture de la colonne vertébrale et laminectomie. — Carlo Viscontini : Carcinome primitif du pancréas. — Prof. C. Colombo : La dosimétrie des rayons de Röntgen. — Corrado Giglio : Quelques modifications apportées à l'appareil de Waldenburg. — Ugo Leppi : Contribution à l'étude des amyotrophies spinales progressives.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 12, 25 mars 1906.) Gourdon : Etat actuel de la question du traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 12, 25 mars 1906.) B. Auché : Etude anatomo-pathologique de la perlèche. — Verdelet : Tuberculose et bureaux de bienfaisance. — Codet-Boisse : La chirurgie orthopédique et son enseignement dans quelques cliniques étrangères.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 12, 24 mars 1906.) Danel : Hémophilie héréditaire fruste terminée par la mort chez une primipare.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 3, 25 mars 1906.) L. Vidal : Criminalité féminine.

Lyon médical. — (N° 12, 25 mars 1906.) Poncet et Leriche : Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux (*fin*).

Medizinische Blatter. — (N° 11, 15 mars 1906.) Venus : L'importance du carcinome utérin pour le praticien. — Fraenkel : Les voies de dissémination de la tuberculose pulmonaire au point de vue clinique. — Klimck : Nos aliments.

Montpellier médical. — (N° 11, 18 mars 1906.) Forgue et Jeanbrau : Comment se pose le problème des névroses traumatiques devant la loi de 1898. — Grasset : Les voies de la sensibilité dans la moelle de l'homme (*fin*).

Presse médicale. — (N° 25, 28 mars 1906.) Déjerine et Gauckler : Les faux gastropathes. — Georges Mahu : L'herpès rétro-pharyngien.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Fasc. III, mars 1906.) Paolo Bavo : Mycose du pied par aspergillose. — Carlo Persichetti-Antonini : Contribution au traitement des fractures. — Prof. D.-B. Roncali : Observations anatomo-pathologiques et cliniques sur 2 cas de troubles cérébraux comme contribution à l'histologie et au traitement chirurgical des scléroses névroglio-conjonctivales et des névrogglioses pures (glioses) post-traumatiques. — *Section médicale.* — Prof. A. de Giovanni : Considérations théoriques et pratiques sur l'hyposthénie cardio-vasculaire climatérique (Parwinski), sur la faiblesse cardiaque constitutionnelle (Kraus), et sur l'angio-hypothomie constitutionnelle (A. Ferrannini). — Carletti : A propos des déplacements du cœur par augmentation de pression dans la cavité pleurale gauche. — Pietro Gallenga : Contribution à l'étude de la médication phosphorée par les préparations organiques de phosphore. — Romano Maggiora : La production de la toxine diphtérique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 6, 15 mars 1906.) Lalanne et Bedin : Conservation d'empreintes sur le sable. — Marc Barthélemy : Considérations sur les arthrites chroniques et en particulier le rhumatisme noueux à propos d'un cas de polyarthrite déformante progressive (*fin*).

Semaine gynécologique. — (N° 13, 27 mars 1906.) Pichevin : Des délires post-opératoires.

Semaine médicale. — (N° 13, 28 mars 1906.) Bard : La lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée.

Tribune médicale. — (N° 12, 24 mars 1906.) Lortat-Jacob : Valeur diagnostique et pronostique de la sciatique radiculaire. Le syndrome radiculaire et la syphilis. — Laignel-Lavastine : Note histologique sur l'écorce cérébrale des tuberculeux.

NOUVELLES ÉTUDES

SUR

L'ANESTHÉSIE LOCALE

ET

LA SENSIBILITÉ DES ORGANES & DES TISSUS

Par le professeur K. G. LENNANDER (d'Upsal).

Depuis plusieurs années je me suis appliqué à l'étude des anesthésies locales et aux conséquences pratiques qui en découlent (1). Si, dans le présent travail, je reviens sur le sujet, c'est, d'une part, afin de compléter les données que j'ai déjà rassemblées sur la sensibilité des viscères, des organes ou de leurs séreuses, et, d'autre part, afin d'exposer les observations nouvelles que j'ai eu l'occasion de faire en chirurgie des membres.

Mais, avant d'aborder cette étude, qu'on me permette de rappeler le principe général auquel m'ont conduit mes recherches antérieures et les points essentiels de ma technique.

Le principe — que je pus établir dès 1901 — est le suivant : *tous les organes innervés uniquement par le nerf sympathique ou le pneumogastrique — au-dessous des récurrents inférieurs — sont dépourvus des quatre sortes de sensibilité : à la douleur, à la pression, à la chaleur et au froid. Toutes les sensations qu'on leur impute d'ordinaire ont leur siège ou leur point de départ dans les nerfs des sous-séreuses pariétales.*

C'est en me basant sur ce principe que j'ai depuis réglé la plupart de mes interventions chirurgicales.

En ce qui concerne les hernies de l'adulte, par exemple, je les exécute presque toutes à l'anesthésie locale.

Quant aux laparotomies, s'il existe des contre-indications à l'anesthésie générale, j'incise l'abdomen à l'anesthésie locale seule ou mieux sous l'action combinée de l'anesthésie locale et de l' « ivresse éthérée » (l'*Ætherrausch* des auteurs allemands). Je supprime l'éther, dès que le ventre a été exploré et que les viscères ont été disposés pour l'opération à exécuter. Celle-ci accomplie, je fais réadministrer l'éther par gouttes afin de pouvoir retirer sans douleur les champs opératoires qui maintenaient les viscères ou protégeaient l'abdomen contre toute souillure, et afin de suturer le péritoine pariétal, sauf le cas cependant où la sous-séreuse pariétale aurait été insensibilisée par une infiltration de cocaïne-adrénaline ou par une injection de même substance dans les nerfs régionaux.

Dans les opérations de longue durée, même s'il n'y a pas de contre-indications à l'emploi de l'anesthésie générale, j'opère de même, c'est-à-dire que *je supprime l'anesthésie générale toutes les fois qu'on doit opérer sur des tissus qu'on sait ne pas devoir réagir à la douleur.*

En ce qui concerne les solutions de cocaïne je fais usage d'une solution à 1 p. 200, 1 p. 400, 1 p. 800, additionnées de deux gouttes de chlorhydrate d'adrénaline par 10 centimètres cubes. De toutes façons on s'efforce de ne pas dépasser le chiffre de 0,03 à 0,04 centigrammes de cocaïne. Dans bien des opérations il est inutile de recourir à des solutions plus concentrées que celle à 1 p. 800.

J'ai commencé des recherches avec la *stovaïne*, si chaudement recommandée par M. P. Reclus. Dans un cas d'amputation de la cuisse par la méthode de Gritti j'injectais tout d'abord 0,035 milligrammes de cocaïne au total, puis 0,095 milligrammes de stovaïne (en solution à 1 p. 200), sans qu'il en soit résulté le moindre incident ou accident.

Toutes les fois que la chose est possible, je recours à l'anesthésie *régionale* par des injections intra ou périneurales à la cocaïne (solution à 1 p. 400 ou 1 p. 200) et à l'adrénaline. Il est à noter que les injections intra-neurales, faites, par exemple, dans le nerf sciatique, sont douloureuses, quand la jambe est étendue : par contre, avec la cuisse même en extension, on peut complètement et suffisamment relâcher le nerf en fléchissant le genou; l'injection faite dans ces conditions paraît absolument indolente.

CERVEAU. — On sait que le cerveau est insensible. Une observation *récente m'a de plus montré que la substance grise ou blanche, même à l'état pathologique, est complètement insensible au contact du thermocautère, du courant faradique et des manœuvres opératoires vulgaires.*

Le malade dont il s'agissait avait une hernie cérébrale consécutive à une trépanation de la mastoïde pour otite suppurée; or, chez ce malade, je pus, dans une intervention nouvelle, enlever la hernie cérébrale au thermocautère, exciter le cerveau sous-jacent avec un fort courant faradique, sans que le malade accusât ni douleur ni sensation de contact.

Comme j'ai pu m'en convaincre dans deux autres opérations portant sur la mastoïde, *la dure-mère de la région mastoïdienne est également insensible* et j'ai pu l'inciser sans que le malade s'en doutât.

PARTIE SUPÉRIEURE ET ANTÉRIEURE DE L'ESTOMAC. — Un distingué physiologiste, M. Hj. Ohrvall, m'exprima un jour le regret que je n'eus pas éprouvé la sensibilité de la partie supérieure de l'estomac. Toutes mes études opératoires avaient en effet porté jusque-là sur les parois antérieure et postérieure, au voisinage de la grande courbure. M. Ohrvall et moi-

(1) K. G. LENNANDER. Ueber die Sensibilität der Bauchhöle und über lokale und allegemeine Anästhesie bei Bruch-und Bauchoperationen, *Zentralblatt f. Chir.*, 1901, n° 8. — Om Känseln inom peritonealhalan och om lokal och allmän narkos vid braa Roch bukoperationer, *Ups. läk. Förhandl.*, VI, 5-6, 1901. — Jaktagelser öfver Känseln i Bukhaalan, *Hygiea*, 1901. — Beobachtungen über die Sensibilität in der Banchhale, *Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, X, 1902. — *Observations on the sensibility of the abdominal cavity* (translated by Arthur E. BARKER, F.R.C.S), London 1903. — Fortsatta studier öfver Känselni organ och väfnader och öfver lokal anästesi, *Ups. läk. Förhandl.*, IX, 1. — Weitere Beobachtungen über Sensibilität in Organ und Gewebe und über lokale Anästhesie, *Deut. Zeitschr f. Chir.*, LXXIII. — Voir aussi G. NYSTROM. Naagra ord om lokal och regionär anästesi med kokain och kokain-adrenalin, *Allm. Svensk läkaretidning*, 1904, nos 33, 34 et 35.

même oubliions pourtant que j'avais déjà publié un cas de ce genre : il s'agissait de la résection d'un gros cancer pylorique et, au cours de l'opération, exécutée par un de mes anciens assistants, M. E. Olsson, ce dernier avait remarqué que les manœuvres exécutées sur l'estomac étaient indolentes, à la condition toutefois qu'on évitât de tirailler sur les insertions de l'organe au diaphragme et à la colonne vertébrale (1).

M. Ohrvall me fit aussi remarquer qu'avant de déclarer absente la sensibilité consciente de l'estomac et de l'intestin, il conviendrait de recourir à l'excitation électrique de ces organes.

Je m'empressai de combler ces desiderata, dès que j'en eus l'occasion. Le malade qui me la fournit était atteint d'un cancer de l'œsophage. Comme on le sait, la bouche stomacale doit porter aussi haut que possible. Ce fut donc sur la partie de la face antérieure de l'estomac, située au voisinage du cardia et de la petite courbure qu'en l'espèce je pus étudier la sensibilité de l'organe.

Voici ce que j'observais au cours de l'intervention : les pincements, les tiraillements, les éraillures subis par la séreuse de l'estomac, le pincement de ses parois, leur attouchement par des objets chauds ou froids, leur excitation par un courant faradique ne causaient aucune espèce de sensibilité ; il en fut de même de l'ouverture de l'organe au thermocautère. Il en résulte donc que la partie supérieure et antérieure de l'estomac, dans le voisinage du cardia, ne réagit à l'égard d'aucune des manœuvres nécessaires à la gastrostomie.

Notons cependant que ce fut sous ivresse éthérée qu'il fallut faire la suture du viscère au péritoine *pariétal*, vu que ce dernier, lui, est sensible.

La malade accusa quelques douleurs dorsales après l'opération : elles étaient probablement dues à la tension des insertions du cardia et de l'œsophage à la colonne vertébrale, par suite de la fixation de l'estomac à la partie antérieure de l'abdomen.

La valvule de Bauhin est insensible. — A l'instigation de M. Treves (2), M. Arthur Keith, de London Hospital, a examiné un certain nombre d'étudiants en médecine bien portants attachés à cet hôpital. Or sur ces 27 jeunes gens, il n'existait aucune espèce de sensibilité dans la fosse iliaque gauche ; par contre, 24 en présentaient dans la fosse iliaque droite : chez 14, ce point sensible se trouvait un peu plus bas que le point de Munro (c'est-à-dire un peu en dedans et au-dessus du point de Mac-Burney), chez 9 en haut et en dehors et chez 4 en bas et en dedans du point de Munro.

Quelle était la cause de cette sensibilité ? Pour répondre à cette question, MM. Addison et Keith n'explorèrent pas moins de 50 cadavres, durcis à la formaline, et ils trouvèrent que la valvule de Bauhin se trouvait dans 22 cas derrière le point de Munro, dans 14 cas au-dessus et en dehors, dans 14 en bas et en dedans.

(1) K. G. Lennander. *Hygiea*, 1901. — *Mitt aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, X, p. 90-91 du tirage à part.

(2) Treves. *Brit. med. Journ.*, 28 juin 1902.

De ces faits MM. Treves et Keith tirèrent alors la conclusion que c'est la valvule de Bauhin qui est la cause de la sensibilité rencontrée dans la fosse iliaque droite de tant de personnes bien portantes, car : 1° c'est le seul organe de la fosse iliaque droite qui n'ait pas son homologue du côté opposé ; 2° c'est un fait connu que la plupart des orifices du corps sont richement pourvus de nerfs.

Du fait seul de l'embryologie il n'est pourtant guère admissible que la valvule de Bauhin possède la sensibilité à la douleur, puisque le reste de l'intestin en est dépourvu. De plus, dans des recherches antérieures portant sur les conditions de la sensibilité intra-abdominale, j'ai cité des cas où les parois intestinales avaient été pincées ou malaxées tout autour de la valvule de Bauhin, sans que le malade en ait éprouvé la moindre douleur. Depuis, j'avais fait plusieurs fois la même constatation.

Toutefois, en présence des curieuses constatations de Treves, Addison et Keith, il était extrêmement désirable de rencontrer des cas permettant d'éprouver directement la sensibilité de la valvule de Bauhin.

L'occasion n'a pas tardé à se présenter et voici les observations que j'ai recueillies chez deux malades dont le cæcum s'était trouvé largement ouvert par suite de suppuration de la fosse iliaque ou d'escare de la paroi viscérale. A maintes reprises mes assistants ou moi-même nous pûmes donc constater l'insensibilité absolue de la valvule de Bauhin : on pouvait la dilater avec les doigts, pincer ses lèvres, l'attoucher avec des objets chauds ou froids, la brûler, en des points limités, avec le thermocautère ou une goutte d'acide azotique (à 25 p. 100), sans que les malades trahissent la moindre sensation. Le courant faradique, en dépit des contractions qu'il amenait dans la valvule ou les parois iléo-cæcales, n'était pas perçu et cependant le doigt sentait alors, au niveau de la valvule, un anneau ferme dont le resserrement, lent et progressif, allait jusqu'à l'occlusion complète. Chez un de mes malades, il est vrai, on n'observait rien de pareil et il m'est impossible de dire pourquoi on ne put arriver chez lui à obtenir une contraction tonique des fibres musculaires entourant l'orifice iléocæcal. Cependant, comme il fut également impossible d'obtenir la contraction électrique du reste de la paroi cæcale, on serait peut-être en droit d'imputer cette absence de contraction aux altérations nerveuses engendrées par une longue suppuration et la gangrène aiguë de la paroi cæcale postérieure.

Les expériences, exécutées sur ces deux patients, montrèrent, en outre, qu'un fort courant faradique détermine sur la muqueuse cæcale l'apparition d'une forte vaso-constriction ; en effet, on voyait apparaître une tache anémique tout autour des électrodes ; de rouge, la muqueuse devenait blanc jaunâtre sur une étendue pouvant atteindre 2 à 3 centimètres de diamètre. Cette coloration persistait quelque temps après l'ablation des électrodes. Chez un de nos patients on constatait que cette anémie de la muqueuse s'unissait toujours à une contraction de la paroi cæcale, qui devenait raide et donnait au toucher une sensation de résistance particulière.

Quant aux observations de Treves sur la sensibilité de la fosse iliaque droite, elles sont passibles d'une autre interprétation que celle admise par cet auteur. Tout dépend en effet de la façon dont on palpe : si l'on vient à exercer une pression simple, légère ou forte, directement contre la paroi antérieure ou postérieure de l'abdomen, on ne détermine généralement aucune douleur et, pour ma part, chez une personne saine, n'ayant jamais eu antérieurement d'iléo-colite, d'appendicite ou de typhlite, je n'en ai jamais constaté. Par contre, si la pression exercée s'unit à un déplacement, à un tiraillement de la couche *pariétale* sous-séreuse, il n'en est plus de même. Dans ce dernier cas, en effet, on exécute des tractions sur la sous-séreuse abdominale, qui, elle, est sensible et réagit alors par des perceptions douloureuses.

Quant aux conditions anatomiques ou physiologiques du point de Mac Burney, qu'on me permette de rappeler ici mes premières recherches sur la sensibilité de l'abdomen et sur l'appendicite (1). A mon avis, le point de Mac Burney correspond à ce point de la paroi abdominale postérieure où, dans des conditions anatomiques habituelles, les vaisseaux lymphatiques malades de l'appendice viennent rencontrer pour la première fois les nerfs sensibles de la sous-séreuse rétro-péritonéale. D'autre part, les premiers ganglions lymphatiques de l'appendice existent dans l'angle situé entre l'iléon et le côlon ascendant, c'est-à-dire le long du bord interne de la valvule de Bauhin. Cette région coïncide donc à peu près avec le point de Mac Burney ou se trouve en arrière du point de Munro. Dès lors, pour expliquer les douleurs localisées dans cette région point n'est besoin de faire intervenir la valvule iléo-cæcale et sa sensibilité d'ailleurs absente.

Rein et bassinet. — Pour compléter les observations faites sur la sensibilité du rein et du bassinet, je rapporterai ici l'observation recueillie par un de mes élèves, M. E. S. Holmgren.

Il s'agissait d'un malade chez lequel on exécutait une néphrostomie. Au cours de cette intervention le rein fut complètement séparé de sa capsule graisseuse, ouvert par une coupe et le bassinet drainé par un drain de la dimension du petit doigt. Lors des pansements ultérieurs, *le parenchyme rénal se montra insensible* à tous les contacts, même à celui d'un gros troquart enfoncé dans un but explorateur. *Par contre*, le malade accusait de la douleur chaque fois que le drain était enfoncé dans le bassinet, surtout si, par inadvertance, le bassinet était légèrement tiraillé au cours de la manœuvre. Quand, par ce drain, on exécutait des lavages à la solution saline physiologique, le patient ne manifestait aucune sensibilité, à la condition que la quantité de liquide injectée fût petite (10 à 15 grammes). Mais, pour peu qu'elle dépassât cette quantité et qu'elle amenât une distension même légère du bassinet, il se produisit une très vive douleur, qui se propageait vers l'aîne droite (le long de l'uretère) et même quelquefois jusque dans le canal de l'urètre.

Vagin. — Autant que je sache, *le vagin n'est pas sensible à la douleur*. En effet, au cours d'une taille vésicale, *je fis dans la paroi vaginale antérieure plusieurs ponctions avec la pointe fine du thermocautère le long de la ligne d'incision choisie : la malade ne sentit absolument rien. Le résultat fut le même quand on vint à toucher le vagin avec les électrodes d'une pile faradique*. Cependant, toutes les fois que ces électrodes étaient appliqués sur les parties les plus proches de la vulve, en avant ou sur les côtés de l'urètre, le contact électrique était très vivement perçu (1).

Après incision de la paroi vaginale, au point choisi, avec le bistouri et les ciseaux, une pince à forcipressure fut appliquée sur chaque lèvre de la plaie. Tout cela put se faire sans occasionner la moindre douleur. Mais, quand l'incision se mit à intéresser la vessie, la patiente se plaignit de souffrir. Ce n'est pourtant pas une preuve irrécusable que cette partie de la vessie soit sensible. En effet, la taille vaginale amène forcément des tractions sur l'urètre, qui est tout proche et sensible, ainsi que sur le tissu conjonctif entourant la partie inférieure de la vessie ; or, dans les vieilles cystites — et notre opérée souffrait de symptômes vésicaux depuis déjà cinq ou six ans — ce tissu périvésical est certainement sensible à la douleur. *(A suivre.)*

ADÉNO-PHLEGMONS INGUINAUX
ET ILIAQUES
TRAITÉS PAR LES INJECTIONS DE VASELINE IODOFORMÉE

Par le docteur Victor GRAS,
Médecin aide-major de première classe.

Dans un article paru l'année dernière, Savariaud montrait, par trois observations probantes, l'origine ganglionnaire de certaines collections suppurées de la fosse iliaque, consécutives à des lymphangites du membre inférieur. Si cette origine paraît indiscutable, il n'en est pas moins vrai que cette lésion semble rester une complication heureusement rare des inflammations septiques de la jambe. Que de lymphangites, que d'adéno-phlegmons observés à l'aine et guéris, sans avoir eu à redouter une extension plus grande vers les ganglions iliaques !

Toutefois nous avons observé à notre tour 2 cas d'abcès angioleucytiques échelonnés le long des lymphatiques du membre inférieur, dont l'éruption successive s'est faite presque devant nous, et qui, après suppuration des ganglions inguinaux, se sont compliqués d'engorgement douloureux très appréciable au-dessus du pli de l'aine, avec fièvre, et douleur dans la fosse iliaque.

Ces deux observations nous ont paru intéressantes,

(1) K. G. Lennander. *Nord. Tidskr. f. Terapi*, 1902, I, et *Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.*, 1904, XIII.

(1) Il semble que le passage de la zone vulvaire, sensible, à la zone vaginale, insensible, est extrêmement brusque.

car elles viennent à l'appui de celles citées par Savariaud; les différentes étapes ganglionnaires se sont manifestées devant nous avec une netteté absolue, dans un enchaînement indiscutable, avec une succession de faits démonstrative.

La virulence du germe et la prédisposition des sujets peuvent nous donner une raison de cette extension inflammatoire; si la suppuration des ganglions iliaques a été évitée, nous n'avons pas la présomption de croire à l'efficacité de notre traitement, mais nous tenons à signaler les excellents résultats qu'il nous a donnés.

Observation I. — Il s'agit d'un adulte, qui, à la suite d'une écorchure du dos du pied non soignée, présenta un gonflement du cou de pied, et une grosseur sur le côté externe de la jambe. Une petite traînée lymphangitique à peine marquée réunit ces deux inflammations. On fait une incision à la partie externe du cou de pied, quelques gouttes de pus en sortent. Malgré la prolongation de bains locaux chauds, et d'enveloppements humides, on est forcé d'intervenir à la jambe.

Ces deux abcès sont en voie de guérison, lorsque apparaît un ganglion inguinal dur et douloureux. Les précautions prises pour éviter une extension plus grande de l'inflammation n'empêchent pas l'empâtement péri-adénitique de se diffuser, et un adéno-phlegmon se prépare.

Nous attendons pour intervenir, espérant la résorption. Effectivement la tuméfaction de l'aine diminue, la douleur à la pression est supportable.

Les symptômes continuent à s'amender, mais au fur et à mesure, la région sus-inguinale se tuméfie, la fosse iliaque s'engorge et devient très douloureuse à la pression.

Nous intervenons aussitôt à l'aine par une ouverture large et profonde, en déchirant à la sonde cannelée les coques ganglionnaires. On donne issue à quelques gouttes de pus.

Deux jours après l'opération, la suppuration était légère, mais la tuméfaction sus-inguinale était aussi forte. L'état général du malade qui, jusque-là, avait été excellent, fléchit un peu, de la fièvre apparaît. Nous faisons alors une injection dans la plaie de :

Vaseline	100	grammes.
Iodoforme	1	—
Aristol	5	—

Cette pommade est injectée fondue, avec une seringue; la cavité est comblée. Nous recouvrons le tout de coton hydrophile imbibé de cette substance.

Au bout de quatre jours, l'amélioration était considérable; il ne restait plus de trace d'engorgement et d'inflammation iliaque. La guérison était très rapide.

Obs. II. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans accusant une douleur dans la fosse iliaque. A l'examen nous constatons la présence d'un gros ganglion inguinal dont l'origine remontait à une écorchure du pied, actuellement guérie.

La région de la fosse iliaque est particulièrement douloureuse: sa tuméfaction est notable, et la palpation nous donne la sensation de noyaux durs, très profondément situés.

Nous intervenons aussitôt, ouvrons le ganglion inguinal, débridons à la sonde cannelée, et injectons la vaseline iodoformée.

Quatre jours après l'empâtement et la douleur de la région iliaque avaient disparu, le huitième jour le malade était guéri.

Ces deux observations montrent donc que l'inflammation des ganglions iliaques est précédée par celle des ganglions inguinaux qui constituent le premier relai vraiment sérieux pour les lymphangites de la jambe. Dans certains cas, l'inflammation du membre inférieur et des ganglions de l'aine peut disparaître, tandis que persiste et s'accentue celle des ganglions iliaques. Nous sommes persuadé, de plus, que l'inflammation peut franchir les ganglions de l'aine, en les laissant indemnes, ou du moins sans laisser de traces apparentes. Ainsi naissent beaucoup de suppurations iliaques, dont l'origine n'a pu être rapportée à sa vraie cause.

Ces deux observations nous montrent enfin qu'il faut intervenir de bonne heure, surtout lorsque l'inflammation tend à franchir le pli de l'aine. L'injection de vaseline iodoformée est un précieux adjuvant pour la résolution ganglionnaire; les substances antiseptiques, dissoutes par la vaseline, sont portées par les lymphatiques dans les ganglions iliaques, et cet apport continu peut enrayer le processus suppurateur.

Conclusions. — 1° Dans tout adéno-phlegmon inguinal, dans toute lymphangite du membre inférieur, il faut toujours interroger la région iliaque externe;

2° La résolution des ganglions inguinaux enflammés ne doit être recherchée qu'avec beaucoup de surveillance, et, à la moindre menace d'une extension vers la fosse iliaque externe, il faut intervenir, même si les ganglions de l'aine ont tendance à disparaître.

3° L'absorption de vaseline iodoformée par la plaie semble avoir une véritable propriété résolutive, et hâter la guérison, qui, dans les observations citées, a été obtenue au bout de huit jours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 26 mars 1906)

Hyperthermies opératoires aseptiques. — MM. Charrin et Jardry. A la suite des opérations, plus rarement des accouchements, on observe des poussées thermiques parfois élevées mais de courte durée. Après l'intervention, dans plus d'un cas dès la quatrième ou la huitième heure, la température s'élève; rapidement elle atteint son maximum, s'y maintient un jour ou deux, même moins et, promptement, avec ou sans oscillations, revient à la normale.

Comment expliquer ces hyperthermies? D'un côté, il faut se souvenir qu'en introduisant sous la peau ou dans la circulation, du sérum artificiel, des matières minérales, des principes extraits d'une série d'organes, différentes substances protéiques, des corps issus des leucocytes par sécrétion, etc. on réussit à déterminer des ascensions du thermomètre.

D'autre part il importe de remarquer que les sérosités, plus encore que le sang, sont susceptibles de renfermer de tels éléments.

Au point de vue du pronostic on conçoit l'importance du diagnostic de la cause de ces hyperthermies. D'un côté (ori-

gine toxique ou chimique), le trouble est passager, la guérison assurée; de l'autre (origine microbienne), le phénomène comporte toute la gravité d'une infection dans l'espèce souvent très sévère.

Les huîtres perlières. — M. L.-G. SEURAT a étudié les huîtres perlières aux îles Gambier. Il a pu se rendre compte du rôle important que jouent les larves de cestodes dans la formation des perles fines. En décalcifiant des perles il a en effet trouvé au centre un noyau organique dans lequel il a pu reconnaître un scolex de cestode du genre *tylocéphalum*.

Origine concrète et très précise des nerfs. — M. N.-A. BARBIERI.

Sur l'hématogène et sur la formation de l'hémoglobine. — MM. L. HUGOUNENQ et Albert MOREL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 MARS 1906)

Le tréponème pâle et la paralysie générale. — M. QUEYRAT, à propos du procès-verbal de la dernière séance, fait remarquer qu'il a cherché le tréponème pâle dans le cerveau de trois paralytiques généraux, sans pouvoir le rencontrer, ce qui ne veut pas dire que la paralysie générale n'est pas fonction de syphilis. M. Queyrat est, au contraire, partisan convaincu de l'origine syphilitique de la paralysie générale, dans 95 p. 100 des cas au moins.

M. SICARD, qui partage absolument l'opinion de M. Queyrat a cherché le tréponème dans deux cas de tabes avec le même insuccès.

M. HIRTZ demande à M. JACQUET, à propos de sa communication, quel était l'état de l'aorte chez son malade et s'il y avait des plaques athéromateuses. On sait en effet, combien les aortites chroniques sont fréquentes à la suite de la syphilis. Sur 117 cas d'aortites fibroïdes, on a trouvé 47 p. 100 de sujets sûrement syphilitiques et environ 7 p. 100 de vraisemblablement syphilitiques. L'observation de M. Jacquet a démontré bactériologiquement la présence dans les capsules surrénales du tréponème pâle. On peut dès lors saisir le lien qui existe entre les aortites et les syphilis, ce lien pouvant être les capsules surrénales.

M. JOSUÉ fait remarquer que les lésions aortiques, si fréquentes chez les syphilitiques, sont de deux ordres. Tantôt il s'agit de lésions causées directement par la syphilis, tantôt il s'agit de lésions athéromateuses banales. Celles-ci peuvent être isolées ou associées à l'aortite syphilitique. Les altérations athéromateuses semblent d'ailleurs particulièrement fréquentes chez les syphilitiques et l'on peut se demander si cette fréquence ne doit pas être attribuée à la présence du tréponème pâle dans les capsules surrénales et aux altérations qu'il y détermine.

Microsphigmie. — M. VARIOT présente trois malades atteints de cette affection ou mieux de ce syndrome qu'il a décrit en 1898 et qui consiste en une petitesse permanente du pouls sans malformation cardiaque. Il s'accompagne en outre chez les enfants présentés par M. Variot de débilité mentale, d'incontinence d'urine et d'ichtyose congénitale. Dans deux cas rapportés antérieurement par MM. Gastou et Emery, cette coïncidence morbide existait, ce qui permet de conclure qu'il s'agit là d'un véritable syndrome. Tient-il à une artérite syphilitique héréditaire? C'est une hypothèse très vraisemblable.

Traitement de la tuberculose par la recalcification. — M. Paul FERRIER. Que la nature édifie et entretienne le squelette et les dents, ou qu'elle détermine chez les tuberculeux la guérison spontanée, ses procédés semblent identiques à M. P. Ferrier. C'est pour avoir vu les signes d'une calcification prononcée chez des tuberculeux guéris et vivants, et les signes contraires chez d'autres dont la maladie eut une évolution rapidement fatale, qu'il pensa à calcifier les tuberculeux. Mais la calcification n'est pas réduite à l'emploi des sels de chaux, même utiles, le carbonate et le phosphate tribasique. Pour l'obtenir, il faut ajouter à cet emploi la proscription des causes nombreuses qui peuvent nous faire perdre de la chaux et de l'acide phosphorique.

Ces causes peuvent se résumer en deux mots : « fautes alimentaires, » aboutissant à l'absorption d'acides non saturés de chaux. Par l'usage du chlorure de sodium, il faut s'efforcer de favoriser la fonction chlorhydrique du suc gastrique. Les malades qui, ne faisant pas d'erreur de régime, ne bénéficient pas promptement du traitement calcifiant, doivent recevoir en plus du chlorure de calcium. Lorsque ce traitement complet ne produit pas une amélioration rapide, c'est qu'il y a faute alimentaire. Ce traitement ne supprime pas les mesures hygiéniques.

M. SERGENT, à l'appui de la communication de M. Ferrier, rapporte qu'il a soumis au traitement de la recalcification un grand nombre de tuberculeux et a été surpris des bons résultats qu'il a obtenus. Au début les fonctions digestives se rétablissent : l'appétit revient, les forces se relèvent peu à peu, l'état général s'améliore. La conception sur laquelle est basé ce mode de traitement est rationnelle puisque les tuberculeux pour se guérir ont besoin d'un bon estomac.

Combattre les fermentations gastro-intestinales, s'opposer par là à la décalcification, recalcifier l'organisme; telle est la théorie de M. Ferrier, à laquelle quelques faits semblent donner raison.

M. RÉNON a essayé ce traitement chez 6 malades, il en a obtenu de bons effets.

Porencéphalie acquise, probablement d'origine traumatique. Mort en état de mal épileptique. — MM. A. CHAUFFARD et L. RIVET. Un homme de quarante-neuf ans, ayant eu depuis trois ans seulement deux courtes séries de crises analogues, est amené à l'hôpital pour une troisième série de crises, qui a débuté quelques jours avant. Le nombre des crises va croissant, chacune présentant nettement le type jacksonien droit; ces crises deviennent subintrantes, sans reprise de connaissance dans leur intervalle (217 crises en cinquante-trois heures). Le malade succombe dans le collapsus hyperthermique. A l'autopsie, lésion porencéphalique typiqne, siégeant en avant de la zone psycho-motrice gauche, dans le domaine de l'artère frontale interne antérieure : cette lésion a donc déterminé les accès jacksoniens par excitation *à distance* de la zone psycho-motrice. On ne peut incriminer dans l'étiologie de la lésion qu'un violent traumatisme subi par le malade à l'âge de treize ans.

La ponction lombaire avait montré un liquide sensiblement normal, sans hypertension aucune, même pendant les crises. Par contre, chaque crise convulsive était *précédée, accompagnée et suivie* d'une énorme hypertension artérielle (jusqu'à 30). Les auteurs ne pensent pas qu'il faille voir dans cette hypertension la cause déterminante des crises; mais, ap-

puyant leur opinion sur les recherches expérimentales de Fr. Franck, ils estiment que la lésion porencéphalique a donné naissance simultanément aux crises jacksoniennes et à l'hypertension artérielle. Ils ont tenté d'inhiber les crises, en s'adressant à l'hyperexcitabilité corticale par le chloral et les inhalations de chloroforme, à l'hypertension par le nitrite d'amyle, à l'hyperthermie par le drap mouillé : toutes ces tentatives ont complètement échoué.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 MARS 1906)

De la section thoracique dans les déviations du rachis. — M. MAUREL arrive à ces conclusions :

1° Les déviations du rachis, quelle que soit la direction de la courbure, au point de vue de leur influence sur l'état général, se divisent en deux groupes selon que la section thoracique est suffisante ou non;

Les déviations ayant une section thoracique suffisante, c'est-à-dire ayant 4 centimètres carrés pour 1 décimètre carré de surface cutanée, correspondant le plus souvent à un état général satisfaisant. Cet état général laisse au contraire à désirer dans le cas d'insuffisance;

3° Des exercices respiratoires peuvent rapprocher la section thoracique des proportions normales et améliorer ainsi l'état général;

4° Les mêmes exercices peuvent également corriger, dans une large mesure, les déviations du rachis et par conséquent diminuer les difformités qui en résultent.

Sur quelques effets d'une injection de sérum antidiphtérique chez le lapin. — Pour M. H. LEMAIRE, à la suite d'une injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique faite au lapin, le sérum de cheval est décelable dans le sang dès les premières heures. Il diminue vers le sixième jour en moyenne et du septième au onzième jour apparaissent les précipitines. Le sérum de cheval coexiste dans le sang avec elles pendant deux ou trois jours. Il disparaît vers le dixième jour. Les précipitines sont toujours abondantes.

Après une injection intraveineuse les effets sont un peu différents. Les anticorps précipitants peuvent apparaître d'une façon très précoce (troisième jour) et ils sont la plupart du temps fugaces et passagers. Après une injection de sérum antidiphtérique l'état général de l'animal est normal. Quand apparaissent les précipitines il perd généralement de son poids, perte qui est réparée rapidement. Localement l'injection n'a jamais entraîné de lésions.

Une fois sur quatre on a observé une lésion symétrique à caractère nécrotique à la face plantaire du métatarse postérieur.

Influence du régime alimentaire sur les coefficients urologiques et sur le poids de la molécule élaborée moyenne. — — MM. DESGREZ et AYRIGNAC ont déterminé les variations des principaux rapports urinaires qui dépendent du régime alimentaire. Leurs recherches établissent que la valeur de ces rapports peut varier considérablement pour un même état physiologique. Le coefficient azoturique, par exemple, a été trouvé de 0,86 pour le régime lacté, de 0,78 pour le régime végétarien, de 0,81 pour le régime mixte lacté et végétarien, de 0,82 pour les régimes fortement ou faiblement carnés. Le tableau de nos résultats indique pour les autres coefficients des différences de sens variable mais aussi accentuées. Quant à la molécule élaborée moyenne dont le poids idéal serait de 0,60, elle a pour valeur 0,65 avec le régime lacté, 0,93 avec le régime végétarien 0,67 avec le régime fortement carné, 0,75 avec le régime faiblement carné et 0,80 avec le régime lacté mixte.

La moyenne de ces valeurs est de 0,76, c'est-à-dire exactement celle fournie à M. Bouchard par un certain nombre de sujets normaux recevant un régime mixte.

Il est remarquable que la prédominance de la viande dans le régime fait tomber à 0,67 le poids moyen de la molécule. Les auteurs attribuent ce résultat à une influence favorable des bases musculaires sur l'élaboration azotée.

La molécule la plus grosse est fournie par le régime végétarien, parce que ce dernier détermine la formation et le passage dans les urines de corps azotés et aromatiques, acide hippurique et analogues, de poids moléculaire très élevé.

Sur les albumines du liquide céphalo-rachidien pathologique, MM. Louis RÉNON et Léon TISSIER rapportent plusieurs cas de syndromes méningés des plus caractérisés dans lesquels le liquide céphalo-rachidien contenait une quantité très importante d'albumine (entre 2 et 5 grammes), alors que l'examen cytologique ne donnait que des résultats négatifs à plusieurs reprises.

Dans le plus grand nombre des examens de liquides céphalo-rachidiens pathologiques (cent cinquante environ), les résultats fournis par les réactions cellulaires et les réactions chimiques se sont montrés sensiblement parallèles dans leur intensité.

Les auteurs concluent de leurs observations que, si l'examen des albumines du liquide cérébro-spinal n'a pas la même précision que l'examen cellulaire, cette méthode est la seule qui fournisse, dans certains cas, en dehors des signes cliniques, des preuves indiscutables sur l'existence d'un processus méningé aigu ou chronique.

D'autre part, ils n'ont jamais observé de cas dans lesquels une réaction cellulaire positive coïncidait avec une réaction chimique négative. Il n'est, d'ailleurs, pas impossible que cette dissociation puisse exister.

Il est facile de distinguer les traces indosables d'albumine dans un liquide céphalo-rachidien normal, de cette réaction chimique positive du liquide céphalo-rachidien pathologique. Cette recherche a donc une valeur d'autant plus grande qu'elle peut être faite extemporanément, sans le secours d'objets de laboratoire et avec les techniques habituelles pour la recherche et le dosage de l'albumine (chaleur, acide nitrique, réactif d'Esbach).

Des constituants colloïdes du sang. — Des recherches de M. H. ISCOVESCO, il résulte à l'heure actuelle que la partie liquide du sang est constituée par : 1° un sérum-albumine positive; 2° un sérum-albumine négative; 3° une globuline positive; 4° une globuline négative.

Autres communications :

Description d'un ferment lactique puissant capable de s'acclimater dans l'intestin de l'homme. — M. COHENDY.

Du stroma rénal dans quelques états fonctionnels du rein. — M. RETTERER.

Origine du mucus trouvé dans les fèces au cours des entérites. — MM. J.-Ch. ROUX et RIVA.

Variations du nombre des globules rouges du sang au cours du développement: — M. J. JOLLY.

Ralentissement initial au cours de la lymphe à la suite d'injections salines hypertoniques. — M. Ch. Dubois.

Sur les milieux de culture solides (foie et rate) éminemment favorables au développement des bacilles de la tuberculose. — MM. A. et L. Lumière.

Contact et continuité des neurones. — M. Lache.

Activation du pouvoir hémolytique de certains sérums par les sels de magnésium. — Mlle Cernovodeanu et M. V. Henri.

Augmentation artificielle de la circulation dans les glandes pathologiques. — MM. Carrel et Guthrie.

Sur l'acido-résistance du bacille de Koch. — M. Ciaccio.

Mécanisme de la dégénérescence des fibres musculaires et cardiaques dans un cas de myocardite aiguë. — MM. Cantacuzène et Slatineano.

Sur les points où se fixe temporairement l'eau dans l'organisme. — M. Mayer.

Eosinophilie myéloïde dans la lèpre. — M. Alezais.

Hyperglobulie dans les cas de pneumothorax tuberculeux. — M. Raybaud.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 29 mars 1906)

Remarques sur quelques cas d'appendicite. — M. Paul Delbet rapporte 42 cas d'appendicite qu'il a soignés, sur lesquels il en a opéré 15 à froid ; sur les 27 autres 19 étaient exceptionnellement graves ; or, de ces 19, 11 ont été opérés et ont donné une mort, 4 n'ont pas été opérés et sont morts.

Delbet conseille en cas d'opération à chaud de faire une très courte incision, de toujours chercher et enlever l'appendice et de ne pas toucher aux collections purulentes.

M. Péraire préfère ouvrir toujours largement les abcès ; il borne parfois son intervention à cette seule incision.

Leucémie myélogène traitée par les rayons X. — Paul Aubourg apporte l'observation d'une malade de cinquante et un ans, atteinte de leucémie myélogène à marche lente, avec une rate occupant la moitié de la cavité abdominale, un très mauvais état général, 425 000 globules blancs et 30 p. 100 de myélocytes. Après un mois de traitement, l'état général était devenu excellent de la rate petite ; cependant la formule sanguine après six mois n'est pas revenue à la normale ; aussi M. Aubourg tient à continuer le traitement malgré les apparences de guérison.

Etude sur quelques squelettes scoliotiques. — M. Desfosses montre des squelettes et des dessins de squelettes, atteints de scoliose dorsale. Sur tous ces squelettes, au niveau des régions déviées du rachis, on voit que les côtes du côté concave sont grêles, minces, lisses, que les côtes du côté convexe au contraire sont larges, fortes ; de même les apophyses transverses des vertèbres déviées sont minuscules du côté concave, fortes, grosses, rugueuses du côté convexe. L'auteur montre que, dans ces conditions, il faut admettre que sur ces squelettes les muscles puissants se trouvaient du côté convexe. Ce qui va à l'encontre de l'opinion des auteurs qui pensent qu'en cas de scoliose les muscles affaiblis se trouvent du côté convexe.

Lithiase rénale et suralimentation dans la tuberculose pulmonaire. — M. Monsseaux (de Vittel) rapporte plusieurs cas de lithiase rénale primitive urique ou urooxalique survenus chez des tuberculeux pulmonaires traités par la suralimentation : tous les degrés ont été observés depuis les décharges d'acide urique, jusqu'aux graviers du volume d'une petite noisette. Chez ces tuberculeux au début le traitement avait amené le relèvement de l'état général, l'augmentation de poids, la cicatrisation des lésions pulmonaires, mais avait dépassé le but ; le repos et la suralimentation azotée intensive permise par l'état satisfaisant des voies digestives avait créé un etat général arthritique dont la gravelle fut la manifestation.

Les recherches récentes sur la nutrition des tuberculeux montrent qu'il y a plutôt chez eux ralentissement des échanges nutritifs ; l'azote est non seulement incomplètement utilisé, mais aussi incomplètement élaboré, et le rapport azoturique est abaissé. Il importe donc d'établir avec soin le régime alimentaire des tuberculeux en se basant sur leur chimisme urinaire individuel ; la suralimentation pratiquée sans mesure et sans règle n'a le plus souvent abouti qu'à des accidents et parfois à des désastres.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 AVRIL 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Landouzy, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Rieffel et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Sébileau, Macaigne et Proust.

3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Lepage et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Marcel Labbé ; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Mauclaire ; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 24 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Raymond, Guiart et Maillard.

1er (oral, 1re série) : MM. Cornil, Retterer et Rieffel ; — (2e série) : MM. Hartmann, Thiéry et Launois.

3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Thiroloix et Gouget.

4e : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion ; — — (2e série) : MM. Berger, Auvray et Morestin ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Méry et Renon ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 25 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gaucher, Desgrez et Legry.

1er (1re série, oral) : MM. Blanchard, Legueu et Rieffel ; — (2e série) : MM. Reclus, Sébileau et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Déjerine, Claude et Marcel Labbé.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 26 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Desgrez et Guiart.

1er (1re série, oral) : MM. Poirier, Launois et Morestin ; — (2e série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Bezançon.

4e : MM. Pouchet, Vaquez et Dupré ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 27 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Gaucher et Desgrez.

1er (1re série, oral) : MM. Poirier, Mauclaire et Cunéo ; —

(2e série) : MM. Reclus, Macaigne et Branca; — (3e série) : MM. Segond, Legry et Rieffel.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Sébileau et Lepage; — (2e partie) : MM. Brissaud, Roger et Claude; — M. Balthazard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 28 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Mailard.

3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Thiroloix et Carnot; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Méry et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon; — M. Renon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Épreuve clinique.* — Séance du 31 mars 1906 : MM. Clerc et Ravaut, 20; Ribierre, 19.

Le concours d'admissibilité s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Castaigne, Ravaut, Comte, Hallé, Guillemot, Clerc, Ribierre, Grenet et Nobécourt.

CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 30 mars 1906. — MM. Wiart, 24; Lecène, 26; Kendirdjy, 19.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — ORAL. — Séance du 30 mars 1906. — Questions données : « Appendice iléo-cæcal. — Œdème aigu du poumon. »

MM. Cottard, 8 + 17 = 25; — Duval, 12 + 19 = 31; — Raillet, 7 + 19 = 26; — Strœhlin, 12 + 20 = 32; — Ehrenpreis, 14 + 22 = 36; — Marcorelles, 14 + 22 = 36; — Merle, 13 + 23 = 36; — Lemarchal, 18 + 23 = 41; — Grasset, 9 + 21 = 30; — Paul-Boncour, 12 + 18 = 30.

Séance du 31 mars. — Questions données : « Nerf grand hypoglosse. — Traitement du croup. »

MM. Chénié, 14 + 23 = 37; — Paillard, 12 + 18 = 30; — Cléret, 15 + 19 = 34; — Robert, 13 + 21 = 34; — Nicaud, 6 + 18 = 24.

Séance supplémentaire pour la place de premier :

MM. Roux, 19; Chabrol, 18; Tinel, 17.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Roux (J.), Chabrol, Tinel, Saissi, Combier, Joltrain, Leconte, Le Mée, Brin, Troisier.

11. Lemarchal, Brissaud, Macé de Lépinay, Deverre, Hamel, Lebras, Silbert, Mlle Landry, MM. Bazy, Bénard (Henri).

21. Moulu, Chenot, Hovelacque, Chénier, Eliot, Lasnier (M.), Chazarain, Bénard (René), Parturier, Sauphar.

31. Rais, Mlle Debat-Ponsan, MM. Halphen, Froget, Boudet, Foix (Ch.), Lévy-Valensi, Lyon-Caen, Chastagnol, Moyrand.

41. Flurin, Bailly, Bonvoisin, Durand (Gaston), Marsan, Marie, Chené (Henri), Pinard, Garban, Lamy.

51. Pottet, de Brunel de Serbonnes, Schæffer, Monsaingeon, Ehrenpreis, Marcorelles, Chevallier (Albert), Debré, Garipuy, Cawadias.

61. Duverger, Merle (Pierre), Guyader, Vezard, V. d'Heucqueville, Le Moine.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Deroye, Petiteau, Olivier, Duvoir, Mlle Giry, MM. Senlecq, Burnier, Martin, Deroide, Cléret,

11. Pérol, Touraine, Roudinesco, Dubosc, Robert, Jacoulet, Laroche, Coryllos, Stévenin, Cesbron,

21. Boulard, Davesne, Rousseau-Langwelt, Cruet, Basset, Fernet, Boudol, Strœhlin, Duchet-Suchaux, Bourdier,

31. Houzel, Brisset (Léon), Gendron, Chambord, Cadenat, Ribérol, Cottenot, Braun, Henry, Lemercier,

41. Charrier, Galup, Mallein, Fimbel, Duval, Blanc, Lorin, Porcé, Pénard, Houdard,

51. Paul-Boncour, Brémond, Grasset, Dehelly, Paillard, Bécus, Guggenheim, Pélissier, Frinault, Debertrand,

61. Barbet, Sorrel, Vuillet.

TOULOUSE. — Nous sommes heureux d'apprendre que notre collaborateur et ami, le docteur Raymond Cestan, agrégé, est nommé après concours, médecin adjoint des hôpitaux de Toulouse.

CONCOURS POUR DES PLACES DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Le concours s'est terminé le 31 mars au ministère de l'Intérieur. Les dix candidats reçus sont, suivant l'ordre de classement :

MM. les docteurs Vurpas, Dromard, Ducos, Charpentier, Halberchstadt, Levassort, Benon, Daday, Damaye, Viollet.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France :

M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur; MM. les docteurs Monard (d'Aix-les-Bains), R. Blondel (de Paris), Bergouignan (d'Évian), Mongeot (de Royat), Schlemmer (du Mont-Dore), Lucien Graux (de Paris); MM. Capron, maire de Cannes, Bruman, conseiller d'Etat, et Ed. Bonjean, chef du laboratoire et auditeur du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

INAUGURATION DE LA POLYCLINIQUE BACCELLI. — Le gouvernement français a décidé de se faire représenter par M. le professeur Bouchard à l'inauguration de la polyclinique créée par le professeur Baccelli.

A cette occasion le professeur Baccelli sera l'objet d'une promotion dans la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubenas, professeur honoraire de gynécologie à l'Université de Strasbourg, médecin des hospices civils; Demetières (d'Orchies), Laffite (de la Brède), Emile Percheron de (Paris) et Tison (d'Avesnes-les-Aubert).

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

OCCASION EXCEPTIONNELLE POUR UN MÉDECIN. — Automobile MORS, 15 chevaux, état neuf, marche silencieuse et parfaite : 2 carrosseries, coupé et voiture découverte avec capote. Nombreux accessoires. — Visible le matin avant midi, 20, rue de Grenelle, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 40. — JEUDI 5 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 5 AVRIL 1906. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Josias, Œttinger, P. Marie, Béclère, Richardière, Parmentier, Gaucher, Hip. Martin et Duplay.

Liste des candidats. — MM. Boix, Castaigne, Clerc, Comte, Gallois, de Grandmaison, Grenet, Guillain, Guillemot, Hallé, Jousset, Kahn, Lœper, Michel, Milian, Nobécourt, Pissavy, Ramond, Ravaut et Ribierre.

Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Lecture.* — Séance du 2 avril 1906. — MM. Mouchet, 26 ; Baumgartner, 25 ; Iselin, 20.

Séance du 3 avril. — MM. Veau, 25 ; Marcille, 24.

MARINE. — M. le médecin de première classe Le Coniac, du port de Brest, est désigné pour aller continuer ses services au port de Lorient.

M. le médecin de deuxième classe Alquier, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer, en sous-ordre, sur la première flottille de torpilleurs des mers de Chine, au Rach-Dua.

LES FUMERIES D'OPIUM. — Le ministre de la Marine, ému des ravages faits par l'opium dans les ports militaires, se préoccupe des mesures à prendre en vue d'en supprimer l'usage. D'accord avec le ministre de l'Intérieur, il a invité les autorités maritimes à s'entendre avec les autorités administratives pour en empêcher la vente, sauf pour les usages pharmaceutiques, et amener la fermeture des fumeries.

Depuis quelques années, les fumeries d'opium se sont multipliées dans les ports d'une façon fort inquiétante ; les fumeurs sont de plus en plus nombreux et emploient tous les moyens pour se procurer le poison qui les abrutit... Ils trouvent, paraît-il, certaines complaisances de médecins qui leur prescrivent de l'opium dans des ordonnances médicales. Le mal est très grand et il n'est que temps d'y porter remède (*Le Temps*).

MÉDAILLE OFFERTE AU DOCTEUR MAGNAN. — Les amis, collègues et élèves du docteur Magnan, médecin de Sainte-Anne, ont l'intention de lui offrir une médaille à l'occasion de son jubilé. Ils ont constitué un comité de patronage qui fait appel à tous ceux qui sont attachés au docteur Magnan par les liens de l'amitié, de l'estime ou de la reconnaissance.

L'exécution de la médaille est confiée à M. le docteur Paul Richer, professeur à l'École des beaux-arts.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité. Toute souscription de 25 francs donne droit à une médaille en bronze qui sera expédiée avant la fin de l'année 1906. La souscription est ouverte jusqu'au 15 juin 1906. Les cotisations sont reçues par M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE ET FÊTES EN L'HONNEUR DU PROFESSEUR CÉSARE LOMBROSO A L'OCCASION DE SON JUBILÉ SCIENTIFIQUE. — Le VIe Congrès international d'anthropologie criminelle se tiendra à Turin du 28 avril au 3 mai.

L'ouverture du Congrès aura lieu dans la matinée du 28, dans l'*Aula magna* de l'Université et, à cette occasion, un solennel tribut d'hommage sera rendu au professeur C. Lombroso, pour fêter son jubilé scientifique. Une *targa* (plaquette) artistique et symbolique, de Bistolfi, une médaille d'or, également de Bistolfi, et un album de signatures seront offerts, dans cette circonstance, au professeur Lombroso, qui, à l'occasion de son jubilé scientifique, vient aussi d'être nommé professeur ordinaire d'anthropologie criminelle à l'Université de Turin.

Voici les titres des rapports qui seront discutés.

Von Hamel : Traitement des jeunes criminels dans le droit

pénal et dans la discipline pénitentiaire, suivant les principes de l'anthropologie criminelle.

Tarnowsky Pauline : Traitement des femmes criminelles.

Kurella : La stratification sociale de la criminalité.

Lombroso : Équivalence des diverses formes de psychopathies sexuelles et de criminalité.

Ottolenghi : L'anthropologie criminelle dans l'organisation scientifique de la police.

Brusa : La valeur psychologique des témoignages.

Ferri : Prophylaxie et thérapie du crime.

Garofalo : Établissements de détention perpétuelle pour les criminels déclarés irresponsables par infirmité d'esprit.

Turin prépare des fêtes dignes des hôtes auxquels elle donnera l'hospitalité; à l'Académie de médecine, à l'Hôtel de Ville, au cercle des Artistes, il y aura des réceptions en leur honneur; le professeur C. Lombroso, lui aussi, donnera une soirée d'honneur, et un thé sera offert aux membres du Congrès dans le *Borgo mediævale*, reconstruction historique des plus intéressantes située dans le parc de Valentin, sur les bords du Pô.

Le Congrès se terminera par une excursion dans la vallée d'Aoste — à 600 mètres d'altitude au-dessus du niveau de la mer, en vue du Mont-Blanc, à 130 kilomètres de Turin — une des plus belles vallées des Alpes, qui rappelle la célèbre vallée du Rhin par ses nombreux châteaux historiques du moyen âge, et une des plus curieuses aussi à visiter à cause des ruines et antiquités romaines que possède la ville d'Aoste. L'illustre historien de Rome antique, Guglielmo Ferrero, accompagnera les congressistes dans la visite de ces monuments et leur fournira les explications les plus intéressantes.

Pour les informations relatives au Congrès, on devra s'adresser à l'Institut de médecine légale de l'Université de Turin, via Michelangelo, 26.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 186, 25 mars 1906.) Barjon : Les rayons de Röntgen dans le traitement du lipome. Leur mode d'action. — J. Belot : Note sur la question des grosses et des petites ampoules. — D. Récamier : Action des rayons X sur le développement de l'os (*fin*).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 12, 24 mars 1906.) Rosenfeld : L'alcool aliment.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 22 mars 1906.) Wassermann et Bruck : Etudes expérimentales sur l'action des préparations de bacilles tuberculeux sur l'organisme tuberculeux. — Posner : Sur le mal de Bright traumatique. — Baginsky : Sur le diagnostic précoce et le traitement du cancer du larynx. — Riebold : Les élévations de température prémenstruelles. — Peschel : La sonde galvanique pour le canal lacrymal. — Lesser : Une maladie rare du genou. — Neuhaus : Nouveau procédé de recherche de la santonine dans les urines.

Medical Record. — (Vol. LXIX, n° 9, 3 mars 1906.) Leszynsky : Méningite cérébro-spinale épidémique. Etude clinique et analyse des symptômes spéciaux dans 30 observations; remarques sur le traitement. — Woods Hutchinson : Le cœur dans la tuberculose. — Gustaf Norstrom : Massage et immobilisation dans les fractures. — J. Abraham : Empyème syphilitique des sinus accessoires du nez, avec 4 observations. — Thompson : Leucémie splénique. — Percy Fridenberg : Aspiration de la cavité tympanique après la paracentèse : amélioration notable dans le traitement de l'otite moyenne aiguë. — (N° 10, 10 mars.) Allen Star : Lésions intracraniennes comme séquelles de l'otite moyenne purulente chronique. — Seymour Oppenheimer : Mastoïdite chez les enfants. — Louis E. Blair : Perles littéraires extraites des essais médicaux d'Olivier Wendell Holmes. — Charles Knight : Traitement sérothérapique de l'asthme des foins. — Charles Fox Gardiner et Hoagland : Modifications de la pression sanguine et du pouls chez l'homme par l'altitude. — Price : Section vaginale dans ses rapports avec l'infection puerpérale. — Livingston Hunt : Maladie de Korsakhoff; étude de 4 cas. — Hedges : Epingle de sûreté ouverte avalée par un enfant de six semaines et évacuée par l'intestin au bout de six jours. — (N° 11, 17 mars.) Janeway : Les confins de la médecine et de la chirurgie. — Dudley Carpenter : La fièvre dans la syphilis tertiaire. — Claytor : La diète abondante dans la fièvre typhoïde. — Langshort : Curabilité de la tuberculose. — Morgan Muren : Traitement conservateur du rétrécissement urétral. — J. Thomson : Opération de Schwartze-Stacke dans l'otite moyenne suppurée chronique. — Rochey : Déplacement des trompes de Fallope pour produire la stérilité. — Pierce Clark : Esquisse biographique de Michaelis, le pionnier de la régénération nerveuse.

Medizinische Blatter. — (N° 12, 22 mars 1906.) Adamkiewicz : Le cancer et Ehrlich. — Lorentzen : Contribution au diagnostic des sténoses chroniques du côlon. — Venus : Importance du carcinome utérin pour le praticien.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 27 mars 1906.) Arnold : Sur la morphologie et la biologie des mastzellen, leucocytes et lymphocytes. — Berger : Diagnostic des cas de choléra vrai avec les affections cholériformes. — Baumann : Sur le réflexe pharyngien. — Siegel : L'artério-sclérose en chirurgie. — Lange : Ecole et corset. — Gebele et Ebermayer : Traitement de la tuberculose articulaire. — Behm : Une blessure particulière par coup de feu du sinus maxillaire. — Hahn : La table à traverses; moyen adjuvant simple pour faire les grands pansements du cou, tronc, bassin et cuisse. — Philip : Un nouveau préservateur du linge dans la gonorrhée. — Dreyfus : Sur l'immobilité traumatique de la pupille. — Posselt : L'échinocoque alvéolaire.

Pester medizisnich = chirurgische Presse. — (N° 12, 25 mars 1906.) Schweitzer : Traitement des affections rhumatismales. — Preisz : Les bacilles tuberculeux de l'homme, des mammifères et des oiseaux sont-ils différents ou non ?

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Avril 1906.) De Vicarus : Recherches sur le sang des enfants prématurés. — Barret : L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant au point de vue du diagnostic de la tuberculose. — Andrieu : Sur un cas d'infantilisme pottique. — Zuber et Armand-Delille : Du rôle des colonies de vacances dans la tuberculose chez l'enfant. — Pater : Régime achloruré dans la scarlatine.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 12, 22 mars 1906.) Obermayer et Pick : Sur les causes chimiques des propriétés des différents corps albuminoïdes. — Baumgarten et Popper : L'excrétion de corps acétoniques dans les maladies des organes génitaux de la femme. — Gluzinski et Reichenstein : Myélome et leucémie lymphatique plasmocellulaire. — Brandweiner : Etat actuel de la question des spirochètes. — Winkler : Etat actuel de la question des cytorrhyctes.

NOUVELLES ÉTUDES

SUR

L'ANESTHÉSIE LOCALE

ET

LA SENSIBILITÉ DES ORGANES & DES TISSUS (1)

Par le professeur K. G. LENNANDER (d'Upsal).

SYSTÈME OSSEUX ET ARTICULAIRE. — En ce qui concerne le système ostéo-articulaire, j'ai pu formuler la règle générale suivante : *Le périoste et les capsules articulaires sont pourvus de nerfs sensibles à la douleur, mais l'os, la moelle osseuse et le cartilage ne possèdent aucun nerf de ce genre* (2). D'un os, dont le périoste aura été décollé, de la moelle osseuse, des cartilages épiphysaires et articulaires, des cartilages costaux, il ne peut donc partir, à mon avis, aucune sensation douloureuse.

Dans les exemples qui suivent on retrouvera la preuve de ce que j'avance.

Lors d'un travail antérieur j'ai déjà démontré que le crâne et l'humérus sont dépourvus de sensibilité à l'égard de la pression, du froid et de la chaleur (3).

a. *Apophyse mastoïde : dure-mère mastoïdienne.* — Comme je l'ai déjà dit, le crâne ne donnera lieu à aucune sensation douloureuse, à la condition que le périoste en ait été décollé. C'est ce qui ressort, entre autres, d'une ostéotomie mastoïdienne que j'eus l'occasion de faire pour une otite moyenne suppurée chronique. Pendant la perforation de la mastoïde au trépan, le travail du ciseau ou des pinces coupantes, le malade n'éprouva aucune douleur, bien qu'il fût incommodé par les secousses imprimées à la tête. La dure-mère fut mise à nu au-dessus et un peu en arrière du conduit auditif. Son aspect était normal. *Elle fut grattée légèrement plusieurs fois* avec une petite curette tranchante, mais, *durant ces grattages, le malade n'éprouva pas une seule fois une sensation tactile ou douloureuse. Il ne se produisit non plus aucune sensation quand la dure-mère fut piquée avec la pointe d'un bistouri.* Toutefois, le sondage de la caisse fut si douloureux qu'il fallut réendormir le malade à l'éther afin de pouvoir la nettoyer à la curette. Chez un second malade je pus faire des constatations absolument analogues.

D'après M. Charpy (4), la dure-mère devrait être très sensible. Elle est en effet pourvue de nerfs provenant du trijumeau et du ganglion de Gasser, en même temps que du pneumogastrique et du ganglion jugulaire. Quant à la portion de la dure-mère qui nous intéresse en ce moment — celle qui tapisse le rocher et les fosses cérébrales moyenne et postérieure — elle est innervée, d'après Luschka, par la troisième branche du trijumeau. Immédiatement au-dessus du trou ovale se détache une branche qui suit l'artère méningée moyenne à travers le trou épineux et remonte vers la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne. Du nerf lingual part un autre rameau qui suit le nerf hypoglosse et passe ensuite par le trou condylien antérieur pour distribuer ses branches à la dure-mère occipitale ou à ses sinus. La dure-mère serait, de plus, très richement pourvue de nerfs vasculaires.

Tout dernièrement, j'ai pu cependant compléter mes observations physiologiques sur cette question. Il s'agissait d'un homme âgé, atteint d'un gros abcès épidural, d'un abcès périsinusique et de thrombose, probablement aseptique, du sinus latéral, le tout consécutif à une otite moyenne suppurée. Après trépanation, la dure-mère apparut recouverte de granulations fermes, saignant à peine. Les veines émissaires du sinus étaient thrombosées. Dans une première intervention on se contenta de cette découverte : la dure-mère et le sinus furent recouverts de gaze à la glycérine iodoformée. Dans une seconde intervention, faite le lendemain, le sinus fut ouvert, sans l'emploi d'aucun anesthésique. Et cependant *la ponction du sinus avec une seringue hypodermique, son incision avec le couteau et les ciseaux, l'introduction d'une petite curette dans sa cavité, toutes ces manœuvres ne parurent provoquer aucune sensation. Un léger grattage avec une petite curette tranchante sur la dure-mère environnante et granuleuse ne provoqua non plus aucune sensation.* Au pansement fait trois jours après l'application d'un courant faradique à la surface des granulations recouvrant la dure-mère ne détermina aucune sensation : l'expérience de contrôle faite sur la peau donnait cependant un résultat positif. Mes observations sont d'autant plus probantes que dans les deux séances opératoires on ne s'était servi d'aucun anesthésique local (1).

b. *Abcès et séquestres ostéomyélitiques.* — Les 22 et 24 octobre 1904 j'ai opéré deux ostéomyélites chroniques chez des garçons, l'un de quatorze ans, l'autre de dix-sept ans, après injection de cocaïne à 1 p. 400 (additionnée comme toujours d'adrénaline) le long des bords de la fistule cutanée et dans le périoste qui put être ensuite décollé sans douleurs de chaque côté de la cavité osseuse. L'une de ces opérations fut faite sur le tibia où l'abcès osseux occupait l'épiphyse supérieure, le cartilage épiphysaire et toute la diaphyse ; dans l'autre il s'agissait de la tête et de la diaphyse humérales.

Dans le foyer tibial il n'y avait que des granulations et de petits séquestres ; une grande quantité d'os fut enlevée au pourtour à coups de ciseau. Tout ce giselage et ce grattage purent être faits sans douleur, aussi bien dans l'épiphyse que dans le cartilage épiphysaire et la diaphyse, à la condition de ne pas toucher au périoste. Le curetage de l'os fut

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 39, p. 459.

(2) K. G. LENNANDER. Weitere Beobachtungen über Sensibilität in Organ und Gewebe und über lokale Anästhesie, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, LXXIII, p. 348.

(3) *Ibid.*

(4) POIRIER et CHARPY. *Traité d'anatomie humaine*, t. III, p. 112.

(1) D'après M H. Braun (*Die Lokalanästhesie, ihre wissentschaftliche Grandlagen und praktische Auwendung*, Leipzig 1905), la dure-mère de la convexité cranienne serait insensible, mais celle de la base, immédiatement au-dessus de l'apophyse zygomatique, réagirait par de la douleur à l'action des pinces ou aux attritions diverses produites au cours de l'opération.

poursuivi jusqu'à un ou trois millimètres seulement du périoste de la face opposée de la diaphyse, là où le périoste était sain et non décollé. Le malade n'en éprouva cependant aucune douleur. Il est vrai qu'au bout d'un certain temps d'application de la bande d'Esmarch, il commença à se plaindre ; toutefois, il déclara formellement que ce n'était pas l'ostéotome qui était cause de la douleur, mais la striction de la bande, laquelle le faisait souffrir soit au lieu de son application, soit dans le pied.

Quant au malade du bras, il déclara également ne ressentir ni contact ni douleur du temps qu'on évidait la cavité de sa tête et de sa diaphyse humérales, lesquelles contenaient plusieurs gros séquestres. Il entendait pourtant fort bien les coups de ciseau et le grincement des curettes, sentait les secousses imprimées de ce chef à son bras, mais ne percevait aucun contact, pas même quand l'évidement atteignit la face postérieure de l'os, tout auprès du périoste sain, non décollé, de cette face.

Ces os, dans leurs parties saines ou malades ne furent donc le siège d'aucune sensation douloureuse pendant la séquestrotomie. Ceci prouve qu'il ne faut pas s'imaginer que des nerfs sensibles à la douleur quittent de tous côtés le périoste pour se porter, perpendiculairement à la direction du canal médullaire, dans les couches superficielles du tissu cortical des os longs. Dans les deux cas précédents, en effet, on travaillait à la partie postérieure des os sur de l'os absolument sain, lequel, par places, n'était séparé du périoste, adhérent et sain, que par une couche osseuse extrêmement fine.

c. *Articulations et fémur.* — Parmi nos opérés de cette catégorie se trouve tout d'abord un malade qui, pour un énorme ulcère variqueux de la jambe, compliqué d'arthrite déformante du cou-de-pied et du genou, dut subir l'amputation de Gritti. Chez le malade, âgé de soixante-dix ans, bronchitique et emphysémateux à un degré avancé, il était tout indiqué de recourir à la cocaïne. On en injecta 0,035 milligrammes en 28 seringues (en solution à 1 p. 800, additionnée d'adrénaline) ; on fit de plus emploi de 0,09 centigrammes de stovaïne à 1 p. 200 en 18 seringues.

Après ouverture de l'articulation, on put constater que la synoviale était sensible à la douleur. Elle réagissait plus vivement que la peau au courant faradique ; mais, cette différence pouvait tenir à ce que la synoviale, en raison de son humidité, a une plus grande capacité de conductibilité. D'autre part, on constata que le cartilage, ainsi que l'os du fémur et de la rotule, étaient insensibles au contact et à la douleur. Il ne fut pas expérimenté sur le tibia. Comme autres excitants on employa le thermocautère, le grattage du cartilage avec le bistouri ou le ciseau, les pressions fortes avec le manche d'un ostéotome ou la pointe d'une sonde de Lister, ainsi que les chocs d'un marteau. L'os fut scié, sans que le malade en éprouvât de douleurs. On termina l'opération par une légère anesthésie éthérée, afin de fixer la rotule et de suturer la peau.

Dans une autre observation, l'opérateur — M. E. Helling — put étudier directement, sans l'emploi d'aucun anesthésique, la sensibilité articulaire d'un blessé, atteint de plaie pénétrante par instrument tranchant de la face interne du genou gauche. Les condyles internes du fémur et du tibia étaient, ainsi que le ménisque interne, insensibles au toucher, aux pressions, à la chaleur. Mais, un léger refoulement du ménisque interne vers le milieu de l'articulation provoquait une vive douleur. Cependant des expériences comparatives entreprises sur la synoviale et sur la peau — pressions, tiraillements, pincements — résultait l'impression que, pour produire sur la synoviale des effets analogues, ces divers modes d'excitation devaient être employés avec une énergie un peu plus grande que pour la peau. En d'autres termes, la synoviale aurait une sensibilité plus obtuse que celle de la peau.

On me permettra d'insister un peu plus sur l'observation d'un étudiant qui, pour une polyomyélite aiguë remontant à l'âge de six mois, dut subir, lui aussi, l'opération de Gritti (25 mai 1904). En raison de son désir de n'être endormi que juste le temps nécessaire, de sa situation sociale qui le rendait capable d'analyser exactement ses sensations et du vif intérêt qu'il prenait lui-même à toutes ces études de sensibilité, l'observation a une grande valeur démonstrative. La bande d'Esmarch ne fut pas employée.

L'incision de la peau et du tissu sous-cutané fut presque complètement indolore, sauf dans les couches les plus profondes en rapport avec les muscles et le périoste : il en résulta par moment des douleurs, ressuscitées sous forme de lancées comparables à des décharges électriques.

Lors de la section du ligament rotulien, le malade accusa de la douleur qui continua pendant la dissection de ce ligament à ses attaches périostiques. Lors du pincement d'un vaisseau qui saignait en arrière du ligament, il se produisit aussi une très vive douleur. Les piqûres faites avec l'aiguille à injection dans le fascia et le périoste sur la face antérieure du tibia provoquèrent quelque douleur. De même, les injections faites au-dessous du périoste.

Après ces diverses manœuvres ou explorations, le malade fut soumis à l'influence de l'éther. On en profita pour disséquer ou décoller la capsule articulaire et les ligaments croisés. Les deux ménisques suivirent la capsule en haut. Les extrémités inférieures des condyles fémuraux et les plis synoviaux, notamment au pourtour du ligament croisé antéro-externe, étaient maintenant libres et faciles à explorer au point de vue de leur sensibilité.

Le malade étant réveillé, la ligature d'un vaisseau dans les plis synoviaux entourant les ligaments croisés à leur insertion fémorale causa une douleur très vive. Le pincement d'un vaisseau au niveau de l'insertion de la capsule articulaire à la face antérieure du tibia fut également très douloureux.

Un frottement uni sur la face inférieure des condyles fémoraux avec le doigt recouvert d'un gant humide ne provoqua aucune sensation. La recherche fut répétée plusieurs fois sans résultat.

La pression d'un instrument exercée sur le cartilage articulaire des condyles ne fut pas non plus perçue.

L'application du côté aplati d'une grande pince artérielle à la température de 17 degrés n'était pas perçu par le cartilage articulaire, alors qu'elle donnait une sensation de froid quand on la posait sur la peau.

L'attouchement du cartilage articulaire avec des pinces semblables chauffées à 45, 50 et 60 degrés était également négatif.

Une forte pression, combinée à un frottement modéré du tranchant du couteau et même au détachement de copeaux cartilagineux, ne provoquait aucune sensation.

Une incision allant de la surface du cartilage articulaire à l'os avec un couteau à résection ne fut pas sentie.

Néanmoins, pendant toute la durée de ces dernières recherches avec le couteau, le malade souffrait de douleurs ou de malaise dans le genou. Il ne pouvait pourtant pas les localiser d'une façon exacte et les expériences plus haut mentionnés n'amenaient pas la moindre modification dans ses perceptions. Il suffit d'ailleurs de changer la position de la cuisse et de la jambe, pour les faire disparaître.

Le contact du ligament croisé sur le fémur avec une pince chauffée à 60 degrés détermina une très vive douleur, mais aucune sensation de chaleur. La douleur était rapportée « au milieu du genou ».

De l'acide chlorhydrique ou azotique à 25 p. 100, instillé dans la plaie faite tantôt sur le cartilage, ne donna lieu à aucune sensation.

L'enfoncement du thermocautère à travers le cartilage des condyles fémoraux ou son contact avec les ménisques ne fut pas ressenti. Mais, à une distance de 3 à 5 millimètres de la synoviale, l'attouchement du cartilage par le thermocautère provoquait bientôt une douleur due, sans doute, à ce que la chaleur se propageait à travers le cartilage et l'os aux nerfs sensibles de la synoviale.

Une traction du ménisque interne en dehors provoquait de la douleur.

Un courant galvanique de 2 à 3 milliampères appliqué sur les cartilages condyliens ne causait aucune réaction, mais il en causait une très vive sur le ligament croisé à son insertion fémorale. Même résultat avec un courant faradique de force suffisante pour rendre douloureuse son application cutanée.

Dans toutes les recherches portant sur les ligaments croisés, on s'adressait au moignon du ligament antéro-externe qui restait dans la fosse intercondylienne.

Après ces diverses explorations ou manœuvres le malade fut de nouveau soumis à l'ivresse éthérée, pendant laquelle on enleva la jambe; le périoste fut coupé à 2 millimètres au-dessus de la future section osseuse. Ceci fait, l'éther fut supprimé et le reste de l'opération achevé sans douleur, étant donné que l'os et la moelle osseuse sont privés de sensibilité et que l'anesthésie cocaïnique de la peau et du tissu souscutané durait encore.

Cette dernière opération et les quelques détails concernant les deux malades précédents prouvent donc que les cartilages du fémur sont dépourvus de la sensibilité à la douleur, à la pression, à la chaleur et au froid, que les excitants employés soient l'électricité faradique, le thermocautère, les acides minéraux forts ou les diverses manœuvres opératoires. Des résultats analogues furent obtenus avec les ménisques et l'extrémité articulaire supérieure du tibia, mais sans beaucoup insister sur l'exploration du tibia : la raison en est qu'on aurait pu objecter que les nerfs sensibles de la portion tibiale avaient été sectionnés en même temps que la capsule articulaire.

Par contre, dans ces 3 cas, il existait une sensibilité manifeste du périoste et de la synoviale à l'égard de la douleur.

d. *Canal médullaire et tissu cortical de l'humérus.* — Un étudiant de vingt-neuf ans, traité pendant longtemps pour rhumatisme, avait un *abcès central de la diaphyse humérale.* L'os paraissait épaissi dans le voisinage de la gouttière de torsion sur la face postérieure de l'humérus et c'est à ce niveau que le patient ressentait les douleurs les plus vives.

Lors de l'opération, commencée sous anesthésie à l'éther, on mit tout d'abord l'os à nu, afin d'enlever la nouvelle couche osseuse sécrétée par le périoste dans la région en question, puis on trépana la diaphyse et de sa cavité médullaire s'écoula du pus sous une pression relativement élevée. La cavité médullaire put être alors entièrement curetée. Aussitôt que le périoste avait été décollé du milieu de la face postérieure de l'humérus, on avait laissé le patient se réveiller; or, durant tout le travail accompli avec les pinces-gonges, dans la couche corticale, ou avec les sondes et les curettes, dans la cavité médullaire, il n'éprouva aucune douleur.

Ce cas est intéressant à plus d'un titre.

Et tout d'abord le malade n'éprouva aucune douleur du chef de son humérus, en dépit de l'état pathologique de cet os, du curetage exécuté sur toute la longueur de la cavité médullaire et de la résection des fragments de la couche corticale avec les pinces-gouges; comme nous l'avons dit, la raison de cette insensibilité fut dans le décollement préalable du périoste.

Les phénomènes douloureux accusés par le malade nous donnèrent une nouvelle preuve du rôle que joue le périoste dans l'apparente sensibilité des os. Chez le malade en question, lors des dernières crises douloureuses dont nous fûmes témoin, la sensibilité à la pression existait là où les nouvelles stratifications osseuses du périoste témoignaient des altérations inflammatoires de cette membrane *et elle n'existait que là.*

Enfin, et c'est là la plus saillante des conclusions qu'autorise cette étude, la connaissance pratique de la sensibilité du système ostéo-articulaire peut avoir une grande importance au point de vue clinique et opératoire.

Comme j'ai eu maintes fois l'occasion de m'en convaincre et de le dire, ni la moelle ni l'os ne possèdent de sensibilité à la douleur. Une inflammation de la moelle osseuse pourra donc bien s'accompagner de symptômes généraux, grâce aux toxines ou aux microbes qu'elle déversera dans la circulation médullaire, puis générale. Par contre, grâce à l'insensi-

bilité de l'os et de la moelle, le malade n'éprouvera pendant ce temps aucune douleur locale. Celle-ci en effet ne pourra survenir au plus tôt qu'après que l'hyperémie médullaire aura gagné le périoste. Les douleurs, il est vrai, seront alors très vives, puisque l'exsudat dissociera ou décollera le périoste, d'où des compressions, des tiraillements, des pincements des nerfs sensibles à la douleur inclus dans le périoste.

L'observation précédente fut justement une belle illustration de la justesse de cette hypothèse : pendant les quatre crises douloureuses que ressentit le malade au cours des quatre dernières années, les symptômes généraux sous forme de lassitude, de frissons, de fièvre, de sueurs apparurent *toujours* un, deux ou trois jours avant l'apparition des douleurs dans le bras. *Toutes les fois donc que l'on se trouvera en présence d'un pareil complexus — symptômes généraux d'abord, puis symptômes locaux — on sera en droit de supposer un abcès de la cavité centrale des os.*

C'est en se fondant sur ces remarques qu'*inversement* je pus diagnostiquer une *périostite suppurée sans abcès médullaire* chez un jeune homme que j'opérais en même temps que le sujet de l'observation précédente. Dès avant l'opération j'étais absolument sûr du diagnostic de périostite suppurée. En effet, ce jeune homme, très bon observateur, m'assura nombre de fois qu'avant l'apparition des douleurs osseuses il n'avait jamais éprouvé de malaises généraux : *autrement dit, symptômes généraux et symptômes locaux se montraient ici simultanément.* Il est vrai qu'on aurait pu m'objecter l'existence simultanée d'une infection médullaire. Toutefois, cette hypothèse n'était pas vraisemblable, vu le bon état général de ce patient. En pareilles circonstances il faut donc se contenter d'ouvrir l'abcès sous-périostique. Ce n'est que dans les cas où l'on est sûr que l'os sous-jacent est malade qu'il conviendrait en même temps de réséquer les parties altérées et de se frayer une voie jusqu'à la moelle osseuse. Cependant, si l'on s'apercevait en cours de route que l'os est sain, il faudrait s'arrêter avant d'avoir atteint la moelle. En effet, soit pour le médecin, soit pour le malade, il n'est pas indifférent de commettre une erreur de diagnostic et d'infecter la moelle osseuse par ce moyen.

D'après les observations que j'ai déjà faites (1) ou celles que j'ai signalées dans ce travail, je pense que, de l'occiput au calcanéum, les os sont unis par une série d'os ou d'articulations dans lesquels ni la substance osseuse ni les cartilages articulaires reposant les uns sur les autres ne possèdent de sensibilité à la douleur ou au contact. On peut en dire autant de l'omoplate et des phalanges des doigts. Ma conviction est d'ailleurs en complet accord avec l'expérience journalière. Un homme sain va, saute, court, lutte, etc., sans éprouver dans ses os et ses articulations la moindre peine, à la condition qu'il ne dépasse pas l'amplitude normale de ses mouvements articulaires. S'il le fait, il éprouve, dans les cas légers, une sensation de tension, dans les cas graves, de la douleur. Ces sensations de tension ou de raideur proviennent du tiraillement des capsules articulaires et des ligaments réunissant les os. Les ligaments n'ont probablement pas le sens de la douleur très développé (1), mais, ils sont recouverts de synoviales; et ils ont leurs attaches ou leur point de départ sur le tissu conjonctif du périoste ; et synoviales ou périoste possèdent une sensibilité à la douleur très développée.

Quand donc l'amplitude normale d'un mouvement est dépassée, la douleur provient de ce qu'il se produit un tiraillement ou une compression d'une partie de la synoviale articulaire et du périoste avoisinant, grâce aux tractions exagérées subies par un ou plusieurs ligaments.

On comprend maintenant facilement les sensations de tension, de compression, de douleur et de fatigue par exemple, dans le pied plat, le genu valgum, les scolioses marquées — quand on pense aux conditions qui, dans ces difformités, président au fonctionnement des différents ligaments ou muscles.

Ces diverses considérations sont importantes, même pour l'étude des différentes maladies articulaires. Une embolie tuberculeuse ou septique dans un condyle fémoral, par exemple, ne pourra pas provoquer de sensations douloureuses, même si elle détermine un infarctus avec formation de granulations et de pus sous le cartilage articulaire ; elle ne le fera que le jour où les toxines ou les microbes se seront attaqués à la synoviale ou au périoste le plus voisin et par suite à leurs nerfs capables de réagir à la douleur. Ceci prouve, entre parenthèses, l'utilité de la radiographie, qui pourra nous révéler l'existence d'un infarctus tuberculeux ou pyémique à une période où il n'en existera seulement que de simples soupçons.

Au point de vue qui nous occupe, il est encore intéressant de se demander quelle sera l'évolution du symptôme douleur dans les ostéomyélites tuberculeuses ou le cancer de la colonne vertébrale. Tant que le processus dans les corps vertébraux n'aura pas envahi le périoste, la maladie sera dépourvue de symptômes locaux. Mais, si par des pressions sur la tête ou sur quelqu'une des apophyses épineuses on peut provoquer de la douleur, ce sera une preuve qu'il s'est produit dans le corps vertébral des altérations au moins suffisantes pour que la pression exercée ait déterminé un déplacement, si léger soit-il, dans la ligne des corps vertébraux et par suite un tiraillement de leurs ligaments et de leur périoste.

D'après ces données, on s'explique pourquoi, en faisant exécuter aux malades des mouvements étendus de flexion ou d'extension on reconnaîtra encore plus tôt l'altération des corps vertébraux que par de simples pressions. En effet, si les toxines ont déjà attaqué le périoste et le tissu conjonctif voisin avec leurs nerfs de sensibilité douloureuse, ces tissus

(1) K. G. Lennander. *Upsala läkaveförhandl.*, IX, 1, et *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, LXXIII.

(1) Voyez l'observation de l'étudiant dont j'ouvris l'articulation du genou.

réagiront aux tiraillements exercés par les ligaments de la colonne vertébrale, à une époque où l'altération de l'un ou de l'autre des corps vertébraux n'est pas encore suffisante pour qu'une simple pression soit capable de les déplacer d'une façon appréciable.

En résumé, le corps humain est entouré d'une enveloppe, la peau, qui réagit presque partout aux quatre modes du contact — douleur, pression, chaleur et froid — bien que sa réaction soit très inégale d'intensité en les différents points de la surface du corps. Au-dessous de la peau viennent les muscles et les aponévroses avec une sensibilité relativement peu développée. Au-dessous viennent les sous-séreuses et les séreuses tapissant les grandes cavités du corps, ainsi que le périoste et les synoviales entourant le système ostéoarticulaire. *La plèvre pariétale, le péritoine pariétal et les sous-séreuses attenantes, le périoste et la séreuse synoviale ont tous la sensibilité à la douleur*. Par contre, je crois pouvoir déclarer qu'ils ne perçoivent pas les trois autres modes tactiles, pression, chaleur et froid. Les manœuvres les plus douloureuses, d'après mon expérience, sont les tiraillements, les lacérations, le refoulement des enveloppes séreuses ou du périoste contre les plans sous-jacents plus résistants formés par les muscles, les aponévroses, les ligaments et les os.

D'autre part, les os, le cartilage, le cerveau, le poumon, le cœur (d'après plusieurs observations), les vaisseaux, quand ils ont été débarrassés du tissu conjonctif les environnant, la glande thyroïde, le foie, la rate, le pancréas, le parenchyme rénal, les organes génitaux internes de la femme, les parties du testicule recouvertes de séreuse ne possèdent, selon toute apparence, aucun des quatre modes de sensibilité. La chose me paraît au moins absolument démontrée pour l'estomac, le tube intestinal et la vésicule biliaire.

Une opinion jusqu'ici courante était que les viscères en question, à l'état normal, ne possèdent qu'une sensibilité nulle ou obtuse, mais qu'ils en posséderaient une exquise dans certains états pathologiques, surtout lors des inflammations aiguës. Je pense toutefois qu'après les observations publiées dans ce travail ou antérieurement pareille opinion devient insoutenable.

Toute l'ordonnance de nos appareils tactiles travaille donc certainement en vue d'une fin générale et commune. Il est évident que la peau doit posséder les quatre sensibilités, afin de pouvoir nous orienter et nous guider. Par contre, je ne vois guère le bénéfice que nous pourrions en tirer, si certains de nos organes, tels que le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, le tube digestif, l'utérus, l'os, la moelle ou le cartilage, avaient tout ou partie de ces modes de sensibilité.

Par contre, il est facile de comprendre l'avantage évident qu'il y a pour l'individu à ce que des viscères délicats et souvent absolument nécessaires à la vie soient inclus dans des enveloppes pourvues d'une remarquable sensibilité à la douleur (périoste, synoviales, plèvre et péritoine pariétaux) : il y gagne d'être instruit de toutes les influences nocives d'origine externe qui le menacent et par suite de pouvoir essayer de les détourner ou de s'en défendre.

On peut trouver étrange à priori que les organes internes soient dépourvus de sensibilité, mais un examen plus approfondi des conditions de notre existence permet de se convaincre que des sensations douloureuses nous renseignant sur l'origine ou le danger de certains irritants d'origine interne et de sensations de pression, dont il serait pourtant impossible de se garer, ne seraient d'aucun profit (1).

MÉDECINE PRATIQUE

LES BOUILLIES MALTOSÉES DANS L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

Depuis un an, M. Eugène Terrien emploie les bouillies diastasées chez un grand nombre de nourrissons. De ses recherches, il conclut (2) que les avantages de ce mode d'alimentation, dans certains cas, paraissent manifestes. Sous son influence, les *selles* reprennent, en vingt-quatre ou trente-six heures, l'aspect normal des selles de l'enfant au sein, pendant que la courbe de poids remonte dans de notables proportions.

Tous ces avantages, d'ailleurs, s'expliquent aisément : de par sa composition, la bouillie diastasée possède une valeur alimentaire, qui, appréciée en calories, est à peu près identique à celle du lait ; et, de fait, elle doit être donnée à peu près aux mêmes doses ; de plus, la petite quantité de beurre et de caséine qu'elle contient, trop faible pour provoquer des troubles intestinaux, est suffisante pour assurer pendant plusieurs semaines (et même pendant quelques mois) le développement de l'enfant qui, pour se développer, a besoin d'une certaine quantité d'azote. D'autre part, sous l'influence du maltosage, les farines ont subi des modifications telles que, devenues particulièrement aptes à être digérées, elles peuvent être données en quantités assez considérables pour suppléer à l'insuffisance des éléments du lait.

Il apparaît d'ailleurs nettement que le procédé de maltosage, comme la composition de la bouillie, ne sont pas indifférents ; au cours des recherches de l'auteur, en effet, les échecs sont devenus aussi rares à la fin qu'ils étaient fréquents au début, et l'on peut dire que la *période des insuccès se termine avec la suppression de la saccharification*. En d'autres termes, les conditions d'un bon maltosage peuvent être résumées de la façon suivante : ce qu'il faut chercher, c'est la liquéfaction de l'amidon ; ce qu'il faut éviter, c'est la saccharification.

Cependant, on aurait tort de donner la bouillie diastasée, dans tous les cas, au jeune enfant atteint de troubles digestifs ; il y a à son emploi des indications et des contre-indications.

Son emploi sera indiqué chez tous les enfants qui tolèrent mal le lait, et chez lesquels se fait sentir le besoin d'un régime hydrocarboné ; c'est-à-dire, dans les dyspepsies et les gastro-entérites chroniques, dans les dyspepsies par abus du lait, dans la période de convalescence des gastro-entérites aiguës, elle permettra ainsi d'attendre l'époque du retour à l'alimentation lactée, et pendant cette période d'attente l'enfant aura de belles selles et augmentera de poids.

(1) On peut trouver in-extenso les observations servant de base à ce travail dans une publication suédoise (*Upsala laakareforen. förhandl.*, X), en allemand (*Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, XV).

(2) *Revue des mal. de l'enf.*, mars 1904.

Il faut s'en abstenir, au contraire, dans tout état aigu, fébrile, sous peine de voir cette bouillie mal tolérée; elle sera contre-indiquée dans toute infection aiguë ou non, compliquant les troubles digestifs, dans les cas d'intolérance gastrique ou de tendance aux vomissements; dans ce dernier cas, en effet, la bouillie exagère les accidents et provoque souvent la diarrhée; enfin, on ne la donnera pas, autant que possible, aux trop jeunes enfants (au-dessous de quatre mois).

Il existe peut-être, cependant, un moyen de faire tolérer cette bouillie aux très jeunes enfants : il consiste à la couper par moitié avec un mélange à parties égales de lait et d'eau sucrée à 80 p. 1 000. Ainsi coupée, la bouillie diastasée a paru bien supportée par les quelques nourrissons très jeunes auxquels M. Terrien l'a donnée; mais ces cas sont encore trop peu nombreux pour permettre d'en tirer des indications précises.

Enfin, lorsqu'on a recours à la bouillie diastasée, il faudra toujours éviter un changement trop brutal de régime; donnée après le bouillon de légumes, on substituera progressivement chaque jour un biberon de cette bouillie à un biberon de bouillon de légumes; et, lorsque après quelques semaines on voudra revenir à l'alimentation par le lait, on procédera de même, en remplaçant chaque jour ou tous les deux jours une bouillie diastasée par un biberon de lait.

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1906)

De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes dans l'inversion utérine. — M. PINARD fait un rapport sur une observation intéressante adressée par M. P. Mantel (de Saint-Omer). Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans qui avait été accouchée une première fois au forceps et qui eut pour la seconde fois un accouchement très long. Le médecin appelé auprès d'elle fut obligé de recourir de nouveau au forceps, l'enfant étant extrait il procéda à la délivrance mais en même temps que le placenta l'utérus sortit hors du vagin; il y eut une véritable inversion utérine, le médecin s'empressa de décoller le placenta et réduisit l'utérus. Malgré toutes les recommandations qui lui avaient été faites, cette femme se leva le quatrième jour pour aller à la selle, comme elle s'accroupit sur le vase et fit quelques efforts, l'inversion utérine se reproduisit; le médecin aussitôt appelé, tenta mais en vain la réduction. Il appela en consultation le docteur Paul Mantel qui après avoir essayé à son tour la réduction manuelle échoua et appliqua le ballon de Champetier de Ribes, la réduction fut aussitôt obtenue, il retira le ballon le lendemain, et après avoir employé toutes les précautions antiseptiques voulues, l'introduisit de nouveau et le laissa en place huit jours. Le résultat définitif fut parfait.

En communiquant cette observation, M. Mantel insiste sur la fréquence de l'inversion utérine puerpérale. M. Pinard, tout en admettant cette fréquence, fait cependant remarquer qu'on ne l'observe jamais dans nos maternités; il semble devoir attribuer l'inversion utérine à diverses causes, plus particulièrement aux tractions intempestives du placenta. Toutefois, on sait qu'elle peut se produire sans qu'il ait été exercé aucune traction. Dans ces cas, il s'agit en général d'insertion placentaire, au fond de l'utérus.

L'inversion utérine est immédiate, ou elle date depuis un certain temps. Dans le premier cas, on arrive facilement à la réduire avec les mains; dans le second cas, pour peu que l'on éprouve quelques difficultés, il ne faut pas hésiter à recourir au ballon de Champetier de Ribes, qui donne d'excellents résultats.

Enfin quand il y a du sphacèle par suite d'étranglement au niveau du col, il ne reste plus comme ressource que l'hystérectomie.

De l'intervention chirurgicale sur les reins dans les cas d'éclampsie. — Dans un second rapport très documenté M. PINARD analyse un travail de MM. Chambrelent et Pousson (de Bordeaux) sur les avantages que peut donner cette intervention dans les cas graves d'éclampsie. Lorsque, après avoir épuisé les ressources médicales, la saignée, cet état ne s'améliore pas, les auteurs proposent de recourir à la double décapsulation rénale et même à la néphrotomie. C'est ce qui fut fait chez une primipare de vingt et un ans dont la situation semblait désespérée et qui fut guérie par cette double intervention. M. Pinard n'admet cette opération que lorsque le symptôme dominant est l'anurie.

ANALYSES

MÉDECINE

Charbon du larynx. (E. GLAS. *Munch. med. Wochens.*, 13 mars 1906, n° 11, p. 496.) — Un homme de quarante et un ans entra dans la clinique laryngologique de Chiari pour une affection qui avait débuté sept jours auparavant par des frissons et une légère tuméfaction dans la région de l'angle droit du maxillaire inférieur. Puis survinrent une tuméfaction du prépuce, des urines sanglantes et des douleurs violentes au niveau du creux épigastrique. En même temps le gonflement cervical augmentait et le sujet était envahi par une faiblesse croissante.

L'examen du malade au moment de son entrée à la clinique montra une température de 39 degrés, un pouls à 140, très dépressible, une rate légèrement tuméfiée, et un œdème marqué au-dessus du sternum, au niveau des parties latérales du thorax et de la région sacrée. La pression dans la région épigastrique était très douloureuse. Dans la région sous-maxillaire droite existait une tuméfaction accentuée et rouge par endroits. L'examen du pharynx et du larynx montra un gonflement œdémateux considérable de la moitié droite du pharynx, de l'épiglotte et du sillon glosso-épiglottique. A la surface de ces régions tuméfiées existaient de nombreuses suffusions hémorragiques. Une incision pratiquée à droite au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien ne donna que du sang. Le malade succomba dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva, non seulement un œdème pharyngo-laryngé s'étendant jusqu'aux cordes vocales, mais encore des lésions gastriques consistant en tuméfactions de la muqueuse, ulcérées à leur point le plus élevé, avec des escares noirâtres. Les poumons étaient intacts.

L'examen de la sérosité œdémateuse des lésions pharyngo-laryngées permit d'isoler la bactéridie charbonneuse.

Il s'agissait donc d'un cas d'œdème malin pharyngo-laryngé, absolument analogue à ceux qu'on décrit chez certains animaux et en particulier chez le porc. Ce cas, unique chez l'homme, rentre dans le cadre de ce que Pasteur nommait le charbon par ingestion.

L'auteur insiste particulièrement sur les résultats de l'examen du pharynx et du larynx : l'aspect de l'œdème, avec les suffusions hémorragiques, était tel qu'il ne ressemblait à aucune des tuméfactions inflammatoires que l'on voit ordinairement à ce niveau. L'examen clinique avait fait pressentir qu'on se trouvait là en face de quelque chose de tout à fait particulier, dont l'examen bactériologique a révélé la nature.

A. LEMIERRE.

NEUROLOGIE

Du tabes tardif. (LONG et CRAMER. *Revue neurologique*, 1906, p. 110-115.) — Il s'agit d'un tabes ayant débuté après cinquante ans. Sur une statistique de 46 observations, les auteurs relèvent 15 cas de tabes tardif et croient qu'il s'agit là d'un tabes vrai, non de lésions spinales dues à l'artério-sclérose, selon l'opinion de Pitres. L. ALQUIER.

BACTÉRIOLOGIE

Méthode simple pour la recherche bactériologique du spirochaete pallida de la syphilis. (L. B. GOLDHORN. *Post-Graduate*, fév. 1906.) — Goldhorn, dont les préparations ont une netteté admirable, emploie le colorant suivant. Dans 200 centimètres cubes d'eau, l'on dissout 1 gramme de carbonate de lithium et l'on ajoute 2 grammes de bleu de méthylène médicinal. On chauffe la solution au bain-marie jusqu'à obtention d'un beau polychrome. On filtre alors sur coton. On acidifie une moitié de la solution polychrome soigneusement avec de l'acide acétique à 5 p. 100 jusqu'à réaction faiblement acide au tournesol. Alors on y ajoute l'autre moitié de la solution polychrome et l'on verse dans la solution ainsi obtenue une solution aqueuse faible d'éosine (environ 1/2 p. 100) jusqu'à précipitation complète, ce que l'on vérifie en filtrant de temps en temps un échantillon jusqu'à ce que le filtrat devienne d'une couleur bleu pâle, légèrement fluorescente. Alors on laisse reposer pendant vingt-quatre heures, puis l'on filtre sur double papier filtre et l'on dessèche lentement le précipité à une température d'environ 40 degrés. Lorsqu'il est sec, on le dissout dans l'alcool méthylique ; la solution forte ainsi obtenue est mise à reposer pour un jour, puis filtrée. Pour se servir de cette solution on en met sur une préparation non fixée assez pour la couvrir; après deux ou trois secondes on verse l'excès et on introduit la préparation lentement dans de l'eau propre, le côté frottis étant tourné en bas, puis on sèche à l'air. Le spirochaete pallida est coloré en rouge poupre qui tourne au noir ou au brun noirâtre si l'on traite la préparation par les solutions de Gram ou de Lugol. Avec cette méthode le spirochaete est très facilement différencié des spirilles saprophytiques vulgaires. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action du thigénol en gynécologie. (V. DELAUNAY. *Presse méd.*, n° 21, 14 mars 1906.) — Bien que d'apparition récente, le thigénol (chimiquement oléo-sulfonate de sodium) a déjà marqué sa place en thérapeutique. Son action gynécologique a été étudiée par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Batigne (*Gaz. des hôpit.*, 27 oct. 1904).

M. Delaunay qui expérimente le thigénol depuis seize mois a pu réunir un certain nombre d'observations tant dans le service du professeur Segond que parmi ses propres malades. Il nous apporte aujourd'hui d'utiles renseignements sur l'action éloignée du thigénol.

Dans l'ensemble, les résultats sont excellents. Merveilleux dans les métrites catarrhales, le thigénol est également très bon dans les métrites hémorragiques et dans les salpingites légères. Il fait disparaître les douleurs, ou tout au moins les atténue fortement; son action est similaire sur les écoulements, qu'il augmente dans les premières semaines du traitement; il améliore les métrorragies de façon extraordinaire et, à ce sujet, il convient de faire remarquer son action sur les menstrues; des métritiques observées avaient des règles abondantes et prolongées (huit, neuf, dix, douze jours); il les a diminuées et de quantité et de durée.

Quel est le mécanisme de son action? Il paraît très simple. *Le thigénol est avant tout un décongestionnant*; il traduit sa présence par l'exagération momentanée des écoulements, et plus cette exagération est grande, plus la malade est améliorée : *l'écoulement est le facteur de guérison.* C'est certainement à cette action décongestive qu'il faut rattacher la diminution de volume des gros cols métritiques et un cas, malheureusement unique, de rétroversion guérie. M. Delaunay note en terminant que le thigénol est aussi un véritable topique des ulcérations métritiques. L. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

« Tout ferrugineux qui n'est pas associé à des médicaments donnant de l'appétit est incomplet, et son action est lente ou nulle. »

En conséquence, la formule très recommandée actuellement (Dragées Briss) comprend : artemisine, quassine cristallisée et protoxalate de fer.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 AVRIL 1906

THÈSES

Mercredi 25 avril 1906, à une heure. — M. BENOIT. Contribution à l'étude du traitement de la tumeur blanche du genou par les injections modificatrices. (MM. Terrier, président; Landouzy, Brissaud et Tuffier.) — M. BOUCHERIE. Contribution à l'étude des tumeurs du médiastin. (MM. Landouzy, président; Terrier, Brissaud et Tuffier.) — M. LAVENANT. La néphrite aiguë tuberculeuse. (MM. Brissaud, président; Terrier, Landouzy et Tuffier.) — M. GUILLAUME LOUIS. De la cholédocotomie. (MM. Poirier, président; Segond, Mauclaire et Cunéo.) — M. MESTRE. Contribution à l'étude du traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. (MM. Segond, président; Poirier, Mauclaire et Cunéo.)

Jeudi 26 avril 1906, à une heure. — M. DERUE. Contribution à l'étude des fractures du calcanéum avec documents radiographiques. (MM. Cornil, président; Berger, Budin et Demelin.) — M. LAVILLETTE. Angiomes intracraniens. (MM. Berger, président; Cornil, Budin et Demelin.) — M. BRICOURT. Contribution à l'étude de la conception au cours de l'aménorrhée. Amnénorrhée de la lactation et aménorrhée essentielle. (MM. Budin, président; Cornil, Berger et Demelin.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PERFORATIONS INTESTINALES
D'ORIGINE TYPHIQUE (1)

DIVISION. — Deux variétés de perforation typhique : l'une, *se faisant de dehors en dedans*, due à la rupture, dans l'intestin, d'une collection purulente de voisinage, habituellement constituée par un ganglion mésentérique suppuré, l'autre *se faisant de dedans en dehors*, liée aux lésions typhiques de l'intestin. La première, exceptionnelle, ne mérite qu'une simple mention; la seconde, seule, vaut d'être décrite.

ÉTIOLOGIE. — **Fréquence** variable, de 1 p. 100 (Liebermeister) à 4 à 5 p. 100 (Heschl), en passant par les chiffres de 2 p. 100 (Homolle), 2,3 p. 100 (Griesinger), 2,7 p. 100 (Flint). *Le chiffre de Murchison (3 p. 100)*, comme celui de Broudic (3,93 p. 100), *représentent la moyenne*. La fréquence des perforations typhiques, depuis l'emploi du sérum de M. Chantemesse, combiné aux bains froids, serait tombée à 1,45 p. 100.

Les perforations typhiques seraient *plus fréquentes en certains pays* (Angleterre et Etats-Unis, puis France, nord de la Russie), et *à certaines époques de l'année*; elles *frappent plus souvent l'homme que la femme* (Murchison, Griesinger, Homolle), opinion contredite par Arnould; *l'adulte que l'enfant*, chez lequel elles ne s'observent pas dans plus de 1 p. 100 des cas (Taupin, Rilliet et Barthez). *Elles n'ont jamais été signalées dans la fièvre typhoïde expérimentale*, où les plaques de Peyer sont beaucoup plus légèrement touchées que chez l'homme.

Causes occasionnelles. — On a invoqué, sans preuves suffisantes, peut-être, une foule de causes occasionnelles, que voici, par ordre d'importance : 1. *hémorragies intestinales* : elles précèdent, dans la moitié des cas, l'apparition de la perforation (Chantemesse); 2. les *écarts de régime*, et, particulièrement, l'alimentation trop précoce, influence contestée par Vaquez; 3. les *fautes thérapeutiques* : administration de lavements, de purgations intempestives, etc.; 4. les *efforts* (vomissements, défécation); 5. l'*exploration trop brutale de la fosse iliaque droite* (Potain); 6. *certaines particularités de l'intestin* : α. existence d'ulcérations nombreuses (mais il suffit parfois d'une plaque malade pour provoquer une perforation); β. existence de parasites intestinaux; γ. météorisme; δ. direction transversale de l'ulcération (Vierordt); ε. état atonique de celle-ci (Griesinger), etc. Enfin les *bains froids* ont été incriminés eux aussi, que la rupture de l'intestin soit le résultat des déplacements brusques imprimés au malade, ou, plutôt, de la contraction subite de l'intestin sous l'impression du froid.

De tous ces facteurs, chacun peut, dans un cas déterminé, jouer un rôle, mais aucun ne peut être considéré comme l'unique cause occasionnelle de la perforation. C'est ce que prouvent : l'existence d'hémorragies non suivies de perforation; les bons résultats de l'alimentation précoce (Vaquez); l'innocuité des purgatifs légers au début, et des lavements prudemment administrés pendant toute la durée des fièvres typhoïdes infantiles; la rareté des perforations comparée à la fréquence du météorisme; les heureux effets que donne, dans la majorité des cas, la méthode de Brand.

Rapports avec les formes cliniques. — *D'une manière générale, la perforation est plus fréquente dans les formes graves, à ulcérations intestinales multiples et profondes.* Mais on l'a vue : α. dans les formes les plus légères, où, d'après Griesinger, elle serait assez fréquente; β. dans les formes avec constipation permanente (Murchison); γ. dans des cas où il n'existait qu'une seule ulcération (Chomel, Andral, Potain).

Date d'apparition. — C'est habituellement dans les *troisième, quatrième et cinquième semaines* que survient la perforation. Mais il y a des cas précoces et des cas tardifs. Dans un cas de Pluyette et Alezais, elle se produisit deux mois après le début de la maladie. De même, certains malades de Murchison avaient repris leur travail quand se déclara la perforation. Celle-ci peut encore apparaître *au cours d'une rechute* (Garcin).

PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **A. Siège.** — α. La perforation *siège habituellement sur le dernier segment de l'iléon*, tout près de la valvule iléo-cæcale (point où prédominent les ulcérations typhiques); β. *beaucoup plus rarement*, elles peuvent siéger : 1. sur le jéjunum (Hoffmann); 2. le gros intestin et même le rectum; 3. l'appendice; 4. sur le diverticule de Meckel. Au sujet de l'appendice, il faut distinguer deux cas : celui où la perforation est la conséquence d'une ulcération spécifique de l'appendice, et celui où elle résulte d'une appendicite banale, survenue au décours de la dothiénentérie (*appendicite paratyphoïde*, Dieulafoy).

B. Nombre. — *Habituellement unique* (138 fois sur 167 cas, Keen), *fait très favorable pour l'intervention chirurgicale.* Lorsqu'il y a plusieurs perforations, leur nombre peut être élevé (une trentaine dans un cas d'Hoffmann); elles peuvent, alors, ne pas siéger sur le même segment de l'intestin.

C. Mécanisme. — La plaque de Peyer passe, comme on sait, par les trois phases d'*infiltration*, d'*ulcération* et de *cicatrisation*. La perforation peut se produire à chacune de ces phases.

1. A la *première phase*, lorsque l'infiltration des parties molles va jusqu'à la séreuse. La moindre cause occasionnelle peut alors déterminer une perforation analogue à la perforation pulmonaire que produit le pneumothorax au début de la tuberculose (Louis).

2. A la *seconde phase*. C'est le cas le plus fréquent. La perforation peut être due :

α. *Aux progrès de l'ulcération* qui, gagnant vers la profondeur, finit par s'ouvrir au péritoine : la perforation est alors petite, arrondie, et a la forme d'un entonnoir ouvert du côté de la muqueuse;

β. *A l'escarification en bloc des tuniques intestinales* (Murchison). L'ulcération est alors plus grande, de forme variable, habituellement ovale. Elle peut arriver à sectionner la moitié antérieure de l'appendice (Letulle et Barbe).

γ. *A la rupture du péritoine dénudé* (Murchison); l'ouverture est alors linéaire;

δ. Exceptionnellement, *à la fonte d'un exsudat croupal au-dessus de l'ulcère* (Dittrich).

3. A la *troisième phase*. Il s'agit alors de la *déchirure d'une cicatrice très ténue* (Homolle).

De toutes ces causes, trois seulement sont à retenir : l'ulcération progressive; l'escarification en bloc des tuniques intestinales, la rupture du péritoine dénudé, à laquelle Griesinger accorde la première place.

D. Conséquences. — 1. *Le plus souvent*, les matières intestinales font irruption dans la grande cavité péritonéale, déterminant ainsi une *péritonite aiguë généralisée*. C'est même, d'après Dieulafoy, à la perforation de l'appendice qu'il faudrait rattacher toutes les péritonites par propagation jadis décrites par Thirial, de telle sorte que, pour cet auteur, dans la fièvre typhoïde, péritonite = perforation, opinion considérée par M. Chantemesse comme un peu trop absolue.

2. *Quelquefois*, des brides celluleuses ont le temps de s'organiser : il se fait alors une *péritonite localisée, enkystée*. Les foyers purulents, plus ou moins nombreux, peuvent ultérieurement s'ouvrir : dans la grande cavité péritonéale; dans l'intestin, les voies biliaires, la vessie, ou même à la peau.

3. *Exceptionnellement*, il se forme un *abcès dans le tissu cellulaire sous-péritonéal* de la fosse iliaque droite (Ormerod).

(A suivre.)

(1) BIBLIOGRAPHIE. — Classiques, et, particulièrement HOMOLLE, art. TYPHOÏDE, dict. Jaccoud; — MAUGER. Th. de Paris, 1900 (anal. in *Gaz. des hôpit.*. 1900, n° 113); — BROUDIC. Th. de Paris, 1904, n° 398; — CAZIN. *Semaine méd.*, 1904, n° 1; — GRIESINGER. *Maladies infectieuses*, trad. Vallin, p. 324.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 41. — SAMEDI 7 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 7 AVRIL 1906. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Nous apprenons qu'à la suite d'un vote du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, MM. Deroye, Petiteau, Olivier, Duvoir et Mlle Giry, qui avaient obtenu la note 35 au concours de l'Internat et avaient été classés comme internes provisoires, seraient nommésinternes titulaires.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Œttinger, P. Marie, Béclère, Richardière, Parmentier, Gaucher, Hipp. Martin et Duplay.

M. Josias qui a refusé n'est pas encore remplacé.

CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 4 avril 1906. — MM. Fredet, 27; Chevrier, 23; Alexandre, 22.

La première epreuve clinique aura lieu le mercredi 25 avril, à cinq heures, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Bérillon (J.-E.-E.), chargé de cours à l'École pratique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, professeur à l'École de psychologie, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

PROJET DE LOI DE M. FLEURY-RAVARIN SUR LES SANATORIUMS. — A la suite des vives protestations soulevées à Lyon par un projet de création dans le quartier Saint-Just d'un hôpital pour tuberculeux aux deuxième et troisième degrés, M. Fleury-Ravarin, député du Rhône, a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi en faveur duquel l'urgence a été déclarée.

Ce projet de loi est ainsi conçu :

« *Article unique.* — Les hospices, asiles, maisons de santé, sanatoriums, et d'une façon générale, tous établissements publics et privés destinés au traitement de la tuberculose, devront être éloignés d'habitations particulières. Ils ne pourront être établis sans une permission administrative.

Cette permission sera accordée par décret après une enquête *de commodo et incommodo*, et après avis de la commission sanitaire, du comité départemental d'hygiène et du conseil municipal : les décisions portant refus d'autorisations pourront être déférées au Conseil d'État, au contentieux, dans les conditions prévues par le décret du 15 octobre 1810 sur les établissements dangereux, incommodes ou insalubres. »

CONGRÈS POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE (Paris, 28 au 31 mai 1906). Siège : 28, rue Serpente (hôtel des Sociétés savantes). — En raison des élections, le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, qui devait se tenir à Paris le 30 avril, aura lieu du 28 au 31 mai, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edouard Billiois, interne en médecine des hôpitaux de Marseille.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition coloniale de Marseille* (*Fêtes de Pâques, 1906*). — Train spécial à prix réduits et à marche rapide de Paris à Marseille. — Prix du voyage, aller et retour : 65 francs en deuxième classe; 40 francs en troisième classe.

Aller : Départ de Paris, le 13 avril à 2 h. 45 du soir; arrivée à Marseille, le 14 avril, à 4 h. 50 du matin.

Retour : Au gré des voyageurs, par tous les trains ordinaires comportant des voitures de la classe du billet, jusqu'au 18 avril inclusivement.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie.

— La Compagnie P.-L.-M. vient de publier un album artistique visant *la Côte d'Azur, la Corse, l'Algérie et la Tunisie.*

Cet album qui renferme, avec 10 cartes postales illustrées facilement détachables, des vues en simili-gravure, est mis en vente au prix de 50 centimes dans les bibliothèques des principales gares du réseau; il est envoyé également à domicile sur demande accompagnée de 60 centimes en timbres-poste et adressée au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

REVUE GÉNÉRALE

TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE

KYSTES PROLIFÈRES PAPILLAIRES ADÉNOMES PAPILLAIRES; KYSTES VÉGÉTANTS; KYSTES PAPILLOMATEUX; PAPILLOMES DES OVAIRES

Par M. E. ESTOR,
Professeur à la Faculté de Montpellier.

I

On décrit sous le nom de kystes et de tumeurs papillaires, des néoplasmes essentiellement caractérisés par des végétations plus ou moins nombreuses, généralement agglomérées en masses bourgeonnantes. Ces excroissances papillaires constituent en grande partie le parenchyme de la tumeur, elles recouvrent sa surface sur une certaine étendue, dépassent souvent ses limites et tapissent les organes voisins.

Quoique les histologistes classent les tumeurs papillaires dans le groupe des épithéliomas, elles évoluent le plus souvent comme des tumeurs bénignes. Il en est cependant qui présentent tous les attributs des tumeurs cancéreuses. En dehors des cas invétérés, où la cachexie et les métastases viscérales décèlent la malignité du néoplasme, il n'est guère possible en clinique de différencier les papillomes bénins des papillomes malins et ce n'est que par l'examen microscopique que l'on peut les distinguer. Les papillomes bénins dont l'épithélium est régulier et nettement cylindrique ont été désignés par Pfannenstiel sous le nom d'adénomes papillaires simples; les tumeurs végétantes malignes à épithéliome polymorphe métatypique atypique ont été désignées par le même auteur sous le nom d'adéno-carcinomes. Ce sont les cystocarcinomes papillaires de Ziegler(1).

Il n'y a pas lieu de décrire séparément des *kystes* et des *tumeurs* papillaires. La clinique et l'anatomie pathologique nous autorisent à réunir en un même groupe kystes et tumeurs : ne savons-nous pas que beaucoup de tumeurs solides papillaires ont commencé par être des kystes plus ou moins gros qui se sont ouverts par déhiscence et que la structure des kystes et des tumeurs papillaires est identique [Pozzi (2)]?

S'il est logique, en se basant sur la clinique et l'anatomie pathologique de réunir dans un même chapitre les kystes et les tumeurs végétantes, il est non moins rationnel, en se basant sur la clinique seule à la vérité, de séparer les tumeurs végétantes des grands kystes mucoïdes de l'ovaire. La structure histologique des tumeurs végétantes et des kystes mucoïdes est sensiblement la même, mais le tableau symptomatique présente dans les deux cas des différences si accentuées que l'individualité des tumeurs papillaires ne peut être discutée.

(1) ZIEGLER. *Lehrb. der path. Anat.*, 1898, t. II, p. 836.
(2) POZZI. Contribution à l'étude des kystes papillaires et des tumeurs papillaires des ovaires au point de vue du pronostic et du traitement, *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1904, p. 407, et communication faite au IVe Congrès national de gynécol., d'obstétr. et de pédiat., Rouen 1904, 8 avril.

II

Les tumeurs végétantes, actuellement d'observation courante, étaient, avant l'antisepsie, à peu près inconnues. Depuis que la laparotomie s'est vulgarisée, cliniciens et anatomo-pathologistes ont publié sur ce sujet de nombreux mémoires et la question serait bien près d'être élucidée si nous possédions un seul signe clinique nous permettant de différencier macroscopiquement les papillomes bénins des papillomes malins. Parmi les travaux qui ont le plus contribué à nous faire connaître les kystes papillaires citons ceux de : Thornton (1), Martin (2), Péan (3), Quénu (4), Munde (5), Netzel (6), Gunderlach (7), Terrier [in Th. de Poupinel (8) et d'Hadjès (9)], Wacquez (10), Fränkel (11), Duret (12), Pfannenstiel (13), Pozzi [in Th. de Cazenave (14)], Bouilly (15), Apostolakis (16), Tédenat (17), Pugebert (18), Michaux (19), Dégardin (20), Jacobs (21), Popov (22), Glockner (23), Pozzi (24). Au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Rouen, Pozzi (25)

(1) THORNTON. *Med. Times and Gaz.*, 1881, VI, p. 212 et 673.
(2) MARTIN. Papillomes ovariens, *Berl. klin. Wochens.*, juin 1882.
(3) PÉAN. Tumeurs végétantes de l'ovaire, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1886, t. IV.
(4) QUÉNU. Tumeurs végétantes des deux ovaires, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1886, p. 720.
(5) MUNDE. Papillome de l'ovaire avec papillomes secondaires du péritoine, *New-York obst. Soc.*, 1887, p. 1187.
(6) NETZEL. Des kystes papillaires et des papillomes de l'ovaire, *Hygiea*, Stockholm 1887, 151-167.
(7) GUNDERLACH. Th. de Paris, 1887.
(8) POUPINEL. Th. de Paris, 1886.
(9) HADJÈS. Th. de Paris, 1887.
(10) WACQUEZ. Th. de Paris, 1890.
(11) FRÄNKEL. De la malignité des tumeurs ovariennes papillaires, *Deuts. med. Wochens.*, 1891. no 6.
(12) DURET. Tumeur végétante ou papillaire de l'ovaire, *Bull. méd.*, 28 sept. 1892.
(13) PFANNENSTIEL. Uber die Malignitœt der papillären ovarien Geschwültze, *Verhandl. d. deutsch. gesselsch. Gynœk.*, Leipzig 1893, 357 ; — *Arch. f. Gynœk.*, Berlin 1894; 1895, XLVIII, 3.
(14) CAZENAVE. Th. de Paris, 1894-1895, no 514.
(15) BOUILLY. Le pronostic des kystes végétants des ovaires *Semaine gynécol.*, 2 nov. 1897.
(16) APOSTOLAKIS. Th. de Montpellier, 30 avril 1898.
(17) TÉDENAT. *Nouveau Montpellier méd.*, 1901, XII, p. 33, 77 et 117.
(18) PUGEBERT. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1900.
(19) MICHAUX. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1900, p. 882.
(20) DÉGARDIN. Th. de Paris, 1901.
(21) JACOBS. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1901, p. 39.
(22) POPOV. Origine des cysto-adénomes de l'ovaire; nouvelles preuves en faveur de la théorie paraovarienne, *Rous. Wratch*, 1902, nos 21 et 22.
(23) GLOCKNER. Xe Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Wurtzbourg du 3 au 6 juin 1903.
(24) POZZI. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet 1904, p. 413.
(25) POZZI. Rouen, 8 avril 1904.
Consultez aussi :
E. TROSCHER. Beitrag. z. klinischen Malignität der papillären Ovarialgeschwülste, *Arbeit. privatfrauenklin. Mackenrodt*, Heft. III, p. 21.
1889. FREUND. *Ueber die Behandlung bösartiger Aierstockgeschwulste.*
1896. Thomas S. CULLEN. Multilocular adeno-papillo-cystoma of the ovary, *The Amer. Journ. of obstetr.*, vol. XXXIV, no 3.
1897. H. MEEK. Adénocarcinome primitif des deux ovaires, *Amer. Journ. obstetr.*, août, p. 205. — STOUFFS. Kystes de l'ovaire papillomateux. Opération, guérison, présentation des pièces. *Bull. de la Soc. belge de gynécol. et d'obstétr.*, no 5, p. 85. — Cristopher

a formulé au sujet des kystes et des tumeurs papillaires des ovaires plusieurs propositions qui présentent un grand intérêt au point de vue du pronostic et du raitement de ces néoplasmes.

III

Nous serons bref sur l'*étiologie* des tumeurs papillaires, leur nature, comme celle de tous les néoplasmes, restant encore absolument inconnue. Les kystes végétants ont été observés depuis l'âge de vingt ans jusqu'à soixante et soixante-dix ans. Mais, au cours de cette longue période, ils ne se présentent pas avec une égale fréquence. Nous avons recherché, tout d'abord, la fréquence des tumeurs papillaires suivant l'âge des malades, en tenant compte de tous les cas et sans établir de distinction entre les tumeurs papillaires bénignes et les tumeurs papillaires malignes. En nous basant sur la statistique de Pfannenstiel et sur une statistique personnelle nous avons obtenu les chiffres suivants :

De vingt à vingt-cinq ans, 3,5 p. 100, de vingt-cinq à trente ans, 7,1 p. 100, de trente à trente-cinq ans, 11,9 p. 100, de trente-cinq à quarante ans, 16,6 p. 100, de quarante à quarante-cinq ans, 17,8 p. 100, de quarante-cinq à cinquante ans, 16,6 p. 100, de cinquante à cinquante-cinq ans, 16,6 p. 100, de cinquante-cinq à soixante ans, 5,9 p. 100, de soixante à soixante-cinq ans, 1 p. 100, de soixante à soixante-dix ans, 1 p. 100.

On voit dans cette statistique globale, que les tumeurs papillaires atteignent leur maximum de fréquence de quarante à quarante-cinq ans, mais qu'elles apparaissent avec une fréquence presque égale de trente-cinq à quarante ans, de quarante-cinq à cinquante ans et de cinquante à cinquante-cinq ans.

En nous basant sur les mêmes données, si nous n'envisageons que les tumeurs papillaires bénignes, nous obtenons les chiffres suivants :

De vingt à vingt-cinq ans, 5,46 p. 100, de vingt-cinq à trente ans, 10,9 p. 100, de trente à trente-cinq ans, 16,3 p. 100, de trente-cinq à quarante ans, 18 p. 100, de quarante à quarante-cinq ans, 18 p. 100, de quarante-cinq à cinquante ans, 14,5 p. 100, de cinquante à cinquante-cinq ans, 12,7 p. 100, de cinquante-cinq à soixante ans, 1 p. 100, de soixante à soixante-cinq ans, 0 p. 100, de soixante-cinq à soixante-dix ans, 1 p. 100.

Ces chiffres nous indiquent que pour les tumeurs bénignes, le maximum de fréquence apparaît à un âge moins avancé que dans la statistique précédente qui comprenait des kystes papillaires bénins et malins.

Enfin, si l'on recherche l'âge auquel s'observent le plus souvent les tumeurs papillaires malignes, on trouve que le maximum de fréquence se montre à un âge plus avancé que dans les deux statistiques précédentes :

De vingt à vingt-cinq ans, 0 p. 100, de vingt-cinq à trente ans, 0 p. 100, de trente à trente-cinq ans, 3,7 p. 100, de trente-cinq à quarante ans, 18 p. 100, de quarante à quarante-cinq ans, 18 p. 100, de quarante-cinq à cinquante ans, 22 p. 100, de cinquante à cinquante-cinq ans, 25,8 p. 100, de cinquante-cinq à soixante ans, 7 p. 100, de soixante à soixante-cinq ans, 3,7 p. 100, de soixante-cinq à soixante-dix ans, 0 p. 100.

On voit que le maximum de fréquence des tumeurs papillaires qui, dans la statistique globale, occupe la période comprise entre quarante et quarante-cinq ans, apparaît de trente à quarante-cinq ans si l'on n'envisage que les tumeurs bénignes et de cinquante à cinquante-cinq ans lorsqu'il s'agit de kystes végétants malins. Cette constatation a un intérêt pratique car elle nous indique que chez les femmes âgées, on est plus exposé à rencontrer des papillomes malins, de plus, elle vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui pensent que les tumeurs papillaires sont bénignes avant d'être malignes, que l'adéno-carcinome n'est qu'une transformation de l'adénome papillaire simple. « Un certain nombre de tumeurs papillaires subissent une dégénérescence maligne, laquelle au début est parfois très limitée, puis peut s'étendre à toute la masse et qui finalement amène une généralisation véritable du cancer » [Pozzi (1)]. La malignité est surtout en rapport avec le séjour plus ou moins prolongé de la lésion dans la cavité abdominale [Bouilly (2)]. Beaussenat et Bender (3) ont observé dans le service de Pozzi un cas de kyste végétant de l'ovaire gauche, resté bénin pendant plusieurs années et qui brusquement prit une allure maligne, et se propagea à l'épiploon, à la trompe correspondante, à la cavité utérine et à la trompe du côté opposé.

« Une question qui est encore pleine d'obscurité, est celle de la bénignité ou de la malignité des kystes papillaires... Il semble que l'extrême instabilité histologique de ces néoplasmes, la transformation facile de leur épithélium cylindrique en épithélium métatypique ou atypique, placent ces kystes, pour ainsi dire, en état perpétuel d'*imminence maligne* »

Martin. Papillome de l'ovaire, *Brit. med. Journ.*, nº 1925, p. 1509.

1898. E. Cestan et Aug. Pettit. Note sur un cas de cystocarcinome papillaire de l'ovaire, *Semaine gynécol.*, p. 107. — Zenoni. Sur un cas rare de kyste multiloculaire bilatéral, proliférant, papillifère de l'ovaire, *Arch. ital. ginec.*, nº 2, p. 138. — D. I. Chirchoff. *Kystomes papillaires*, Th. de Saint-Pétersbourg ; — *Gynécol.*, nº 6, p. 551. — V. Lauro. Kyste volumineux glandulaire prolifère de l'ovaire gauche, *Arch. ost. e. ginec.*, nº 8, p. 460.

1900. Beyea. Deux cas d'adénocarcinomes des ovaires, *Amer. Journ. of New-York*, XLI. — Herrick. Papillome des deux ovaires, *Calif. M. J. San-Francisco*, 195-196.

1901. Riss. Kyste multiloculaire et prolifère de l'ovaire, *Marseille méd.*, 15 fév. — Legueu. *Leçons de clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, p. 411. — R. Cohn. *Die Dauerfolge der Ovariotomie bei den malignen Tumoren u. papillären Kystomen des Ovariums* (*Les résultats durables de l'ovariotomie dans les cas de tumeurs malignes et de kystes papillaires*), Inaug. dissert., Breslau. — Bish. Epithéliome végétant double de l'ovaire, Soc. anat., 14 juin, et *Presse méd.*, 10 juillet. — Eugen Peiser. Contribution à la connaissance des tumeurs adéno-cystiques implantées dans l'ovaire, *Monatts. f. Feb. u. Gyn.*, Bd. XIV, H. II, p. 290.

1902. M. Beaussenat et X. Bender. Kyste végétant de l'ovaire gauche. Dégénérescence épithéliale secondaire de la trompe gauche, de l'utérus et de la trompe droite. Propagation au grand épiploon, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, avril, p. 396.

1903. T. Betschmann. *Sur un cas de papillome fibro-épithélial en grappe de l'ovaire et de ses relations avec les kystes de l'épithélium germinatif*, Th. de Zurich. — Schauta. Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Vienne, 28 avril.

1904. Cerné. De la malignité des kystes de l'ovaire, Congr. de gynécol. de Rouen.

1905. E. Frænkel. Du diagnostic du kysto-adénome séreux papillaire de l'ovaire, *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, XXI, p. 67.

(1) Pozzi. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1904, p. 412.

(2) Bouilly. Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire, *XIe Congrès français de chirurgie*, 1897.

(3) Beaussenat et Bender. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1902, t. IV, p. 306.

[Pozzi (1)]. « Il existe un nombre considérable de kystes de l'ovaire dont le degré de malignité nous est inconnu; entre la bénignité et la malignité, il n'y a souvent que l'épaisseur d'une mince cloison » [Bouilly (2)].

Dans l'immense majorité des cas, les tumeurs papillaires apparaissent chez des femmes qui ont eu une ou plusieurs grossesses; cependant on les observe aussi chez des vierges : une observation de Terrier (3) est relative à une jeune fille de vingt-deux ans. Mais, tandis qu'on pourrait citer un assez grand nombre de cas de kystes de l'ovaire observés chez l'enfant, on ne connaît qu'un petit nombre d'observations de tumeurs papillaires ayant apparu avant la puberté.

Il est difficile d'établir exactement la fréquence des tumeurs papillaires par rapport aux grands kystes de l'ovaire. Elle serait de 8 p. 100 d'après Cohn, de 14 p. 100 pour Malassez et de Sinety, de 15 p. 100 pour Poupinel, de 11 p. 100 d'après Olshausen, de 10 p. 100 pour Creig Smith.

Il eût été intéressant de savoir dans quelle proportion on a trouvé dans les antécédents héréditaires des malades atteintes de tumeurs papillaires, des néoplasmes de même nature ou de nature différente.

Il ne nous a pas été possible d'étudier le rôle de l'hérédité, les observations étant, à ce sujet, muettes ou peu explicites.

On voit en somme que dans l'étude des tumeurs papillaires, nous devons nous contenter de notions étiologiques de valeur secondaire, l'essence même de la maladie restant inconnue.

IV

Lorsqu'on ouvre l'abdomen d'une femme atteinte de tumeur papillaire, dans la grande majorité des cas, jaillit un flot de liquide ascitique. Si l'on intervient à la période d'état et non au début de la maladie, le liquide une fois évacué, on aperçoit une masse végétante de forme générale très irrégulière, présentant sur la plus grande partie de sa surface des végétations en chou-fleur, offrant en d'autres points des surfaces absolument lisses. Au toucher, la masse néoplasique donne en certaines régions la sensation d'une tumeur solide, tandis que dans d'autres parties, elle est manifestement fluctuante et kystique. Rarement localisé sur un seul ovaire, le néoplasme occupe dans bon nombre de cas les deux ovaires, et souvent, par des végétations aberrantes, recouvre une bonne partie de la surface de l'utérus. Parfois il remplit complètement le petit bassin et il n'est pas rare que de cette masse pelvienne partent des bourgeons secondaires qui envahissent la séreuse péritonéale sur une surface plus ou moins étendue.

La tumeur papillaire est aussi irrégulière à la coupe qu'à l'inspection. En pratiquant des coupes en des régions variées, on s'aperçoit non seulement de l'irrégularité de sa structure, mais on voit que les renseignements fournis par la palpation étaient inexacts, attendu que certaines parties que l'on avait considérées comme solides, se trouvent constituées par une agglomération polykystique et que les grands kystes lisses extérieurement sont intérieurement tapissés et en partie comblés par de nombreuses végétations papillaires.

On a essayé en se basant sur leur étude macroscopique, de classer les tumeurs végétantes et de les diviser en plusieurs catégories. Toute classification macroscopique est contestable. On a voulu distinguer des *kystes* et des *tumeurs* papillaires, or il est d'observation courante de rencontrer dans la même tumeur des masses à prédominance solide et des masses à prédominance kystique, et il est d'observation fréquente de voir des kystes papillaires récidiver sous forme de tumeurs. On a divisé aussi les néoplasmes papillaires en kystes à végétations externes et kystes à végétations internes, cette classification est encore plus artificielle car dans la même masse néoplasique on trouve souvent à côté d'un kyste à végétations externes, un kyste à végétations internes et la plupart des kystes présentent simultanément des végétations externes et des végétations internes. Il existe cependant une variété de tumeur papillaire assez nettement caractérisée au point de vue macroscopique pour être distinguée des tumeurs végétantes dont nous venons d'indiquer les attributs principaux, elle est connue sous le nom de papillome superficiel de l'ovaire. Dans ce cas, l'ovaire verruqueux est à peine augmenté de volume. Ces tumeurs ressemblent à un ovaire qui enduit d'une matière visqueuse aurait été saupoudré d'un sable sec et fin. Cette catégorie mise à part, toute classification basée sur la structure macroscopique qui tendrait à établir un plus grand nombre de variétés n'est pas acceptable et doit être abandonnée.

Nous verrons qu'il n'en est pas de même au point de vue microscopique et qu'en se basant sur la structure histologique du néoplasme, on a établi un certain nombre de variétés bien distinctes dont l'individualité ne peut être contestée.

Les tumeurs papillaires de l'ovaire n'atteignent généralement pas un *volume* considérable. Le dépouillement des observations nous montre que les dimensions du néoplasme se rapprochent le plus souvent de celles d'un œuf de dinde, d'une orange, du poing, des deux poings, d'une tête de fœtus, d'enfant ou d'adulte. Cependant, dans une observation de Terrier rapportée dans les thèses d'Hadjès et de Wacquez, relative à une tumeur papillaire bilatérale, la tumeur de l'ovaire gauche pesait 6 kilos; c'est là un poids anormal.

D'après la plupart des auteurs, dans l'immense majorité des cas, les tumeurs papillaires occupent les *deux* ovaires. En réalité il n'est pas rare, lorsqu'on intervient dès le début de la maladie, de trouver l'un des deux ovaires absolument sain; mais si l'on n'opère pas hâtivement, l'envahissement des deux ovaires est à peu près constant. Dans les observations que nous avons réunies, la tumeur était bilatérale dans 73 p. 100 des cas. Sur les 27 tumeurs unilatérales, 5 siégeraient à droite et 22 à gauche.

La statistique de Pfannenstiel donne 60 p. 100 de tumeurs bilatérales. On voit d'après ces chiffres, que s'il est juste d'admettre que les tumeurs papillaires sont souvent bilatérales, il faut aussi reconnaître que la bilatéralité est loin d'être constante.

Nous avons dit que la surface des tumeurs papillaires était recouverte de saillies verruqueuses qui constituent l'élément essentiel et caractéristique de ces néoplasmes. Ces saillies papillaires offrent les caractères morphologiques des verrues, des pa-

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 3e édition, 1897, p. 828.

(2) Bouilly. Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire, *XI Congrès de chirurgie*, Paris, 1897, p. 894.

(3) Terrier, *Union méd.*, 2 juillet 1887.

pillomes, des végétations en chou-fleur. « La couleur et la consistance de leur tissu présentent de grandes variétés. Tantôt transparentes à la façon des môles hydatiformes, tantôt rouges et charnues à la façon des fongosités, elles sont d'autres fois blanc grisâtre et fibreuses comme des papillomes, vasculaires comme des angiomes, ou enfin d'aspect glandulaire. Les différentes formes macroscopiques peuvent exister sur la même tumeur quoique le plus souvent un certain type prédomine » (Malassez et de Sinety). Leur couleur varie du blanc au rouge foncé et au rouge brun. Certaines sont grosses comme un grain de millet, d'autres atteignent le volume d'un champignon. Elles sont sessiles ou pédiculées. Tantôt elles sont dures et comme cartilagineuses. Tantôt elles sont friables et saignent au moindre contact. Elles peuvent subir la dégénérescence graisseuse et l'infiltration calcaire. Même variabilité dans leur mode de groupement : les unes sont isolées, d'autres agglomérées, parfois elles recouvrent la surface entière de la tumeur et sans ligne de démarcation dépassent ses limites. Les végétations aberrantes présentent les mêmes caractères morphologiques que les végétations ovariennes primitives.

A la *coupe* des tumeurs papillaires on constate la même irrégularité dans la situation, la forme, l'aspect, la couleur des végétations. Nous avons vu que les tumeurs papillaires sont constituées par des kystes agglomérés. Lorsque ces kystes sont petits on les trouve presque toujours remplis et distendus par des excroissances papillaires en sorte que la tumeur donne au toucher la sensation d'une masse solide. Lorsque les kystes présentent un volume considérable (poing, tête d'adulte), ils contiennent principalement du liquide et la tumeur donne à la palpation l'impression d'une masse liquide ; mais, on trouve toujours sur la surface interne de ces kystes, des végétations présentant les caractères que nous avons indiqués plus haut. Celles-ci, peu nombreuses à la vérité, se développent généralement au niveau de l'insertion ligamentaire de la tumeur.

Les kystes superficiels se rompent fréquemment et leur déhiscence donne issue à un bourgeon végétant qui fait saillie à la surface de la masse néoplasique. C'est ainsi que se forment les végétations externes. On voit que les végétations peuvent être intra ou extrakystiques et qu'en général leur nombre est en raison inverse du volume des kystes.

De même que la bilatéralité, l'existence de l'*ascite* est considérée comme habituelle dans les tumeurs papillaires. La fréquence de l'ascite est incontestable. Nous l'avons trouvée dans notre statistique dans 88 p. 100 des cas. On a prétendu que l'ascite est constante dans les cas où la tumeur est extérieurement recouverte de végétations papillaires et que l'ascite peut manquer lorsque la surface du néoplasme ne présente extérieurement aucune saillie bourgeonnante, les végétations étant exclusivement intra-kystiques. Cette opinion n'est point exacte. Il n'existait pas d'ascite dans une observation de Pozzi (1) relative à une femme de trente-cinq ans, atteinte d'une tumeur qui présentait à sa base et sur sa surface externe des végétations papillaires. L'ascite manquait aussi dans une autre observation de Pozzi (2), relative à une femme de vingt-quatre ans, alors qu'il existait à la surface du néoplasme des végétations occupant une grande étendue ainsi que des greffes implantées sur le péritoine viscéral.

(1 et 2) Pozzi. In Thèse de Cazenave.

Etant donné que l'ascite peut manquer on peut se demander si l'on rencontre plus fréquemment l'ascite dans les cas de tumeurs malignes que dans les cas de tumeurs bénignes. Assurément l'ascite est plus fréquente lorsque le néoplasme est malin, mais même dans ce dernier cas, elle peut manquer.

Le plus souvent, non seulement on rencontre de l'ascite, mais on rencontre une ascite très abondante. De plus, après ponction, le liquide ascitique se reproduit très rapidement. Abondance de l'épanchement et rapidité de sa reproduction sont les deux caractères essentiels de l'ascite qui accompagne les tumeurs papillaires de l'ovaire. Chez une malade de Terrier (1) on pratiqua vingt ponctions en quelques mois ; chez une malade de Duret (2), treize ponctions donnèrent 115 litres ; chez une autre malade du même auteur (3), quatre ponctions fournirent chaque fois de 15 à 20 litres ; sept ponctions permirent d'évacuer successivement 3, 4, 18, 6, 14, 12 et 13 litres chez une malade de Legueu (4) ; dans une troisième observation de Duret (5) on voit que huit ponctions furent pratiquées, la première fournit à elle seule 27 litres de liquide.

Assez souvent (dans 58 p. 100 des cas), le liquide ascitique est jaune, jaune citrin, jaune clair ; parfois (dans 25 p. 100 des cas), il présente une coloration fortement hématique ; enfin, assez rarement, sa couleur est jaune verdâtre, chocolat, acajou, café noir.

Il ne faut pas attacher une très grande importance à la couleur du liquide ascitique, celle-ci pouvant varier chez une même malade. C'est ainsi que dans une observation de Pozzi (6), relative à une femme de trente-neuf ans, qui subit quatre opérations ; une ponction donna issue à du liquide ascitique jaune citrin, puis au cours d'une première opération, on trouva du liquide sanguinolent, il était de couleur café clair lors de la deuxième et de couleur acajou dans les troisième et quatrième interventions.

On pourrait supposer que l'ascite hémorragique apparaît plus souvent dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs bénignes, il n'en est rien. Dans les deux cas on rencontre l'ascite hémorragique avec une fréquence sensiblement égale.

Les tumeurs papillaires sont généralement *adhérentes*. Tantôt il s'agit de simples filaments qui ne compliquent pas sérieusement les manœuvres opératoires, tantôt au contraire on se trouve en présence de membranes très résistantes qui emprisonnent la masse néoplasique et rendent impraticable toute intervention radicale. Les adhérences peuvent rattacher la tumeur à tous les organes abdominaux : grand épiploon, intestin grêle, côlon transverse, S iliaque, appendice iléo-cæcal ; elle peut aussi être fixée à la paroi abdominale antérieure, mais généralement c'est avec les organes pelviens (utérus, vessie) qu'elle présente les connexions les plus étroites. Parfois enfin le néoplasme est emprisonné ainsi que tous les organes pelviens, dans une même gangue fibreuse qui non seulement réunit en un seul bloc viscères et tumeurs, mais qui adhère encore à la ceinture osseuse.

(1) Terrier. In Thèse de Wacquez, p. 34.
(2) Duret. In Thèse de Wacquez, p. 72.
(3) Duret. In Thèse de Wacquez, p. 118.
(4) Legueu. In Thèse de Dégardin, p. 43.
(5) Duret. In Thèse de Dégardin, p. 68.
(6) Pozzi. In Thèse de Cazenave.

La plupart des auteurs ont insisté sur les relations étroites qui existent dans bon nombre de cas entre les tumeurs papillaires et les ligaments larges; Pfannenstiel estime que l'inclusion intra-ligamentaire s'observe dans la moitié des cas et Tédenat dans la proportion de 80 p. 100. Notre statistique composée de faits appartenant à des chirurgiens différents ne nous donne que 20 p. 100 de tumeurs nettement incluses. Il est possible que, dans les documents que nous avons recueillis, on ait parfois négligé de relater l'inclusion ligamentaire, cependant, nous ne nous sommes basé pour apprécier la fréquence de cette inclusion que sur des observations très détaillées.

En dehors des véritables métastases qui se produisent rarement au cours de l'évolution des tumeurs papillaires, nous savons que celles-ci envoient souvent sur les organes qui les environnent des greffes tendant à envahir peu à peu toute la cavité péritonéale. Ces végétations aberrantes, que l'on rencontre aussi bien dans les tumeurs bénignes que dans les cysto-carcinomes, sont d'observation courante. On les trouve sur l'épiploon, le péritoine pariétal et viscéral, l'intestin, le mésentère, la paroi abdominale, sur la surface des ligaments larges, sur l'utérus, la trompe, dans les culs-de-sac vaginaux. Parfois tous les organes du petit bassin se trouvent fusionnés non plus par des adhérences fibreuses mais par des granulations confluentes. Le petit bassin paraît alors comblé par des masses végétantes, « Il faut distinguer expressément la généralisation cancéreuse (qui se fait par la voie lymphatique ou sanguine) de la simple greffe par contact ou par implantation de voisinage des végétations papillaires de l'ovaire sur le péritoine. Ce dernier processus est d'ordre bénin et comparable à ce qui s'observe pour les papillomes et verrues de la peau » (Pozzi).

Nous devons signaler les greffes qui se produisent dans la paroi abdominale à la suite d'une intervention. Schauta (1) en a publié une intéressante observation à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne. Il avait enlevé en janvier 1902, par la voie abdominale, un kyste papillaire de l'ovaire gauche qui s'était rompu au cours des manœuvres de décortication. Quatre mois après l'opération, apparut au niveau de la cicatrice une petite masse indurée, grosse comme une noisette, qui ne tarda pas à atteindre les dimensions d'une pomme. L'examen histologique montra qu'on se trouvait en présence d'un adéno-carcinome. Cette récidive était incontestablement due à une greffe dans le tissu cellulaire sous-cutané de débris épithéliaux détachés de la masse principale.

La structure *histologique* des végétations papillaires est aujourd'hui bien connue grâce aux travaux de Pfannenstiel. Elles sont constituées par deux éléments essentiels nettement différenciés; la charpente conjonctive et le revêtement épithélial. L'appareil connectif n'a qu'une importance secondaire. On a décrit des végétations sarcomateuses, fibrosarcomateuses, myxomateuses, qui seraient de véritables néoplasmes d'origine conjonctive, ce sont là des raretés et à la vérité dans l'immense majorité des cas, les végétations dites sarcomateuses n'ont que l'apparence des néoplasmes d'origine conjonctive.

(1) Schauta. Soc. d'obstét. et de gynécol. de Vienne, séance du 28 avril 1903.

Nous n'insisterons donc pas sur la disposition des éléments cellulaires qui constituent le stroma connectif. Il donne passage à quelques vaisseaux. Fait digne d'intérêt, il présentait de nombreux corpuscules osseux dans une observation de Terrier (1). Les végétations des néoplasmes papillaires de l'ovaire sont des tumeurs d'origine épithéliale. Le bourgeon connectif a peu d'importance, il ne sert que de soutien à l'épithélium. Les végétations sont des épithéliomas papillaires. C'est par l'épithélium que la production néoplasique a commencé et c'est l'épithélium qui en proliférant a entraîné un tractus du tissu conjonctif sous-jacent. Cette prolifération épithéliale peut du reste dans certains cas, au lieu de se développer en hauteur et sous forme de saillie, proliférer en sens inverse et former des culs-de-sac d'aspect glandulaire. Dans l'adénome papillaire simple (tumeur bénigne), l'épithélium formé d'une seule couche de cellules rappelle l'épithélium de la muqueuse utérine ou de la muqueuse gastrique, il est cylindrique ou à cils vibratiles. Dans l'adéno-carcinome (tumeur maligne) il est stratifié, polymorphe, métatypique. Dans une observation de Duret (2), les végétations étaient formées d'une charpente conjonctive limitant des alvéoles remplies de masses épithéliales, c'était la structure type du carcinome. Il en était de même dans une observation rapportée par Cazenave (3): stroma conjonctif peu abondant; tumeur en majeure partie composée de néoformations épithéliales; on distingue de petites cavités irrégulières tapissées par de l'épithélium cylindrique ou métatypique.

Dans certains kystes la transformation épithéliomateuse n'est que partielle. Il en était ainsi dans un cas de Pozzi (4) examiné au microscope par Bender. La transformation épithéliomateuse était limitée à une surface large comme une pièce de 5 francs. Voici le compte rendu de l'examen histologique de cette tumeur : « Le revêtement épithélial est très irrégulier. Il est formé par plusieurs assises de cellules cubiques ou polyédriques prenant, par pression réciproque, les formes les plus variées. Les éléments cellulaires sont ici en état d'hyperactivité; les noyaux se colorent très fortement et présentent en de nombreux points des figures de caryokinèse » (Bender).

Les tumeurs papillaires bénignes sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs papillaires malignes. Celles-ci ne se rencontrent que dans 13 p. 100 des cas.

Plusieurs hypothèses ont été émises au sujet du point de départ et du siège initial des tumeurs papillaires. On n'est pas encore fixé sur l'origine de ces néoplasmes végétants. Un grand nombre d'auteurs admettent qu'ils proviennent du revêtement épithélial de l'ovaire. Waldeyer pense que l'épithélium des follicules de Graaf peut leur donner naissance. Wolf admet une troisième origine, leur siège initial serait dans la muqueuse de la trompe qui en proliférant envahirait secondairement le stroma ovarien. A. Doran place l'origine des tumeurs papillaires dans les débris du corps de Wolf situés dans le hile de l'ovaire. La plupart de ces théories contiennent très probablement une part de vérité et

(1) Terrier. In Th. d'Hadjès, p. 38.
(2) Duret. In Th. de Wacquez, p. 72.
(3) Cazenave. Loc. cit., p. 80.
(4) Pozzi. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1904, p. 411.

il est vraisemblable que toutes les tumeurs papillaires de l'ovaire n'ont pas une commune origine.

V

L'étude clinique des tumeurs papillaires ne nous fournit aucun symptôme vraiment caractéristique, mais elle nous révèle certains signes qui, quoique n'étant pas spéciaux à ces néoplasmes et n'ayant pas une très grande valeur intrinsèque au point de vue du diagnostic, permettent par leur coexistence de caractériser cliniquement les néoplasmes végétants de l'ovaire.

Comme dans tous les néoplasmes, le début est lent et insidieux. La tumeur ne se révèle bien souvent que par de la pesanteur abdominale et de la gêne pendant la marche. Sturmdorf (1) vient de rapporter, à l'Académie de médecine de New-York, le cas d'une femme de quarante ans atteinte de papillo-adéno-carcinome kystique de l'ovaire, qui était venue consulter uniquement pour une légère augmentation du volume du ventre; elle ne ressentait ni douleur ni gêne. Le ventre une fois ouvert, on trouva l'utérus et les annexes réunis entre eux et aux parties voisines par de fortes adhérences. Le péritoine était parsemé de noyaux métastatiques et contenait du liquide séro-sanguinolent. Parfois la malade se croit enceinte, erreur d'autant plus acceptable que les règles peuvent être supprimées. Il n'est pas rare que, dans la période de début, la malade éprouve de véritables douleurs occupant l'hypogastre, les fosses iliaques, la région lombaire et irradiant dans les cuisses. Ces douleurs souvent très vives s'atténuent assez fréquemment à mesure que l'abdomen se développe. Phénomènes douloureux plus ou moins accentués et augmentation lentement progressive du volume du ventre sont les deux phénomènes principaux de la période de début.

Une fois que l'abdomen a atteint un développement nettement anormal, on observe assez souvent des troubles du côté de l'appareil digestif : vomissements, coliques, diarrhée, constipation, ainsi que des troubles de la miction, la vessie se trouvant comprimée par des masses néoplasiques pelviennes.

Nous avons vu que, chez certaines malades, les règles sont supprimées. Dans quelques cas elles apparaissent avec moins de régularité, parfois elles ne sont nullement influencées par le néoplasme. On a signalé, au cours des tumeurs végétantes, des métrorragies et des règles douloureuses.

Une malade de Routier (2) présentait des douleurs plus intenses au moment des règles. Au contraire, chez une malade de Pozzi (3), des douleurs assez vives disparaissaient pendant la menstruation.

On voit combien sont variables les modifications que peut présenter la menstruation au cours de l'évolution des tumeurs papillaires. Ajoutons qu'elle n'est pas plus particulièrement influencée par les tumeurs végétantes malignes que par les tumeurs végétantes bénignes.

L'abdomen ne tarde pas à présenter des dimensions très considérables. Le ventre distendu, étalé, retombe sur les cuisses; la cicatrice abdominale se déplisse: la peau de l'abdomen est sillonnée par un réseau veineux anormalement développé et présente parfois des vergetures. Cette énorme distension abdominale est causée, non par la masse végétante mais par l'ascite très abondante qui, dans l'immense majorité des cas, accompagne les tumeurs papillaires. Chez certaines malades, le liquide ascitique est tellement abondant que non seulement le fonctionnement des viscères abdominaux, mais celui des viscères thoraciques, poumons, cœur, se trouve notablement gêné. Il faut, au cas d'altération fonctionnelle du cœur ou des poumons, rechercher la cause de cette altération et se demander si les troubles que l'on observe sont dus à un déplacement, à une compression résultant de l'abondance de l'épanchement intra-abdominal, ou s'ils sont causés par des métastases cancéreuses (1). On observe très souvent, quand l'abdomen est notablement distendu, de l'œdème d'un ou des deux membres inférieurs aussi bien lorsque le néoplasme est bénin que lorsqu'on est en présence d'un véritable cancer. Enfin dans les cas invétérés, même si la tumeur est bénigne, survient un amaigrissement très notable contrastant avec l'énorme développement de la cavité abdominale.

Bender (2) a montré que « dans les kystes végétants non dégénérés, particulièrement dans les kystes papillaires, on observe habituellement une leucocytose appréciable, le nombre des globules rouges restant normal ».

Au palper, dans la plupart des cas, on ne reconnaît que les signes de l'ascite et ce n'est généralement que grâce à un palper très appuyé ou mieux après une ponction, qu'il est possible de percevoir des masses bosselées généralement dures, occupant les fosses iliaques, l'hypogastre ou une étendue plus considérable de la cavité péritonéale. Le palper est rarement douloureux.

Le toucher donne des renseignements très précieux. Par le toucher on trouve, dans les culs-de-sac vaginaux, des tumeurs noueuses présentant les mêmes caractères que les nodosités abdominales. Le plus souvent les tumeurs végétantes occupent le cul-de-sac postérieur et refoulent l'utérus en avant, elles siègent moins fréquemment dans les culs-de-sac latéraux et se rencontrent encore plus rarement dans le cul-de-sac antérieur. Le toucher est peu douloureux.

Par le palper bimanuel on peut évaluer les dimensions de la masse néoplasique, on peut se rendre compte de sa mobilité, de celle de l'utérus et des relations existant entre le néoplasme et l'utérus. L'anatomie pathologique nous a appris que les tumeurs végétantes sont souvent adhérentes et que l'utérus est fréquemment enclavé.

La *marche* de la maladie est généralement lente et sa *durée* prolongée. Nombreuses sont les observations relatives à des femmes qui, avant d'être débarrassées par une intervention radicale, ont pu, grâce à des ponctions répétées, vivre pendant plusieurs années. Nombreuses aussi les observations dans lesquelles on nous dit que le début de la maladie remontait à trois, quatre, cinq ans. L'opérée de Michaux (3) souffrait depuis sept ans.

---

(1) Séance du 25 nov. 1904 et *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1905, p. 105.

(2) Routier. In Th. de Cazenave, p. 71.

(3) Pozzi. In Th. de Cazenave, p. 55.

(1) Chez une malade de Terrier (Th. de Wacquez, p. 116) atteinte de tumeur végétante maligne, un épanchement pleural droit se développe insidieusement et sans fièvre. A l'autopsie on trouve la plèvre farcie de noyaux néoplasiques.

(2) Bender. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1903, p. 583.

(3) Michaux. Soc. de chir., 1900, t. XXVI, p. 882.

VI

On se basera pour *diagnostiquer* les tumeurs papillaires sur le palper, le toucher et le palper bimanuel. Nous ne saurions trop insister sur l'importance du toucher, surtout dans les cas où l'abondance de l'ascite ne permet pas d'explorer le néoplasme même en déprimant fortement la paroi abdominale. Nombreuses sont les observations où il est dit que la distension du ventre rendait impossible tout examen par le palper, tandis que par le toucher on sentait nettement que le col était refoulé en avant et qu'il existait dans le cul-de-sac postérieur une masse nettement lobulée, de consistance inégalement dure, d'un volume variant entre celui d'une noix et celui du poing [Duret (1)].

Pour exposer et discuter en détail le diagnostic différentiel des tumeurs végétantes de l'ovaire, il faudrait passer en revue toutes les tumeurs de l'abdomen et montrer leurs ressemblances et leurs différences. Nous nous contenterons de signaler les caractères différentiels d'un petit nombre d'affections abdominales avec lesquelles les tumeurs papillaires présentent le plus d'analogie.

L'ascite existant dans la très grande majorité des cas de kystes végétants (88 p. 100), on éliminera les inflammations et les néoplasmes abdominaux ne s'accompagnant pas d'ascite tels que les fibromes utérins et les suppurations pelviennes. Celles-ci du reste donnent naissance à de la fièvre, tout au moins pendant une période de leur évolution.

On reconnaîtra les fibromes, les fibro-sarcomes et les sarcomes de l'ovaire à ce qu'ils ne présentent pas les nodosités si caractériques des tumeurs végétantes, qu'ils sont moins adhérents, plus indépendants des organes voisins et de l'utérus en particulier.

Le carcinome de l'ovaire, comme les kystes papillaires, est de consistance dure, il s'accompagne d'ascite et adhère rapidement aux viscères voisins; mais il est d'autre part, plus nettement limité et ne se trouve pas environné de greffes papillaires aberrantes.

Dans la péritonite tuberculeuse qui offre parfois d'assez grandes ressemblances avec les tumeurs végétantes, on trouve, il est vrai, de l'ascite et des nodosités disséminées dans la cavité abdominale, mais il n'existe pas de masse néoplasique principale bien nettement localisée dans la cavité pelvienne; enfin il n'est pas rare, au cas de péritonite tuberculeuse, de rencontrer, en d'autres points de l'économie, des lésions bacillaires constantes.

Il serait de la plus haute importance de pouvoir différencier les tumeurs bénignes des tumeurs malignes, même après ouverture du péritoine, cette différenciation est généralement impossible. Sans doute il est des cas où, en se basant sur l'existence de volumineuses masses lardacées, d'adhérences très solides, de vaisseaux très volumineux, on peut à bon droit conclure à la malignité par la seule inspection de la tumeur; mais, nous ne connaissons aucun signe nous permettant de déceler une dégénérescence commençante. Nous savons d'autre part que des tumeurs papillaires bénignes à végétations aberrantes en ont imposé à des chirurgiens expérimentés qui ont conclu à tort à la malignité. L'ensemencement de voisinage n'est point l'indice d'une généralisation. La récidive locale elle-même n'implique pas la malignité. Seule la récidive avec métastases dans les viscères est une preuve certaine de la nature cancéreuse du néoplasme.

(1) Duret. In thèse de Wacquez, p. 72.

VII

On a considéré pendant longtemps le *pronostic* des kystes papillaires comme beaucoup plus sombre qu'il ne l'est en réalité. « La constatation de l'ascite cliniquement et opératoirement, celle des végétations péritonéales disséminées a trop souvent poussé les médecins et les chirurgiens à considérer ces tumeurs comme toujours malignes, c'est-à-dire comme devant amener fatalement l'envahissement des lymphatiques et la généralisation... Assurément toutes les tumeurs de ce genre ont l'*aspect malin* à l'œil nu et l'on conçoit fort bien que nombre d'opérateurs, après avoir ouvert le ventre, l'aient refermé, en présence des énormes choux-fleurs qui coiffent de chaque côté et recouvrent l'utérus, et qu'accompagnent parfois des végétations disséminées sur tout le péritoine pelvien avec un gateau suspect sur l'épiploon » [Pozzi (1)]. Ce qui prouve le mieux la bénignité de certaines tumeurs papillaires, c'est qu'une opération incomplète peut être suivie d'une guérison prolongée. Bumm et Pozzi ont constaté, dans des cas de laparotomie itérative, que des végétations observées dans une première opération sur les intestins avaient disparu. Les tumeurs végétantes ont une tendance à la guérison, même après une simple boutonnière péritonéale n'intéressant en rien la masse néoplasique. Nous avons vu enfin que les tumeurs papillaires bénignes sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs papillaires malignes, celles-ci ne se rencontrant que dans 13 p. 100 des cas.

VIII

« En l'absence de signes positifs de malignité (cachexie cancéreuse ou métastases viscérales), le chirurgien devra toujours se comporter vis-à-vis de ces tumeurs comme si elles étaient bénignes et en pratiquer l'ablation aussi complète que possible » [Pozzi (2)]. Ajoutons que pour éviter la transformation maligne, cette ablation doit être précoce.

Alors même qu'on n'enlèverait que la masse principale, on pourrait compter, au cas de tumeurs bénignes qui sont les plus fréquentes, sur la disparition des végétations péritonéales secondaires.

En présence d'une récidive locale, sans métastases viscérales, il faut pratiquer une nouvelle laparotomie.

« La fréquence de l'envahissement successif des deux ovaires par les tumeurs papillaires, constitue une indication d'enlever les deux annexes alors même que l'une d'elles serait encore saine, au moins chez les femmes qui sont près de la ménopause. Pour les femmes jeunes, mieux vaudra encore s'exposer à une nouvelle laparotomie » [Pozzi (3)].

On ne peut décrire méthodiquement et temps par temps le manuel opératoire des interventions chirurgicales dirigées contre les tumeurs végétantes. Après avoir détruit les adhérences, on tâche de pédiculiser la tumeur et de l'enlever en totalité en sectionnant en tissu sain. Mais bien souvent on est

(1) Pozzi. *Revue de gynécol. et de chir. abdomin.*, 1904, p. 407.
(2) Pozzi. *Ibid.*, p. 413.
(3) Pozzi. *Ibid.*, p. 423.

obligé de procéder par arrachement, par morcellement, on détache les végétations avec les doigts et on les cueille à pleine main.

Les cas étant assez dissemblables, il en sera de même de la technique. Pozzi (1) a formulé à ce sujet des propositions auxquelles il nous paraît prudent de se conformer.

Nous avons vu que la tumeur est bilatérale dans 73 p. 100 des cas. « Dans les cas de tumeurs papillaires bilatérales, on simplifiera beaucoup la technique opératoire en pratiquant l'hystérectomie subtotale ou totale selon les indications spéciales » [Pozzi (2)]. L'hystérectomie sera totale si l'on pense avoir affaire à un cystocarcinome, subtotale au cas de papillome bénin. J.-L. Faure (3) conseille l'hémisection utérine qui permet d'attaquer la masse à enlever de bas en haut par la partie libre du ligament large. Toutes les fois qu'il existe de l'ascite, il faut drainer pendant les trois ou quatre premiers jours. La laparotomie exploratrice avec drainage arrête temporairement la marche des néoplasmes malins. L'extirpation des tumeurs papillaires est une opération délicate. Les difficultés résultent des adhérences et de l'envahissement des organes voisins par les végétations aberrantes. On doit procéder lentement et avec prudence et se tenir prêt à réparer les déchirures viscérales.

Dans notre statistique, composée de faits appartenant à divers chirurgiens, la mortalité opératoire atteint 15 p. 100. Il faut sans doute rechercher la raison de cette mortalité relativement élevée dans les manœuvres prolongées de décortication manuelle qui sont nécessitées par les adhérences, on sait en effet combien est souvent précaire la désinfection des mains.

Quant au résultat thérapeutique il est variable suivant que l'on a affaire à une tumeur bénigne ou à une tumeur maligne. Au cas de tumeur végétante bénigne, le résultat est très satisfaisant et l'on peut compter sur une guérison qui se maintient généralement pendant une période de trois à sept ans environ; chez une opérée de Pozzi (4) la récidive apparut au bout de vingt ans. La survie est au contraire de très courte durée chez les femmes atteintes de cysto-carcinome.

(1) Pozzi. *Ibid.*, p. 417.

(2) Legueu et Quénu considèrent l'hystérectomie comme le complément nécessaire et toujours utile de l'ovariectomie double. Legueu. *Leçons de clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu, 1901, p. 423.

(3) J.-L. Faure. *Chirurgie des annexes de l'utérus*, p. 374.

(4) Pozzi. *Revue de gynécol. et de chir. abdomin.*, loc. cit., 1904, p. 409.

MÉDECINE PRATIQUE

UNE RÉACTION TRÈS SENSIBLE POUR LES PIGMENTS BILIAIRES

M. Krokiewicz (5) propose la méthode suivante pour déceler les pigments biliaires dans l'urine : on verse dans un verre une petite quantité de solution aqueuse d'acide sulfanilique à 1 p. 100 (solution A), puis une quantité égale de solution aqueuse de nitrite de soude à 1 p. 100 (solution B).

On ajoute au mélange des deux solutions A et B une égale quantité de l'urine à examiner (un demi-centimètre cube de mélange A et B et un demi-centimètre cube d'urine). On agite pendant dix à quinze secondes. Si l'urine contient des pigments biliaires le mélange prend une coloration rouge rubis. Si l'on ajoute alors une à deux gouttes d'acide chlorhydrique concentré et si l'on étend avec de l'eau, le tout vire au violet améthyste.

Cette méthode s'est montrée plus sensible que toutes les méthodes usuelles. Le passage dans l'urine d'aucun autre élément organique, non plus que d'aucun médicament usuel ne peut devenir une cause d'erreur. A. LEMIERRE.

(5) *Munch. med. Wochens.*, 13 mars 1906, nº 11, p. 496.

LIVRES NOUVEAUX

De la dilatation rapide et forcée du col de l'utérus pendant la grossesse et le travail (1), par le docteur Al. Boissard, accoucheur à la Maternité de l'hôpital Tenon.

Le docteur Boissard commence par passer en revue les différentes méthodes employées pour procéder à la dilatation artificielle et rapide du col de l'utérus. Ce sont : 1° la *méthode manuelle* comprenant l'accouchement forcé (Guillemeau) et la dilatation méthodiquement rapide (procédés de Rizzoli, Harris, Bonnaire); 2° la *méthode instrumentale* comprenant les ballons (Champetier, Boissard, Colpenrynter) et les dilatateurs (Tarnier, Bossi); 3° la *méthode chirurgicale* constituée par les incisions du col petites et multiples (Dubois, Depaul, Tarnier) ou profondes (Dührssen).

Dans un second chapitre l'auteur étudie les indications de la dilatation artificielle et rapide du col pendant la grossesse et le travail (hémorragies massives, éclampsie, asphyxie, agonie ou mort).

Le dernier chapitre met en parallèle les différentes méthodes, les avantages, les inconvénients et les dangers des différents procédés.

Pendant la grossesse comme pendant le travail la méthode de l'accouchement forcé a toujours donné de très mauvais résultats; aussi ne devra-t-on y recourir que si la femme est agonisante ou morte; en cas de mort subite, la section césarienne est préférable.

Si l'accouchement forcé donne de mauvais résultats il n'en sera pas de même de la dilatation accélérée, rapide ou forcée : elle trouvera ses indications surtout pendant le travail, mais rendra également des services pendant la grossesse.

Le procédé employé ne peut être uniforme pour tous les cas : le choix variera suivant les indications, les circonstances et aussi suivant l'expérience de chacun.

Chez la femme en travail la dilatation manuelle sera le procédé de choix : il est en général suffisamment rapide et engage le moins la responsabilité de l'accoucheur pour les cas où la femme, en état de mort apparente, survivrait plus ou moins longtemps après l'opération.

Les instruments de force seront réservés pour des cas spéciaux et toujours maniés avec la plus extrême prudence.

On ne procédera à la dilatation forcée instrumentale qu'en face d'une indication précise, formelle (insuffisance ou inefficacité des autres procédés), se rappelant qu'il y a souvent plus de danger à aller vite qu'à temporiser. M. DELESTRE.

(1) In-8, 90 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 42. — MARDI 10 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. MARDI 10 AVRIL 1906. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, 9 avril 1906.

Le président du concours de l'Internat vient d'adresser à M. le directeur de l'Assistance publique la lettre suivante :

« Monsieur le directeur,

Dans la liste de classement des internes (qui n'a pas été soumise au jury) l'Administration a placé Mlle A... reçue externe en 1902 avec le n° 210 *avant* M. B... reçu au même concours avec le n° 19. Aux réclamations de ce dernier il a été répondu qu'ayant fait une année de service militaire, il était considéré comme étant moins ancien d'un an que Mlle A... Il y a là une interprétation tellement choquante de la lettre des règlements, que je suis assuré, monsieur le directeur, qu'il me suffira de vous la signaler pour qu'elle soit immédiatement réformée et pour que M. B... soit rétabli au rang de classement qu'il doit occuper *avant* Mlle A...

Il est en effet inadmissible que l'exemption du service militaire crée un privilège de classement en faveur des femmes et des étrangers, en dehors du privilège de fait que cette immunité leur confère. La nouvelle loi rend d'ailleurs ce privilège tellement exorbitant que le jury de l'Internat a décidé dans sa dernière séance de vous proposer des mesures capables de la neutraliser jusqu'à un certain point. En attendant que ces mesures soient arrêtées, j'ai l'honneur d'insister au nom de mes collègues et de l'opinion publique sur la rectification mentionnée plus haut.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Paris, 3 avril 1906. Dr H. BARTH. »

La Société des chirurgiens des hôpitaux, faisant sienne la protestation du docteur Barth, en a adopté les termes *à l'unanimité*.

C'est qu'en effet les conséquences d'une telle interprétation peuvent être graves et ont été graves. Si, dans l'espèce, M. B... est nommé vingtième interne titulaire et non dix-neuvième, le préjudice causé est relativement faible. Mais si la compétition s'était élevée entre M. B... et Mlle A... au sujet de la place de dernier titulaire et de premier provisoire, ce dommage eût été plus sérieux et c'eût été un scandale de voir Mlle A... nommée titulaire, alors que M. B... serait resté interne provisoire, uniquement parce qu'il aurait payé à son pays le plus lourd impôt qu'on ait à lui payer : l'impôt militaire.

Cette situation s'est d'ailleurs déjà présentée il y a presque une dizaine d'années, et on peut se rappeler que le dernier titulaire fut nommé à la place du premier provisoire, uniquement par ce fait que le premier provisoire avait accompli une année de service militaire et que le dernier titulaire, exempté ou étranger, n'avait pas eu à l'accomplir.

Une telle interprétation des règlements est un défi au bon sens, et comme l'a dit très bien M. Barth, et après lui la Société des chirurgiens des hôpitaux : « Il est inadmissible que l'exemption du service militaire crée un privilège de classement en faveur des femmes et des étrangers en dehors du privilège de fait que cette immunité leur confère. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CRÉATION D'UNE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Sur la proposition de M. Hénaffe, le Conseil municipal de Paris vient de prendre une délibération invitant l'administration à présenter au Conseil municipal, dans le cours de sa plus prochaine session, un projet de création d'une clinique oto-rhino-laryngologique située au centre de Paris et destinée au personnel enseignant des écoles de la Ville de Paris.

LE RÉGIME DE L'ALCOOL. — La commission extra-parlementaire des alcools, vins et spiritueux qui avait été instituée par M. Rouvier s'est réunie en assemblée plénière au ministère des finances et a voté les conclusions de ses sous-commissions.

Ces conclusions envisagent la *législation fiscale, les alcools*

dénaturés, et enfin le *contrôle hygiénique de l'alcool*, *des vins et spiritueux*.

Après avoir énuméré les remèdes d'ordre social de l'alcoolisme, tant au point de vue préventif qu'au point de vue curatif, la commission définit ainsi le contrôle hygiénique qui devra être exercé :

Les vins offerts à la consommation publique seront naturels et ne comporteront l'adjonction de matières étrangères que dans les limites fixées par un règlement d'administration publique.

Dans le cas où l'examen chimique aura lieu, il sera toujours suivi d'un examen dégustatif, qui sera confié à des experts dégustateurs.

Les alcools de consommation ne devront pas contenir de quantité pondérable d'alcool méthylique (c'est-à-dire que l'analyse chimique ne devra pas déceler, dans ces alcools, la présence de l'alcool méthylique autrement qu'à l'état de traces).

Il y a lieu d'interdire l'emploi des essences artificielles pour la fabrication des boissons alcooliques.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LISBONNE (19-26 avril 1906). — Le programme définitif des fêtes du Congrès est arrêté comme suit :

19 avril : Séance solennelle d'inauguration, à deux heures de l'après-midi, dans les locaux de la Société de géographie; — soir : réception par le président du Congrès à l'Ecole de médecine (siège du Congrès).

20 avril : Après-midi, garden-party offert par M. Cook à Monserrate.

21 avril : Dîner du roi aux premiers délégués des gouverments.

22 avril : Course de taureaux à Villa-Franca, avec aller et retour en bateau.

23 avril : Soirée offerte aux congressistes par la Société de géographie.

24 avril : Garden-party offert par le roi à Necessidades; — soir : réception, par le gouvernement, des délégués des gouvernements et de ceux des écoles de médecine et sociétés scientifiques.

25 avril : Réception de tous les congressistes par la Ville.

A ces fêtes sont admis tous les congressistes, à l'exception du dîner du roi (pour les seuls chefs des délégations officielles) et de la réception du gouvernement (pour tous les délégués).

Les travaux scientifiques se font à l'Ecole de médecine les 20, 21, 23, 24 et 25 avril. Les séances des vingt sections auront lieu de huit heures et demie à deux ou trois heures, selon les jours, et ensuite les conférences générales les jours où il n'y a pas de fête l'après-midi.

Le programme des sections, tant pour les travaux scientifiques que pour les fêtes, excursions, visites aux établissements publics, n'est pas encore définitivement arrêté.

VOYAGES. ARRANGEMENTS DÉFINITIFS. — *France.* — Billets directs d'une gare française quelconque à Port-Bou ou Irun, avec la réduction de 50 p. 100 et faculté d'arrêts en route. Obligation de faire l'aller et le retour par voie ferrée, avec faculté de suivre au retour un itinéraire différent de l'aller. Enregistrement des bagages directement pour la frontière ou pour les gares d'arrêt. Document nécessaire : carte verte (coupons A, B, C).

Espagne et Portugal. — Faculté de voyager dans toutes les directions. En *Espagne*, par kilomètre et par personne : pesetas 0,05 en première classe, 0,0375 en deuxième classe, plus 10 p. 100 pour le Trésor (environ demi-tarif). En *Portugal* : demi-tarif.

Port-Bou-Lisbonne (viâ Barcelone-Saragosse-Madrid-Valencia d'Alcantara) : pesetas 83,80 en première classe, 63,65 en deuxième classe. — *Irun-Lisbonne* (viâ Medina-Pampilhosa) : pesetas 62,60 en première classe, 47,25 en deuxième classe. Document nécessaire : carte verte.

Italie. — Billets d'aller et retour d'une gare italienne à Vintimille ou Modane : parcours jusqu'à 200 kilomètres, première classe, L. 0,074; deuxième classe, L. 0,052 par kilomètre; — de 201 à 400 kilomètres, première classe, L. 0,061; deuxième classe, L. 0,043 par kilomètre ; — pour plus de 400 kilomètres, première classe, L. 0,049; deuxième classe, L. 0,035 par kilomètre.

Documents nécessaires : carte verte et feuille spéciale.

Norvège et Bulgarie. — Réduction de 50 p. 100 sur le prix des billets simples, sur présentation de la carte verte.

Toutes ces concessions sont valables jusqu'au 25 mai.

Angleterre. — Billets spéciaux d'aller et retour Londres-Irun, au prix de K. 6,13,0 en première classe, et 4,12,0 en seconde classe. Valables viâ Dover et Calais, ou Folkestone et Boulogne, pour une durée de quarante-cinq jours.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la treizième semaine, 1068 décès, au lieu de 1036 pendant la semaine précédente (moyenne 1075). L'état sanitaire reste donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, excepté la rougeole, qui continue à augmenter.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux est de 39, au lieu de la moyenne 58.

La variole a causé 1 décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 6, comme la semaine précédente (moyenne 34).

La rougeole a causé 27 décès, au lieu de 21 pendant la semaine précédente, la moyenne est 14; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 660, au lieu de 645 précédemment. La moyenne des deux dernières années est 200. Le XIIIe arrondissement (Gobelins), le XVe (Vaugirard) et le XVIIIe (Montmartre) sont les plus éprouvés par l'épidémie.

La scarlatine a causé 5 décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 54, il s'élevait à 70 pendant la semaine précédente, la moyenne est 69. La coqueluche a causé 4 décès (moyenne 8). La diphtérie a causé 6 décès (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 55, au lieu de 56 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 140.

La diarrhée infantile a causé 21 décès de 0 à 1 an, au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 27).

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 185 décès, au lieu de 168 pendant la semaine précédente (moyenne 209).

La phtisie pulmonaire a causé 218 décès. Les autres maladies présentent des chiffres voisins de la normale.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CLINIQUE MÉDICALE
(Hôpital Beaujon.)

HYSTÉRO-TRAUMATISME

Par le professeur DEBOVE (1).

Messieurs,

Il nous est rarement possible, dans le cadre restreint d'observations que nous avons sous les yeux, d'étudier les malades chroniques. Habituellement, en effet, ils ne font que passer par nos services et la succession des phases de leur affection nous échappe plus ou moins. Aujourd'hui, je peux vous présenter l'histoire détaillée d'un malade atteint d'hystéro-traumatisme, et je suis en possession de tous les documents concernant son existence pathologique depuis son traumatisme survenu il y a huit ans jusqu'à l'époque actuelle.

Grâce à mon chef de clinique, qui a eu l'occasion de soigner ce malade au début, puis à quatre reprises différentes ensuite dans plusieurs services hospitaliers, qui chaque fois a pris sur lui des notes curieuses, nous avons pu reconstituer toute son histoire dont l'intérêt nous a paru mériter cette leçon.

Le nommé L... est aujourd'hui âgé de quarante-sept ans. Il ne présente rien qui nous intéresse dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, étant soldat, à la suite d'une bronchite, puis d'une fièvre typhoïde, il a été réformé pour cause de phtisie. Il n'en présente aucune trace à l'heure actuelle, soit qu'il ait été l'objet d'une erreur de diagnostic, soit qu'il ait complètement guéri : ceci n'a d'ailleurs aucune importance dans le cas particulier.

C'est au mois de septembre 1898 que remonte le début de ses accidents. Il était alors bien portant et travaillait à la construction de la Grande-Roue de Paris, quand il fit une chute de plus de 35 mètres de hauteur. Il eut une plaie à la partie latérale gauche du crâne, saigna du nez, cracha du sang, se fractura plusieurs côtes. Mais, fait très important, il ne perdit pas connaissance, se releva seul et se rendit à pied au bureau placé à 50 mètres plus loin. Là seulement il perdit connaissance.

Remarquez l'intervalle qui a séparé l'accident nerveux grave — le coma — de la chute. Un homme qui tombe et se fracture le crâne perd immédiatement connaissance; il ne peut se relever seul; dans l'hystéro-traumatisme, au contraire, il y a toujours un temps plus ou moins long qui s'écoule entre la cause et l'effet. Ce temps peut être assez long; ici, il est fort court, mais il n'en est pas moins bien significatif.

Arrivé au bureau en question, L... perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital Laënnec, où il serait resté vingt et un jours dans le coma. Ceci est-il tout à fait exact? nous l'ignorons; ce qui paraît certain, c'est qu'il y a dans l'existence du malade une période de vingt et un jours consécutifs dont il n'a gardé nul souvenir.

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. J. Ferrand, chef de clinique.

Quelques jours après ce coma, ou soi-disant coma, L... sortit de l'hôpital et recommença à travailler. Il fut néanmoins incapable de reprendre son métier de couvreur; son patron l'employa à de menus travaux qui n'exigeaient ni force, ni attention soutenue, ni aucune connaissance professionnelle. Il reconnut alors qu'il était sourd de l'oreille gauche, voyait mal de l'œil gauche et il était pris de douleurs de tête qui augmentèrent progressivement, devinrent intolérables et nécessitèrent son admission à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans le service de M. Ferrand. Ceci remonte au mois de décembre 1898.

Il était alors apyrétique, pâle, amaigri, le teint terreux, indiquant une cachexie notable et rappelant celui des malades atteints d'affections organiques graves, et il présentait des troubles nerveux sensitifs et moteurs.

Il n'avait pas de paralysie motrice à proprement parler, mais sa démarche était incertaine, titubante, sans être cependant cérébelleuse. De plus, il présentait une contracture réflexe des muscles de la nuque et du dos, contracture permanente, due à la douleur céphalique intense, et qui le mettait dans la position dite d'opisthotonos.

A ce moment, ses réflexes étaient normaux. Mais il y avait des troubles graves de la sensibilité subjective. Ils consistaient en douleurs céphaliques intenses, siégeant surtout dans la partie inférieure de l'occiput et irradiant vers les parties voisines. La douleur était bilatérale, revenait par crises de quelques minutes, puis disparaissait. Elle partait du pavillon de l'oreille et s'étendait en avant au-dessus et au-dessous de l'orbite jusqu'au maxillaire supérieur. Or c'est là le territoire sensitif des deux branches supérieures de la cinquième paire. Il n'y avait aucun trouble dans la troisième branche de ce nerf trijumeau.

Les crises douloureuses amenaient une occlusion bilatérale des paupières avec blépharospasme passager, et une contracture plus ou moins durable de tous les muscles supérieurs de la face, absolument comme si le malade avait été atteint d'un tic douloureux de la face qui serait bilatéral.

A côté de ces troubles subjectifs, il existait une hyperesthésie très nette à la piqûre dans toute la région cutanée innervée par les branches ophtalmique et maxillaire supérieure du trijumeau. Cette hyperesthésie existait aussi à la région de la nuque, qui était également douloureuse dans le territoire des premiers nerfs cervicaux.

Enfin il n'existait pas de troubles trophiques; cependant il y avait un trouble sécrétoire que l'on peut rapporter à cette névralgie du trijumeau : c'est la suppression presque complète de la sécrétion salivaire qui obligeait le malade à boire constamment.

A ces troubles nerveux s'ajoutèrent des troubles sensoriels intéressant surtout l'œil gauche. La vision avait diminué rapidement. Il présentait une dyschromatopsie notable avec suppression surtout de la couleur verte. Son champ visuel était très diminué surtout à gauche et un peu plus du côté temporal. Toutefois ce rétrécissement était concentrique. Il fut

à ce moment examiné par un oculiste éminent qui constata une double papillite hyperémique.

Il semble que le rétrécissement du champ visuel et la dyschromatopsie soient presque caractéristiques, de l'hystérie. Cependant l'oculiste qui l'étudia, influencé sans doute par les douleurs de la base du crâne, par le tic douloureux, et par la papillite œdémateuse, conclut à la présence d'une lésion exsudative de la base intéressant les nerfs optiques.

Dans la suite le malade eut quelques vomissements alimentaires, puis les phénomènes douloureux s'amendèrent et L... put sortir de l'hôpital au mois d'avril 1899, très notablement amélioré.

Il n'eut rien de particulier jusqu'au mois d'août 1899. Il travaillait un peu chez son patron, qui, par charité pure, l'occupait à quelques menus ouvrages, car il était incapable physiquement et psychiquement d'un véritable travail.

Le 27 août 1899, sans aucune cause appréciable, il fut pris d'un engourdissement et d'une parésie de tout le côté droit du corps, autrement dit d'une hémiplégie incomplète, mais cela sans attaque. Ces accidents nécessitèrent son admission à l'hôpital Necker le 6 septembre.

L'observation complète que nous possédons nous apprend qu'il avait alors une hémiparésie de tout le côté droit avec une hémianesthésie absolue du même côté.

Il présentait aussi de l'analgésie et de la thermo-anesthésie, mais les sensations de contact étaient encore perçues. On notait du même côté des troubles des sens spéciaux.

L'ouïe était très diminuée. Il en était de même de la vision. La dyschromatopsie persistait ainsi que le rétrécissement considérable du champ visuel.

A ce moment aucun doute ne pouvait s'élever sur la nature des accidents; il s'agissait bien de phénomènes hystériques, l'hémianesthésie cutanée et sensorielle ne s'observe guère hors de cette névrose. Le malade présentait de plus un signe d'hystérie sur lequel je crois avoir le premier appelé l'attention. Je veux parler de la polyurie hystérique; il excrétait tous les jours une moyenne de 3 ou 4 litres d'urine dans laquelle du reste on n'a jamais trouvé ni albumine, ni sucre.

Après son séjour à Necker et diverses péripéties ultérieures ce malade vint à Beaujon où nous le vîmes pour la première fois en avril 1901. Car incapable de travailler pour vivre, ce malheureux vient à chaque instant chercher un asile dans nos hôpitaux dont il est devenu, malgré lui, un hôte habituel.

On constata à cette époque, chez lui, des troubles digestifs, caractérisés par des douleurs épigastriques et des vomissements incessants. Il avait en outre un aspect jaunâtre rappelant la teinte néoplasique, la cachexie jaune paille et on eût pu penser à une affection cancéreuse de l'estomac, si des signes évidents n'avaient pas permis d'affirmer le caractère névropathique des troubles observés.

Les muscles de la partie postérieure du cou étaient contracturés et le sont encore, de telle sorte que la tête est comme soudée sur la colonne vertébrale et que pour regarder à droite ou à gauche il est obligé de se mouvoir tout d'une pièce sans fléchir ni incliner le cou.

Au niveau du mamelon gauche il accuse une douleur vive qui semble traverser le thorax et cette région mamelonnaire est le siège d'une hyperesthésie très accentuée.

Mais ce qui met le sceau définitif à l'affection et ce qui ne permet pas d'en méconnaître la nature, c'est qu'il existe une hémiplégie sensitive et sensorielle du côté droit. Sans aucun doute possible il s'agit bien d'accidents hystériques ou tout au moins hystériformes. Tout à coup L... nous quitta parce qu'il avait obtenu quelques secours pour rentrer dans son pays natal.

Depuis cette époque, il a vécu plus ou moins bien des subsides fournis par son patron ou par des âmes charitables, il a été recueilli successivement dans plusieurs services hospitaliers et il est rentré chez nous il y a une quinzaine de jours. Depuis près de cinq ans nous l'avions perdu de vue.

Vous voyez qu'il s'agit d'accidents tenaces, puisque le traumatisme qui en est la cause remonte à près de huit années.

Nous constaterons actuellement des troubles nerveux de divers ordres, sensitifs, moteurs, psychiques, etc. Les troubles de la sensibilité consistent en une hémi-anesthésie droite absolue à la chaleur et à la douleur. Les sensations tactiles sont relativement conservées. Cette perte de la sensibilité s'étend à la face et au tronc comme si le corps tout entier était partagé en son milieu par une ligne verticale fictive.

Les sens spéciaux sont intéressés, il y a de la dyschromatopsie et du rétrécissement du champ visuel. Notons cependant la conservation des réflexes iriens, Il est sourd à droite.

Les douleurs subjectives siègent dans tout le côté droit aussi bien au tronc qu'aux membres : elles affecteraient même le caractère fulgurant. Nous employons ici le conditionnel parce qu'il s'agit d'un signe que nous ne pouvons pas contrôler et parce que le malade dans ses divers séjours hospitaliers a pu, peut-être à son insu, être impressionné par des récits dramatiques que font fréquemment les ataxiques parlant de leurs douleurs.

Enfin une zone hyperesthésique enveloppe, comme une ceinture de 30 centimètres de haut, toute la partie inférieure du tronc.

Les troubles de la motilité consistent en un affaiblissement de tout le côté droit.

Les réflexes rotuliens sont aussi considérablement exagérés tandis que les réflexes muqueux sont conservés. De temps à autre surviennent des crises d'aphonie qui durent plusieurs jours et j'ai à peine besoin d'ajouter que l'état du larynx examiné au laryngoscope ne les explique nullement. Le malade raconte enfin qu'il a eu il y a quelque temps une crise de mutisme dont la durée a été de quinze jours.

Depuis son accident ses facultés psychiques se sont modifiées. Il est devenu irascible et n'a pas cette maîtrise de soi qui caractérise l'homme supérieur. Il est impatient, déteste la contradiction et « sauterait volontiers à la gorge » de ceux qui ne sont pas

de son avis. Sa mémoire a beaucoup diminué, il n'a plus aucun souvenir de ce qu'il a lu. Ces troubles psychiques ne nous surprennent pas, ils sont de règle dans l'hystéro-traumatisme.

Tel est l'exposé détaillé de l'histoire de notre malade. Voyons si notre diagnostic est justifié, quelle sera la marche de la maladie et l'avenir réservé à cet homme.

D'abord, qu'il s'agisse d'hystérie traumatique cela n'est douteux pour personne. A l'origine de tous les accidents se place le traumatisme, dont le rôle n'est pas niable. Il n'est même pas donné à tout le monde de faire sans se tuer une chute de trente-cinq mètres de haut. Mais pourquoi ces accidents nerveux, alors qu'ils font défaut chez tant de malades exposés aux mêmes causes? Cela tient-il à l'intensité du traumatisme ou à une prédisposition du sujet?

Dans ce cas particulier, on pourrait invoquer l'énergie de la cause (une chute de 35 mètres!) mais je connais et j'ai montré autrefois à Charcot un malade chez lequel la cause de l'hystérie était bien légère; il s'agissait d'un forgeron qui reçut un éclat de fer rouge à la face postérieure de l'avant-bras et eut de ce fait une contracture permanente du poignet avec anesthésie en manchette remontant jusqu'au bras. Ce fait d'hystérie locale d'origine traumatique montre bien qu'un traumatisme très grave n'est pas nécessaire pour la produire.

On a invoqué l'influence de la peur. Elle a pu et même a dû agir chez notre homme, mais l'histoire du forgeron dont je viens de vous parler montre que l'intervention d'un facteur psychique n'est nullement indispensable.

Faut-il qu'il y ait chez le malade un fonds névropathique, le traumatisme n'étant qu'une cause occasionnelle? C'est ce que pensait Charcot lorsqu'il parlait d'hystéro-traumatisme, ce qui, dans son esprit, signifiait qu'une hystérie latente pouvait éclater sous l'influence d'un traumatisme.

Chez notre homme aucun accident nerveux ne pouvait faire supposer l'existence d'une hystérie antérieure même larvée.

Il est d'ailleurs bien difficile de trancher cette question de théorie. Nous ne savons pas où commence ou finit l'hystérie, nous ignorons ses lésions, nous ignorons aussi sa cause, nous appelons hystérie un syndrome plus ou moins régulier, mais il est probable que ce syndrome peut être le résultat d'états pathologiques divers. C'est dans ce sens que je ne me fais aucun scrupule d'employer le mot d'hystérie traumatique.

D'autres préfèrent le mot névrose traumatique, voulant marquer par là que les syndromes analogues à ceux que je vous ai décrits ne sont liés à aucune lésion matérielle constatable et qu'ils succèdent purement et simplement à un traumatisme.

Cette question de mots n'a aucune importance, si nous sommes d'accord sur le fond.

Le diagnostic au début a pu présenter de graves difficultés, cependant il est un point sur lequel j'attire votre attention et qui d'emblée aurait pu faire soupçonner la véritable nature du mal, c'est que, malgré la gravité de sa chute, le malade a pu faire seul, à pied, 50 mètres, ayant sa pleine connaissance, et n'est tombé dans le coma qu'après être entré dans un bureau.

On aurait pu peut-être aussi faire le diagnostic ultérieurement lorsque, à l'Hôtel-Dieu, on a constaté le rétrécissement du champ visuel et de la dyschromatopsie. Enfin le diagnostic a été de toute évidence lorsque, à l'hôpital Necker, on a constaté une hémiplégie droite avec une hémianesthésie.

Remarquons encore l'échelonnement des accidents. Le traumatisme est unique, initial, et la série d'accidents très variés qui en dépendent se répartit sur un grand nombre d'années. Au début, des phénomènes graves pouvaient faire croire à une fracture du crâne.

Puis à l'Hôtel-Dieu, quelques mois plus tard, un syndrome rappelant plus ou moins celui de la méningite, puis, en 1901, à Necker, survient une hémiplégie rappelant par ses caractères l'hémiplégie hystérique.

Que de causes d'erreur, Messieurs, dans le diagnostic de cette affection protéiforme! Pensez à l'hésitation des experts chargés d'apprécier des accidents du travail de cette nature. Certains comme l'hémiplégie et l'impotence relative de ce malade peuvent ne se produire qu'au bout de plusieurs années. Les rattachera-t-on alors à leur cause?

D'autres, au contraire, considérés comme une incapacité définitive de travail guériront brusquement: alors le malade continuera-t-il à jouir du bénéfice retiré de son accident qui n'en est plus un? Que la solution de ce problème semble difficile! Aussi je pense que les décisions de la justice en pareils cas ne devraient être que provisoires, ou tout au moins revisables.

Du reste cette question des accidents du travail n'est nulle part plus difficile à juger que dans les cas d'hystéro-traumatisme. On a lieu de se méfier des simulateurs et d'autre part il est bien difficile de se prononcer sur l'incurabilité d'un trouble.

Pour notre malade, la question ne s'est pas posée, l'accident dont il a été victime étant antérieur à la loi de 1899 qui régit les accidents du travail. Si cette loi eût existé à ce moment, les experts n'auraient certes pas pu prévoir et par suite apprécier toute l'étendue du mal, certains accidents s'étant produits au bout de quelques années.

Il y a un autre préjudice qui est porté à ces malades et dont les juges n'ont pas encore tarifé la valeur : c'est la diminution de l'intelligence et des facultés psychiques qui est de règle dans ces cas. Comment, du reste, pourrait-on la vérifier et l'apprécier? Cela semble impossible et d'autant plus regrettable que ce trouble mental n'est pas sans augmenter leur incapacité de travail. J'en dirai autant pour la disparition des facultés sexuelles de notre malade. Depuis son accident il a vu disparaître sa virilité et cela sans traumatisme local, sans déformation extérieure. Dernièrement la chose a été jugée pour un homme auquel on avait dû extirper les deux testicules à la suite d'un traumatisme et l'expert a été d'avis que cette mutilation ne le mettait pas en état d'infériorité pour travailler.

J'avoue que ce jugement me paraît sévère mais qu'un expert doit être par contre bien embarrassé pour estimer la valeur du dommage causé à un homme par la perte de ses facultés viriles à la suite d'un hystéro-traumatisme.

Je me garderai de conclure, livrant ce sujet à vos méditations ou à celles des philosophes qui volontiers féliciteraient cet homme de ce que la pratique de la vertu lui est ainsi singulièrement facilitée.

DE L'ACTION INDIRECTE DE L'ALCOOL SUR LE CŒUR

Par le docteur O. DAUWE,
Assistant à la clinique chirurgicale de l'Université de Gand.

L'expérimentation a suffisamment démontré que l'alcool détermine chez l'homme aussi bien que chez les animaux une augmentation de la pression sanguine et une stimulation de la fonction cardiaque. Plusieurs auteurs attribuent volontiers ces deux effets à une excitation directe du cœur par l'alcool, et parmi eux, citons Binz (1), von Tappeiner (2), Boehm, Naunym et Bock (3), Kionka (4) et Manquat (5). Cette hypothèse n'est pourtant pas justifiée. Bien au contraire, après les expériences de Bock (6), Newel Martin (7) et Botscharov (8), et de Kochmann (9), on a trouvé que loin d'exercer une excitation, l'alcool ne peut avoir sur le cœur qu'une action affaiblissante et déprimante. Ce sont surtout les travaux de Bock et Kochmann qui ont démontré ce fait important. En utilisant une méthode d'expérimentation due à Bock-Hering, sur le cœur isolé, in situ, ces auteurs ont constaté qu'après injection intraveineuse de 2 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100 d'alcool, il y a toujours chute de la pression sanguine et petitesse du pouls; pour une injection de 3 centimètres cubes, il y a de plus ralentissement, et après 5-10 centimètres cubes le pouls devient irrégulier. Si la dose atteint 10 centimètres cubes d'une solution à 20 p. 100 elle devient mortelle.

D'autre part, si l'on isole le cœur au moyen de la méthode Langendorf (10) et qu'on y fait circuler du sang défibriné chargé d'alcool, on voit, d'après Kochmann, qu'à la dose de 0,5 à 1 p. 100, ce sang alcoolisé provoque le ralentissement et la diminution de la force cardiaque ; si la concentration atteint 2 p. 100, le cœur s'arrête.

L'alcool est donc directement nuisible à la fonction et à la vitalité du muscle cardiaque et par conséquent loin d'être la cause de l'augmentation de pression, son action sur le cœur ne peut que l'entraver. Il faut donc trouver à l'alcool une autre action, prépondérante, qui soit de nature à surmonter la dépression du cœur. C'est encore à Kochmann que revient le mérite d'avoir déterminé cette action. La contraction cardiaque n'étant pas directement excitée par l'alcool, il était naturel de rechercher l'influence de l'alcool sur la paroi vasculaire, ou sur l'innervation dont celle-ci dépend.

D'après Kochmann, cette influence n'est pas centrale, car l'augmentation de pression se produit aussi chez les animaux dont les centres sont détruits (lapin). D'autre part des expériences de cet auteur sur le rein isolé et sur la circulation des extrémités inférieures, chez le lapin, démontrent nettement que les parois vasculaires ne sont pas influencées par l'alcool. Enfin, si l'on isole la circulation des membres antérieurs par la ligature de l'aorte sous les artères sous-clavières, on voit que ce territoire vasculaire subit l'influence directe du cœur, et qu'il s'y produit une chute de la pression.

Ce procédé d'expérimentation, par exclusion, amène à admettre une influence spéciale de l'alcool, sur les réseaux nerveux qui règle la circulation abdominale, et celle des membres inférieurs. Cette action, qui a probablement son siège principal dans les ganglions nerveux splanchniques, s'exerce dans le sens d'une vaso-constriction énergique, qui aurait comme résultat l'augmentation de la pression générale, et, par suite, une circulation plus active dans les vaisseaux coronaires du cœur. Cette amélioration de la circulation est suffisante, non seulement pour compenser l'action dépressive sur le muscle cardiaque, mais pour assurer un fonctionnement énergique du cœur.

La vaso-constriction abdominale, cause de l'augmentation générale de pression, est parfaitement en rapport avec la vaso-dilatation des vaisseaux cutanés qui se produit chez l'homme pendant la première période d'action de l'alcool, et qui a été très nettement observée par Kochmann (1) au cours de nouvelles et récentes expériences.

(1) Binz. *Grundzuge der Arzneimittelehre*, 1891.

(2) Von Tappeiner. *Lehrbuch der Arzneimittelehre und Arzneiveroidnungslehre*, 1890.

(3) Boehm, Naunym u. Bock. *Handbuch des Intoxicationen*, 1886.

(4) Kionka. *Grundriss der Toxikologie*.

(5) Manquat. *Traité de thérapeutique*, 1900.

(6) Bock. Untersuchungen verschiedener Gifte auf des isolierte Saugethierherz, *Arch. fur exp. Pathol. und Pharmak.*, Bd. XLI, S. 158.

(7) Newel Martin. *Studies from the biological laboratory of the John Hopkins university*, Bd. II, S. 471.

(8) Botscharov. *Bolnitchaia Kothina*, S. 1065, 1901.

(9) Kochmann. Wirkung des Alkohols auf Warmbluterherz, *Arch. internat. de pharmac.*, Bd. XIII, p. 330.

(10) Langendorf. *Arch. f. d. gesammte Physiol.*, Bd. LXI, S. 291.

(1) Kochmann. Wirkung des Alkohols auf den Blutkreislauf des Menschen, *Arch. internat. de pharmac. et de thérapie*, Bd. XV, p. 443.

FORMULAIRE

PAQUETS CONTRE LA GASTRALGIE

Stovaïne	0g02
Magnésie hydratée	0g60
Craie préparée	0g40
Bicarbonate de soude	0g40

Pour un paquet.

En prendre un après chaque repas. (Huchard.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1906)

Le cœur du roi Ramsès II (Sésostris), par M. LORTET. — Il y a quelques mois, l'administration des musées nationaux du Louvre, après mille difficultés, faisait l'acquisition des quatre vases canopes ayant renfermé les viscères du roi Ramsès II, le Sésostris des Grecs.

Ces vases en émail bleu portent sur le flanc de grands cartouches admirablement dessinés représentant les noms et les attributs du roi Ramsès.

M. Lortet, assisté de MM. les professeurs Hugounenq, Renaud et Rigaud, a pu examiner le contenu de ces vases.

Il a pu constater que 3 vases remplis de bandelettes de linge, très serrées et collées par du natron et des substances aromatiques, résineuses, de couleur rougeâtre, avaient dû renfermer très probablement l'estomac, l'intestin et le foie du grand roi. Ces viscères n'étaient plus représentés que par des substances granuleuses indéterminables, mélangées à une grande quantité de natron pulvérulent.

Un des vases canopes, cependant, celui dont le couvercle devait porter une tête de chacal, renfermait le cœur du monarque.

Cet organe est transformé en une plaque ovalaire, longue de 8 centimètres à peu près et large de 4 centimètres. La substance du cœur est devenue très dure, cornée. Il a fallu employer la scie pour en faire des sections. On a pu alors, au moyen du rasoir, obtenir des coupes assez minces pour permettre l'examen microscopique. On a constaté ainsi que cette substance cornée est bien formée de fistules musculaires parfaitement reconnaissables et entrecroisées en faisceaux comme le sont toujours celles du muscle cardiaque.

Cette disposition spéciale ne se rencontrant dans aucun autre muscle de l'économie si ce n'est la langue, et la momie de Ramsès II conservée au Caire laissant voir cet organe, on peut affirmer, sans aucun doute possible, que la pièce trouvée dans le vase canope est bien le cœur aplati et transformé en une substance cornée par un long séjour dans le natron.

Le roi Ramsès II est mort en 1258 avant notre ère; il y a donc aujourd'hui trois mille cent soixante-quatre ans que son cœur a été embaumé dans le natron mélangé à des substances résineuses aromatiques, et cependant, malgré tant de siècles écoulés, la texture anatomique de l'organe est encore admirablement conservée.

Démonstration de la fonction fibrinogénique du foie. — MM. DOYON, Claude GAUTIER et Albert MOREL. Cette démonstration a été faite sur la grenouille et repose sur les faits suivants :

1° L'extirpation complète du foie est compatible chez la grenouille avec une survie de quelques jours. Le sang devient incoagulable au bout de cinq à six jours chez les grenouilles privées de leur foie;

2° Si l'on saigne une grenouille et si l'on débarrasse entièrement son système circulatoire du sang qu'il contient pour lui substituer du sang défibriné, on constate que la fibrine est régénérée en quelques heures ;

3° La régénération de la fibrine n'a pas lieu si l'animal est privé de son foie.

De l'influence du régime alimentaire sur la valeur des coefficients urologiques et sur le poids moyen de la molécule élaborée. — MM. A. DESGREZ et J. AYRIGNAC.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1906)

Eruption médicamenteuse accompagnée de métastase bronchique chez un malade atteint de cystinurie. — MM. GAUCHER, BOISSEAU et DESMOULIÈRES. Il s'agit d'un homme de quarante ans, d'une bonne santé habituelle, dans les antécédents héréditaires duquel on ne trouve rien de particulier au point de vue de la susceptibilité à l'égard des médicaments. Jusqu'à l'âge de vingt-six ans, le malade n'a pris, à part quelques purgatifs, aucun médicament. Il eut à cette époque une crise de douleurs abdominales pour laquelle il prit III gouttes d'eau de laurier-cerise correspondant à 7/100 de milligramme d'acide cyanhydrique. Douze heures après apparaissait une éruption vésiculeuse qui s'étendit rapidement à tout le tronc et à la partie supérieure des cuisses. Elle dura quinze jours environ et ne s'accompagna d'aucun trouble de l'état général.

Le 8 février dernier, le malade, ayant une bronchite, prit une cuillerée à soupe d'une potion contenant du sulfate de spartéine, de l'extrait thébaïque, du sirop de belladone, du sirop de narcéine et de l'eau de laurier cerise. Il absorba ainsi V gouttes environ d'eau de laurier-cerise et 4 grammes de belladone. Dans la nuit même apparut une éruption urticarienne généralisée, très prurigineuse; dès le lendemain, la desquamation commençait et se généralisait très rapidement; elle était terminée au bout de quatre jours. Fait remarquable : pendant ces quatre jours, le malade ne toussa pas, les signes de bronchite avaient disparu.

Le 14 février, le malade recommença à tousser et prit dans la soirée une cuillerée de la potion précédente dans laquelle l'eau de laurier-cerise fut remplacée par du chloral ($0^{g}50$ centigr.). Quelques heures après apparaissait une éruption semblable à la précédente, qui était guérie au bout de cinq jours.

Pendant ce temps et pendant les trois ou quatre jours suivants la toux s'était encore arrêtée.

Vers le 24 février la toux réapparut.

Le 8 mars le malade prit une cuillerée d'une potion contenant du sirop de narcéine, du sirop de codéine, de l'extrait thébaïque et du sirop de belladone. Deux heures après survint une nouvelle éruption analogue aux précédentes; l'éruption constituée, la toux disparaissait encore.

Le malade entra le 12 mars dans le service. A part la desquamation généralisée, on ne constata à ce moment aucune manifestation morbide. Les poumons, le cœur et le foie étaient normaux.

Le 14 mars, la desquamation était terminée. Le 20 mars la toux réapparaissait mais moins persistante et moins pénible qu'antérieurement.

Les éruptions médicamenteuses ont été produites dans ce cas par l'eau de laurier-cerise et la belladone. Peut-être l'opium pourrait-il être également incriminé.

L'analyse d'urine semble avoir donné l'explication de cette intolérance si particulière.

Le sédiment urinaire examiné au microscope a montré la présence de très nombreux cristaux de cystine. Le coefficient d'oxydation de l'azote est de 80 p. 100, celui du soufre de 86 p. 100. Les urines contenaient en outre des dérivés sulfoconjugués caractérisant des fermentations intestinales anormales.

On conçoit que, chez un malade ainsi intoxiqué par un vice de nutrition et par une fonction hépatique défectueuse, la moindre hétéro-intoxication puisse déterminer des phénomènes morbides.

Le spirochète de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis; étude de bactériologie clinique et recherches expérimentales. — MM. THIBIERGE, RAVAUT et L. LE SOURD ont recherché parallèlement le spirochète de Schaudinn sur les

frottis de lésions syphilitiques de l'homme, sur les coupes de ces lésions et sur les lésions expérimentales provoquées chez les singes par l'inoculation des produits humains.

La recherche du parasite dans les frottis leur a donné des résultats comparables à ceux obtenus par les auteurs précédents : sur 39 lésions de surface (chancres syphilitiques, plaques, syphilides papuleuses), ils ont constaté 30 fois la présence du spirochète. Ils insistent sur la manière de recueillir les produits à examiner et sur la nécessité de faire porter l'examen non sur les exsudats peu riches en spirochètes, mais sur la sérosité qui s'écoule après un grattage un peu prolongé de la surface, sérosité dans laquelle les spirochètes sont toujours beaucoup plus abondants. Ils insistent également sur la nécessité d'une bonne fixation.

Expérimentalement, ils ont constaté la concordance presque constante entre les résultats des examens sur lames et les résultats des inoculations aux animaux : en particulier l'inoculation du liquide céphalo-rachidien et du liquide pleural, dans lesquels les spirochètes font défaut, leur a donné des résultats négatifs. Au contraire ils ont constamment vu réussir l'inoculation des chancres et les plaques muqueuses qui renferment des spirochètes, et ont pu, avec Burnet, suivre le spirochète jusqu'au troisième passage chez des singes inoculés en série.

La comparaison des résultats donnés par la recherche du spirochète sur les frottis, sur les coupes et par l'inoculation aux singes leur a montré que le procédé le plus sensible était l'inoculation, puis l'examen des coupes et en dernier lieu l'examen des frottis.

Cependant, en pratique et à la condition de suivre une technique rigoureuse, l'examen des frottis permet à lui seul, dans la plupart des cas, de reconnaître la nature syphilitique d'une lésion et de porter un diagnostic ferme.

Dans les cas de chancre mixte, l'examen des frottis colorés par les méthodes appropriées, permet de reconnaître l'existence simultanée du spirochète et du bacille de Ducrey, de même que l'inoculation au singe détermine à leurs échéances respectives les lésions propres à ces deux infections. On doit donc désormais, dans les cas de diagnostic douteux, recourir successivement à ces trois procédés de recherche, en commençant par le plus simple, l'examen des frottis, pour aboutir, si ces résultats sont négatifs, à l'examen des coupes d'un fragment de la lésion, enlevée par biopsie et finalement, si cela est nécessaire, à l'inoculation du singe. Ces méthodes, qui, en apportant une base scientifique et une certitude absolue au diagnostic des lésions syphilitiques, transforment la clinique syphiligraphique, sont de tous points identiques à celles qui permettent d'affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion.

Indication opératoire dans la lithiase biliaire. — A propos du rapport de M. Linossier sur cette question, M. Léon Bernard fait les observations suivantes :

Pour les manifestations de cholécystites subaiguës ou chroniques, ou de lithiase au cholédoque, il oppose les dangers des méthodes expulsives et l'incertitude des méthodes de stérilisation à l'efficacité et à la sécurité du traitement chirurgical.

Pour les coliques hépatiques, l'intervention ne doit pas être écartée. La guérison par la méthode de Kehr est définitive et l'opération est bénigne, lorsqu'elle s'adresse à des cas relativement peu anciens.

Purpura hémorragique grave prétuberculeux. — MM. Carnot, Bensaude et Harvier rapportent l'observation d'une femme sans antécédent tuberculeux, mais affaiblie par une grossesse et un allaitement de six mois, qui fut atteinte en même temps que d'un amaigrissement progressif d'une forme grave du purpura avec hémorragies multiples. La malade présenta un état de déglobulisation voisin de l'anémie pernicieuse avec réaction amyloïde passagère et son état fit craindre une issue fatale. Mais tous les symptômes hémorragiques cessèrent; cependant que les signes tuberculeux apparurent, indices d'une tuberculose qui évolua rapidement.

M. Lion présente une malade atteinte de **sténose de la partie inférieure de l'œsophage.** Les aliments s'arrêtent à ce niveau et y séjournent pendant deux heures. Puis par une série de mouvements de déglutition elle parvient à les faire partir dans son estomac. Les radiographies montrent nettement les deux temps de cette digestion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 4 avril 1906)

Chirurgie des voies biliaires. — M. Delbet revient sur cette question. Il communique l'observation d'une femme de trente-neuf ans, qui, étant enceinte de six mois, fut prise d'ictère grave avec des accidents très menaçants. Sur la demande de son médecin, M. Delbet consentit à tenter chez elle le drainage des voies biliaires. Il fit l'incision de Kehr, trouva de nombreuses adhérences, le foie en antéversion, la vésicule biliaire atrophiée et rétractée, s'enfonçant dans un creux profond, contre l'épiploon gastro-hépatique qui recouvrait le canal cystique. Après bien des recherches, il trouva un calcul dans le cholédoque qu'il put faire remonter et extraire par une petite incision sur ce canal. Cette incision donna issue à une abondante quantité de pus, que M. Delbet aspira à l'aide d'un trocart. Mais d'après la théorie que M. Delbet a soutenue dans une précédente communication, ce calcul n'expliquait pas l'atrophie et la rétraction de la vésicule. Si cette théorie est exacte, il devait y avoir un autre calcul dans le canal cystique; en effet, M. Delbet, en explorant la région, trouva un autre calcul à l'origine du canal cystique. Dès lors l'atrophie de la vésicule s'expliquait. Cette malade a succombé trois jours après l'opération, en état d'anurie complète. A l'autopsie, on a trouvé le foie transformé en une éponge purulente.

Ce fait vient donc à l'appui des hypothèses qu'a soutenues M. Delbet sur l'état de la vésicule biliaire selon le siège des calculs.

Sigmoïdites et périsigmoïdites. — Une récente communication de M. Michaux sur ce sujet a soulevé une petite discussion à laquelle prend part M. Jalaguier en disant que parmi les causes de ces inflammations il ne faut pas oublier l'appendicite. Il en a vu plusieurs exemples; dans ces cas le toucher rectal indique un empâtement de la région sigmoïdienne. Plusieurs fois, M. Jalaguier a trouvé des appendices adhérentes au rectum ou à l'anse sigmoïde.

M. Michaux, qui a ouvert cette discussion, a la parole pour la clore. Au cours de cette discussion, MM. Lejars et Hartmann ont reproché à M. Michaux la dénomination de sigmoïdite ou de périsigmoïdite. Pour M. Michaux, c'est le siège de l'inflammation ou de la suppuration qui doit fixer la dénomination, quel que soit le point d'origine. Dans le cas qu'il a présenté, il s'agissait d'un phlegmon dans la portion fixe du mésocôlon iliaque; c'était donc bien d'une périsigmoïdite qu'il s'agissait, avec l'ovaire comme point de départ et propagation par voie angioleucitique.

Dans bien des cas c'est une ulcération de l'intestin, une dysenterie qui est le point de départ de l'inflammation. Dans d'autres cas, ce sont des lésions éloignées du côlon iliaque qui sont les points d'origine. Tous ces faits doivent être rangés dans la classe des périsigmoïdites. En effet l'origine intestinale n'est pas la seule cause. Dans le cas qui lui est personnel, M. Michaux avait constaté une intégrité absolue du côlon iliaque, du péritoine. L'ovaire seul et ses lymphatiques

étaient altérés; dans un cas de M. Lejars, il s'agissait d'une périsigmoïdite ayant eu pour point de départ une rupture de grossesse tubaire. Il y a donc bien des faits dans lesquels la périsigmoïdite peut avoir pour cause d'autres lésions que des lésions intestinales.

Syndactylie. — Parmi les présentations, nous signalerons celle qu'a faite M. Quénu d'un jeune homme qui était atteint de syndactylie et qu'il a opéré.

Cette présentation donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Felizet, Berger, Bazy, Nélaton.

M. Felizet reproche au procédé employé par M. Quénu de n'avoir pas assuré la réfection de la commissure.

M. Berger a obtenu de bons résultats de l'emploi de la méthode italienne dans quelques cas.

M. Nélaton estime que, dans certains cas, le procédé de Didot donne de très bons résultats.

Epilepsie jacksonienne. — M. Legueu présente un malade syphilitique qui, à la suite d'un traumatisme, a été atteint d'épilepsie jacksonienne. M. Legueu a découvert la région rolandique du côté droit et à la partie inférieure du sillon de Rolando, il a trouvé une petite tumeur grosse comme une noix qu'il a extraite. Tous les accidents épileptiformes ont disparu. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un glio-sarcome. L'influence du traumatisme, comme cause des accidents, devenait donc, dans ce cas, bien problématique.

Iléo-rectostomie. — M. Hartmann présente l'observation d'un homme de cinquante-huit ans qui est arrivé dans son service avec des troubles d'occlusion intestinale, on lui fit d'urgence un anus cæcal. Plus tard, pour corriger cette difformité, M. Hartmann a fait une laparotomie, a trouvé une tumeur sigmoïdienne et à l'aide de la pince de Lardenois et du bouton de Murphy, a fait une iléo-rectostomie. Bon résultat.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 7 avril 1906)

Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique. — MM. G. Linossier et G. Lemoine, de recherches poursuivies en 1894, avaient conclu que le bicarbonate est essentiellement un excitant de la sécrétion gastrique en acide chlorhydrique; très forte chez les hypochlorhydriques.

Expérimentant sur des chiens à petit estomac, Pawlow est arrivé à une conclusion diamétralement opposée. Pour lui, le bicarbonate de soude est un dépresseur de la sécrétion gastrique. En effet, en introduisant dans le grand estomac de l'eau distillée, on provoque dans le petit estomac une légère sécrétion de suc acide; si l'on y introduit une solution de bicarbonate de soude, il ne s'écoule du petit estomac que du mucus.

MM. Linossier et Lemoine ont repris l'expérience de Pawlow dans des conditions plus comparables à celles que réalise l'usage thérapeutique du bicarbonate de soude à l'excitation alimentaire; ils ont pu confirmer très nettement les conclusions de leurs premières expériences. L'action excitante est incontestable et elle se manifeste avec d'autant plus d'énergie que l'on a rendu l'animal (par privation de chlorure de sodium) plus hypochlorhydrique. Si l'on supprime la sécrétion psychique, sur laquelle le bicarbonate de soude est sans action, on rend encore plus net le phénomène.

Présence de la mucinase dans le sang des hommes et des animaux atteints d'hypersécrétion muqueuse. — Pour MM. F. Trémolières et Rida la mucinase qui existe à l'état normal dans la muqueuse intestinale et dans les matières fécales des sujets atteints d'hypersécrétion muqueuse de diverses causes apparaît aussi dans le sang de ces derniers et dans celui des animaux atteints d'hypersécrétion muqueuse expérimentale. Sa présence dans les matières et son passage dans le sang ne peuvent être constatés que dans les états pathologiques de l'intestin.

La culture des spirilles pathogènes. — Malgré de nombreux essais, il a été impossible jusqu'à présent de cultiver les divers spirilles pathogènes. Or, depuis la découverte du *treponema pallidum* agent causal de la syphilis, la culture de ces spirilles a pris un intérêt de premier ordre. M. Levaditi a réussi à cultiver le *spirillum gallinarum* découvert par Marchoux et Salimbeni au Brésil, microorganisme qui provoque chez les poules une septicémie analogue à la fièvre récurrente de l'homme. Si l'on ensemence ce spirille dans des sacs de collodium contenant tout d'abord de la gélose glycosée, puis du sérum de poule préalablement chauffé à 72 degrés, et que l'on place ces sacs dans le péritoine des lapins, on obtient une culture pure et abondante de spirilles. Levaditi a pu réaliser jusqu'à présent neuf cultures successives en un espace de quarante et un jours. Les derniers sacs contenaient un grand nombre de spirilles libres et mobiles, spirilles qui ont gardé leur virulence initiale et leurs qualités morphologiques.

Le même procédé appliqué à la culture du spirille de la fièvre récurrente africaine (*fiek-fever*) a donné des résultats satisfaisants.

Origine des sulfo-éthers urinaires. — MM. H. Labbé et G. Vitry ont recherché comment les variations qualitatives et quantitatives du régime alimentaire influaient sur la quantité des sulfo-éthers urinaires éliminés par un individu normal. De leurs résultats il ressort que la quantité des sulfo-éthers éliminés quotidiennement par l'urine leur est apparue comme sensiblement proportionnelle à la quantité d'albumine ingérée tant que cette quantité est maintenue dans des chiffres moyens.

La qualité de l'albumine ingérée doit théoriquement avoir une influence, mais en réalité elle n'influe que d'une façon très faible sur les résultats obtenus. La courbe reste régulière et la proportionnalité établie entre l'albumine ingérée et les sulfophénols reste la même, que l'albumine soit empruntée à la viande de bœuf, à la viande de poisson, aux œufs, aux légumes secs ou verts, aux pâtes alimentaires, etc.

Pour un grand nombre d'auteurs, l'addition à un régime connu d'une certaine quantité d'hydrate de carbone est susceptible de faire diminuer la putréfaction intestinale, et par suite la quantité des sulfo-éthers urinaires qui en serait l'indice; en réalité, dans les régimes institués, l'addition à une quantité donnée d'albumine d'une quantité variable de matériaux hydrocarbonés n'a pas d'influence sur la production des sulfo-éthers urinaires qui restent proportionnels à la quantité d'albumine ingérée et ne varient qu'avec elle.

Recherches expérimentales sur l'obstruction intestinale. — D'après MM. H. Roger et M. Garnier, contrairement à ce qu'on pourrait croire, la toxicité du contenu de l'intestin diminue au cours de l'obstruction expérimentale; chez le chien normal, elle est de $0^{cc}87$ par kilogramme de lapin, et l'intestin grêle renferme 144 entérotoxies; après la ligature de cet intestin, elle passe à $10^{cc}27$ par kilogramme, et le nombre d'entérotoxies s'abaisse à 32; si, à la suite de la ligature, il y a perforation et péritonite, la toxicité est plus élevée et atteint 2,07 par kilogramme, mais le nombre d'entérotoxies ne dépasse pas 30. Cette toxicité est voisine de celle du contenu du gros intestin; elle ne lui est supérieure qu'en raison de la grande quantité de liquide qui s'accumule au-dessus de la ligature; chez le chien normal, le gros intestin ne renferme que 44 centimètres cubes de matières, représentant 8 à 19 entérotoxies.

La mort dans l'obstruction ne peut donc pas être rapportée

aux seules putréfactions intestinales. Elle ne peut non plus être attribuée à l'infection ; pourtant celle-ci se produit presque constamment; dès le deuxième ou le troisième jour, on constate le passage dans le sang de microbes anaérobies et en particulier d'un bacille analogue au *B. perfringens*; mais cette infection cesse dès que l'obstacle est levé et n'empêche pas la guérison. Il faut donc, pour expliquer la pathogénie des accidents, recourir à une autre théorie.

Longue persistance d'éosinophilie sanguine à la suite d'éosinophilie pleurale. — Chez un sujet qui a présenté, il y a deux ans et demi, une de ces éosinophilies pleurales décrites en 1900 par Widal et Ravaut, MM. Widal et Burnet n'ont jamais cessé de trouver, depuis la guérison de la pleurésie, de l'éosinophilie sanguine. Dans la plèvre, il y a eu jusqu'à 68 p. 100 et dans le sang jusqu'à 19 p. 100 d'éosinophiles. On ne retrouve dans les antécédents aucune autre affection capable de produire l'éosinophilie (asthme, cancer, dermatose, infection vermineuse, etc.). C'est une éosinophilie sanguine chronique, reliquat d'une éosinophilie locale aiguë.

Il est intéressant de constater l'empreinte fonctionnelle que, pendant longtemps, une éosinophilie locale peut laisser sur l'organisme. Au point de vue de la pratique, il est également intéressant de savoir qu'en dehors de l'helminthiase, de l'asthme et des dermatoses, une éosinophilie sanguine peut rester le témoin d'une ancienne localisation pleurale, dont il y a lieu de s'enquérir parmi les antécédents du malade.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la cirrhose alcoolique. — MM. Gilbert et Herscher ont pratiqué le dosage cholémimétrique dans 21 cirrhoses alcooliques de formes diverses : cirrhoses atrophiques et hypertrophiques, ascitiques et anascitiques. Dans la cirrhose atrophique, le degré moyen de cholémique égale 1/14000, ce qui donne 7 centigrammes de bilirubine par litre de sérum et 21 centigrammes pour l'ensemble de la masse sanguine. Mais, dans quelques cas extrêmes, la cholémie s'éloigne notablement de ce chiffre. Les auteurs l'ont vue s'élever à 1/4500 chez un sujet chez qui une angiocholite s'associe vraisemblablement à la cirrhose pour donner naissance à un ictère intense cholurique. Par contre, ils ont noté, dans quelques cas, son abaissement marqué, parfois même au-dessous du taux physiologique et ils sont portés à admettre pour expliquer ces faits le rôle d'une insuffisance hépatique accusée, qui, diminuant, annihilant presque la sécrétion biliaire, empêcherait une résorption notable de pigments. Cette notion du rôle de l'insuffisance hépatique rend compte aussi, sans doute, de ce fait que, dans la cirrhose hypertrophique, le degré de cholémie, 1/9000, est supérieur à celui de la cirrhose atrophique. C'est qu'alors le parenchyme hépatique n'est pas frappé d'atrophie, la quantité de bile sécrétée est plus considérable et finalement la résorption biliaire est plus marquée.

Considérations sur la structure des boutons terminaux. — Pour M. G. Marinesco, les boutons terminaux découverts par Auerbach possèdent une structure variable : ils peuvent se présenter sous la forme d'un anneau, d'une anse, ou bien lorsqu'ils sont volumineux, offrir une structure réticulée; lorsque l'imprégnation est trop forte, ils sont d'apparence uniforme. Leur contour est toujours très précis et tranche avec le cytoplasma sur lequel ils viennent s'insérer et où ils adhèrent. Il n'y a pas de continuité entre les fibrilles du cytoplasma et celles des boutons terminaux. Cependant, l'auteur a vu parfois se détacher de la périphérie de ces derniers des fibres fines, pâles, rayonnantes et se perdant après un trajet court.

Les boutons terminaux ne constituent pas des unités fonctionnelles et morphologiques identiques, ils appartiennent en effet à des fibres de provenance et de fonction différentes. Autour des cellules radiculaires, il y a eu lieu d'en distinguer deux espèces : ceux à coloration rouge et ceux à coloration noire; les premiers sont habituellement plus volumineux. Si les boutons terminaux sont plus résistants que la cytoplasma dans les processus d'inflammation et d'anémie ils souffrent cependant des phénomènes de dégénérescence dans le tabes et l'hémiplégie.

Autres communications :

De la désinfection intestinale obtenue, sans régime spécial, par l'acclimatement d'un ferment lactique dans le gros intestin. — M. Cohendy.

Régénération de la fibrine chez la grenouille. Démonstration de la fonction fibrogénique. — MM. Doyon, Gautier et Morel.

Sur le chromogène urinaire, que produit l'administration de méthylkétol chez les animaux. — MM. Porcher et Hervieux.

De l'indigurie. — M. Hervieux.

De l'épithélium rénal dans quelques états fonctionnels du rein. — M. Retterer.

Sur certaines cellules des corps jaunes chez le cobaye. — M. Mulon.

Sur l'existence constante d'une levure chromogène dans les sucs gastriques hyperacides. — M. Sartory.

Etat de la motilité dans l'anesthésie locale. — M. Féré.

Apparition de la virulence dans la salive mixte des animaux rabiques. — M. Nicolas.

Le colibacille dans les milieux salins. — MM. Péhu et Rajat.

Lésions du cerveau dans la syphilis. — M. Bosc.

Evolution des cellules de la moelle osseuse au cours du développement. — M. Jolly.

Modifications histologiques des tubes contournés du rein au cours des polyuries provoquées. — MM. Lamy, Mayer et Rathery.

Reviviscence du cœur et des centres nerveux. — M. d'Halluin.

Dosage du pouvoir amylolytique du sang chez le chien. — M. Pariset.

Action empêchante de l'hémoglobine sur l'hémolyse par la saponine. — M. Frei.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

BLESSURES PAR IMPRUDENCE

La 10e chambre correctionnelle vient de juger, sous l'inculpation de blessures par imprudence, un dentiste non diplômé, qui était poursuivi dans les circonstances suivantes :

Afin d'arracher treize dents à une de ses clientes sans la faire souffrir, ce dentiste avait eu recours au chlorure d'éthyle, qui anesthésia la glotte de la patiente et permit ainsi à une racine de dent de pénétrer dans le poumon. Cette racine occasionna une broncho-pneumonie, dont la malade ne se débarrassa qu'en expectorant, dans une quinte de toux, le corps étranger qui avait pénétré dans le poumon.

Le tribunal a condamné le prévenu à un mois de prison avec sursis; 5000 francs de dommages-intérêts ont été alloués à la partie civile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

NUCLÉO-FER GIRARD

ANÉMIE — PÂLES COULEURS — CHLOROSE

Les Pilules **Nucléo-Fer Girard** contiennent 10 centig. de **Nucléinate de Fer pur.**

4 à 6 Pilules par jour avant les repas — 22, Rue de Condé, PARIS

VIN GIRARD

DIPLÔMES D'HONNEUR MEMBRE DU JURY — Médailles d'Or et d'Argent

de la CROIX de GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ de l'HUILE de FOIE de MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT

Un Verre à Madère de VIN GIRARD contient :

Iode bi-sublimé	0 gr. 075 milligr.
Tannin pur	0 gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux	0 gr. 75 centigr.

Rue de Condé, 22, PARIS

ANÉMIE. FAIBLESSE GÉNÉRALE. MALADIE DE POITRINE. RACHITISME. RHUMATISME. AFFECTIONS CARDIAQUES

VIN ECALLE

KOLA-COCA 1 Gr. 1 Gr. par verre à madère.

Degré alcoolique très faible.

Facilite et Stimule la Digestion.

CONDITIONS SPÉCIALES POUR MM. LES MÉDECINS

ÉLIXIR — DRAGÉES
FERRO-ERGOTÉS MANNET

MALADIES DES FEMMES, MÉTRORRAGIES, MÉNORRAGIES, CHLORO-ANÉMIE, SPERMATORRHÉE

REMÈDE SOUVERAIN CONTRE L'INCONTINENCE D'URINE

En vente : PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, Paris et dans toutes pharmacies ; — *Gros* : F. MANNET, Loudun (Vienne) ; — *Exportation* : ÉTABLISSEMENTS POULENC frères, Paris.

Traitement simple et agréable. — 3 à 7 Pilules par jour suffisent.

KIPSOL prévient guérit le CORYZA

CORYZA SIMPLE et CORYZA des IODURES. — BLANCARD, Paris.

GLOBULES — SUPPRESSION DE L'IODISME — GOUTTES

Solubles seulement dans l'intestin. 3 à 6 par jour.

AMPOULES - POMMADE — 58, Bd St-Michel, Paris et Pharmacies.

IODO-MAÏSINE DUROZIEZ

ALBUMINE VÉGÉTALE IODÉE
Préparation physiologique ASSIMILABLE et très active.

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE

NEVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phles.

INHALATEUR DU PROF. RUATA DE LA FACULTÉ DE PÉROUSE

Traitement des MALADIES PULMONAIRES, BRONCHIALES et du LARYNX

En vente dans toutes les Pharmacies. Vente en gros : *Pharmacie Centrale de France*

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficace que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais ; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. Prix 4 fr. le flacon.
PARIS : 41, BOULEV. HAUSSMANN ET PHARMACIES.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Bière de Santé Diastasée, Phosphatée *(Céréalophosphates)* (Seule admise dans les Hôpitaux de Paris). PRIX : le fl. 1f25.

Même produit GLYCÉROPHOSPHATÉ { 2 compositions distinctes : { 1° G. C. au Glycérophosphate de Chaux chimiquement pur. 2° P. G. *(Ferrugineux)* au Polyglycérophosphate de l'Organisme (chaux, soude, potasse, magnésie, fer et manganèse). PRIX : le flac. 2 fr.

NOUVEAU BOUCHAGE HERMÉTIQUE SPÉCIAL et RIGOUREUSEMENT ASEPTIQUE

PARIS 1900 MÉDAILLE D'OR

N° 43. — JEUDI 12 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 12 AVRIL 1906. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HOPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Renault, Œttinger, P. Marie, Béclère, Richardière, Parmentier, Gaucher, Hipp. Martin et Chaput.

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — Le docteur Jacques Calvi, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé assistant de chirurgie auprès du docteur Ménard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck.

GUERRE. — MUTATIONS. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Rouchaud passent au 133e d'infanterie ; — Surel, au 3e escadron du train ; — Munaret, au 6e chasseurs d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de première classe Léothaud, au 127e d'infanterie ; — Badis, au 125e d'infanterie ; — Brionval, au 135e d'infanterie ; — Egmann, aux hôpitaux de la division d'Oran ; — Lévy, au 123e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dizac, au 63e d'infanterie ; — Royer, au 8e d'artillerie ; — Perrier, au 141e d'infanterie ; — Eybert, au 42e d'infanterie ; — Martin (E.), au 4e chasseurs à cheval.

XVIIIe CONGRÈS DES ANATOMISTES. — Lundi s'est ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux le XVIIIe Congrès des anatomistes, sous la présidence du professeur Viault, en présence d'un public nombreux de médecins et de savants venus de presque toutes les universités de France et d'un certain nombre d'universités étrangères.

Parmi les représentants étrangers, on signale MM. les professeurs Waldeyer et Benda (de Berlin), von Bandeleben (d'Iéna), Keibel (de Fribourg), Stirling (de Manchester), van der Stricht (de Gand), Denis (de Bruxelles), Epernod et Cristiani (de Genève), Bugnion (de Lausanne), Pomiti (de Pise), Valenti (de Bologne), etc.

LE VIIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES aura lieu sous la direction scientifique du professeur Landouzy, du 1er au 12 septembre 1906.

Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage.

Le programme détaillé sera publié en mai 1906.

Douze bourses de voyage sont données au voyage d'études médicales de 1906 par : le professeur Henrot ; les administrations des eaux minérales de Châtel-Guyon, Evaux-les-Bains, Evian (4 bourses), Pougues, Royat, Vichy ; le conseil municipal des Eaux-Bonnes ; la Compagnie générale des eaux minérales et bains de mer.

Elles sont attribuées par leurs fondateurs à :

1° Un médecin anglais, un médecin belge, un médecin danois, un médecin italien ; 2° deux médecins, membres du Concours médical et de l'Association générale des médecins de France ; 3° deux internes des hôpitaux de Paris ; 4° un étudiant de la Faculté de Bordeaux, un de Lyon, un de Paris, un de Reims.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris, ou à M. le docteur Jouaust, 19, rue du Colisée, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Thévenet (de Nyons).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, mars 1906.) Killian : La trachéo-bronchoscopie au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. — Broekaert et Laroy : Lymphosarcome de l'amygdale consécutif à un sarcome latent de l'estomac. — Laurens : Pansement d'évidés. Méthode mixte. — Vacher et Gras. Note sur un cas d'épithélio-sarcome de l'ethmoïde ayant envahi les deux sinus frontaux, le sinus sphénoïdal gauche et le sinus maxillaire gauche.

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1906.) J. Comby : Le mongolisme infantile. — H. Legrand : Abcès du foie chez l'enfant.

Archives de médecine navale. — (N° 3, mars 1906.) Le Méhauté : Notes médicales sur les localités visitées pendant la campagne du *Duguay-Trouin*, spécialement la Havane et Copenhague, 1904-1905 (*fin*). — Tartarin : Etudes sur la tuberculose dans les milieux maritimes en Allemagne (*fin*). — Gloaguen : La canonnière le *Capricorne*, dans l'océan Indien en 1904-1905.

Archives générales de médecine. — (N° 13, 27 mars 1906.) J. Berthaut : Le fonctionnement du forceps Tarnier. — L. Arsimoles : Deux cas de mélancolie anxieuse. Sitiophobie intermittente à périodicité régulière. Double personnalité coexistante. — M. Boinet : Deux cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte. — Grenet : La surdité de Ronsard. — (N° 14, 3 avril.) F. Moutier : De la réparation du sang dans l'anémie par injection intra-musculaire de sels ferrugineux (avec 8 courbes). — Lara et Guillemard : Sur deux ptomaïnes de l'urine des lépreux. — Carrière et Vermesch : Thrombo-phlébite post-grippale du sinus. — A. Belugou (de La Malou) : Les traitements utiles du tabes. — P. Rudaux : Des traumatismes vulvaires au cours de l'accouchement.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er avril 1906.) Castex et Marchand : Etude anatomique et histologique sur la surdi-mutité. — Chervin : Les troubles de la parole. — Pochon : Actinomycose du lobule de l'oreille, traitement et guérison par le radium. — Cornet : Complication rare du lavage du sinus maxillaire. — Cornet : Irido-cyclite séreuse compliquant une suppuration chronique de l'oreille moyenne et guérison par l'évidement pétro-mastoïdien et le curetage de la caisse. — Castex : La laryngotomie sans canule.

Bulletin médical. — (N° 25, 31 mars 1906.) Paul Carnot : Sur divers types pathogéniques d'obésité. — (N° 26, 4 avril.) Mouriquaud : Pseudo-actinomycose. Phlegmon suppuré de la joue gauche. — Desnos : Guérison apparente et diagnostic de la tuberculose rénale.

Écho médical du Nord. — (N° 13, 1er avril 1906.) Thooris : Plaies contuses de la jambe et méthode de Bier. — F. Malméjac : Persistance de l'acidité urinaire dans la tuberculose.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 13, 1er avril 1906.) Sabrazès : Perforation intestinale chez un typhique. — Faivre : Sur les « pleurènes cérébraux ».

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 13, 1er avril 1906.) Rousseau-Saint-Philippe : L'iodure d'arsenic contre la scrofule et la scrofulo-tuberculose. — Codet-Boisse : La chirurgie orthopédique et son enseignement dans quelques cliniques étrangères : Allemagne, Autriche, Suisse (*suite*).

Journal des praticiens. — (N° 13, 31 mars 1906.) Reclus : Le traitement des hémothorax. — Leredde : Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliums de la peau. — Variot : L'hyperthermie dans la pneumonie infantile.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 13, 31 mars 1906.) P. Delobel : Pansement par l'acide borique dans un évidement pétro-mastoïdien. — Top. Coup de couteau. Hémorragie de l'artère humérale. Reprise du travail au bout de trente-cinq jours. — G. Lemière : La cryoscopie.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 13, 29 mars 1906.) A. Van Luit : Varicocèle de l'orbite avec enophtalmie permanente et variable.

Lyon médical. — (N° 13, 1er avril 1906.) L. Gallavardin : Nouvelle explication du « bruit de galop ». — L.-M. Bonnet : Kérion de Celse.

Montpellier médical. — (N° 12, 25 mars 1906.) Sarda : Cours de médecine légale. Leçon programme.

Pédiâtrie pratique. — (N° 7, 1er avril 1906.) E. Ausset : Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Presse médicale. — (N° 26, 31 mars 1906.) Gilbert et Herscher : Cholémie physiologique. — Déjerine et Gauckler : Les fausses gastropathies. Leur diagnostic et leur traitement. — (N° 27, 4 avril.) Gilbert et M. Herscher : Sur les variations de la cholémie physiologique. — A. Breton : De l'acide thymique.

Province médicale. — (N° 13, 21 mars 1906.) Pierret : Le traitement polycausal du diabète. — Fruhinsholz : Utérus bicorne et grossesse. — Viannay : Des procédés d'anesthésie rapide.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 6, 30 mars 1906.) E.-L. Bouvier : Les vertébrés de surface. Impressions d'un naturaliste au cours de la dernière campagne scientifique de S. A. S. le prince de Monaco. — A. Kling : Les viscosités dans ses rapports avec la constitution chimique. — Th. Moreux : Revue annuelle d'astronomie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 13, 31 mars 1906.) Pienazek : Diagnostic des tumeurs du cou et du médiastin d'après l'examen laryngoscopique. — Lacoarret : Un cas de tuberculose laryngée primitive consécutif à une laryngite secondaire.

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1906.) Jon. G. Lache : Altérations cadavériques des neurofibrilles (8 fig.). — Verger et Grenier de Cardenal : Un cas de sclérose combinée pseudo-systématique (4 fig.). — (N° 6, 31 mars). André Thomas : Application de la méthode de Ramon y Cajal (imprégnation à l'argent) à l'anatomie pathologique du cylindrage (3 fig.). — F. Raymond et Henri Français : Note sur un cas de syringomyélie avec troubles sensitifs à topographie radiculaire (3 fig.).

Revue scientifique. — (N° 13, 31 mars 1906.) Remlinger : Le rôle de la souris et du rat dans la propagation de la rage. — Bridou : L'échelle des sentiments. — Paul Razous : Les mesures préventives contre le grisou. — *Enquête* : La réforme des études médicales.

Semaine médicale. — (N° 14, 4 avril 1906.) Noica et S. Marbé : Les troubles de la sensibilité objective dans la paraplégie spasmodique syphilitique.

Tribune médicale. — (N° 13, 31 mars 1906.) Bazy : Vésicule biliaire dilatée et hypertrophie. — Edg. Hirtz et Delamare : Atrophie musculaire scapulo-brachio-jambière.

DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS
A
L'ÉRUPTION VICIEUSE DE LA DENT DE SAGESSE

Par le professeur Paul RECLUS

Vous avez vu, il y a quelques jours, un des collaborateurs les plus précieux du service, suivre la visite avec une mentonnière nécessitée par des accidents de dent de sagesse : il a bien voulu nous exposer lui-même son observation que je résume en quelques mots.

Notre patient approche de la trentaine ; à onze ans, on lui arrache à gauche la prémolaire inférieure cariée et, de ce côté, l'évolution de la dent de sagesse se fait normalement et même les autres dents sont repoussées par elle, à telle enseigne que disparaît le vide laissé par l'extraction de la prémolaire.

Mais du côté droit, où aucune dent n'a été enlevée, la série des complications commence à vingt-trois ans : douleurs, contractures des mâchoires, angines légères mais récidivantes, petits abcès entre la dernière molaire et la branche montante, gonflement de la muqueuse dont l'excision partielle amène l'évacuation d'une collection purulente, et la guérison momentanée des accidents ; mais ils reparaissent en moyenne tous les six ou huit mois, et la dent de sagesse n'apparaît toujours pas.

A vingt-huit ans, le mal prend une allure plus grave : l'abcès est plus volumineux, le capuchon muqueux plus enflammé et l'on tente, après son excision, d'arracher la dent, mais on y renonce après une heure de tentatives infructueuses et, en fin de compte, la crise s'apaise. Cette année, au commencement de mars, vous avez vu se dérouler une crise nouvelle : trismus, fièvre redoublée, fluxion énorme, abcès dont l'incision avec excision de la muqueuse machonnée sous la dent, n'amène aucune amélioration. Enfin, la dent est heureusement enlevée par le docteur Sauvez sous l'anesthésie générale et nous tenons enfin la guérison.

Je veux, à propos de cette observation vraiment classique, vous parler des discussions que soulève cette intéressante question. Il y a une trentaine d'années, elle fut mise à l'ordre du jour ; l'éruption vicieuse de la dent de sagesse était alors très mal connue et la plupart des chirurgiens ignoraient tout de ses accidents : à peine quelques érudits savaient-ils que Thémard au XVIe siècle signalait les douleurs qui accompagnent parfois « l'apparition des dents de prudence ou de discrétion » ; que au XVIIIe, Hunter avait reconnu, dans l'évolution de la troisième molaire, l'origine de certaines inflammations de la muqueuse buccale et qu'au XIXe, en 1828, avait paru l'importante monographie de Toirac.

C'est avec les observations de Chassaignac, de Forget et de Tomes, la thèse de Chevassu en 1873, celle de Comoy cinq ans, plus tard que les recherches vraiment scientifiques s'accumulent ; Paul Broca fait de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse le sujet de plusieurs cliniques, et en 1878 le jury du concours d'agrégation de chirurgie impose cette question comme sujet de thèse. Il échut au regretté Heydenreich, professeur et doyen de la Faculté de Nancy. Et ce chirurgien distingué rassembla dans un travail excellent toutes les notions acquises à cette époque.

Le point de vue clinique ne s'est guère modifié depuis lors, ni même les indications thérapeutiques ou les procédés opératoires. On divise encore les accidents en *inflammatoires* et *nerveux*. Les premiers, de beaucoup les plus importants, se subdivisent eux-mêmes en *muqueux* qui atteignent surtout les parties molles et en *osseux* où la phlegmasie envahissante a gagné le maxillaire, les tissus environnants, descendant très bas dans la région cervicale ou remontant très haut vers le crâne et l'encéphale.

Vous connaissez le tableau que présente l'inflammation de la muqueuse, l'examen de la région malade est difficile, car le trismus, de rigueur en pareil cas, ne permet qu'un léger écartement des arcades dentaires ; mais avec de la patience et quelques artifices d'éclairage on aperçoit, au pied de la branche montante, un bourrelet muqueux, irrégulier, fongueux, saignant et comme mâchonné par la rencontre des deux maxillaires. Si on soulève avec un stylet cette sorte de couvercle ou de capuchon, du pus s'écoule et on voit souvent briller un peu d'émail de la dent enchatonnée. Il faut d'ailleurs compter les dents quel que soit l'âge du malade, qu'il ait dépassé ou non les dix-huit à vingt-deux ans, époque habituelle de l'éruption normale de la troisième molaire. Et l'on reconnaît qu'il n'existe que sept dents et non pas huit sur cette moitié du maxillaire inférieur.

L'inflammation ne reste pas cantonnée sur ce point : souvent elle gagne les piliers, l'amygdale, le pharynx ; la fièvre s'allume et ces esquinancies à répétition, ces pharyngites et ces amygdalites, presque périodiques chez de jeunes sujets, doivent éveiller l'attention du clinicien. Au début de nos études nos maîtres étaient rares qui savaient en rattacher l'origine à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse. Les ganglions sont souvent enflammés et un adénophlegmon se dessine avec d'abondantes collections suppuratives, souvent à la fois dans la bouche, vers le pharynx, sous la joue et dans la région cervicale. L'adénite pourrait prendre une allure chronique et Heydenreich aurait quelques tendances à considérer comme sous la dépendance de la troisième molaire les engorgements ganglionnaires si fréquents chez les jeunes soldats.

Les accidents inflammatoires peuvent gagner les os et prendre une allure plus grave. Comme les racines des dents implantées dans le maxillaire inférieur plongent plus bas que le fond de la gouttière jugo-gingivale, le pus collecté, au lieu de s'ouvrir toujours dans la bouche, chemine au milieu des tissus décollés, sous la joue, sous la peau de la région cervicale. Aussi le gonflement est-il extrême ; on a tous les signes d'un phlegmon diffus compliqué d'une ostéopériostite dont le pus se fait jour en plusieurs points à la fois. Et par un orifice suppurant on peut

conduire le stylet jusqu'au maxillaire dénudé et nécrosé. Des sequestres se forment qui mettent un long temps à se mobiliser. Parfois le pus fuse loin; il peut atteindre l'articulation temporo-maxillaire, l'oreille moyenne, la base du crâne, et il est des observations, heureusement exceptionnelles, où le malade a été emporté par une encéphalite. Il est fréquent de voir les trajets ne pas se fermer et des fistules persister jusqu'au moment où l'on extirpe la dent de sagesse.

A côté de ces inflammations des tissus muqueux et osseux, les auteurs décrivent des accidents nerveux plus rares et dont l'origine n'a pas toujours été contrôlée avec une sagacité suffisante. On y range le trismus, bien que dans l'immense majorité des cas il accompagne les phlegmasies déjà décrites; mais on aurait observé cette constriction des mâchoires sans amygdalite, sans angine et sans ostéo-périostite. Il y aurait aussi des crises névralgiques sans inflammation concomitante, et qui irradieraient dans le territoire du trijumeau; dans l'oreille et dans l'œil où les souffrances sont plus aiguës que partout ailleurs; on a noté des paralysies faciales. Enfin on a signalé des cas d'amblyopie, de chorée, des crises de folie, d'hystérie, d'épilepsie qui auraient disparu après l'extraction de la dent de sagesse incriminée.

Tel est, en raccourci, le tableau clinique des accidents provoqués par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse, et il ne change guère d'un auteur à l'autre. La discussion ne commence que lorsqu'il s'agit de déterminer les causes de ces acccidents. Nos maîtres directs, Paul Broca en particulier, nous en avaient donné une explication séduisante, et leur théorie tient tout entière dans ces trois mots : le manque de place. Si l'évolution de la dent de sagesse peut provoquer la série de ces phénomènes morbides, c'est qu'il lui est difficile de se frayer un passage, prise qu'elle est, entre la branche montante du maxillaire inférieur en arrière et la deuxième grosse molaire en avant.

Broca menait de loin sa théorie. La nature, disait-il, est en travail pour débarrasser des dents de sagesse; elles poussent les dernières et sont les premières à disparaître. A mesure que les races humaines deviennent plus « intellectuelles » le front s'avance et le maxillaire inférieur recule; la ligne de profil, oblique en bas et en avant, tend à devenir verticale, en un mot le prognathisme s'affaiblit. Mais si le maxillaire inférieur diminue, la place pour l'implantation des dents se rétrécit, surtout pour la dernière venue, la troisième molaire, dont l'éruption sera d'autant plus difficile et s'accompagnera de désordres d'autant plus graves que la race, le sexe dans une même race, ou l'individu dans un même sexe sera plus élevé dans la hiérarchie humaine.

Vous prévoyez le développement de cette idée : la race noire et la race jaune sont plus prognathes que la race blanche, aussi les accidents, chez les nègres et chez les jaunes, seraient exceptionnels. Dans la race blanche, le prognathisme serait plus accentué chez la femme que chez l'homme, aussi ce dernier serait-il plus souvent atteint, et en France, la proportion serait du simple au double, d'après une statistique d'Heydenreich. Enfin dans le même sexe, la culture intellectuelle jouerait un rôle indéniable : l'éruption vicieuse serait plus fréquente en ville qu'à la campagne, et Broca, comparant, à ce point de vue, un groupe d'infirmiers à un groupe d'internes des hôpitaux, aurait constaté chez les premiers une éruption plus précoce et plus facile que chez les seconds.

Les accidents seraient plus fréquents à gauche qu'à droite; et peut-être pourrait-on expliquer encore ce phénomène par le manque de place : nous avons, en 1878, mesuré à l'École pratique un certain nombre de maxillaires inférieurs et nous avons trouvé, en règle générale, la branche droite un peu plus longue que la branche gauche. Enfin on sait combien sont rares les accidents des dents de sagesse du maxillaire supérieur : d'après Magitot, 2 fois seulement sur 75 cas. Ici éclaterait à nouveau la justesse de la théorie : pas d'évolution vicieuse au maxillaire supérieur parce qu'il n'y a pas de branche montante qui limite en arrière « l'épanouissement » de la dent.

Cette théorie élégante nous semblait de tout repos lorsque des observateurs de grand mérite, Rodier, Cornudet, Galippe, Capdepont ont voulu lui substituer une pathogénie nouvelle : les obstacles mécaniques invoqués, le manque de place, n'auraient rien à voir dans les accidents de l'éruption vicieuse qui auraient pour cause l'infection par les microbes buccaux du follicule dentaire encore enfermé dans son sac. Capdepont, dans un article remarquable publié en 1901, me paraît celui qui a défendu cette doctrine avec le plus de force. Poussant l'analyse plus loin que ses prédécesseurs, il ne se contente pas d'invoquer une ulcération banale de la muqueuse permettant l'infection du follicule par l'introduction des germes buccaux, il montre que le sac dentaire est toujours, ou à peu près, ouvert par un même mécanisme qu'il nous expose.

D'après Capdepont, en arrière de la deuxième grosse molaire se trouve un cul-de-sac limité, en avant par la face postérieure de la grosse molaire, en arrière par un bourrelet muqueux qui recouvre l'os. Dans ce cul-de-sac stagne la flore buccale dont la virulence s'exalte. Or lorsque la dent de sagesse entourée du sac folliculaire veut percer, elle vient buter contre la grosse molaire; le sac écrasé se résorbe au point de contact, s'ulcère, communique alors avec le cul-de-sac rétro-dentaire infecté et s'inocule lui-même; de là les phénomènes inflammatoires qui caractérisent l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

Que ces phénomènes inflammatoires soient d'ordre infectieux, c'est certain, et nous convenons volontiers que Rodier, Cornudet, Robin, Galippe ont eu raison d'insister sur ce point important que l'ancienne pathogénie avait laissé dans l'ombre; que M. Capdepont explique élégamment le mécanisme de l'infection, c'est incontestable, mais nous croyons

que la nouvelle théorie complète l'ancienne et ne la détruit pas. C'est le manque de place qui arrête, des années durant, la troisième molaire et perpétue les accidents qui compliquent son éruption, c'est lui qui prépare et rend possible l'infection. Et la preuve c'est que, dès qu'on augmente cette place en enlevant non pas même la deuxième, mais la première molaire du côté correspondant, la troisième molaire pousse en avant la deuxième, se fait de l'espace et « s'épanouit » sans encombre.

Du reste M. Capdepont ne nous dit-il pas que les molaires « donnent à la région l'impulsion physiologique nécessaire à son accroissement », et que la dent de sagesse plus tard venue, ne donne pas une impulsion suffisante au développement de l'os, « c'est dans ce sens seulement que l'on pourrait dire que les accidents sont dus à un manque de place. » Nous voulons bien que ce soit là l'explication du fait, mais nous ne tenons qu'au fait lui-même et M. Capdepont, malgré lui, le proclame avec l'ancienne pathogénie. Enfin, M. Capdepont nous montre la dent de sagesse qui vient buter contre la deuxième molaire. L'obstacle ne serait donc pas, nous dit-il, la branche montante, comme le veut Heydenreich, mais la deuxième molaire. Nous, nous croyons à l'action simultanée de la deuxième molaire et de la branche montante qui l'une et l'autre limitent l'espace, mais la deuxième molaire agirait seule que la théorie du manque de place n'en devrait pas moins être invoquée.

Aussi nous résumerons-nous en disant : l'ancienne pathogénie expliquant les accidents de l'éruption vicieuse par le manque de place persiste tout entière : elle seule nous explique d'ailleurs les déviations spéciales et les troubles nerveux sans phénomènes inflammatoires concomitants. Mais, à notre avis, la théorie de l'infection du sac folliculaire qui nous montre les microbes stagnant, presque incarcérés en vase clos, exaltant leur virulence et migrant dans les tissus muqueux et osseux voisins, la complète d'une façon heureuse. Mais, sans vouloir faire une puérile assonance, nous dirons que le « manque de place » tient toujours la première place.

Notre collègue le docteur Moty, dans un mémoire substantiel, émet une doctrine originale : les accidents auraient pour origine l'inflammation des déchets épithéliaux inclus dans le follicule, sorte de « dermoïde muqueux » qui se développerait autour des racines. L'existence de ces masses épithéliales est incontestable et nous en avons, en 1876, apporté de nombreuses pièces à Malassez lorsqu'il s'agissait de déterminer la nature des kystes radiculaires et des épithéliomas térébrants. Malheureusement pour la théorie, une objection s'impose qu'a prévue Moty, mais qu'il ne nous semble pas réfuter suffisamment : les accidents rattachés à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse ont une allure et des caractères que l'on ne retrouve plus lorsqu'il s'agit des autres molaires munies cependant des mêmes amas épithéliaux pendus à leur racine. Les mêmes causes banales enflammant les dermoïdes muqueux de ces autres dents, le même tableau clinique devrait se dérouler autour d'elles, et nous ne le constatons qu'à propos de la dent de sagesse. Cependant un argument nous trouble : on aurait vu parfois, et Moty en cite des exemples, les phénomènes caractéristiques de l'éruption vicieuse apparaître sur une dent de sagesse saine, à couronne bien épanouie, dans un espace suffisant. Dans ces cas exceptionnels, la théorie de ce dermoïde muqueux enflammé rendrait compte des accidents.

Nous serons brefs sur le traitement, il peut être prophylactique et lorsque la première ou la deuxième molaire est cariée avant dix-huit ou vingt ans, époque de l'éruption de la dent de sagesse, le mieux est d'enlever cette première ou cette deuxième molaire, car la place qu'elle laisse favorisera la sortie de la troisième et évitera les accidents. Mais lorsque ces accidents sont en puissance il faut extraire la dent de sagesse souvent cachée derrière la seconde molaire, en partie enfouie dans son alvéole, et parfois on n'a pu réussir qu'en enlevant au préalable la deuxième molaire qui masque la troisième. Celle-ci enlevée, il faut replanter la deuxième qui reprend racine le plus souvent. Dans les cas où les accidents ont peu de gravité, il suffit d'exciser le bourrelet muqueux, le capuchon fongueux qui permet l'accumulation du pus autour de la couronne.

HYDROLOGIE

LES GAZ RARES DANS LES EAUX MINÉRALES

Par M. MOUREU,

Agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

A la séance de clôture annuelle de la Société d'hydrologie (1), M. Moureu a exposé dans une communication excessivement intéressante l'ébauche de ses travaux sur les gaz rares dans les eaux minérales.

Les eaux minérales, a-t-il dit en débutant, sont à l'ordre du jour; dernièrement au Congrès de Venise, M. A. Gauthier a révolutionné les idées anciennes en proposant comme origine aux eaux minérales, le volcan au lieu de l'atmosphère.

Il était donc intéressant de rechercher les gaz des eaux minérales et plus particulièrement ceux qu'on a dénommés les gaz rares.

Depuis la découverte de l'*argon*, par Ramsay, on a découvert l'hélion et enfin le néon, le crypton et le xénon.

De ces cinq gaz que renferme l'air atmosphérique, le plus abondant est l'argon. Il existe dans l'air dans la proportion d'un centième, soit exactement 0,96. Après lui vient le néon; l'hélion, le crypton et le xénon y sont à des doses insignifiantes.

Depuis les travaux de Ramsay, on a recherché ailleurs que dans l'air ces gaz. En 1895 Bouchard et Troost ont signalé que les sources de Cauterets (la Raillière) renferment de l'argon et de l'hélion.

Quelque temps après M. Moureu les signale dans les eaux de Maizières (Côte-d'Or), Bouchard et Desgrez dans les eaux de Bagnoles-de-l'Orne.

Le 9 mai 1904, Curie et Laborde ont montré les émanations du radium dans 19 sources de la France et de l'étranger. Ce

(1) 9 avril 1906.

métal dégage de l'énergie, de la chaleur, de l'électricité et de la lumière.

Les rayons de gaz par le radium ont été divisés en trois rayons : alpha, bêta, gamma.

Les premiers sont positifs; les seconds négatifs et appelés électrons, ils sont plus pénétrants.

Les troisièmes seraient plus chargés d'électricité.

L'émanation du radium est gazeuse. C'est elle qui transporte sur tous les corps les propriétés du métal. Elle cite pour ainsi dire le microbe et la radio-activité. Elle est instable.

Cette émanation diminue de moitié en quatre jours. Un mois après le transport d'une eau radio-active minérale, il n'existe plus d'émanation.

Quand on renferme dans une ampoule l'émanation du radium et que cette propriété disparaît, il apparaît un spectre nouveau qui est l'hélion.

L'hélion est donc ou doit être le compagnon du radium dans la nature. On l'a trouvé dans tous les minéraux radifères.

M. Moureu a repris l'étude de quelques sources thermales pour apporter quelques données positives au problème de la thérapeutique hydrominérale.

Quarante-deux sources ont été l'objet de ses études. Les gaz ont été recueillis au griffon et par ce, on les a débarrassés de l'acide carbonique et de l'azote. Le conférencier indique l'ingénieuse technique, qu'il a employée dans ce but.

Une fois les gaz rares séparés, il les a mesurés. Par ce fait il a utilisé le pouvoir absorbant du charbon par les gaz.

De cette façon des eaux de France et de l'étranger ont été étudiées. Nous signalerons seulement les eaux nationales.

Ce sont : Plombières, Luxeuil, Bains-les-Bains, Maizières, Bourbon-Lancy, Ax, Dax, Bagnères-de-Bigorre, Cauterets, Lamalou, Eaux-Bonnes, Cambo, Pougues, Néris, Vichy, Bussang, Royat, Mont-Dore, Châtel-Guyon. Dans une même station, souvent différentes eaux ont été étudiées.

D'une façon générale, on peut dire que la radio-activité est en raison inverse de la minéralisation, mais ce n'est jusqu'ici qu'une prémisse et non une certitude.

D'autre part, comme proportion globale, les plus riches sont celles où domine l'azote, les plus pauvres, celles où l'acide carbonique est en grande quantité.

Pour en citer deux :

Bourbon-Lancy aurait presque 3 p. 100 et Maizières (Côte-d'Or), 6,36 p. 100 de gaz rares. Toutes les eaux ont de l'argon.

Sur 42 on a trouvé dans 40 dans les recherches de M. Moureu. Si on ajoute Bagnols-de-l'Orne de cinq ou six autres, on arrive à un total expérimental de 48 sources, dont 46 possèdent de l'hélium.

Tout porte à croire que d'autres gaz rares existent dans les eaux minérales, le néon existe dans l'air, on ne l'a pas trouvé dans les eaux, ce qui ne prouve pas sa non-existence. Il faut attendre la poursuite de cette étude au début. Le crypton a été aperçu dans la plupart des sources, il donne la raie la plus caractéristique, mais aussi la plus faible.

Revenons à l'hélion et à ses relations avec le radium.

Parmi les 46 sources sur 48, 19 ont été étudiées par MM. Currie et Laborde au point de vue de la radio-activité. Comme la radio-activité se trouve partout dans la nature : « Est source radio-active, celle qui est notablement plus radio-active que l'air. »

Ramsay a avancé qu'en une année le radium perdait un centième de son émanation. Il y a donc usure, relative c'est vrai, mais usure.

On est à peu près fixé sur l'origine de l'hélion dans les sources, mais pour les autres gaz, c'est l'inconnu.

Ces gaz sont-ils réellement inertes ? M. Moureu ne le croit pas.

Le conférencier termine ainsi : au point de vue des gaz rares, tout reste à faire. Mais ce qu'il y a de net et de positif, ce sont les résultats de réaction sur l'organisme des eaux minérales. Ici la clinique a précédé la chimie et quand les chimistes disaient : « Il n'y a rien dans les eaux de Plombières et de Néris, » les cliniciens montraient les résultats obtenus. La conclusion vient d'elle-même, on voit par ce qu'il y a à découvrir encore, combien est complexe la constitution d'une eau minérale, et il combien serait erroné de prétendre la remplacer par un tout synthétique fait dans le laboratoire.

L'eau minérale est un bloc, un tout, comme la digitale, la belladone, on ne peut en distraire une parcelle sans en altérer la constitution. Dr DEDET (de Martigny).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1906)

Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. — De même qu'il y a eu d'abord la syphilis, puis la parasyphilis, de même, grâce à M. Poncet, nous avons aujourd'hui, après la tuberculose, la paratuberculose. Nos lecteurs connaissent les travaux de notre éminent confrère de Lyon sur le rhumatisme tuberculeux, les inflammations tuberculeuses; M. Poncet va plus loin dans ses recherches et s'applique à nous démontrer aujourd'hui que les adénomes du sein, du corps thyroïde doivent être aussi d'origine tuberculeuse.

Dans une importante communication, que nous regrettons, faute de place, de ne pouvoir reproduire *in extenso*, M. Poncet rappelle d'abord la théorie inflammatoire des adénomes, si brillamment défendue par Delbet. Il faudrait donc soustraire de la classe des tumeurs tout un groupe de néoplasies bénignes relevant en réalité de processus infectieux; dans ce groupe rentrerait, suivant les formes ou les phases diverses de l'évolution, l'adénome kystique, l'adénome végétant, le fibro-adénome, la mastite noueuse, voire même la maladie kystique de Reclus. Ce qui est vrai du sein, ajoute M. Poncet, l'est certainement de toutes les glandes. L'adénome du sein ne serait donc qu'un produit d'inflammation, mais quelle est la cause de cette inflammation? C'est ici que nous entrons dans le cœur du sujet traité par M. Poncet.

Il passe d'abord en revue toutes les recherches histologiques ou bactériologiques entreprises pour élucider cette question. Les cultures sont restées stériles. Ferrier, en 1895, ne trouvait aucun résultat probant; Rénon tout récemment déclarait n'avoir jamais pu mettre en évidence un microbe quelconque, les inoculations restant d'autre part constamment négatives. Dès lors, ajoute M. Poncet, c'est la clinique qui doit indiquer le sens des recherches. Depuis quatorze ans tous les faits d'adénomes du sein de son service ont été étudiés dans cette orientation. Dans un cinquième des faits, il existait en même temps une tuberculose viscérale, en évolution, le plus souvent discrète à type fibreux.

Il y a donc lieu de se demander si dans certaines conditions, la tuberculose n'interviendrait pas dans la production des adénomes. M. Poncet nous expose ici les raisons qu'il a de le

penser; la fréquence des proliférations acineuses, à type d'adénomes, au voisinage des foyers tuberculeux ganglionnaires, la coexistence relativement commune des tumeurs bénignes et de la tuberculose, la fréquence de l'hérédité tuberculeuse chez les jeunes filles atteintes d'adénomes, telles sont les raisons invoquées et développées par M. Poncet en faveur de l'origine tuberculeuse des adénomes du sein.

Même remarque au point de vue du goitre, de l'adénome thyroïdien.

Il ne s'agit pas là de tuberculose vraie des glandes, au sens classique du mot. Tout se passe en dehors de la granulation et de la cellule géante. La tuberculose en pareil cas agirait comme irritation. Il s'agit de *tuberculose inflammatoire*.

A propos des adénomes, M. Poncet conclut donc ainsi :

Il est toute une catégorie de tumeurs bénignes adénomateuses, d'origine inflammatoire, qui relèvent de la tuberculose. Cette infection engendre dans les glandes, non seulement de l'hypertrophie et de la sclérose, mais l'adénome typique avec toutes ses formes évolutives. Les unes et les autres sont, maintes fois, des produits réactionnels de l'infection tuberculeuse, des localisations de la tuberculose inflammatoire.

Une dernière remarque.

Ce qui est vrai pour le sein, pour le corps thyroïde, etc., l'est, au nom de la pathologie générale, pour tous les appareils glandulaires.

L'hypothèse doit être généralisée. Aiguillées dans cette nouvelle direction, de nombreuses observations cliniques justifieront journellement une telle conception.

Si séduisante, si rationnelle même que soit la théorie proposée par M. Poncet, il faut reconnaître qu'elle est, par sa nouveauté, quelque peu osée. Aussi comprenons-nous les objections d'un de nos maîtres les plus autorisés, de M. L. Labbé, s'écriant : « Comment! vous avouez vous-même, malgré toutes vos recherches, n'avoir jamais trouvé la moindre lésion tuberculeuse; vos examens histologiques, vos inoculations sont toujours restés sans résultat, et vous concluez que l'adénome du sein est d'origine tuberculeuse! » M. Labbé avoue rester perplexe devant une pareille contradiction.

M. Poncet répond à M. Labbé par une comparaison très ingénieuse entre ces lésions paratuberculeuses et les lésions parasyphilitiques si bien étudiées par M. Fournier. On peut bien admettre que, comme pour la syphilis, il existe pour la tuberculose des formes moins nettes, moins virulentes. M. Poncet cite l'exemple d'un homme qui avait au poignet gauche une tumeur blanche, au poignet droit une synovite à grains rhiziformes, au talon gauche une synovite tendineuse purement séreuse; pourquoi ne pas admettre que toutes ces lésions soient sous l'influence du même agent causal, la tuberculose? On n'a vu jusqu'ici qu'une forme de la tuberculose, la forme nettement infectieuse. Mais à côté de ces grosses lésions nettement tuberculeuses, il y a en a d'autres moins nettes, moins virulentes, de même que, dans la syphilis, il n'y a pas que le chancre et la gomme.

M. Labbé ne se laisse pas convaincre et il invoque à l'appui de son opinion cet autre argument que des femmes atteintes et opérées largement d'adénomes du sein sont restées guéries sans jamais présenter de récidive. Est-ce là le fait d'une évolution tuberculeuse?

A cela, M. Poncet répond qu'il s'agit de lésions minimes, non virulentes; de lésions paratuberculeuses.

M. Fournier déclare professer pour la tuberculose la même opinion que pour la syphilis. C'est dire qu'il partage tout à fait la manière de voir de M. Poncet. En se plaçant uniquement sur le terrain de la dermatologie, combien d'affections cutanées ont été reconnues d'origine tuberculeuse, qui pourtant ne s'inoculent pas et n'inoculent pas la tuberculose! Si l'on prend le lupus, par exemple, il faut 50 à 60 préparations de lupus avant d'y trouver un bacille de Koch. A côté de la tuberculose vraie, il y a la paratuberculose. Ce que dit M. Poncet de la tuberculose, M. Fournier le dit de la syphilis, c'est la même conception. La syphilis ne fait pas que de la syphilis, elle fait aussi de la parasyphilis, c'est-à-dire des lésions qui, en apparence, n'ont rien de commun avec la syphilis vraie et qui, de plus, restent rebelles au traitement antisyphilitique. Qui n'a vu fondre une gomme en quinze jours sous l'influence de l'iodure de potassium? Que font le mercure et l'iodure contre le tabes ou la paralysie générale? Et l'hérédité syphilitique qui produit des difformités dont on a longtemps méconnu l'origine syphilitique, telles que le pied bot, la luxation congénitale de la hanche, des dents spéciales, etc. A côté de la syphilis, il y a une parasyphilis, comme certainement à côté de la tuberculose, il y a une paratuberculose. M. Poncet a bien fait d'appeler l'attention sur ces faits de paratuberculose.

Pour peu que nous progressions dans cette voie si heureusement ouverte par M. Fournier et si brillamment parcourue par M. Poncet, l'étude de la pathologie se trouvera singulièrement simplifiée, puisque le cadre nosologique ne contiendra plus que deux maladies, la tuberculose et la syphilis.

Décortication du poumon. — M. Picqué présente un cas de décortication du poumon par le procédé de M. Delorme, qu'il a fort heureusement appliqué sur un homme atteint de pleurésie purulente.

Un crachoir. — M. Brouardel présente, au nom de M. Fournier, un crachoir qui diffère des anciens en ce qu'il est muni d'un couvercle qui se relève lorsqu'on porte la main sur un levier ou qu'on pose le pied sur une pédale. Cette addition fait du crachoir de M. Fournier l'appareil qui satisfait le mieux aux exigences de l'hygiène.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 5 avril 1906)

Deux cas de myasthénie bulbo-spinale. — MM. Raymond et Lejonne présentent une femme de trente-huit ans, atteinte depuis deux ans et, semble-t-il, d'une façon grave, et un homme de vingt-six ans, malade seulement depuis deux mois et qui paraît actuellement en voie d'amélioration. Les deux patients présentent une anémie avec hypoleucocytose considérable : les polynucléaires sont très diminués, les mononucléaires au contraire, légèrement augmentés, sont surtout représentés par des formes adultes et en voie de désintégration. Cette constatation est importante, remarque M. Raymond : dans un travail publié l'an dernier (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1905). MM. Raymond et Alquier notent, dans le cas autopsié par eux, l'appauvrissement considérable du tissu lymphoïde de la rate et des ganglions. — M. Sicard fait observer que dans la maladie d'Addison, dont l'asthénie est un symptôme cardinal, les mêmes altérations leucocytaires ont été signalées. — Le rapprochement entre les deux malades, ajoute M. Lejonne, est d'autant plus intéressant que, dans les deux, on trouve de l'hypotension artérielle. — Enfin

M. Raymond insiste sur la gravité de la paralysie asthénique bulbo-spinale, puisque, sur 38 cas relevés par lui dans la littérature, 26 se sont terminés par la mort.

Paralysie pseudo-bulbaire chez un enfant de quinze ans. — MM. Raymond et Lejonne. Elle est survenue l'an dernier sans cause appréciable et s'est développée en six mois de temps.

Syringomyélie spasmodique avec attitude spéciale du bras. — MM. Raymond et Français. Cas très net : les membres supérieurs sont en hyperextension et pronation forcée.

Aphasie tactile. — MM. Raymond et Egger. Une malade de soixante et un ans, atteinte d'une monoplégie brachiale droite, en grande partie guérie, ne présente d'autre trouble de la sensibilité que l'impossibilité de nommer les objets qu'on place dans sa main et dont elle définit toutes les qualités physiques. Bien entendu, il n'y a pas d'aphasie vraie. Cette malade se trouve, vis-à-vis du sens du palper, dans la même situation qu'une surdité verbale vis-à-vis du langage articulé.

Blessure par arme à feu des quatre dernières racines lombaires et des quatre premières sacrées : opération, guérison. — MM. Raymond et Rose.

Sclérose latérale amyotrophique anormale, avec autopsie. — MM. Lejonne et Lhermitte. Deux particularités à noter dans ce cas : d'abord, la localisation hémiplégique des symptômes pendant deux ans, puis des douleurs très vives du côté atteint, spontanées et provoquées par la pression des masses musculaires. A l'autopsie, sclérose latérale typique avec intégrité des nerfs périphériques et des cordons postérieurs.

Onze cas de névralgie faciale momentanément guéris. — MM. Lévi et Baudouin présentent 11 malades traités par le procédé qu'ils ont décrit le mois dernier dans la *Presse médicale* (injections sur les trois branches du trijumeau). Les douleurs ont totalement disparu ; le cas le plus ancien date de six mois ; un des malades avait subi sans succès une intervention chirurgicale. Il n'y a pas eu d'autre accident qu'une parésie de la troisième paire, pendant quelques jours.

Paralysie du tibial à la suite d'une élongation de ce nerf. — MM. Raymond et Bruel. Paralysie des muscles innervés par le nerf tibial antérieur durant depuis trois semaines, chez un homme qui était resté pendant longtemps sur un genou, le pied en hyperextension (position du tireur à genoux) pour nettoyer le fond d'une grande cuve. — M. Souques vient d'observer un cas identique. Aucun des deux malades ne présente d'autre signe de névrite que la paralysie ; celui de M. Souques a guéri rapidement.

Volumineuse tubercule de la calotte protubérantielle. Etude anatomo-clinique. — M. Alquier. Homme de trente-six ans ; les symptômes avaient fait croire à la neuro-fibromatose : paralysie faciale droite, hyperesthésie de la cinquième paire gauche, hypoacousie gauche, dysarthrie, enfin, paralysie associée des mouvements de latéralité des yeux. Du côté des membres, parésie et asynergie cérébelleuse à gauche, légère hypoesthésie droite, exaltation de la plupart des réflexes, ébauche du signe de Babinski. A l'autopsie, tubercule caséifié détruisant toute la calotte protubérantielle, sauf au niveau de son quart supérieur : ce cas, très intéressant au point de vue de la pathogénie des paralysies associées des moteurs oculaires, montre que la caséification du tubercule dans le tissu nerveux n'est pas due à la confluence des cellules géantes, qui étaient bien isolées les unes des autres ; le tubercule est entouré d'une coque de sclérose névroglique très dure et épaisse, bien qu'il s'agisse d'un tubercule en activité ; enfin, il n'y a aucune réaction à distance dans les cellules du cerveau et de la moelle, qui sont parfaitement normales.

Iconographie de l'évolution d'un cas de maladie des tics. — M. Roubinowitch. Des photographies d'un tiqueur, prises à douze ans de distance, montrent que la volonté seule du sujet, non systématisée par la rééducation, n'aboutit qu'à la transformation et à l'extension des tics, non à leur guérison.

Syndromes de Landry avec autopsie. Réaction polynucléo-lymphocytique dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Sicard et Bauer. Evolution en huit jours chez un garçon de quinze ans. Liquide céphalo-rachidien riche en polynucléaires avec lymphocytes. Lésions de méningo-myélite aiguë. La polynucléose céphalo-rachidienne constitue un signe différentiel entre le type névritique et le type poliomyélitique du syndrome de Landry.

Deux cas de zona à systématisation discutable. — MM. Souques et Vincent. Au premier abord, la topographie coïncide avec la topographie radiculaire du schéma de Kocher ; une étude approfondie montre que, probablement, ce cas n'est pas « radiculaire » les schémas actuels seraient à revoir.

Syphilis nerveuse et tabes. — MM. Déjerine et Léenhardt. Huit ans après un chancre de la lèvre, le malade eut un ictus et une hémiplégie. Récemment il est devenu tabétique des membres inférieurs. Du côté hémiplégié, les réflexes sont restés forts au membre supérieur ; ils sont abolis à l'inférieur. — M. Babinski dit avoir observé plusieurs cas analogues.

Etude des lésions dans un cas de sclérose latérale amyotrophique. — MM. Rossi et Roussi. Lésions des cornes postérieures, de deux racines postérieures, enfin des cordons postérieurs en plus des lésions classiques dans cette maladie.

ANALYSES

MÉDECINE

La pharyngite à méningocoques comme origine de la méningite épidémique. (A. Ostermann. *Deuts. med. Wochens.*, 15 mars 1906, n° 11, p. 414.) — Les recherches rapportées dans cet article ont été effectuées pendant la récente épidémie de méningite cérébro-spinale de Silésie. Elles apportent une nouvelle confirmation de la théorie de l'origine pharyngienne de la méningite méningococcique.

Ces recherches ont porté sur six familles dans chacune desquelles s'étaient montrés un ou plusieurs cas de méningite, et ont été réglées de la façon suivante. Chez les membres de la famille restés indemnes de méningite, l'auteur a prélevé, à l'aide d'un fil de cuivre recourbé, garni à son extrémité d'un petit tampon d'ouate stérilisée et introduit par la bouche, du mucus du naso-pharynx. Ce mucus a été ensemencé en boîtes de Petri contenant de l'agar-ascite, à la surface de laquelle on frottait les petits tampons d'ouate.

Dans chacune des six familles, parfois chez un seul individu, le plus souvent chez plusieurs, la présence du méningocoque dans le mucus nasal a été constatée. Les méningocoques isolés ont été identifiés, non seulement grâce aux caractères morphologiques et culturaux, mais encore à l'aide de

sérums spécifiques, fortement agglutinants pour le méningocoque, et à peu près sans action sur les pseudo-méningocoques.

Chez quelques-unes des personnes ainsi examinées, il existait un catarrhe naso-pharyngien plus ou moins intense; chez d'autres, ce catarrhe avait existé, mais était guéri au moment de l'ensemencement; chez d'autres, enfin, aucun phénomène morbide ne révélait la présence de l'agent spécifique.

Dans plusieurs cas, l'auteur a pu pousser plus loin ses recherches et démontrer comment les porteurs de méningocoques atteints de rhinite ont pu contaminer leurs compagnons d'atelier ou d'école et devenir le point de départ de foyers épidémiques en des endroits jusqu'alors indemnes de méningite cérébro-spinale. Il a démontré, par des expériences ingénieuses, comment ces mêmes individus en toussant, en éternuant, ou même en parlant, peuvent projeter des microbes jusqu'à 50 centimètres d'eux et déterminer l'éclosion de colonies typiques de méningocoques sur des boîtes d'agar-ascite disposées à cette distance de leur bouche.

Des tentatives thérapeutiques diverses lui ont démontré qu'il n'existe aucun moyen de hâter la disparition du méningocoque et que ce microbe peut rester pendant très longtemps dans le naso-pharynx sans qu'il soit possible de l'en déloger.

Ces recherches ont pour corollaire des règles d'hygiène minutieuses qu'il est facile d'en déduire et que l'auteur détaille avec soin.

Ajoutons qu'il se déclare partisan convaincu de la pénétration du méningocoque au niveau du pharynx et de sa localisation secondaire sur les méninges par la voie de la circulation générale.

A. LEMIERRE.

Sérum antigonococcique efficace dans le traitement du rhumatisme gonococcique. (John C. TORREY. *Journ. of the Amer. Assoc.*, vol. XLVI, n° 4, 27 janv. 1906, p. 261-263.) — **Traitement du rhumatisme gonococcique par un sérum antigonococcique.** (John ROGERS. *Ibid.*, p. 263-267.) — L'échec des tentatives en vue d'obtenir un sérum antigonococcique tient à l'une des raisons suivantes : *a.* une attaque du gonocoque ne confère pas l'immunité, loin de là; *b.* il n'existe pas de cas bien établi d'infection gonococcique chez les animaux; *c.* le gonocoque ne prospère pas en milieux artificiels; *d.* enfin, on ne peut immuniser (Wassermann et Nicolaysen) les animaux contre les toxines du gonocoque parce que cette toxine est une endotoxine et ne diffuse dans les tissus qu'après la mort du gonocoque. Torrey a cependant préparé un sérum antigonococcique. Le meilleur milieu de culture est un mélange à parties égales de liquide ascitique et de bouillon peptoné légèrement acide. Les vieilles cultures de gonocoque sont aussi actives que les jeunes. L'animal choisi fut le lapin. L'inoculation fut faite tous les six jours dans le péritoine avec 10 centimètres cubes de cultures âgées de six à quinze jours. La première infection donne d'assez sérieuses réactions, mais les suivantes sont bien tolérées. Après un certain temps, les animaux deviennent très sensibles aux infections et finissent par succomber. Le sérum est obtenu en saignant l'oreille d'abord, et plus tard la carotide. Le sérum recueilli après beaucoup d'inoculations est plus actif que celui du début. Quelques points de ses expériences donnent à penser à Torrey qu'il peut y avoir parfois immunisation contre la toxine du gonocoque, contrairement à l'opinion de Wassermann.

Rogers a essayé le sérum de Torrey dans huit cas qu'il relate. La dose injectée fut de XXX à XL gouttes au bras. L'amélioration de l'arthrite et des phénomènes inflammatoires fut presque immédiate dans tous les cas. L'injection de sérum fut suivie parfois de réaction locale et d'érythème. Le nombre des injections varie d'une à six.

F. GARDNER.

Les entérorragies occultes dans la fièvre typhoïde. (*Riforma medica*, 3 fév. 1906, n° 5.) — Certaines hémorragies intestinales peuvent passer inaperçues par la simple inspection et doivent être recherchées par des procédés de laboratoire. M. Dario ROMANI a recherché la présence du sang dans les déjections de 50 typhiques, soit par la résine de gaïac, soit par l'aloïne. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Toute entérorragie qui se manifeste au cours de l'infection éberthienne est précédée pendant quelques jours de l'apparition de petites traces de sang dans les fèces, reconnaissables seulement avec des procédés particuliers de recherches; 2° pendant l'infection typhique s'il se manifeste des symptômes de péritonite, outre les moyens ordinaires de diagnostic entre la forme par perforation et par propagation, la présence du sang dans les fèces sera d'un bon secours ; elle se rencontre en effet constamment dans le premier cas et manque dans le second; 3° l'administration d'un purgatif à un typhique, surtout dans le troisième et quatrième septenaire, peut être suivie de l'apparition de petites traces de sang dans les fèces qui peut préluder à une véritable entérorragie; 4° la recherche systématique du pigment hématique dans les fèces des typhiques peut nous fournir un critérium de l'état de réparation de l'intestin; son apparition nous démontre en effet qu'on n'a pas encore obtenu une réparation complète du processus ulcératif; 5° la présence de sang dans les matières fécales des typhiques n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie; on peut en effet la rencontrer dans des cas très légers tandis que de nombreuses formes graves évoluent sans qu'apparaisse jamais l'hématine dans les fèces.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le fibrino-diagnostic dans les affections de l'enfance. (*Revista clin. pediat.*, 1905, n° 9.) — Le fibrino-diagnostic peut d'après BERTINI rendre de grands services dans certaines affections infantiles; il l'a constamment trouvé positif dans la pneumonie, fréquemment dans la bronchite, la broncho-pneumonie et diverses maladies fébriles ou même non fébriles. L'auteur cite un cas où le professeur Concetti fit le diagnostic de pneumonie centrale basée uniquement sur le fibrino-diagnostic; il s'agissait d'un enfant chez qui tout signe stéthoscopique faisait défaut, et qui présentait de la fièvre, de la raideur de la nuque, de l'assoupissement et un état typhoïde. S'appuyant sur le fibrino-diagnostic, Concetti refusa d'admettre l'existence d'une fièvre typhoïde, et le lendemain les phénomènes pulmonaires apparurent qui lui donnèrent raison.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PERFORATIONS INTESTINALES D'ORIGINE TYPHIQUE (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — La perforation est parfois annoncée par des PRODROMES LOCAUX : α. *météorisme excessif*; β. *diarrhée profuse* (60 fois sur 69, Murchison); γ. *hémorragies intestinales* : celles-ci, dans un tiers des cas, constitueraient le premier symptôme de la perforation; δ. à ces signes classiques, Cushing ajoute la *douleur*, légère, mais fixe, persistante, traduisant une inflammation limitée du péritoine (*état de préperforation*) et qui, brusquement, acquiert une extrême intensité au moment où se produit la perforation. Quant aux PRODROMES GÉNÉRAUX, ils consistent en une aggravation de tous les symptômes, parfois en une diminution des troubles cérébraux précédemment notés (Griesinger, Liebermeister).

A la PÉRIODE D'ÉTAT, la perforation peut déterminer : α. une péritonite aiguë généralisée à grand fracas; β. une péritonite aiguë généralisée insidieuse; γ. une péritonite enkystée; δ. elle peut coexister avec une hémorragie; ε. elle présente, chez l'enfant, quelques caractères particuliers.

I. La *péritonite aiguë généralisée à grand fracas* débute par une *douleur* subite, extrêmement violente, d'abord localisée au flanc droit, puis généralisée. Ces caractères, mais surtout le dernier : localisation initiale, généralisation ultérieure, sur lequel a récemment insisté M. Loison, sont extrêmement importants pour le diagnostic. Dans les heures qui précèdent la mort, la douleur s'atténue, puis disparaît. En même temps, la *température se modifie* : tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle subit une baisse brusque et marquée. Cette chute brusque, non accompagnée de frissons, est suivie d'une réascension lente. Tantôt, au contraire, la température s'élève (Homolle, Lereboullet, Lorain, Griesinger), cette élévation s'accompagnant de frissons; tantôt, enfin, elle ne subit aucune modification. Les *nausées* précèdent de peu les *vomissements*, d'abord muqueux, alimentaires, puis porracés, exceptionnellement fécaloïdes (Murchison). Les évacuations se suppriment. Les *évacuations alvines se suppriment*, bien que, dans certains cas, l'on ait pu constater de la diarrhée (Griesinger). Le ventre présente d'abord, au point correspondant à la perforation, une *défense musculaire nette*, accompagnée d'*hyperesthésie cutanée*. Parfois, il reste ainsi pendant toute la durée de la maladie; le plus souvent, ce ventre d'abord dur, en bateau, se ballonne rapidement : le *météorisme* fait de si grands progrès qu'il peut arriver *à masquer complètement la matité hépatique*, signe décisif (Griesinger). Les *signes physiques* sont *réduits au minimum*, l'épanchement se disséminant au milieu des anses intestinales (Id.). Cependant Levaschoff a signalé un bruit hydro-aérique spécial, se produisant dans les grandes inspirations, et dû au passage des gaz intestinaux dans la cavité péritonéale. Les *symptômes généraux* sont ceux des péritonites aiguës par perforation : voix cassée, respiration embarrassée et anxieuse, facies péritonéal (yeux excavés, nez effilé, extrémités froides), collapsus rapide avec petitesse, accélération et irrégularités du pouls, sueurs visqueuses, algidité périphérique. La *mort* est la terminaison fatale.

II. Les *formes insidieuses* de la péritonite aiguë généralisée (Murchison, Dieulafoy, Lereboullet) seraient, pour M. Dieulafoy, les plus fréquentes. Leur latence peut être due au délire et à la stupeur du malade; d'autres fois, elle est le fait d'une petite perforation, permettant le passage fractionné des matières dans le péritoine (Dieulafoy). Sur quels signes se baser alors pour affirmer le diagnostic?

La *chute brusque de la température* (5 degrés dans un cas de Dieulafoy), sans frissons, est inconstante, capable d'induire en erreur (Noël Mauger). Le *tympanisme* peut être remplacé par de la rétraction du ventre. Le *hoquet*, auquel Trousseau et Dieulafoy attribuent une grande importance, est souvent tardif; d'autre part, il peut être indépendant de toute perforation intestinale. On attachera plus d'importance : α. à la *douleur à la pression* et à la *défense musculaire*, premiers symptômes observés (Broudic); β. aux *modifications du cœur* : tachycardie, et *du pouls*, hypotension subite (Siredey), variations rapides (Lereboullet); γ. au *facies*.

La péritonite aiguë généralisée *se termine* presque toujours par la mort. Annoncée par la disparition de la matité hépatique, celle-ci survient, le plus souvent, au bout de deux ou trois jours. Parfois la maladie, entrecoupée par des rémissions, se prolonge huit à dix jours. Dans quelques cas tout à fait exceptionnels (Griesinger, Bühl, Bucquoy, Reunert, Dieulafoy, Widal), elle guérit par enkystement.

III. Les *péritonites localisées* s'observent surtout dans les perforations du gros intestin et de l'appendice. Elles peuvent aboutir à la péritonite généralisée.

IV. Lorsque *hémorragies intestinales et perforations coïncident*, l'évolution est extrêmement rapide, et la terminaison, toujours fatale.

V. Chez les *enfants*, les perforations, peut-être plus fréquentes qu'il n'est classique de le dire (Méry), surtout au-dessus de huit ans, et chez les garçons, elles siègent habituellement sur la dernière partie de l'intestin grêle. Exceptionnellement, elles peuvent occuper le duodénum (Legendre), le cæcum, le côlon (Orton), l'S iliaque (Méry), le rectum (Hutinel), l'appendice [Murchison, Zuber] (1), le diverticule de Mœckel (Heurtaux). Le plus souvent uniques (exception : cas de Morestin, Brun), elles se produisent vers la fin de la deuxième ou au cours de la troisième semaine; assez fréquemment, elles surviennent au moment d'une rechute. Comme chez l'adulte, elles peuvent débuter par une hémorragie intestinale. Leurs symptômes et leur évolution n'offrent rien de spécial; elles peuvent, exceptionnellement, aboutir à la guérison spontanée (cas de Genge et de Montmollin, douteux).

Le PRONOSTIC des perforations typhiques, chez l'enfant comme chez l'adulte, est donc extrêmement grave, et la mortalité n'est pas loin d'atteindre 100/100 (Murchison).

DIAGNOSTIC. — Il serait tout à fait important, pour que l'intervention chirurgicale réussisse, que le diagnostic soit fait de bonne heure et à coup sûr. Malheureusement, il n'existe pas de signe pathognomonique de la perforation :

1. L'HYPOTHERMIE, que M. Dieulafoy considère comme un signe de grande valeur, peut manquer ; même lorsqu'elle existe, elle ne peut, dans tous les cas, être considérée comme pathognomonique d'une perforation, puisqu'on l'observe : a. au *stade amphibole*, où elle s'accompagne parfois de collapsus. Il est vrai que, dans ce cas, elle survient entre le fastigium et le déclin de la fièvre, au milieu d'une courbe thermique irrégulière ; b. *à la suite de l'administration de bains froids* (collapsus post-balnéaire); c. de *l'absorption de certains médicaments* (quinine, digitale); d. dans les *formes hépatiques de la fièvre typhoïde* (Roger) [mais, dans celle-ci, le ventre reste souple, et le pouls bon]; e. au cours de certaines *complications pulmonaires*, *utérines* (règles, avortement), ou *hémorragiques* (épistaxis).

2. Les MODIFICATIONS DU POULS sont assurément très importantes pour le diagnostic. Toutefois, elles s'observent aussi : *a*. dans les *hémorragies intestinales* où les symptômes locaux sont différents de ceux des perforations (douleur éphémère, pas de défense musculaire, pas de météorisme progressif, présence du sang dans les selles, etc.); *b*. dans la *myocardite* (v. Myocardites aiguës, *Gaz. des hôp.*, 1903, n° 15).

3. Le HOQUET est inconstant, tardif; le MÉTÉORISME EXAGÉRÉ se voit dans beaucoup de formes graves non compliquées de perforations.

4. Les DOULEURS ABDOMINALES, en dehors de la perforation, peuvent être constatées dans α. la *rupture des grands droits* : elles surviennent alors, dans la plupart des cas, après un effort et s'accompagnent d'une tuméfaction superficielle au niveau de ces muscles; β. la *cholécystite*, la douleur siège au niveau de la vésicule; il y a un léger ictère cutané et urinaire; γ. la *thrombose iliaque*; δ. *certaines pneumonies*, etc., etc.

5. Les VOMISSEMENTS incoercibles peuvent s'observer en dehors de toute perforation (Variot).

Aucun des signes précédents n'est donc pathognomonique, *leur constatation simultanée a beaucoup plus de valeur*, encore que, dans certains cas (Alglave, Rochard), elle ait conduit à une intervention inutile, l'opération n'ayant permis de déceler aucune perforation. *(A suivre.)*

(1) Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 40, p. 478.

(1) Quelques-unes de ces perforations appendiculaires sont dues à des appendicites banales, paratyphoïdes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — SAMEDI 14 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 14 AVRIL 1906. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante de M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris :

« Paris, le 11 avril 1906.

Monsieur le directeur,

Vous avez cru devoir reproduire, dans votre numéro du 10 avril courant, la lettre que M. le président du jury du concours de l'Internat m'a fait remettre le 3 avril.

Je vous prie de vouloir bien insérer en même place la réponse que j'ai eu l'honneur d'adresser le 7 avril à M. le docteur Barth.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, avec tous mes remerciements anticipés, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le directeur de l'Administration générale
de l'Assistance publique.
G. MESUREUR. »

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de la lettre par laquelle vous avez bien voulu me demander d'apporter une modification au classement des candidats établi à la suite du concours de l'Internat en médecine, en intervertissant l'ordre de nomination de deux d'entre eux, Mlle L... et M. B...

Permettez-moi d'abord de vous faire remarquer, monsieur le président, que si le jury n'a pas pris connaissance du classement dont il s'agit, c'est parce que MM. vos collègues, dans leur empressement à quitter la salle des séances, n'ont pas voulu entendre la communication qui allait leur en être faite, et vous conviendrez avec moi qu'il n'appartenait pas à l'Administration de les retenir.

J'ajouterai qu'en adoptant le procès-verbal, ils ont par le fait même approuvé le classement des candidats qui s'y trouvait inséré.

Ce classement a été établi suivant les usages constamment suivis et qui n'avaient jusqu'alors jamais provoqué la moindre réclamation. Les jurys successifs ont sans doute estimé qu'il convenait de tenir compte des services *effectifs*, en classant les candidats ayant accompli un service ininterrompu avant ceux que leurs obligations militaires avaient tenus éloignés des hôpitaux. Il n'y a, d'ailleurs, dans le règlement aucune disposition à cet égard, le jury ayant toute latitude et toute responsabilité pour établir en toute indépendance de conscience l'ordre des concurrents. C'est vous dire que l'Administration n'eût élevé aucune objection si le jury du dernier concours avait décidé de pratiquer autrement que ses devanciers. Le classement des concurrents, publié depuis déjà une semaine, doit donc être tenu comme ayant été déterminé par le jury lui-même, et il ne serait peut-être pas sans inconvénients de reconnaître, en le modifiant, qu'il n'en a pas été ainsi.

L'ordre des candidats devrait, en effet, être profondément remanié, car la question qui se pose pour Mlle L... et pour M. B... se poserait également pour seize autres candidats, et l'on ne saurait s'en tenir aux deux concurrents sur lesquels vous avez bien voulu appeler mon attention. On doit considérer aussi que ces changements éventuels ne seraient pas sans provoquer des réclamations inverses, ce qui ne serait pas moins fâcheux. Je crois, d'autre part, savoir que M. B... n'attache que peu d'importance au rang qui lui a été attribué et qu'il ne réclame que pour le principe : or, il ne saurait être question de la violation d'un principe qui n'existe pas, le jury étant absolument maître des règles à suivre pour le classement des candidats.

Telles sont les considérations que j'ai cru devoir vous soumettre à titre personnel et confidentiel. Dans ces conditions, j'estime — et je veux espérer que vous vous rallierez à ma manière de voir — qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réclamation dont vous avez bien voulu vous faire l'interprète.

Agréez, etc...

Le directeur de l'Administration générale
de l'Assistance publique,
Signé : G. MESUREUR.

(*Voir les* Nouvelles, *p. 526.*)

REVUE GÉNÉRALE

L'APPENDICITE TUBERCULEUSE

Par Gabriel HÉRISSON,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. Fréquence. — Par appendicite tuberculeuse il faut entendre l'inflammation aiguë, subaiguë ou chronique de l'appendice sous l'influence du bacille de Koch. Ces lésions appendiculaires peuvent être consécutives à des lésions cæcales ou iléo-cæcales : la symptomatologie appendiculaire est alors à peu près muette, la tuberculose iléo-cæcale est tout. Mais la tuberculose appendiculaire peut aussi exister seule, ou tout au moins primitivement seule, en dehors de toute tuberculose iléo-cæcale antécédente; elle constitue alors une entité morbide spéciale, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique. Nous aurons seulement en vue dans cette étude les lésions isolées ou primitivement isolées (car la tuberculose cæcale peut compliquer secondairement la tuberculose appendiculaire) qui constituent la véritable appendicite tuberculeuse.

Ainsi entendue, l'appendicite tuberculeuse n'est pas très fréquente. Letulle, dans la thèse de Lesueur (1), a donné le résultat de 500 autopsies. Il a trouvé des lésions tuberculeuses de l'appendice dans 144 cas; dans 91,6 p. 100 de ces cas, il y avait en même temps tuberculose cæcale. Il n'y avait appendicite tuberculeuse solitaire que dans 8,3 p. 100 des cas. Mais les 500 autopsies de Lesueur n'ont porté que sur des tuberculeux — soit sujets morts de tuberculose, soit sujets porteurs de lésions tuberculeuses en évolution et morts d'une maladie intercurrente, soit enfin sujets porteurs de lésions tuberculeuses anciennes, guéries. Evidemment chez de tels individus l'appendicite tuberculeuse est beaucoup plus fréquente que chez des individus non tuberculeux. Aussi le chiffre de 8,3 p. 100 n'exprime-t-il que la fréquence de l'appendicite tuberculeuse chez les tuberculeux et non la fréquence réelle de l'appendicite tuberculeuse. Toutes les autres statistiques, celle de Fenwick et Dodwel (2), celle de Kelly et Hurdon (3), celle de Tuffier et Jeanne (4), donnent un pourcentage moins élevé. En combinant les résultats comparatifs de ces différentes statistiques, on arrive au chiffre de 1-2 p. 100. Autrement dit : sur 100 appendicites, il n'y a qu'une ou deux fois appendicite tuberculeuse.

II

Etiologie. Pathogénie. — Existe-t-il une appendicite tuberculeuse primitive? Le bacille de Koch peut-il léser l'appendice avant d'avoir touché aucun autre organe de l'économie? Le fait serait exceptionnel d'après Letulle : « Ce n'est que dans des cas extrêmement rares qu'à l'autopsie de sujets ne présentant pas trace de tuberculose pulmonaire, la bacillose intestinale se trouve circonscrite à l'appendice. » Il en existe cependant des cas non douteux. Cathelin (1) a rapporté l'observation d'un malade chez lequel l'appendicite tuberculeuse paraissait bien être primitive. Il n'y avait aucune trace de tuberculose dans le poumon ou l'intestin grêle. Le cæcum et le péritoine étaient touchés, mais leurs lésions étaient plus récentes et certainement secondaires à celles de l'appendice. D'ailleurs, comme le fait remarquer Lesueur (2), la question peut être discutable au point de vue anatomo-pathologique pur, mais au point de vue clinique, il est hors de doute que, chez certains sujets, l'appendicite constitue la première manifestation apparente de la tuberculose.

La tuberculose de l'appendice est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle se développe surtout à l'âge adulte entre vingt et quarante ans, un peu plus tard par conséquent que l'appendicite banale qui frappe avec prédilection les enfants et les adolescents. Mais l'appendicite tuberculeuse comme la non tuberculeuse peut apparaître à tous les âges : on a cité un cas chez un nourrisson et un cas chez un vieillard de soixante ans.

En dehors de ces deux conditions étiologiques, âge et sexe, on sait peu de chose des causes préparatrices ou occasionnelles de l'appendicite tuberculeuse. On a noté l'influence des entérites et des gastropathies, celle de la coprostase, celle du traumatisme abdominal, en somme tous les facteurs capables de diminuer temporairement ou définitivement la résistance défensive de l'appendice.

Une question encore discutée est celle du rôle des appendicites antérieures. Elles favoriseraient l'infection tuberculeuse pour certains auteurs (Jalaguier). Pour d'autres, au contraire (Cornil, Richelot, Delagenière), la tuberculose précéderait les infections banales beaucoup plus souvent qu'elle ne les suivrait : en affaiblissant la défense phagocytaire des parois, elle préparerait la voie aux infections futures. En réalité, il est rare, très rare de trouver sur un même appendice des lésions d'appendicite banale et des lésions tuberculeuses. En se basant sur la rareté de cette coexistence, Letulle (3) s'est demandé s'il n'existerait pas un certain antagonisme entre le développement intra-appendiculaire du bacille de Koch et celui des microbes banaux de l'appendicite.

Etudions maintenant la *pathogénie* de l'appendicite tuberculeuse.

On sait qu'il existe pour expliquer la pathogénie de l'appendicite ordinaire deux théories :

1° *La théorie du vase clos* (Talamon, Dieulafoy) « qui considère qu'une certaine disposition anatomique, l'occlusion de la cavité appendiculaire, est la condition nécessaire et suffisante de l'infection »;

2° *La théorie de l'infection pure et simple* (Laveran, Poncet, Reclus, Jalaguier, Brun, etc.), qui tout en admettant l'infection en cavité close comme un mode

(1) Lesueur. Th. de Paris, 1903.
(2) Fenwick et Dodwel. *Lancet*, London 1892, 133.
(3) Kelly et Hurdon. *The vermiform appendix and its diseases*, Philadelphie 1903.
(4) Tuffier et Jeanne. Contribution à l'étude de l'appendicite basée sur 180 nécropsies, *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, 10 juin 1899.

(1) Cathelin. *Presse méd.*, 26 juillet 1898.
(2) Lesueur. Loc. cit., p. 34.
(3) Letulle : « La tuberculose de l'appendice, très ordinairement ulcérative, ne paraît pas favoriser le développement d'infections aiguës secondaires susceptibles d'y produire des poussées d'appendicite aiguë non tuberculeuse. Peut-être même, aurait-on, jusqu'à un certain point, le droit d'avancer que la bacillose et les infections microbiennes aiguës sont plutôt antagonistes à l'intérieur de l'appendice vermiforme du cæcum. » *Revue de la tuberculose*, 1905, 2e série, t. II.

particulier de l'infection, proclame que l'infection de l'appendice peut se produire en dehors de toute condition anatomique préalable.

De ces deux théories la seconde semble avoir aujourd'hui rallié la plupart des suffrages. C'est elle que nous adopterons pour expliquer le mécanisme pathogénique de l'appendicite tuberculeuse et nous nons efforcerons de montrer qu'à ce sujet l'infection par le bacille de Koch ne paraît pas différer très sensiblement des infections banales, staphylococciques, streptococciques ou colibacillaires.

Que l'anse iléo-cæco-appendiculaire, « ce carrefour de l'intestin, » comme on l'a dit, soit un lieu de prédilection pour la tuberculose intestinale, cela n'est pas douteux. Mais pourquoi l'appendice paraît-il particulièrement vulnérable à toutes les infections, y compris l'infection tuberculeuse? Il y a à cela deux grandes raisons : sa structure histologique et sa situation par rapport au cæcum.

L'histologie nous apprend que l'appendice est luxueusement pourvu de tissu lymphoïde. Cette grande richesse en follicules clos lui a valu d'être comparé à l'amygdale et aux ganglions lymphatiques. Or le tissu lymphoïde se laisse aisément pénétrer par le bacille tuberculeux. La tuberculose des ganglions est chose banale et la grande fréquence des lésions bacillaires de l'amygdale a été démontrée par Letulle et Escoimel (1). Il était donc à prévoir que l'appendice, l'amygdale de l'intestin, n'échapperait pas à cette loi. Les follicules clos, dont sa paroi regorge et qui la transforment en une vaste plaque de Peyer, sont en effet autant de points d'élection chers au bacille de Koch.

La situation de l'appendice par rapport au cæcum est encore une condition merveilleusement favorable à l'infection. Comme l'a montré Reclus (2), l'appendice n'est que « le diverticule d'un diverticule, le cæcum d'un cæcum ». Sa déclivité en fait un lieu de stagnation où les bacilles, une fois dans la place, pullulent tout à l'aise. Il est dès lors presque impossible à ce conduit long, étroit, parfois contourné sur lui-même, de se défaire des agents pathogènes. Aussi l'appendice héberge-t-il d'une façon permanente des microbes de toute variété. Il est en état de microbisme constant (3), alors même qu'il ne traduit de nulle façon apparente la présence de ses multiples hôtes. Et si l'appendicite tuberculeuse n'est pas plus fréquente que nous ne l'avons dit, c'est que les autres microbes, descendus dans l'impasse vermiforme, sont plus prompts dans l'attaque et plus offensifs par nature. Le bacille de Koch stagne donc lui aussi dans le cul-de-sac appendiculaire, il y végète silencieusement, il en attaque lentement la paroi et n'attend que l'occasion favorable pour prendre plus largement et plus franchement possession du territoire.

Comment le bacille arrive-t-il à l'appendice? Quelles sont les voies d'infection du vermium?

A priori il en est quatre :

La voie intestinale;
La voie péritonéale;
La voie lymphatique;
La voie sanguine.

Passons-les en revue.

(1) Letulle et Escoimel. *Bull. de la Soc. anat.*, 27 mars 1903.
(2) Reclus. *Presse méd.*, 8 juillet 1905, nº 54, p. 425.
(3) Gilbert et Lippmann. Microbisme normal de l'appendice, Soc. de biol., mars 1906.

La *voie intestinale* est de beaucoup la plus fréquente; c'est la voie presque exclusive. Le bacille est apporté par les aliments : lait, viande d'animaux tuberculeux; ou les crachats bacillifères déglutis chez les tuberculeux pulmonaires. Ou bien ce sont des ulcérations tuberculeuses préexistantes qui fournissent l'agent d'infection. Celui-ci est entraîné avec le bol alimentaire : il se glisse dans la cavité vermiculaire et grâce à l'accueil qui lui est fait s'y installe et s'y développe tout à loisir.

Par la *voie péritonéale* on admet que la tuberculose de la séreuse abdominale pourrait de proche en proche gagner toute l'épaisseur des parois appendiculaires. La périappendicite précéderait parfois l'appendicite vraie. Il est exact que cette marche des lésions existe pour les appendicites consécutives à la tuberculose péritonéale, mais dans l'appendicite véritable, solitaire, sans concomitance de tuberculose des organes voisins, c'est la marche exactement inverse que l'on observe. Letulle et Weinberg (1) qui ont très sérieusement étudié la question, sont formels à cet égard : pour eux la tuberculose de l'appendice débute toujours par la muqueuse et s'étend de la muqueuse vers la séreuse.

La *voie lymphatique* est tout à fait rare. On conçoit cependant que la tuberculose des ganglions mésentériques puisse gagner l'appendice par la voie des vaisseaux lymphatiques. Ce mécanisme est une hypothèse plus qu'une réalité et, que nous sachions, la démonstration n'en est pas encore fournie. On a aussi invoqué les connexions lymphatiques unissant l'ovaire et l'appendice pour expliquer certains cas où la tuberculose existait à la fois sur l'appendice et sur les annexes droites. Mais que devient cette explication s'il est vrai que ce trait d'union lymphatique appendiculo-ovarien, décrit par Clado, n'existe pas comme l'affirment Poirier et Cunéo (2)?

Quant à la *voie sanguine*, elle n'a jusqu'à présent en sa faveur qu'une observation de laboratoire. Charrin et Gouget (3) obtinrent une localisation élective sur l'appendice d'une pseudo-tuberculose à la suite d'injection intraveineuse de culture de streptobacille. Or il ne s'agit, dans cette expérience, ni de la tuberculose vraie, ni de l'agent spécifique de la tuberculose.

En résumé, nous pouvons conclure que la voie intestinale est la voie d'infection bacillaire dans la très grande majorité des cas, sinon dans la totalité des cas. Les voies péritonéale, lymphatique et sanguine, à supposer qu'elles existent — ce qui ne nous paraît pas démontré — sont tout à fait exceptionnelles.

III

Anatomie pathologique. — Anatomie macroscopique. — Le processus tuberculeux ne diffère pas au niveau de l'appendice de ce qu'il est dans les autres organes. On trouve ici les mêmes stades dans l'invasion et le développement des lésions : granulations, tuber-

(1) Letulle et Weinberg. *Arch. des sc. méd.*, 1897.
(2) Poirier. *Traité d'anatomie humaine* : « Clado a décrit une anastomose entre les lymphatiques de l'appendice et ceux de l'ovaire droit; cette anastomose cheminerait dans le ligament appendiculo-ovarien. Tixier et Viannay ont rencontré dans ce repli un petit ganglion lymphatique. Nous n'avons jamais constaté l'existence de l'anastomose décrite par Clado et nous rejettons formellement son existence. » (T. II, 4e fasc., p. 1226)
(3) Charrin et Gouget. Pseudo-tuberculose. Localisation élective sur l'appendice, *Bull. de la Soc. de biol.*, 3 avril 1897.

cules, infiltration diffuse, ulcération. Chacune de ces phases a de multiples observations à son actif; il s'ensuit que les constatations anatomiques sont très variées et très différentes suivant les cas. Voyons donc quels sont les aspects sous lesquels se présente l'appendice d'après l'âge de la lésion et en suivant l'ordre chronologique.

Dans un premier groupe, nous plaçons les appendices normaux d'aspect extérieur. Rien ne semble modifié ni dans le volume, la forme, la consistance, ni dans la souplesse du méso et des ganglions. On incise et on trouve, dépassant un peu le niveau de la muqueuse, une petite *granulation grisâtre, semi-transparente :* c'est un follicule atteint par le bacille. Parfois elles sont plus nombreuses et font une saillie plus marquée. Ou bien la muqueuse semble à peu près normale et la tuberculose est décelée au microscope.

Dans un deuxième groupe se rangent les gros *tubercules* en voie de caséification et appendus à l'organe, assez souvent à son extrémité libre. L'appendice, à première vue, est manifestement malade et la section du tubercule indique de suite de quoi il s'agit.

Au lieu d'un ou plusieurs tubercules, on a parfois une *infiltration générale* de l'organe devenu volumineux. Cet épaississement constitue la *forme hypertrophique:* l'appendice peut alors atteindre le volume de l'intestin et recéler dans sa paroi des masses caséeuses de grosseur respectable.

Si les lésions ont eu suffisamment le loisir d'évoluer, on a une ou plusieurs *ulcérations*. Les ulcérations n'ont pas de siège électif, bien qu'il soit plus fréquent de les rencontrer dans le segment inférieur et à l'orifice d'entrée, d'après Letulle et Weinberg (1). Elles peuvent être discrètes (une, deux, trois) ou bien si confluentes que l'appendice est transformé en un vaste ulcère. Même variabilité dans la forme, arrondie ou irrégulière, et dans les dimensions, l'ulcère pouvant être large comme une lentille ou l'organe tout entier, avec tous les intermédiaires possibles. Les bords sont taillés à pic, atones d'aspect, indurés au toucher, tuméfiés ou aplatis. Le fond est grisâtre ou irrégulier.

Les progrès de l'ulcération aboutissent à la *perforation* de l'appendice, stade ultime de la lésion. Ici deux cas : ou bien le péritoine n'est pas défendu par des adhérences, et alors péritonite généralisée aiguë, comme dans l'appendicite simple, et sur laquelle nous n'insisterons pas; ou bien le péritoine est protégé, et il se fait un abcès froid périappendiculaire.

L'*abcès* consécutif à la perforation s'accroît lentement dans la profondeur de la fosse iliaque. Il progresse peu à peu, d'une façon continue, fusant à la faveur des interstices musculo-aponévrotiques vers des régions parfois très éloignées de son point d'origine, fosse ischio-rectale (2), triangle de Scarpa (3), région lombaire (4). Aussi peut-on trouver des abcès de toutes dimensions; mais il est intéressant de noter que souvent ces abcès sont énormes, occupant toute la fosse iliaque ou même la dépassant. L'abcès progresse tant qu'il n'a pas trouvé une voie de déversement, car il n'a aucune tendance à la régression spontanée. Il peut s'ouvrir dans l'intestin, dans le péritoine ou à la peau. Dans ce dernier cas, c'est soit à la région lombaire, soit à la partie supéro-interne de la cuisse, soit enfin — et c'est le cas le plus fréquent — à la peau de la paroi abdominale antérieure.

(1) Letulle et Weinberg. *Arch. des sc. méd.*, 1897.
(2) Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 30 mars 1892.
(3) Roux. *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 nov. 1891.
(4) Cathelin. *Presse méd.*, 20 juillet 1898.

Pour en avoir fini avec les aspects macroscopiques de l'appendice tuberculeux, il nous faut dire un mot d'une variété assez rare — la forme atrophique — et d'une autre variété tout à fait exceptionnelle — le kyste tuberculeux.

La *forme atrophique* résulte de la transformation scléreuse de l'appendice. Il est alors déformé, irrégulier, rétracté souvent en un moignon fibreux. Il est parfois accolé au cæcum, formant une bosselure sur une de ses faces, mais faisant corps avec la paroi intestinale au point d'être méconnu.

Quant à la *forme kystique*, il n'en existe jusqu'à présent qu'une seule observation due à Ricard (1). On trouva à l'opération un « appendice énorme, du volume du pouce, à parois très minces, rempli de liquide séreux, louche, véritable *hydro-appendice*, qui se rompit au cours de l'opération ». L'examen histologique ne fut pas fait, mais le malade eut une ulcération tuberculeuse de la peau développée autour du drain et mourut de granulie trois mois après.

Lésions des autres organes. — Les organes voisins de l'appendice peuvent être secondairement envahis par le processus tuberculeux, qui a touché primitivement le vermium. Ce sont le cæcum, les ganglions et le péritoine.

On trouve assez souvent à l'intervention ou à l'autopsie des lésions simultanées du cæcum et de l'appendice. Comment, dans ces cas, savoir lequel des deux organes a été le premier atteint? On se base pour établir cet ordre chronologique des lésions sur leur âge apparent. La plupart des auteurs admettent à ce sujet que, dans la majorité des cas, c'est le cæcum qui est le premier touché. C'est l'opinion de Talamon, Monod et Vanverts, etc. Notre maître, M. Demoulin (2), a très judicieusement fait remarquer qu'il existe à ce point de vue une certaine antithèse entre la typhlite et l'appendicite simples, d'une part, et, d'autre part, la typhlite et l'appendicite tuberculeuses : quand il s'agit de lésions banales, simultanées dans le cæcum et l'appendice, c'est l'appendice presque toujours qui est le *primum movens;* au contraire, quand il s'agit de lésions tuberculeuses, c'est le plus souvent le cæcum qui commence et l'appendice qui suit. Il est bien entendu cependant que ce principe n'est pas absolu, mais c'est vraiment aller trop loin en sens inverse que de vouloir, comme le fait Natale Palermo (3), que la priorité appartienne dans la majorité des cas à l'appendice.

Nous ne nous arrêterons pas davantage à cette question, qui ne rentre qu'accessoirement dans le cadre de notre étude, puisque nous nous occupons seulement de l'appendicite tuberculeuse primitivement isolée sans lésions antécédentes du cæcum. Il était toutefois utile de rappeler que la tuberculose cæcale peut être parfois une complication de la tuberculose appendiculaire primitivement solitaire.

Les lésions du *péritoine* sont très fréquentes, soit que la séreuse réagisse en créant des adhérences périappendiculaires qui doivent la protéger, soit que le processus tuberculeux gagne la cavité péritonéale

(1) Ricard. In Th. Petit, Paris 1905, p. 75.
(2) Demoulin. *Bull. de la Soc de chir.*, juillet 1905. — Cf. aussi du même auteur : Rapport sur la tuberculose iléo-cæcale au Congrès international de la tuberculose, Paris, 2-7 oct. 1905.
(3) Natale Palermo. *Riforma med.*, n°s 41-42.

et y détermine une péritonite tuberculeuse caséo-ulcéreuse ou ascitique.

L'*adénopathie* complique souvent l'appendicite tuberculeuse, beaucoup plus souvent que l'appendicite simple. Les ganglions du méso-appendice sont les premiers pris, puis les ganglions méso-coliques ou mésentériques. Pilliet et Thierry (1) ont montré que les ganglions iliaques pouvaient aussi être touchés. L'induration des ganglions n'indiqueraient pas forcément une lésion de l'appendice d'après Gérard-Marchant (2), Reynier (3), Bonjour (4); le bacille traverserait la muqueuse sans la léser pour aller se fixer dans les ganglions. Ces adénopathies sans tuberculose appendiculaire doivent être rapprochées de certaines adénopathies trachéo-bronchiques sans tuberculose des poumons. Toutefois, il ne faut pas se hâter de déclarer la muqueuse appendiculaire saine avant l'examen histologique.

Anatomie microscopique. — Contrastant avec le polymorphisme apparent des lésions macroscopiques, le processus histologique est toujours identique. La même lésion fondamentale se répète dans la granulation, le tubercule ou la plaque d'infiltration diffuse. D'autre part, la marche est uniforme dans tous les cas. Le processus commence toujours par la muqueuse et ses annexes lymphoïdes. C'est même, en général, les follicules clos qui sont les premiers lésés, puis les glandes et l'épithélium. La pénétration du bacille tuberculeux peut se faire sans lésion préalable de la paroi intestinale, dans l'interstice des cellules épithéliales, comme l'a montré Dobroklonski (5). Ceci explique comment on peut trouver sous une muqueuse saine des follicules clos envahis par la tuberculose. Ils sont congestionnés, encerclés de bacilles et de cellules géantes à leur périphérie, mais la progression constante amène les cellules géantes jusqu'au centre du follicule clos. Leur caséification, puis leur ramollissement créent l'ulcération. En même temps les couches profondes sont attaquées. Dans la sous-muqueuse, les artères s'épaississent et présentent de l'endartérite végétante chronique, sans thrombose en général; les veines sont, au contraire, le plus souvent oblitérées par des caillots riches en bacilles. De même les lymphatiques. La couche musculeuse se prend ensuite : « Une véritable myosite interstitielle bacillaire, scléreuse et caséeuse, se développe (6). » Sur les coupes, on voit des traînées de bacilles, se glissant dans les espaces interstitiels pour gagner la sous-séreuse. « Cette marche centrifuge des colonies bacillaires révèle leur origine lymphatique et explique la grande facilité des perforations quand la séreuse vient à se caséifier à son tour (7). »

IV

Etude clinique. — Ici il n'est pas inutile de poser la question préalable : existe-t-il cliniquement une appendicite tuberculeuse? Non, disent les uns; oui, affirment les autres. Non, dit Dieulafoy (1), les lésions de l'appendice restent lettre morte pendant la vie, ce sont des trouvailles d'autopsie. Elles n'évoluent pas en cavité close, et partant pas d'appendicite. L'appendicite tuberculeuse serait cliniquement pour Dieulafoy d'une « exceptionnelle rareté ». Nombre de chirurgiens, au contraire, parmi lesquels Bouilly, Richelot, Delorme, Reclus, Terrier (2), Bouglé (3), sont d'un avis opposé. Ils pensent que pas mal de cas étiquetés appendicites aiguës banales seraient reconnus tuberculeux si l'examen histologique était pratiqué pour tous les appendices chirurgicalement enlevés. En 1892, au cours d'une discussion importante qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie, Terrier a insisté sur la nécessité de faire dans tous les cas l'examen histologique et bactériologique et de compléter au besoin ces deux épreuves, dans les cas où elles seraient négatives, par l'inoculation aux animaux. Grâce à ces trois méthodes successivement et méthodiquement appliquées, non seulement nulle appendicite tuberculeuse, si légère soit-elle, n'échapperait à l'observation, mais encore on verrait que certaines appendicites, empruntant cliniquement l'expression symptomatique des appendicites banales, sont en réalité des appendicites tuberculeuses (4). Des exemples de ce genre ont été rapportés. Petit (5), dans sa thèse, cite un cas de Ménétrier et Aubertin où l'examen histologique seul révéla la nature tuberculeuse d'une appendicite qui avait cliniquement évolué comme une appendicite subaiguë banale. En résumé, il est hors de doute que l'appendicite tuberculeuse existe cliniquement; mais la divergence des opinions émises prouve qu'il faut sérier les cas. C'est pourquoi nous admettrons trois formes cliniques d'appendicite tuberculeuse :

La forme latente;
La forme aiguë;
La forme chronique.

La *forme latente*, qui est moins une forme clinique qu'une variété anatomo-pathologique, comprend les cas silencieux ou à peu près, les trouvailles d'autopsie. Ils sont relativement rares, puisque, sur 66 cas rapportés par Petit, 3 seulement peuvent être rangés dans ce groupe.

Les deux autres formes sont beaucoup plus communes.

Dans la *forme aiguë*, l'appendicite tuberculeuse revêt le masque de l'appendicite aiguë ordinaire. Même début brusque, même douleur au point de Mac Burney, même hyperesthésie cutanée, mêmes vomissements successivement alimentaires, bilieux, porracés, même facies grippé, même température. Une seule différence signalée dans bien des observations : la diarrhée est la règle dans l'appendicite tuberculeuse au lieu de la constipation qui est la règle dans l'appendicite non tuberculeuse. Ce symptôme acquiert par cela même une grosse importance séméiologique et nous verrons qu'il n'est pas

(1) Pilliet et Thierry. *Progrès méd.*, 24 nov. 1894.

(2) Gérard-Marchant. Adénites dans l'appendicite, *Bull. de la Soc. de chir.*, 24 janv. 1900.

(3) Reynier. A propos des para-appendicites, *Bull. de la Soc. de chir.*, 14 fév. 1900.

(4) Bonjour. *Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite,* Th. de Paris, 1901.

(5) Dobroklonski. De la pénétration des bacilles tuberculeux à travers la muqueuse intestinale, *Arch. de méd. expérim.*, mars 1890.

(6 et 7) Letulle et Weinberg. Loc. cit.

(1) Dieulafoy. *Semaine méd.*, 8 oct. 1902.

(2) Bouilly, Richelot, Delorme, Reclus et Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 17 fév., 2 et 30 mars 1892.

(3) Bouglé. *Arch. génér. de méd.*, 3 fév. 1903.

(4) C'est aussi l'avis de Letulle : « La recherche des foyers caséeux folliculaires, des cellules géantes et du bacille de Koch doit être régulièrement pratiquée pour toutes les observations, alors même que la lésion aurait présenté l'allure phlegmoneuse la plus franche. » *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 26 mars 1897.

(5) Petit. Th. de Paris, 1905, p. 10.

inutile au diagnostic si difficile de cette forme d'appendicite tuberculeuse. Malheureusement, de même que la diarrhée accompagne parfois l'appendicite non tuberculeuse, de même dans bien des cas on a de la constipation dans l'appendicite tuberculeuse. Alors il n'existe plus aucune différence séméiologique entre ces deux sortes d'appendicite.

Certains auteurs (1) ont donné de ces symptômes aigus que nous venons de décrire une interprétation qui nous paraît très discutable. Ils ont admis que ces phénomènes aigus étaient dus non à l'action propre du bacille de Koch, mais à la présence simultanée du colibacille, du streptocoque ou du staphylocoque, les fauteurs habituels de l'appendicite banale. « Rappelons-nous, disent-ils, ces poussées inflammatoires aiguës, ces infections lymphangitiques et péritonéales non bacillaires qu'éveille parfois autour d'elle la tuberculose de l'appendice. Les ulcérations de la muqueuse ont sans doute servi de porte d'entrée au coli-bacille, et cette infection coli-bacillaire secondaire se manifeste avec le tableau clinique qui lui est habituel. » Remarquons tout d'abord que ces « infections lymphangitiques » et ces « poussées inflammatoires » ne sont pas constantes. Et non seulement elles n'existent pas dans tous les cas où l'appendicite tuberculeuse revêt la forme aiguë, mais encore elles se rencontrent à l'autopsie de malades qui n'ont jamais eu pendant la vie que de l'appendicite chronique. Ceci prouve bien que les symptômes de la forme aiguë ne sont pas nécessairement liés aux infections colibacillaires ou autres et doivent être rapportés à l'action propre du bacille de Koch. Qu'y a-t-il d'ailleurs de surprenant à cela? Ne savons-nous pas que le bacille tuberculeux peut, dans d'autres organes, le testicule par exemple, donner lieu à des phénomènes aigus (orchite tuberculeuse aiguë, tuberculose galopante du testicule), tout aussi bien qu'à des phénomènes chroniques (forme chronique, habituelle de la tuberculose testiculaire).

La *forme chronique* de l'appendicite tuberculeuse est de beaucoup la plus fréquente. C'est une forme atténuée, évoluant, par conséquent, avec un appareil symptômatique beaucoup moins inquiétant. Les douleurs sont moins vives, les vomissements moins fréquents, la température moins élevée, sauf s'il s'agit de sujets déjà tuberculeux : dans ce cas la poussée appendiculaire ne modifie pas de façon sensible la courbe thermique. Ici encore la diarrhée se montre avec une telle fréquence (24 fois sur 66 cas) qu'elle acquiert une valeur spéciale.

Lorsqu'on palpe l'abdomen, on peut ne rien découvrir d'anormal dans la région appendiculaire, malgré l'examen le plus attentif. Dans d'autres cas, on trouve dans la fosse iliaque droite un petit cordon, boudiné, dur, résistant, roulant sous les doigts. Parfois la lésion est moins circonscrite, on a sous la main un empâtement diffus ou une induration profonde, mal limitée. Dans ces circonstances l'appendice n'est pas seul touché, le péritoine voisin participe au processus inflammatoire : il y a appendicite et péritonite plastique de voisinage.

Comment évolue l'appendicite tuberculeuse? Elle aboutit à l'une des trois terminaisons suivantes :

La résolution;
La péritonite par perforation;
L'abcès enkysté.

(1) Lesueur. Loc. cit., p. 62.

Etudions ces trois modes de terminaison.

L'appendicite tuberculeuse peut vraiment se terminer par la *résolution*. Mais il faut bien savoir que c'est l'exception, car dans la plupart des cas il s'agit de fausses résolutions, comme en témoignent les récidives si fréquentes. C'est, en effet, l'un des caractères les plus marquants de l'appendicite tuberculeuse que sa *tendance à la récidive*. L'appendicite tuberculeuse est essentiellement une appendicite à répétition. « Lasègue disait, paraît-il, que la pérityphlite à répétition devait éveiller l'idée de la tuberculose (1). » Et non seulement l'appendicite se répète, mais encore dans l'intervalle des crises successives, les phénomènes inflammatoires ne cèdent pas entièrement, la rémission n'est pas complète, l'appendicite ne refroidit pas tout à fait. N'oublions pas cette notion; nous verrons plus loin quel intérêt elle présente pour le diagnostic.

Quand l'appendicite n'évolue pas vers la résolution, elle aboutit vers la perforation suivie de péritonite généralisée ou d'abcès enkysté suivant que le péritoine est protégé ou non par des adhérences. La perforation peut être brusque, subite : elle livre passage au contenu septique de l'appendice qui se déverse dans le péritoine. Elle s'annonce alors par la douleur « en coup de pistolet », comme dans l'appendicite simple, d'abord localisée, bientôt généralisée et s'accompagnant de vomissements, hoquet, météorisme, accélération et petitesse du pouls, altération des traits, en somme le tableau complet de la *péritonite généralisée* suraiguë, mortelle en quelques heures ou quelques jours.

Dans d'autres cas — et c'est surtout dans les formes chroniques que les choses se passent ainsi — l'appendice s'est entouré d'adhérences, le péritoine est protégé et la perforation aboutit à la formation d'un abcès péri-appendiculaire.

Les *abcès* consécutifs à l'appendicite tuberculeuse sont très fréquents. Nous avons déjà exposé le mode de formation et la marche de ces abcès et nous avons insisté sur leurs dimensions souvent considérables. Cliniquement, ils se traduisent par une tuméfaction circonscrite ou diffuse suivant les cas, appréciable parfois à la simple inspection. A l'examen, on sent dans la fosse iliaque droite une masse limitée à la région cæco-appendiculaire ou la dépassant soit en haut, remontant alors vers les hanches, soit en bas, plongeant alors vers le bassin. Cette masse est régulière, rénitente ou franchement fluctuante, mate à la percussion, matité d'autant plus nette qu'elle est entourée presque de tous côtés par la sonorité intestinale. Il est ainsi patent qu'il s'agit d'un abcès et vraisemblablement d'un abcès appendiculaire. Mais on écarte l'idée d'une appendicite banale en raison des grandes dimensions de la collection et du peu d'intensité des phénomènes généraux. Il y a, en effet, peu ou pas de fièvre, à moins qu'il s'agisse d'un tuberculeux pulmonaire avec lésions étendues du poumon. L'état général n'est jamais aussi atteint que dans l'appendicite aiguë ordinaire; nous reviendrons d'ailleurs sur le diagnostic différentiel plus loin.

Nous avons déjà indiqué comment se terminent ces abcès tuberculeux. Ils s'ouvrent à la région lombaire au triangle de Scarpa, aux creux ischio-rectal, dans le cæcum ou l'intestin grêle, dans le péritoine et surtout à la peau de la paroi abdominale. Ils s'ou-

(1) Richelot. *Bull. de la Soc. de chir.*, mars 1892.

vrent par un ou plusieurs orifices. Ces orifices à lèvres décollées, violacées, amincies, atones, n'ont aucune tendance à la cicatrisation spontanée. Ils laissent écouler soit du pus seulement, soit du pus et des matières fécales le plus souvent. Le contenu de l'intestin peut s'y déverser en si grande abondance que la fistule constitue un véritable anus cæcal spontané. L'air vecteur de germes pénètre dans la poche, et à la faveur des infections secondaires, la fièvre s'allume — si elle n'existait pas déjà — fièvre hectique qui épuise le malade. L'état général, jusqu'alors parfois très satisfaisant, devient tout à fait précaire. La suppuration continuelle, la fièvre, l'amaigrissement, la perte des forces et de l'appétit forment le cortège habituel de cette cachexie terminale. La dégénérescence amyloïde apparaît ou bien la tuberculose pulmonaire ou viscérale frappe le dernier coup.

V

Complications. — En dehors des abcès qui font partie de l'évolution normale de l'appendicite tuberculeuse abandonnée à elle-même, il existe des complications qui peuvent apparaître à différents moments de l'affection.

La tuberculose appendiculaire peut se propager aux organes voisins, aux ganglions, à l'intestin, au péritoine, à l'épiploon.

La propagation aux *ganglions du méso-appendice* ou aux *ganglions péricæcaux* est bien difficile à reconnaître au lit du malade. Lorsqu'ils sont perceptibles à travers la paroi, il est, en réalité, impossible de distinguer l'induration qu'ils forment de celle que constitue l'appendice malade. Quant aux *ganglions inguinaux*, leur facile exploration permet de reconnaître leur atteinte, mais ils sont beaucoup moins souvent pris que les ganglions juxta-appendiculaires.

L'extension de la tuberculose appendiculaire au *cæcum* est loin d'être rare, comme nous l'avons montré. Elle se traduit par les symptômes ordinaires de la typhlite surajoutés à ceux de l'appendicite. L'examen physique ne laisse guère de doute habituellement.

Le *péritoine* peut être envahi de plusieurs façons. Nous avons déjà étudié la perforation brusque engendrant la péritonite généralisée, la perforation lente aboutissant à l'abcès enkysté, susceptible de s'ouvrir secondairement dans la grande cavité séreuse. Il est un autre processus d'envahissement du péritoine, c'est le processus lymphatique. Par les vaisseaux blancs qui rampent sous la séreuse l'infection se fait peu à peu. Elle détermine cliniquement une péritonite tuberculeuse chronique, ascitique ou caséo-ulcéreuse.

La propagation de la tuberculose de l'appendice à la *trompe* et à l'*ovaire droit* a été notée dans une observation de Kraus (1).

Nous en aurons fini avec les complications de l'appendicite tuberculeuse, quand nous aurons dit un mot des *complications à distance*. La plus commune est la tuberculose pulmonaire. Les lésions pulmonaires, lorsqu'elles existent déjà, acquièrent du fait de l'appendicite une activité nouvelle. Elles sommeillaient ou même passaient inaperçues et voici qu'elles se réveillent, parfois terriblement. A noter que c'est souvent l'opération qui amène l'explosion des accidents. Un malade opéré par Demons (1) fut pris d'hémoptysie le lendemain même de l'intervention. Dans un cas de Bouglé (2) la tuberculose aiguë apparut après l'opération. Un malade de Ricard mourut de granulie trois mois après l'ablation de l'appendice. D'autres cas ont été signalés qui montrent la fréquence de ces poussées post-opératoires.

(1) Kraus. Tuberk. des append. und rechtsichtig. Adnexe. *Monast. f. Gibûrtsh. u. Gynæk.*, Berlin, XV, 159.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de l'appendicite tuberculeuse est dans la majorité des cas un diagnostic difficile et parfois même cliniquement impossible. Sans parler des appendicites qui passent tout à fait inaperçues et ne sont découvertes qu'à l'autopsie, il est certain qu'ordinairement le clinicien pose le diagnostic d'appendicite et méconnaît la nature tuberculeuse du mal que seul le microscope révèle. Nous ne saurions donc trop insister sur les *signes différentiels entre l'appendicite simple et l'appendicite tuberculeuse*. Il existe un certain nombre de symptômes et de conditions étiologiques qui, soigneusement recherchés et judicieusement interprétés, peuvent conduire au diagnostic exact.

Nous avons déjà signalé la *diarrhée* comme signe différentiel; habituelle dans l'appendicite tuberculeuse, exceptionnelle dans l'appendicite simple. Mais ce symptôme n'est pas constant; il n'en a pas moins lorsqu'il existe une grosse valeur et sa présence doit toujours éveiller l'idée de la tuberculose.

On a dit (3) que la *douleur* de l'appendicite tuberculeuse se manifeste plutôt dans la région péri-ombilicale que dans la fosse iliaque droite. Cette remarque ne nous semble pas confirmée par les observations que nous avons analysées.

La présence de *ganglions inguinaux* n'a que peu de valeur.

Beaucoup plus importante est l'induration des *ganglions cæco-appendiculaires*, mais il n'est pas possible cliniquement de différencier la tumeur formée par les ganglions de celle formée par l'appendice enflammé.

L'*évolution de l'affection* a une grosse importance diagnostique. Nous répétons que les *rechutes fréquentes*, surtout lorsqu'elles sont séparées par des *rémissions incomplètes*, sans sédation entière des phénomènes, sont le fait de l'appendicite tuberculeuse beaucoup plus que de l'appendicite ordinaire. Letulle (4) va plus loin et dit formellement que « *toute appendicite chronique* doit être à priori soupçonnée de nature tuberculeuse ».

Les *antécédents personnels* du malade, son *état actuel* qui révèle si souvent la tuberculose incipiente ou avancée du poumon, l'*apport héréditaire de ses ascendants ou de ses collatéraux* doivent être minutieusement scrutés. Ce sont autant d'arguments en faveur de la bacillose et contre l'infection banale de l'appendice. Il ne faut pas cependant accorder à ces derniers symptômes une valeur exagérée, car nous savons parfaitement qu'un tuberculeux pulmonaire peut très bien faire une appendicite simple non tuberculeuse. La difficulté du diagnostic est alors portée à son maximum. A vrai dire il est impossible

(1) Demons. In Th. Aynès, Bordeaux, 1896.

(2) Bouglé. Un cas d'appendicite tuberculeuse, *Bull. de la Soc. anat.*, séance du 30 janv. 1903.

(3) Petit. Loc. cit., p. 52.

(4) Letulle. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 mars 1897.

au lit du malade, impossible souvent l'appendice en mains après l'opération, et il reste encore parfois un problème après examen microscopique si cet examen montre l'association de lésions bacillaires et de lésions banales, comme Letulle en a rapporté un cas (1). Comment, dans les cas de ce genre, faire la part de ce qui revient à la tuberculose et de ce qui revient à l'infection banale!

On a proposé aussi pour faciliter le diagnostic de l'appendicite tuberculeuse, lorsqu'il ne s'agit pas d'un sujet déjà en puissance d'une autre localisation bacillaire, l'*épreuve de la tuberculine*; mais on sait que cette épreuve n'est pas sans danger et il vaut mieux s'en passer. Beaucoup plus simple est la méthode de *séro-diagnostic* préconisée par Arloing et Courmont (2) qui peut être d'un précieux secours dans les cas douteux.

Lorsqu'il existe déjà un abcès de la fosse iliaque l'appendicite tuberculeuse doit être différenciée des *abcès par congestion* du mal de Pott dorso-lombaire et il suffit pour cela d'examiner la colonne vertébrale.

Enfin lorsqu'on est en présence d'une fistule pyostercorale, l'aspect est caractéristique et ne permet aucun doute. S'il y en avait cependant, l'examen d'un morceau dans l'orifice excisé ou du pus si riche en bacilles éclairerait le diagnostic. Le point de départ intestinal se reconnaît aux matières fécales qui souillent le pansement.

D'après Hinglais (3) l'*actinomycose* à sa période de suppuration ressemblerait à l'appendicite tuberculeuse fistuleuse. Mais la présence des grains jaunes dans le pus et la recherche de l'actinomycès au microscope lèvent tous les doutes.

VII

Pronostic. — L'appendicite tuberculeuse est une affection doublement grave, grave parce qu'appendiculaire, grave parce que tuberculeuse. Comme l'appendicite simple, elle peut amener des accidents péritonéaux sérieux (abcès enkysté), ou même mortels (péritonite généralisée par perforation), encore que ces derniers soient moins fréquents que dans l'appendicite simple.

Mais c'est de sa nature tuberculeuse que l'appendicite tire la plus grande part de sévérité de son pronostic. De par son essence tuberculeuse elle est avant tout insidieuse, tenace et extensive. Le plus souvent, en effet, elle s'installe insidieusement, elle évolue lentement, avec la torpeur habituelle des lésions tuberculeuses. Elle récidive avec une ténacité qui lasse la patience et déçoit les espérances des malades les plus hésitants devant l'opération. Elle est enfin essentiellement envahissante, attaquant le cæcum après l'appendice, l'iléon, le péritoine, les ganglions péricæcaux, iliaques et inguinaux, menaçant même de bacilliser l'organisme tout entier.

Cette tendance à l'accroissement progressif et continu n'est pas l'un des moindres facteurs de gravité de l'appendicite tuberculeuse, car elle a pour conséquence de faire le pronostic d'autant plus sérieux que la maladie est plus ancienne. Et de fait les chances de guérison décroissent à mesure qu'on s'écarte du début de l'affection. Petit a publié à cet égard une statistique des plus démonstratives. Il y apparaît clairement que la guérison s'obtient dans 100 p. 100 des cas opérés lorsqu'il existe sur l'appendice seulement quelques granulations, lésions initiales de la tuberculose. Quand la paroi appendiculaire est infiltrée largement (forme hypertrophique) ou que les ganglions sont pris, la guérison est encore la règle, mais non pas sans exception. Si l'on a laissé le processus ulcératif s'établir, on compte un nombre à peu près égal d'échecs et de succès opératoires. Quant à l'appendicite compliquée de péritonite ou de fistule pyostercorale, elle donne des résultats déplorables, 80 p. 100 de morts.

Ces constatations démontrent que l'appendicite tuberculeuse, une fois diagnostiquée, doit être opérée sans délai. Mais nous devons toutefois rappeler ici que l'opération constitue encore un danger chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire. Il a été dit plus haut que des accidents parfois très graves suivent dans certains cas l'acte opératoire. Pendant longtemps les chirurgiens ont considéré la tuberculose pulmonaire avérée comme une contre-indication à toute opération. Aujourd'hui la règle est moins stricte, mais une sage circonspection est cependant de bonne prudence devant les accidents post-opératoires possibles.

VIII

Traitement. — Il n'est qu'une manière de guérir l'appendicite tuberculeuse : l'exérèse de l'organe. L'indication opératoire résulte de ce que nous venons de dire au pronostic : l'appendicite tuberculeuse est un danger local pour tous les organes voisins, et un danger général pour toute l'économie. Elle mérite donc le même empressement, la même rigueur qu'une tumeur maligne et l'extirpation complète et immédiate est la seule méthode de salut.

De contre-indications, une seule : l'impossibilité pour le malade de subir une intervention, si courte qu'elle soit, de supporter le shock opératoire, si léger soit-il.

L'intervention une fois conclue, avoir pour objectif d'extraire l'appendice, car tant que l'appendice n'est pas enlevé la guérison vraie n'est pas possible. L'incision d'un abcès sans excision du vermium suffit parfois à guérir une appendicite simple. Il n'en est pas de même de l'appendicite tuberculeuse : l'abcès ouvert ne se ferme pas, il se fistulise. Aussi est-il reconnu qu'il faut toujours, si l'on veut faire œuvre vraiment curative, extirper l'appendice tuberculeux, quel que soit le cas en présence duquel on se trouve : appendicite seule, appendicite abcédée, appendicite fistulisée.

Il ne faut pas croire cependant que l'appendicectomie tuberculeuse soit chose toujours aisée. Loin de là; les adhérences si fréquentes de l'appendice à l'intestin et à la paroi abdominale en constituent la grosse difficulté. Elles enfouissent l'appendice au sein d'une gangue épaisse et résistante, qui nécessite une dissection pénible autant que périlleuse. Lesueur (1), qui a autopsié 500 appendices, écrit : « Les autopsies nous ont montré parfois l'appendice tellement dissimulé qu'il n'a été possible de le trouver qu'après une dissection attentive de la pièce; il est bien certain que, dans un cas semblable sur le vivant, il aurait été impossible de le découvrir. »

L'appendice, libéré de ses adhérences, sera lié, mais la ligature sera posée tout à la base, car le

(1) Letulle. *Revue de la tuberculose*, 1905, 2e série.
(2) Arloing et Courmont. *Presse méd.*, 1902.
(3) Hinglais. Th. de Lyon, 1897.

(1) Lesueur. Loc. cit., p. 72.

point d'implantation sur le cæcum est un lieu d'élection pour le bacille de Koch. Puis section, cautérisation, enfouissement. Ne pas manquer d'examiner le cæcum, examen qui montrera parfois l'envahissement d'une partie de cet organe. Dans ce cas, il est indispensable de réséquer la région malade. Cette résection partielle du cæcum, conseillée par Richelot (1), permettra souvent d'éviter une fistule pyostercorale postopératoire.

De même il ne faut pas négliger l'examen des ganglions et leur excision, si besoin en est.

En somme, il faut se rendre compte, avant de fermer le ventre, qu'on a bien dépassé les limites du mal. Cet examen doit même précéder toute exérèse, car il est évident que rien ne sert d'ôter un appendice tuberculeux lorsqu'il y a en même temps tuberculose cæcale, ganglionnaire, annexielle et péritonéale. Devant des lésions aussi étendues, il n'y a qu'à fermer le ventre sans extirpation aucune. On a noté une certaine amélioration à la suite de ces laparotomies purement exploratrices. Ces améliorations ne furent pas durables ordinairement, sauf dans les cas où il n'existait que des lésions péritonéales.

Les *abcès froids péri-appendiculaires* ne doivent pas être ponctionnés, mais incisés. L'incision n'est d'ailleurs que le premier temps, car il faut aller à la recherche de l'appendice et le réséquer, mesure indispensable comme il a été dit.

Le traitement des *fistules* dépend de l'état du sujet. Si l'état général est précaire il faut se contenter d'inciser les trajets fistuleux et de cureter leurs parois ainsi que celles des abcès et enlever l'appendice. Si l'état général permet une intervention plus sérieuse, il faut pratiquer soit l'ablation de la masse fistuleuse, soit l'exclusion intestinale.

L'*ablation de la masse fistuleuse* semble a priori la méthode de choix. Mais elle est entourée de difficultés opératoires et donne une énorme mortalité (2).

L'*exclusion*, plus facile et moins meurtrière [15,38 p. 100 d'après Terrier et Gosset (3)], doit être préférée. L'exclusion peut être *unilatérale ou bilatérale*. Lance (4), qui a étudié dans sa thèse la valeur comparée des deux méthodes, conclut à la supériorité de l'exclusion bilatérale. Ce procédé est d'autant plus précieux qu'il permet, si la fistule ne tarit pas après l'exclusion, de pratiquer secondairement l'extirpation de la masse fistuleuse, devenue ainsi moins adhérente et par conséquent plus abordable. Il permet donc de faire ultérieurement une opération primitivement presque impossible.

Enfin il est des cas où toute intervention chirurgicale est inutile et ne doit même pas être tentée. On se borne alors à la thérapeutique palliative pendant les poussées (immobilité, diète, opiacés, glace sur le ventre), et dans l'intervalle des crises, au traitement reconstituant par les toniques et le grand air.

(1) Richelot. *Bull. de la Soc. anat.*, 23 mars 1892.
(2) Lardennois. Th. de Paris, 1898.
(3) Terrier et Gosset. *Revue de chir.*, 1902, II, p. 129.
(4) Lance. Th. de Paris, 1903.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Technique de stérilisation à l'usage des pharmaciens (1), par le docteur Gérard, professeur de pharmacie et pharmacologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

Le titre de cet ouvrage : *Technique de stérilisation à l'usage des pharmaciens*, indique que cet ouvrage a été écrit spécialement pour les praticiens dans le but de leur faciliter cette partie nouvelle de la pratique professionnelle comprenant la préparation et la stérilisation de divers médicaments (ampoules, sérums, solutions) ou de certains dissolvants (eau stérilisée, huile et vaseline stérilisées, etc.), ou des objets de pansement et des fils à ligatures, etc.

Le professeur E. Gérard s'est attaché à décrire les méthodes d'aseptisation les plus simples, et en même temps les plus sûres au point de vue du résultat à obtenir. Il a fallu montrer que le pharmacien peut, avec l'autoclave, devenu un apparei indispensable dans une officine, répondre à toutes les exigences de la pratique.

L'auteur a eu le soin de donner, avec de nombreux détails de technique, la préparation et la stérilisation des laits ordinaires, des laits coupés d'eau lactosée, des laits maternisés, estimant que le pharmacien est tout indiqué pour préparer ces divers produits destinés à l'allaitement des nouveau-nés.

Ce livre entièrement nouveau doit être entre les mains de tous les pharmaciens pour lesquels il sera un guide sûr et précieux.

L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur Caubet est nommé chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

— Avignon. — Le jeudi 3 mai 1906, à huit heures du matin, sera ouvert, à l'hôpital d'Avignon, un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire huit jours avant la date fixée pour le concours.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 5 mai 1906, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques de gynécologie médicale, le jeudi 3 mai à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure (laboratoire de la salle Serres).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur H.-J.-V. Vleminckx, président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

(1) In-18 Jésus, cartonné avec 57 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 45. — MARDI 17 et JEUDI 19 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. MARDI 17 ET JEUDI 19 AVRIL 1906. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » . — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — M. le médecin de première classe Dessemond-Sicard, du port de Cherbourg, est désigné pour aller occuper la prévôté de médecin résidant à l'hôpital maritime de Port-Louis, en remplacement de M. le docteur Bartet, appelé à d'autres fonctions.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 9 avril 1906, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Davignon.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Duponchel et Boinet.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Dorange, Atgier, Durand et Baret.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Petges, Brisard, Humbel, Robert et Beaujeu.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Marcombes.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Bachman, Silhol, Fouquier, Caubet, Jullemier, Duclaux, Veuve, Robert, Chatenier, Leremboure, Lance, Spiral, Abbadie, Moreau, Martre, Bousquet, Clerc, Bocage, Autefage, Gravelotte, Bonnigal, Léauté, Tref, Carrière, Bloch, Gras, Guilbert, Gout, Aubert, Pallasse, Ducos, Elloy, Piérart, Legrain, Eveno, Burin-Desroziers, Leroy, Weill, Sicard, Martin, Revol, Bravy, Sédille, Ducœurjoly, Jayenneville, Marque, Perruc, Simonin, Miodet, Hily, Noel, Henry, Bing, Bray, Dumont, Galland, Charette, Biscaye, Finelle, Rousset, Bohin, Jouen, Quentin, Foy, Sircoulon, Olivier, Villejean, Coolier, Rivet, Debroye, Combes, Simonot, Heller, Deneufbourg, Pinelli, Genairon, Piquantin, Loze, Jouanne, Charpy, Houllier, Granier, Ravallec, Moreau, Blum, Caillaud, Francoz, Dehergne, Bonnis, Goujon, Gobert, Arnaud, Gâteau, Savouré, Rauzy, Devernoix, Hausman, Laurent, Cantonnet, Emanaud, Quédec, Cheylan, Dupond, Emonet, Lemoyne, Demaillasson, Béchard, Fressineau, Estachy, Jacquier, Guichard, Lajoue, Breau, Decousser, Colin, Carivenc, Haeü, Pérard, Masson, Brouqueyre, Halimbourg, Mathez, Vivien, Duverger, Poingt, Le Bihan, Guichard, Guénot, Wickersheimer, Walther, Dubos, Habert, Mouret, Vautier, Jacquot, Pujos, Boutin, Tardieu, Laborderie, Peyrache, Lévy et Delacour.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Renaut, Amillet, Biousse, Thiry, Hamon et Hérault.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — M. Pierre Sebileau, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre, commencera le lundi 23 avril 1906, à l'amphithéâtre d'anatomie, avec le concours de MM. les docteurs Chifoliau et Chevrier, prosecteurs des hôpitaux, un cours de médecine opératoire en dix leçons, moyennant le versement d'un droit de 40 francs. Le cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Se faire inscrire à l'amphithéâtre, rue du Fer-à-Moulin, 17.

CLINIQUE MÉDICALE

TUBERCULOSE ET EMPHYSÈME

Par M. le docteur HIRTZ (1),
Médecin de l'hôpital Necker.

Le malade que je vous présente est entré dans le service pour la seconde fois il y a deux jours. Nous l'avions soigné en novembre dernier et nous lui avions trouvé un emphysème considérable et des lésions bacillaires très discrètes au sommet droit : mais dès ce moment l'examen des crachats était positif.

Aujourd'hui nous le voyons très dyspnéique, il a 50 respirations par minute, alors que la moyenne est de 16 à 18 comme vous le savez. Nous avons constaté que la différence entre le périmètre thoracique au maximum d'inspiration et d'expiration n'est que 2 centimètres, de beaucoup inférieure à la normale qui est de 6 à 7 centimètres. Cette mensuration est un moyen simple et excellent de diagnostiquer l'emphysème; je l'ai indiquée il y a une vingtaine d'années, il faut la rechercher systématiquement et elle ne trompe jamais.

Ce qui vous frappe encore chez ce malade c'est l'aspect globuleux du thorax des emphysémateux; enfin si vous l'auscultez dans la région antérieure du thorax en posant une main à plat sur la région abdominale, un fait attire votre attention : l'inspiration est courte, abrégée, l'expiration est longue, prolongée, poussée. Cet homme fait de visibles efforts, apparents surtout dans la région diaphragmatique, pour expulser l'air résiduel que ses poumons contiennent.

La quantité d'air résiduel est grandement augmentée chez ces emphysémateux; la vésicule pulmonaire, privée d'élasticité, a peine à se vider et tous les muscles expirateurs, les muscles abdominaux entrent en jeu pour lutter contre les inconvénients graves résultant de ce défaut d'élasticité. Je vous ai montré dernièrement sur la table d'amphithéâtre jusqu'où pouvait aller la distension des lobules pulmonaires chez certains emphysémateux tuberculeux; ils peuvent acquérir la grosseur d'un œuf, parfois même d'une orange; le lobule est clair, transparent comme une vessie; mais, dépourvu de toute contractilité, le moindre effort peut le rompre. De là la production d'un pneumothorax, ou, en cas d'adhérences pleurales, d'un emphysème sous-cutané généralisé. Le mode respiratoire à expiration prolongée est signalé dès le début de la tuberculose, il existe chez des sujets faibles candidats à la bacillose : je l'ai démontré par un grand nombre de tracés pneumographiques.

Que se passe-t-il lorsque l'expiration est ainsi prolongée? Comme il y a une pression exercée de dehors en dedans sur toute la surface pulmonaire, l'appel sanguin dans la petite circulation est considérablement diminué, le sang noir afflue moins par l'artère pulmonaire, l'irrigation de cette artère est entravée, la circulation bronchique prédomine. La prédominance de la circulation artérielle à sang rouge est tout à fait favorable au développement de la tuberculose; cette novicité du sang rouge dans le domaine pulmonaire est un phénomène d'un haut intérêt.

Hanot et d'autres auteurs avaient remarqué, sans tirer de conclusions, que les sujets atteints d'anévrismes de la crosse de l'aorte font de la tuberculose du côté où l'artère pulmonaire est comprimée par l'ectasie.

Même remarque pour les rétrécissements de l'artère pulmonaire, les classiques vous disent que les individus atteints de cette affection meurent de tuberculose vers la vingtième année. Dans ce cas, comme lorsqu'il s'agit d'expiration prédominante, il est évident que la circulation défectueuse et amoindrie dans le domaine de la petite circulation est en cause.

Pourquoi la tuberculose survient-elle dans ces circonstances? C'est que le bacille de Koch trouve au contact du sang rouge de bien meilleures conditions de développement, c'est qu'il est avide d'oxygène et qu'apporter l'oxygène en excès dans les poumons c'est exalter sa virulence. Les preuves n'en manquent pas : ce sont les premières expériences sur des cobayes qui parurent contradictoires à Lannelongue : un lot de ces animaux tuberculisés était transporté au sommet d'une montagne, un autre lot, également tuberculisé, vivait dans une cave, les premiers mouraient, les seconds résistaient.

Je vous rappellerai encore à ce propos comme tout à fait édifiantes les tentatives de guérison de la tuberculose par l'oxygène et par l'ozone; un sanatorium où l'on employait l'ozone fut construit il y a quelques années sur les bords de la Méditerranée, les résultats furent désastreux, tous les malades que j'y ai vus entrer ont aggravé rapidement leurs lésions et quelques-uns ont fait de la tuberculose aiguë ou de la granulie.

On obtient au contraire d'excellents résultats en provoquant la stase veineuse : tels ces cas de tumeurs blanches, guéris par la compression et dont vous avez vu ici un cas remarquable.

Il est donc certain que l'inversion respiratoire chez notre malade, qui provoque aussi en quelque sorte, l'inversion dans la circulation pulmonaire, est une condition toute favorable au développement de la tuberculose dont il est atteint du reste, depuis longtemps; jusqu'ici il a résisté grâce à cet emphysème que j'ai appelé l'emphysème de défense et dont la nature et la signification sont trop souvent méconnues. Tout emphysémateux est ou a été bacillaire; vous devez toujours vous défier de l'emphysème quelles que soient les apparences.

Je vous citerai à ce propos deux cas entre beaucoup d'autres où la preuve de la tuberculose fut manifeste : un dentiste qui était le type du bon emphysémateux a perdu l'un de ses fils contaminé par lui, est mort lui-même de tuberculose, et son second fils est actuellement atteint. L'autre cas concerne toute une famille qui fut contaminée par un père emphy-

(1) Leçon recueillie par M. Boulongue, externe des hôpitaux.

sémateux dont on ne se défiait pas. Il faut vous souvenir de ces exemples afin de dépister la tuberculose ainsi masquée et aussi afin de faire de la bonne prophylaxie.

Notre malade respire donc mal; sans le guérir de son emphysème nous pouvons lui apprendre à respirer mieux, nous lui ferons faire de la gymnastique respiratoire, de longues inspirations, des expirations plus rapides mais non brusques. C'est une véritable éducation et que vous devez savoir enseigner; vous aurez souvent l'occasion de l'appliquer très utilement beaucoup de gens respirent très mal; chez les enfants l'anémie n'a souvent d'autre cause qu'une mauvaise mécanique respiratoire. Il faut astreindre les malades à cette gymnastique, plusieurs fois dans la journée et avec persévérance.

Il est encore utile de faire du massage des muscles thoraciques, pour faciliter l'amplitude des mouvements respiratoires, c'est une pratique que j'avais recommandée au congrès de Naples.

Enfin le port d'une ceinture abdominale, maintenant les viscères, donnant un point d'appui au diaphragme, peut être très utile et je l'ai employé souvent avec efficacité.

PNEUMONIE SÈCHE

CHEZ UNE FEMME ADULTE NON ALCOOLIQUE

Par le docteur A. BRETON (de Dijon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

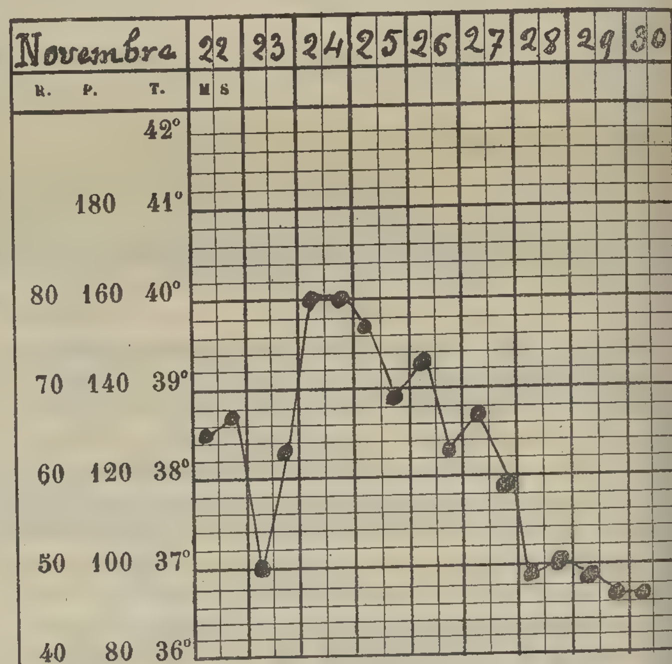
L'an passé, M. le docteur Bonnette publiait un fait analogue dans ce journal (*Gaz. des hôpit.*, n° 133, p. 1591.) Cette affection est rare, en dehors de la vieillesse et de l'enfance (Galliard), ce qui nous engage à faire connaître ce nouveau cas clinique.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, de constitution robuste, mère d'un bébé de quatre mois, nourri au sein. L'accouchement et ses suites furent normaux. Première grossesse il y a huit ans, sans aucun accident. Cette malade a été soignée à maintes reprises, pour des troubles d'entérocolite pseudomembraneuse. Ordinairement constipée, notre cliente jouissait cependant d'une bonne santé lorsque débutèrent les premiers signes de la pneumonie actuelle, seule affection aiguë à relever dans ses antécédents.

Dans la soirée du 19 novembre 1905, Mme B... est prise de frissons et d'un violent point de côté gauche. En même temps, elle éprouve de vagues malaises, de la céphalée frontale, une courbature généralisée. Le lendemain elle ressent les mêmes symptômes, tousse un peu, ne paraît pas cependant avoir eu de température élevée. Dans la nuit du 20 au 21, insomnie, agitation, inappétence complète, soif modérée.

Le 21 au matin, sa famille remarque qu'elle est entièrement jaune et nous fait appeler.

Nous trouvons notre cliente couchée, se plaignant toujours d'un point de côté gauche et d'une gêne respiratoire consécutive, à l'auscultation il n'y a rien du côté du poumon droit. Dans le poumon gauche, nous trouvons, du haut en bas de la ligne axillaire, une zone submate à la percussion, avec une quantité de râles sibilants et congestifs prédominant surtout au sommet du poumon. *La toux est insignifiante, sans aucune expectoration.* La température rectale prise dès ce même soir est 38°5. Le pouls est bon à 85, la respiration 15. Un ictère complet a envahi le corps, y compris les conjonctives. Le ventre est légèrement météorisé. Il n'y a pas eu de selles depuis vingt-quatre heures. Le foie, non débordant, est sensible à l'exploration, surtout dans la région de la vésicule. La rate ne paraît pas grosse. Les battements du cœur sont réguliers sans aucune altération. Les urines sont franchement ictériques, sans albumine, assez abondantes. Le 23, tout semble s'atténuer du côté pulmonaire, quand le lendemain, la température monte brusquement à 40 degrés. L'état général est mauvais. Langue sèche, saburrale, ictère plus foncé. Léger



degré d'obnubilation intellectuelle avec subdélire nocturne. A l'examen, on entend dans le creux axillaire un souffle tubaire très fort, avec râles crépitants fins. La lésion contourne l'aisselle pour s'étendre en avant dans la fosse sous-claviculaire et en arrière remonte dans la fosse sus-épineuse. Il s'agit d'une pneumonie étendue du sommet du poumon gauche. Matité à la percussion, bronchophonie, exagération des vibrations thoraciques, dyspnée, *toux à peu près nulle mais sèche complètement.* Rien du côté du poumon droit. L'ictère est plus foncé, le foie déborde légèrement, avec sensibilité à la pression maxima dans la région vésiculaire. Rate normale. Cœur rien. Il y a 23 respirations et 95 pulsations bien frappées. Les urines sont rares, chargées de pigments biliaires et non albumineuses. La soif est assez vive, il y a des nausées. Nous faisons enduire, *loco dolenti*, la poitrine de pommade au collargol à 15 p. 100. Dès la première application le point de côté se calme. Les parents de la jeune femme sont très alarmés vu que son père est mort rapidement, il y a quelques années, d'une pneumonie à caractère infectieux.

Le 25, nous constatons un souffle tubaire très fort dans l'aisselle gauche, s'atténuant en avant et en arrière, tandis que les râles crépitants fins paraissent progresser vers la base du poumon, toujours sur la ligne axillaire. Le pouls est à 90, la respiration à 23. *Pas trace d'expectoration.* Rien du côté du poumon droit. Toux nulle. Même sensibilité hépatique.

Le 26, le pouls est à 70, la respiration à 18.

A dater de ce moment, la pneumonie évolue normalement

vers la guérison. Néanmoins, bien que le 29, il y ait apyrexie, le souffle tubaire de l'aisselle gauche n'a pas complètement disparu et il persiste des râles sous-crépitants fins. Puis, tout rentre dans l'ordre, et Mme B... entre en convalescence le 1er décembre. Suivant la marche de la phlegmasie pulmonaire, l'ictère, apparu le 21, est à son acmé les 24, 25 et 26, puis décroît et disparaît totalement le 3 décembre.

De même que M. le docteur Bonnette, nous attirons l'attention sur les points suivants :

1° Absence complète d'expectoration pendant toute la durée de la pneumonie. Il y eut une petite toux sèche insignifiante ;

2° Apparition tardive du souffle tubaire caractéristique le matin du cinquième jour. D'après la courbe thermique, il semble qu'il y ait eu invasion de l'organisme par le pneumocoque avec réaction de défense ; puis, le microbe triomphant, les signes inflammatoires cliniques parurent ;

3° Dès le 21, apparition de l'ictère qui marche parallèlement à l'inflammation pulmonaire. Au cours de ses accidents intestinaux, cette malade avait antérieurement subi un ictère. Rien de surprenant donc, le foie étant son *locus minoris resistantiæ*, qu'un microbe virulent (le pneumocoque dans l'espèce) ait pour ainsi dire frappé d'emblée le viscère le plus faible (ici le foie), puis, de là, ait fait sa localisation sur un terrain favorable à son évolution. A l'époque où se passaient ces épisodes morbides, il n'y avait pas de grippe, mais des pneumonies disséminées tant dans l'élément civil que militaire.

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE

DES

FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par le docteur LOP,

Chargé de cours à l'École de médecine de Marseille.

Pour la première fois je viens d'observer une fracture du maxillaire inférieur. Je crois intéressant de faire connaître le procédé que j'ai employé pour la réduction et la contention de cette fracture.

Je n'ai rien inventé de bien extraordinaire, mais le petit appareil que j'ai utilisé, m'inspirant des différents autres appareils recommandés par les classiques, m'ayant donné un excellent résultat, je me permets d'attirer l'attention des praticiens sur les services qu'il peut être appelé à leur rendre.

Il s'agissait d'une fracture du corps du maxillaire (côté droit). Le foyer communiquait largement avec la cavité buccale ; une large esquille située au niveau de la deuxième grosse molaire avait perforé la muqueuse buccale. Le malade, croyant arracher une dent, avait extrait lui-même ce fragment osseux.

L'accident s'étant produit en mer, ce n'est que deux jours après que le malade avait pu être soigné.

Après désinfection soigneuse du foyer de la fracture, j'essayai de l'immobilisation par le treillis métallique recommandé par Lejars (*Chirurgie d'urgence*, 1904). Après un essai infructueux, causé par l'insuffisance des dents, je m'adressai en vain à la gutta-percha, puis au « godiva » employé par les dentistes pour prendre le moulage des appareils de prothèse dentaire.

Malgré le soin apporté par M. Grosse, habile dentiste auquel je m'étais adressé, successivement ces deux gouttières se cassèrent au bout de trente-six heures, c'est alors que je priai M. Grosse de me prendre une nouvelle empreinte et de me faire une gouttière en maillechort.

En attendant sa confection, nous replaçâmes une nouvelle gouttière en « godiva » qui subit le même sort que les précédentes. Nous la laissâmes tout de même en place pendant la confection de celle en maillechort qui demanda trente-six heures.

Celle-ci prête, fut aussitôt posée et pendant quarante-huit heures un double chevestre en diachylon maintint la réduction. La coaptation et la réduction furent parfaites.



Gouttière en maillechort pour la fracture du maxillaire inférieur.

Vingt jours après, j'enlevai l'appareil et j'autorisai le malade à manger autre chose que les potages et les œufs avec lesquels il s'était nourri.

Cet appareil est très simple, peu coûteux, d'exécution facile et le premier dentiste venu peut le confectionner. Il est de beaucoup plus solide et plus sûr que les gouttières en gutta ou en « godiva » et moins compliqué que la gouttière de Kingsley (Lejars, p. 97).

Cette gouttière en maillechort se rapproche de celle de Martin (de Lyon) mais elle est plus légère, elle pourrait, si le cas l'exigeait, supporter le ressort antérieur prenant appui sous le menton qui complète la gouttière si heureusement imaginée par Martin.

FORMULAIRE

POMMADE POUR LE PANSEMENT DES BRULURES

Stovaïne	1 gramme.
Vaseline boriquée	40 —

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1906)

Traitement cuivrique des semences. — M. E. Bréal. L'auteur montre les excédents notables de récolte que l'on peut obtenir en recouvrant les semences d'un enduit cuivrique à base de fécule, résultats qui confirment des recherches antérieures avec M. Giustiniani.

La bouillie cuivrique se prépare en faisant bouillir 30 grammes de fécule dans 1 litre d'eau, tenant en dissolution 3 grammes de cuivre. On laisse séjourner les graines pendant vingt heures dans le mélange refroidi, on les dessèche superficiellement par exposition à l'air, puis on les trempe dans l'eau de chaux et l'on sèche à nouveau. Les graines ainsi traitées conservent leur aspect ordinaire; elles augmentent de poids de 5 p. 100 environ.

La stérilisation superficielle des graines, maïs, blé, avoine, orge, par la bouillie cuivrique n'a pas seulement pour effet de prévenir les maladies cryptogamiques qui souvent compromettent les récoltes; elle favorise en même temps la levée des semences et assure une meilleure utilisation de leurs réserves, d'où un excès de production végétale qui est sensible dès le début de leur développement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1906)

Vraie séance d'entrée en vacances, très peu de monde, deux courtes communications et l'on décide qu'on ne tiendra pas séance mercredi prochain.

La scopolamine. — M. Jalaguier a eu recours 21 fois à l'anesthésie par la scopolamine et le chloroforme et il s'associe aux conclusions de MM. Terrier et Walther. Comme M. Terrier, il fait faire, chez les adultes, une injection d'un milligramme de scopolamine et d'un centigramme de morphine. Chez les adolescents de quatorze à quinze ans, il n'a d'abord employé qu'une demi-dose, mais il a reconnu que cela était insuffisant. Il n'a pas encore eu recours à cette méthode chez les jeunes enfants. Il a ainsi opéré 17 femmes et 4 hommes; ces opérations se décomposent ainsi : 18 appendicites, 2 salpingites, 1 hernie. Selon la durée de l'opération, il a employé de 7 à 12 centimètres cubes de chloroforme. Au début de l'emploi du chloroforme, le pouls monte à 120, puis s'abaisse; la pupille est dilatée, puis se rétrécit sous le chloroforme; le nystagmus est très rare; la respiration est accélérée; les vomissements ont manqué au cours des opérations; trois malades seulement ont eu des nausées; aucun n'a vomi pendant l'anesthésie. Cette absence des vomissements est précieuse pour les opérations de salpingites et d'appendicites, M. Jalaguier n'a signalé aucun incident post-opératoire. Quant aux vomissements consécutifs à l'opération, ils ont paru être retardés mais être aussi fréquents.

En résumé, c'est une méthode sans danger qui a le grand avantage de supprimer l'angoisse pré-opératoire. On endort les malades avec le chloroforme sans qu'ils s'en aperçoivent et on supprime l'excitation du début.

M. Segond ajoute quelques mots pour dire qu'il continue à se bien trouver de cette méthode; l'absence de vomissements et de l'angoisse pré-opératoire fait que les malades eux-mêmes, éclairés par ceux qui ont été opérés avec cette méthode, la réclament de préférence au chloroforme seul.

Plaie du cœur. — M. Thierry communique une intéressante observation de plaie du cœur par balle de revolver, qui a guéri, sans intervention, à l'aide des injections intra-veineuses de sérum artificiel. Il s'agissait d'une étudiante qui s'est tiré dans la région du cœur une balle de revolver du calibre de 7 millimètres. Elle est amenée, quelques minutes après, à l'hôpital, pâle, exsangue. Augmentation de la matité cardiaque, grande diminution des bruits du cœur, absence de pouls, tout indique une plaie pénétrante du cœur. Etant donnée la grande faiblesse de la blessée, avant de décider une intervention, on fait une injection intra-veineuse de 700 grammes de sérum. Après cette injection la malade va mieux, on en fait une seconde, et huit heures après la blessure, elle reprend connaissance. Pendant quelque temps, elle conserva de la tachycardie, une grande faiblesse; il survient quelques crises d'épilepsie jacksoniennes et après deux mois elle revient à la santé, en ayant seulement encore un peu de tachycardie. L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

Stérilisation du catgut. — Il y a quelques semaines que M. Legueu a présenté un nouveau procédé de stérilisation du catgut par la benzine. M. Monod fait observer qu'un chirurgien allemand a obtenu le même résultat, dès 1898, à l'aide de kummol qui ne bout qu'à 166 degrés. Ce procédé paraît à M. Monod supérieur à celui qu'a préconisé M. Legueu à l'aide de la benzine qui bout à 85 degrés.

M. Rochard fait remarquer que même ces températures très élevées ne pénètrent pas toujours le centre du catgut.

Thermocautère. — M. Routier présente un nouveau thermocautère qui a l'avantage, sur le Paquelin, de ne pas s'éteindre dans les tissus.

ANALYSES

MÉDECINE

Les idées de grandeur dans la paralysie générale du jeune âge. (*Revue des mal. de l'enf.*, mars 1906.) — M. Babonneix a réuni 14 cas de paralysie générale infantile (ou juvénile) avec idées de grandeur. Leur étude suggère quelques réflexions simples.

La première, c'est que ces idées sont peut-être un peu moins exceptionnelles qu'il n'est classique de le dire. On les observe en effet dans plus de 12 p. 100 des cas. La seconde, c'est qu'elles peuvent se ranger en plusieurs catégories.

Les unes sont remarquables par leur apparence de niaiserie et de puérilité : ce sont, si l'on veut, de *petites* idées de grandeur. Les autres se sont développées à l'occasion d'un événement récent; d'autres, enfin, paraissent spontanées: tout à fait comparables à celles que l'on observe chez l'adulte, elles ont été, en général, signalées chez des malades déjà relativement âgés.

Pour expliquer leur développement, l'auteur admet qu'en médecine mentale comme ailleurs, la pathologie n'est que l'exagération de la physiologie. Cette niaiserie des conceptions, on la trouve plus ou moins accentuée chez presque tous les enfants. L'enfant le mieux doué ne songe, pendant de longues années, qu'à la satisfaction de ses besoins immédiats, et, chez lui, les préoccupations d'ordre gastronomique l'emportent sur toutes les autres. Le cercle de ses idées est donc nécessairement restreint. Plus tard, ce cercle s'élargit,

sans que les idées qu'il contenait cessent de se proportionner à l'âge de l'enfant. Pensant à l'avenir, la petite fille se promet, lorsqu'elle sera grande, d'acheter de belles poupées; le petit garçon rêve de l'emporter, dans les jeux, sur tous ses camarades. « Voyez un enfant, a dit justement Saint-Marc Girardin, avant tout il porte l'empreinte de son âge, avant tout, il est un enfant. »

Autre élément caractéristique des intelligences enfantines : c'est leur tendance à tout déformer, à tout amplifier : ce sont des miroirs grossissants. « L'imagination de l'enfant dépasse la nôtre, en ce qu'elle ne sait pas ou ne peut pas se limiter » (Bernard Pérez). Elle manque du recul nécessaire pour mettre les choses au point. De là, sans doute, la propension au mensonge, qu'ont justement signalée tous les auteurs (Montaigne, La Bruyère, B. Pérez, Dupré).

Ces quelques considérations, dit M. Babonneix, n'élucident pas complètement, sans doute, la pathogénie des idées de grandeur dans la paralysie générale infantile : elles permettent seulement de dire que l'âge des malades leur imprime des caractères tout à fait spéciaux et que l'on retrouve en elles, plus ou moins agrandies et déformées, des idées que l'enfant le plus normal a maintes fois caressées en rêve.

Dernier point : les idées de grandeur sont-elles caractéristiques, chez l'enfant, d'une paralysie générale?

La question est difficile à résoudre. Cependant, on peut dire qu'en dehors de la paralysie générale, on ne les trouve guère avant vingt ans que dans la démence précoce.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement opératoire des fractures anciennes de l'extrémité inférieure du radius. (H. A. Lothrop. *Boston med. and surg. Journ.*, 7 déc. 1905.) — L'auteur, avec radiographies nombreuses à l'appui, pense qu'une intervention est indiquée dans un grand nombre de cas où le résultat n'est pas entièrement satisfaisant. Dans les trois premières semaines, on peut rebriser l'os peu consolidé et traiter comme une fracture récente. Après trois ou quatre semaines, il vaut mieux recourir à l'ostéotomie au siège de la fracture. Dans les fractures datant de deux à six mois, l'ostéotomie devrait toujours améliorer l'attitude; elle améliore souvent la fonction, quoique l'on ne puisse porter un jugement d'ensemble, un cas n'étant superposable à un autre. Après six mois, il devient difficile de corriger la déformation. Le déplacement du fragment inférieur en bas et en arrière peut toujours être réduit, mais la déviation latérale ne peut guère être corrigée sans ostéotomie du cubitus. Et même alors, les fonctions du poignet s'améliorent peu. De telle sorte que, si la gravité de l'intervention est nulle, il faut encore choisir ses cas si l'on veut avoir des résultats, et surtout ne pas attendre trop tard pour intervenir.

F. GARDNER.

L'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. (A. Gosset. *Revue de chirur.*, n° 1, 1906.) — La connaissance de l'ulcère du jéjunum date de six ans; c'est à la suite de la gastro-entérostomie qu'il s'observe. H. Braun (de Göttingen) signala le premier en 1899 cette affection. L'auteur peut à la date d'aujourd'hui en réunir 31 cas.

L'ulcère du jéjunum serait presque exclusivement observé chez les hommes (29 cas contre 2). Ni l'âge, ni le procédé opératoire employé ne paraissent jouer un rôle étiologique particulier. La pathogénie, d'après l'auteur, paraît après lecture des observations devoir être recherchée dans la réunion de trois causes surtout : l'hyperacidité, une sténose très serrée et l'existence d'une grande dilatation.

Anatomiquement, l'ulcère du jéjunum est identique à celui de l'estomac et du duodénum; le plus souvent unique il siège de préférence sur l'anse descendante de l'anastomose.

Au point de vue clinique, Biegel décrit deux formes : une première sans aucun symptôme prodromique et qui brusquement se révèle par une péritonite par perforation, forme perforante d'emblée avec péritonite généralisée; une seconde simulant l'ulcère térébrant de l'estomac avec adhérences, forme avec péritonite localisée et plastron. L'auteur en ajoute une troisième, forme avec perforation sous un viscère creux. La seconde de ces formes est la plus fréquente (20 cas sur 31).

Le diagnostic de l'affection est, d'après Gosset, très facile aujourd'hui que l'on connaît bien cette complication de la gastro-entérostomie. L'apparition nouvelle des signes de l'ulcère chez un ancien opéré impose le diagnostic.

Le pronostic varie suivant les formes cliniques, très grave dans la forme perforante, il est plus bénin dans la seconde forme, mais bénignité relative en raison de la fréquence des récidives.

Quant au traitement en cas d'ulcère peptique jéjunal déclaré : opération immédiate si perforation; libération des adhérences, suture ou excision de l'ulcère et nouvelle gastro-entérostomie le plus loin possible du pylore dans la forme à péritonite localisée.

Mais ce qui semble se dégager avant tout de cette étude, c'est, dans les gastro-entérostomies pour affections bénignes de l'estomac l'importance du traitement médical qui doit être longtemps prolongé après l'intervention et la nécessité d'une technique destinée à prévenir cette complication, pylorectomie ou gastro-duodénostomie, lorsqu'elles sont possibles, à leur défaut, suivant le conseil de Gœgel faire l'anastomose le plus loin possible du pylore.

P. DIONIS DU SÉJOUR.

THERAPEUTIQUE

Adrénaline et infections locales. (*Gazz. degli osped. e delle clin.*, 7 janv. 1906, n° 3.) — Ayant observé plusieurs fois que les suites des petites interventions, nécessitées par des processus inflammatoires, étaient loin d'être bonnes lorsqu'on avait eu recours à l'anesthésie par la cocaïne et l'adrénaline, M. Dario Maragliano s'est demandé si cette dernière substance n'aggravait pas l'infection locale. Il constata tout d'abord qu'il existe dans la littérature des cas de phlegmons graves et de nécroses étendues attribués à l'injection d'adrénaline, puis rechercha expérimentalement l'influence de celle-ci sur l'évolution d'infections locales provoquées par des microorganismes de virulence variable, l'action d'un agent déterminé sur le processus infectieux étant en effet différent selon le degré de virulence du germe pathogène.

Le premier soin de M. Dario Maragliano fut de s'assurer que l'injection de 2 centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000 dans l'oreille de lapins ne provoquait aucune action locale ou générale, c'est-à-dire qu'elle était inoffensive pour les tissus sains. Dans une première série de recherches l'auteur détermina alors ce qui se passe lorsque conjointement à l'adrénaline on injecte sous la peau des germes très virulents, et pour cela il eut recours à des cultures de staphylocoque doré dont il injectait 1 centimètre cube. Huit lapins furent ainsi inoculés avec le staphylocoque, et quatre d'entre eux reçurent en même temps une injection

de 1 centimètre cube d'adrénaline en solution à 1 p. 2000. Les quatre lapins qui n'avaient reçu que du staphylocoque moururent très rapidement : chez les lapins adrénalisés la mort fut notablement retardée. Deux de ces derniers avaient été inoculés avec une culture d'une extrême virulence et ne manifestèrent aucune lésion locale, deux autres au contraire, inoculés avec une culture atténuée, parce que plus ancienne, présentèrent une forte infection locale sous forme de phlegmons. Ces résultats, qui furent d'ailleurs identiques en employant le streptocoque au lieu du staphylocoque, sont facilement explicables ; en effet, l'anémie produite par l'adrénaline retarde le passage des germes pathogènes dans la circulation, retarde par conséquent la mort par septicémie et favorise le développement d'une infection locale.

Dans une seconde série d'expériences M. Maragliano a recherché quelle est l'influence de l'adrénaline sur des micro-organismes de virulence moyenne, c'est-à-dire qui injectés aux animaux produisent une inflammation locale évidente sans entraîner la mort. Dix lapins furent inoculés sous la peau de l'oreille droite avec un demi-centimètre cube d'une même culture sur bouillon de streptocoques à virulence moyenne ; cinq d'entre eux reçurent en même temps à la base de l'oreille 1 centimètre cube d'une solution d'adrénaline à 1 p. 2000. L'influence aggravante de l'adrénaline fut manifeste ; non seulement la réaction locale fut beaucoup plus intense chez les animaux adrénalisés, mais alors qu'aucun des animaux contrôles ne mourut, trois des autres succombèrent et les deux derniers furent pendant plusieurs jours dans un état très grave. Même au point de vue de la nature des lésions les différences furent très marquées ; tandis que les lapins témoins présentèrent seulement de l'infiltration séreuse de l'oreille les autres eurent de la gangrène, soit humide avec infiltration purulente sous-cutanée, soit sèche. Les mêmes résultats furent obtenus avec le staphylocoque.

Il fallait établir maintenant si des microbes inoffensifs inoculés seuls peuvent devenir virulents pour des tissus anémiés par l'adrénaline. Six cobayes reçurent une injection d'une culture de staphylocoques dont la très faible virulence avait été démontrée chez le lapin ; trois d'entre eux reçurent également une injection de 1 centimètre cube de solution d'adrénaline à 1 p. 2000. Les animaux témoins présentèrent seulement un peu de rougeur et une légère tuméfaction, chez les trois autres il se produisit des abcès et l'un d'entre eux mourut au bout de trois jours.

Enfin, des expériences pratiquées sur quatre chiens et six lapins prouvèrent qu'en injectant à la périphérie d'un abcès ou d'un phlegmon déjà en voie d'évolution une petite quantité d'une solution d'adrénaline à 1 p. 2000, soit 1 à 2 centimètres cubes, la lésion locale s'aggravait notablement.

M. Dario Maragliano ne prétend nullement conclure directement de ces résultats à ce qui se passe en pathologie humaine ; il reconnaît que les conditions de la pratique chirurgicale sont très différentes de celles de l'expérimentation. En effet, chez l'homme, on emploie rarement une solution dont le degré de concentration dépasse 1 p. 10000 ; de plus l'incision chirurgicale donne issue à une bonne partie du liquide injecté, alors que celui-ci demeure dans sa totalité chez les animaux en expérience ; enfin quand il s'agit de processus inflammatoires locaux chez l'homme, la plaie est drainée, ce qui assure l'écoulement à l'extérieur des produits nocifs.

Néanmoins, l'auteur italien croit que, malgré ces conditions qui diminuent les dangers de l'anémie adrénalinique dans la pratique chirurgicale, il est imprudent d'employer l'adrénaline au niveau de tissus enflammés ou dans leur voisinage ; selon M. Maragliano cette substance ne devrait être utilisée que dans les interventions sur les tissus sains.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

L'hystérectomie : indications et technique (1), par le docteur J.-L. Faure.

Cette excellente monographie constitue une étude très complète, très claire et, à certains égards, très originale de la technique actuelle de l'hystérectomie et des indications respectives des différents procédés qui, depuis quelques années, ont totalement modifié la chirurgie utéro-annexielle. Par ses publications antérieures, par son expérience personnelle, par la description de son procédé d'*hystérectomie abdominale par hémisection utérine*, si original et trop peu employé, l'auteur était vraiment qualifié pour écrire une étude d'ensemble sur cette importante question de chirurgie gynécologique.

Après un court et substantiel chapitre d'anatomie, l'auteur étudie, *dans une première partie*, la *technique opératoire* de l'hystérectomie abdominale totale et subtotale, puis celle de l'hystérectomie vaginale, peut être trop délaissée aujourd'hui et qui ne vit guère que des contre-indications de la voie haute.

La deuxième partie du livre est de beaucoup la plus originale. Avant d'étudier les *indications* de la voie abdominale et de la voie vaginale, et de tel ou tel procédé suivant tel ou tel cas, l'auteur énumère, en y insistant longuement, certains *principes* qui dominent la technique de l'hystérectomie abdominale ; qui en font, suivant qu'on s'y réfère ou non, une opération « facile ou difficile, rapide ou prolongée et, jusqu'à un certain point, inoffensive ou grave », à savoir :

a. L'utérus et les annexes sont beaucoup plus faciles à enlever lorsqu'on les aborde de *bas en haut* ;

b. L'utérus et les annexes doivent donc être attaqués *par dessous*. La première phase de toute hystérectomie sera donc celle qui aura pour but d'atteindre le pôle inférieur du bloc utéro-annexiel. Pour y parvenir, il faudra suivre la voie la plus courte et la moins encombrée. Or, celle-ci n'est pas toujours la même, elle varie suivant la disposition des lésions.

Indications. — *Dans le cancer du col*, l'auteur est partisan de la voie haute, mais repousse « les grands évidements pelviens ».

Dans les fibromes et tumeurs utérines diverses, l'auteur préfère à l'hystérectomie abdominale totale, la subtotale, plus facile et plus bénigne. Il résume ainsi les indications des différents procédés :

1. Utérus mobile, quel que soit son volume, col accessible, isthme utérin facile à reconnaître = *hystérectomie par décollation* ;

2. Utérus peu mobile, difficile à attirer, col mal limité, profond, envahi lui-même par un ou plusieurs noyaux fibreux = *procédé de Kelly* ;

3. Utérus enclavé dans le bassin, ou présentant à son pôle supérieur, de trop grandes adhérences = *hystérectomie par décollation antérieure*.

Dans quelques *cas rares* (col suspect ou très malade, fibrome envahissant le col), l'auteur recommande l'hystérectomie totale.

(1) In-8° de 208 p. avec 112 fig. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

C'est surtout dans les *lésions bilatérales des annexes*, qu'il faut, suivant la disposition des lésions, savoir employer des procédés différents, afin, et l'auteur y revient à plusieurs reprises, de gagner, par la voie la plus courte et la moins encombrée, le pôle inférieur du bloc utéro-annexiel.

1. Annexites bilatérales mobiles = hystérectomie par décollation;

2. Annexites libres sur un des côtés, adhérentes de l'autre aux parois pelviennes = procédé de Kelly;

3. Dans les annexites bilatérales, adhérentes des deux côtés, on aura recours systématiquement à l'*hémisection utérine*. Dans quelques cas, si les annexes sont bien séparées de l'utérus, on pourra employer le *procédé de Terrier*;

4. Dans les utérus rétro-fléchis, avec adhérences postérieures, on aura recours à la *décollation antérieure*.

E. RAVANIER.

Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale (1), par MM. les docteurs BÉRARD et PATEL.

Ce volume très didactique, qui atteint la clarté malgré une documentation très soignée, ne traite que des formes chirurgicales de la tuberculose intestinale et n'étudie vraiment à fond que leur localisation sur l'intestin grêle : les auteurs ont, à dessein et avec raison, laissé de côté la tuberculose du rectum qui appartient à l'étude des rétrécissements du rectum, la tuberculose du cæcum, parce qu'elle est bien connue, bien étudiée, la tuberculose du reste du gros intestin parce qu'elle n'est guère synthétisée : ils disent cependant un mot des dernières.

Au point de vue pathogénique, la voie sanguine et la voie muqueuse doivent être retenues, la première est surtout fréquente au niveau de l'intestin grêle, dans lequel les matières liquides circulent vite : elle crée souvent des lésions diffuses; la seconde préside plus souvent aux lésions du côlon où les matières devenues solides stagnent. Les auteurs insistent sur l'indépendance fréquente de la tuberculose intestinale et invoquent des arguments nécropsiques, opératoires, expérimentaux, cliniques.

Au chapitre de l'anatomie pathologique, les auteurs étudient d'abord les formes élémentaires de la tuberculose intestinale, forme cicatricielle et ulcéro-cicatricielle, forme hypertrophique et décrivent ces formes au niveau de l'intestin grêle, du cæcum, du côlon, y ajoutant la forme intestino-péritonéale caractérisée par l'envahissement du péritoine au cours d'une des formes intestinales précédentes. Ils insistent sur plusieurs faits : l'épaississement des parois du segment d'intestin sus-jacent à la sténose n'est pas dû à de l'hypertrophie musculaire compensatrice, mais à l'infiltration inflammatoire et tuberculeuse, de la sous-muqueuse surtout; quand plusieurs rétrécissements existent, le premier est ordinairement le plus serré : on dirait que la propagation de l'infection s'est faite suivant le trajet des matières fécales. A la symptomatologie, les auteurs insistent sur l'accès douloureux du syndrome de Kœnig (douleur de colique avec bruits musicaux et apparition d'une tumeur passagère) qui existe dans les lésions de l'intestin grêle, permettant parfois de faire le diagnostic de rétrécissements multiples (coliques étagées de Kœberlé). Ce syndrome manque dans les tuberculoses du gros intestin qui sont le plus souvent du type hypertrophique avec tumeur volumineuse et constante, reproduisant la forme de l'organe, sans l'altérer ordinairement.

Le diagnostic est envisagé d'une façon très pratique et très clinique. Il faut établir l'existence de la sténose, de son siège de sa nature et pour cette dernière d'une façon différente suivant qu'il y a ou non tumeur appréciable. Le diagnostic de la variété de lésion tuberculeuse doit être tentée, car elles ne relèvent pas toutes des mêmes indications opératoires.

Le traitement, sitôt le diagnostic de sténose tuberculeuse posée, doit être chirurgical. Si la laparotomie seule a pu donner quelques succès, il semble qu'on doive faire un peu plus. L'entéroplastie semble condamnée, le choix se pose entre l'opération radicale, l'entérectomie, et les opérations palliatives, entéro-anastomoses de diverses natures et exclusion unilatérale.

L. CHEVRIER.

CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE (LONDRES, 5-10 AOUT 1907). — *Comité français.* — Le deuxième des Congrès internationaux d'hygiène scolaire, qui doivent se succéder à trois ans d'intervalle, se tiendra à Londres du 5 au 10 août 1907. Il sera certainement aussi important que l'a été le premier de ces Congrès, qui a eu lieu à Nuremberg du 4 au 9 avril 1904, et qui a réuni 1 200 personnes venues des diverses régions du monde civilisé.

Il convient que la France soit beaucoup plus largement représentée au Congrès de Londres qu'elle ne l'a été au Congrès de Nuremberg, non seulement par des délégations officielles, mais aussi par de nombreux adhérents à titre privé. Notre pays a le devoir de prendre une large part au mouvement de rénovation de l'hygiène de la jeunesse des écoles, si intense dans toutes les nations cultivées

Au Congrès de Londres, des sections particulières s'occuperont des questions suivantes :

Hygiène des bâtiments et du mobilier scolaire; — Hygiène des internats; — Méthodes de recherche de l'hygiène scolaire; — Programmes scolaires; — Enseignement de l'hygiène aux maîtres et aux élèves; — Éducation physique des enfants et des jeunes gens; — Écoles spéciales pour enfants anormaux; — Hygiène de la jeunesse en dehors de l'École; — Hygiène du corps enseignant; — Sujets divers.

Des rapports destinés à être discutés en séances plénières ou en séances de section seront faits sur des sujets particulièrement intéressants ou des questions urgentes d'hygiène scolaire ou de pédagogie physiologique. De nombreuses communications seront également lues et discutées dans les sections.

La Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire a été chargée par le comité permanent des Congrès internationaux d'hygiène scolaire et par le comité d'organisation du Congrès de Londres, de former un Comité français.

Les sociétés qui s'occupent d'hygiène sociale ou d'enseignement sont tout particulièrement invitées à adhérer et à se faire représenter officiellement au Congrès de Londres.

Dès maintenant on peut verser la cotisation réglementaire de 25 francs entre les mains du trésorier français, M. le docteur J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle, Paris, et se faire inscrire pour une ou plusieurs communications devant les sections.

Il importe, pour la prompte élaboration du programme, que le titre des communications proposées soit communiqué le plus tôt possible au Comité de Londres.

Des réductions importantes seront certainement consenties

(1) Petit in-8° (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). — Prix : br., 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

par les compagnies de chemins de fer anglais et français et par les compagnies de navigation. Le comité de Londres assurera le logement des congressistes suivant leur désir.

Des cartes spéciales, du prix de 10 francs, permettront aux dames d'assister aux séances plénières et aux réunions, réceptions et parties de plaisir organisées à propos du Congrès.

Le comité français d'action a pour président M. le docteur A. Mathieu (37, rue des Mathurins) et pour secrétaire général M. le docteur R. Dinet (11 *bis*, rue Cernuschi [XVII[e]].

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1906.) BALTHAZARD et Louis LEBRUN : La docimasie pulmonaire. — Paul PARISOT : L'hospitalité de nuit en France. — THOINOT : Notes de médecine légale pratique. Attentats aux mœurs.

Archives de médecine navale. — (N° 4, avril 1906.) CAZAMIAN : Quelques considérations sur une épidémie de dengue à bord du *Kersaint* (1905). — TARTARIN : La tuberculose chez les marins du commerce en France. — SCHIGEMICHI-SUZUKI : La guerre navale russo-japonaise en 1904-1905.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 12, 22 mars 1906.) Arthur L. CHUTE : Quelques observations montrant l'importance du diagnostic cystoscopique. — W.-D. RUSTON et E.-E. SOUTHARD : Attaques cérébrales avec douleur sous-occipitable, anévrismes miliaires cérébraux et volumineux anévrismes de l'artère vertébrale (avec 2 figures). — Walter R. WEISER : Plaies par coup de feu de la tête et de la colonne vertébrale (avec 5 figures). — Charles L. SAIDDER : Embolie cérébrale causée par la ligature de l'artère carotide externe.

Bulletin médical. — (N° 27, 7 avril 1906.) Paul CARNOT : Sur divers types pathogéniques d'obésité (*fin*). — BISSÉRIÉ : La radiothérapie dans le traitement des épithéliomas des paupières. — NOEL : L'uniforme des médecins militaires et la logique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 29 mars 1906.) KRANZFELDER et ŒRTEL : Importance de la nouvelle balle de l'infanterie allemande au point de vue de la chirurgie de guerre. — SCHMIDT : Sur le traitement de la phtisie pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — NEISSER : Recherches sur la transmission de la syphilis au singe. — HOFFMANN : Expériences sur la virulence du sang syphilitique. — WICHMANN : Mode d'action et emploi des rayons du radium et de la radioactivité sur la peau, particulièrement à propos du lupus. — BERLINER : Sur le traitement de la fièvre des foins. — OLLENDORF : Occlusion intestinale brusque par calcul biliaire sans troubles antérieurs appréciables des voies biliaires. — LOHNSTEIN : Sur l'alypine dans la pratique urologique. — HECHINGER : Sur l'anesthésie locale en otologie. — LEUWER : Un nouvel aspirateur nasal.

Journal des praticiens. — (N° 14, 7 avril 1906.) MARION : De la réduction des luxations de l'épaule (variétés antéro-internes). — MÉRY : Les fractures des rachitiques. — HUCHARD : Action radioactive des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme et des maladies du cœur.

Medizinische Blatter. — (N° 13, 29 mars 1906.) LORENTZEN : Contribution au diagnostic des sténoses chroniques du côlon. — SOFER : Sur la question des injections.

Montpellier médical. — (N° 13, 1[er] avril 1906.) BERTIN-SANS et V. ROS : La qualité du lait à Montpellier (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 3 avril 1906.) LEXER : Sur le traitement des inflammations aiguës par l'hyperémie de stase. — BESTELMEYER : Le traitement des processus inflammatoires aigus par l'hyperémie de stase de Bier. — PENKERT : Anesthésie lombaire dans le demi-sommeil par la morphine-scopolamine. — BRENTANO : Les blessures articulaires par coup de feu pendant la guerre russo-japonaise. — COLMERS : Importance de la radiographie en chirurgie de guerre. — JODBAUER et TAPPEINER : Action de la lumière sur les ferments (invertine) en l'absence d'acide). — SELBER : Sur l'arrachement de l'aponévrose d'extension des doigts. — KÜHN : Gueule de loup et tubage. — LANDGRAF : Les greffes cutanées sont-elles un moyen de guérison? — STRAUSS : La seringue automatique aspirante et refoulante comme appareil d'aspiration pour l'hyperémie de stase de Bier. — WEINBERG : Un nouveau dispositif de sûreté pour les injections sous-cutanées et intraveineuses. — LANGE : Ecole et corset.

Pester medizisnich = chirurgische Presse. — (N° 13, 1[er] avril 1906.) PARTOS : Diététique et hygiène du rhumatisme chronique pendant et après une cure thermale. — PREISZ : Les bacilles tuberculeux de l'homme, des mammifères et des oiseaux sont-ils d'espèce différente ou non?

Presse médicale. — (N° 28, 7 avril 1906.) DARTIGUES et CARANEN : Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonial des ligaments ronds. Ligamentopéxie rétro-utérine et sous tubo-ovarienne. — Alphonse CALABRESSE : Le souffle systolique de l'insuffisance aortique pure. — P. LABBÉ : Hygiène alimentaire. Le régime diététique dans l'armée japonaise et les principales armées européennes.

Province médicale. — (N° 14, 7 avril 1906.) BERNHEIM : Sur le cœur des artério-scléreux. — H. VIOLET : Un des dangers du drainage du péritoine; l'infection secondaire. — P. JOUFFRAY : Du calibrage et de la suspension de la trachée ramollie au cours des opérations pour goitre suffocant.

Revue médicale de l'Est. — (N° 7, 1[er] avril 1906.) S. RÉMY : Contribution à l'étude de la rétention de l'arrière-faix. — M. PERRIN et J. PARISOT : Paraplégies syphilitiques (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 13, 29 mars 1906.) VAS : Sur la bactériurie typhique et ses rapports avec les reins. — MORO et MURATH : Sur les substances empêchantes bactériennes des selles des nourrissons.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 6, 30 mars 1906.) LANGLET : La léproserie de Reims du XII[e] au XVII[e] siècle (d'après M. Hildenfinger). — GUELLIOT : Quelques lésions traumatiques de l'appareil rotulien (*fin*).

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 46. — SAMEDI 21 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 21 AVRIL 1906. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses suivantes ont été accordées pour services rendus à la mutualité :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Aubert, Selle et Weil (de Paris), Dumur (d'Evian), Guyot (de Calais) et Theullier (de Thiviers).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Aigre (de Boulogne-sur-Mer), Aviérinos (de Marseille), Baumgartner, Borne, Campart, Crouigneau, Deel, Delaage, Delarue, Devis, Flammarion, Fouque, Garrigue, Lafount, Roblot, Rogier, Rousseau, Thorel et Tournier (de Paris), Devillard (de Brantôme), Lheureux (d'Airaines), Pelissier (de Lyon), Therre (de Vichy), Vallat (de Vincennes) et Villard (de Verdun).

Mention honorable. — MM. les docteurs Barbier, Calmels et Levassort (de Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur, commencera le mardi 8 mai 1906.

Les conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à deux heures et demie, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram.

Deuxième leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations.

Troisième leçon : Analyse bactériologique du pus; bacille de la peste. — Staphylocoque.

Quatrième leçon : Streptocoque. — Entérocoque.

Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). — Pneumocoque. — Pneumobacille.

Sixième leçon : Coccobacille de Pfeiffer. — Micrococcus catarrhalis. Micrococcus tetragenes.

Septième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux.

Huitième leçon : Bacille de Koch et bacilles acido-résistants.

Neuvième leçon : Diagnostic bactériologique des angines. — Bacille diphtérique.

Dixième leçon : Bacille d'Eberth; colibacille; bacillles paratyphiques.

Onzième leçon : Séro-diagnostic.

Douzième leçon : Analyse bactériologique du sang. — Hématozoaire.

Treizième leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques; méningocoques.

Quatorzième leçon : Analyse bactériologique de l'eau et de l'air.

Quinzième leçon : Analyse bactériologique des matières fécales. — Vibrion cholérique.

Seizième leçon : Diagnostic des infections dues aux microbes anaérobies.

Dix-septième leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire; gonocoque.

Dix-huitième leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau. Charbon, morve, actinomycose.

Dix-neuvième leçon : Syphilis et chancre mou.

Le droit à verser pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. Pierre Curie, qui a été victime jeudi soir d'un effroyable accident.

L'illustre inventeur du radium, qui n'avait pas encore 47 ans, était dans toute la force de l'âge et de l'intelligence.

Nous nous inclinons respectueusement devant sa courageuse compagne, qui fut pour lui le plus zélé et le plus constant des collaborateurs.

REVUE GÉNÉRALE

INVERSION UTÉRINE OBSTÉTRICALE

Par P. RUDAUX,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

L'inversion utérine est le retournement partiel ou total de l'utérus, c'est une véritable invagination; le fond de l'organe se déprime pour descendre plus ou moins profondément dans la cavité même de la matrice à la façon d'un doigt de gant qui se retourne, suivant la comparaison classique.

Nous n'étudierons que l'inversion utérine obstétricale qui se produit quelquefois aussitôt après l'expulsion du fœtus, et dans la plupart des cas au moment de la sortie du placenta ou après la délivrance. C'est une complication rare de l'accouchement, on peut même ajouter qu'elle est devenue exceptionnelle, depuis que la physiologie de la délivrance est mieux connue, et qu'on ne cherche plus à débarrasser l'utérus de l'arrière-faix immédiatement après l'expulsion du produit de conception. Le plus souvent en effet, comme nous le verrons en étudiant l'étiologie de l'inversion, c'est sous l'influence de tractions intempestives sur le cordon ou d'une expression trop énergique exercée sur le fond de l'utérus, qu'on détermine le retournement de ce dernier; aussi est-ce d'ordinaire dans la clientèle des sages-femmes et surtout des vieilles sages-femmes qu'on rencontre encore cet accident.

Il est impossible de fixer en chiffres la fréquence de l'inversion, les différentes statistiques publiées sur ce sujet étant absolument dissemblables; Beigel donne 1 cas sur 190 000 accouchements, et Sicard 1 cas sur 50 000 alors que C. Braun ne l'a jamais constatée sur 150000 accouchements.

I

Anatomie pathologique. — Entre les degrés extrêmes, la simple dépression du fond de l'utérus et le retournement complet, tous les intermédiaires sont possibles. Au point de vue clinique il paraît plus rationnel d'admettre trois variétés :

1° Dans la première seront placés tous les cas où l'inversion reste intra-utérine, le fond déprimé de l'organe ne dépasse pas les bords de l'orifice externe du col, *inversion intra-utérine*;

2° La seconde comprendra les cas où le fond de l'utérus a franchi la limite inférieure de ce dernier et reste dans le vagin, *inversion intra-vaginale*;

3° Enfin la troisième est constituée par l'apparition de l'utérus inversé au dehors, *inversion extra-vulvaire* ou *extra-génitale*. Cette variété extrême de l'inversion n'est possible qu'à la condition que le vagin lui-même participe au déplacement; il est entraîné par l'utérus et il s'invagine de haut en bas suivant le mécanisme bien connu du prolapsus.

La première variété est caractérisée du côté de l'abdomen par une cupule plus ou moins profonde suivant le degré de dépression du fond de l'utérus. L'entrée de cette cupule est formée par un rebord épais, arrondi et lisse, on y voit pénétrer le péritoine, les trompes, les ligaments larges, les ligaments ronds et les ligaments utéro-ovariens. L'utérus prend la forme d'un tronc de cône à sommet inférieur, il peut même n'être plus représenté que par une sorte de couronne. La cavité utérine est occupée par le fond inversé simulant un gros cylindre autour duquel se trouve une rigole circulaire comparable aux culs-de-sac du vagin.

Dès que l'utérus a franchi l'orifice externe du col, deuxième variété, il se produit un vide entre la vessie en avant et le rectum en arrière.

L'excavation ainsi constituée se continue inférieurement avec la dépression qui siège sur le fond de l'utérus et qui prend alors la forme d'un canal plus ou moins étroit. Dans l'orifice supérieur de ce canal pénètrent les organes déjà cités : péritoine, trompes, ligaments larges et ronds, auxquels viennent se joindre les ovaires attirés par les ligaments utéro-ovariens, et quelquefois même la vessie.

L'aspect, que présente l'utérus retourné et visible dans la cavité vaginale, varie suivant que le placenta est encore adhérent à la muqueuse ou qu'au contraire celle-ci se montre à nu. Ces différents caractères seront plus faciles à décrire avec la troisième variété, l'utérus hors de la vulve étant directement sous les yeux. Il se présente alors sous la forme d'une grosse tumeur globuleuse; si le placenta est encore adhérent, la surface extérieure de cette masse, grosse comme une tête de fœtus, est lisse, nacrée et violacée, car elle est constituée par la face fœtale du placenta; on aperçoit l'insertion de cordon et les saillies sinueuses des vaisseaux qui rampent sous l'amnios. Si au contraire l'arrière-faix a été expulsé, la tumeur est moins volumineuse, elle est grosse comme le poing et ressemble à un énorme polype pédiculé; sa surface extérieure, constituée par la face interne de l'utérus, est rouge foncé, irrégulière, villeuse, souvent recouverte de débris de membranes et de petits caillots. En remontant le long de cette tumeur jusque dans le vagin on se trouve arrêté plus ou moins près de la vulve par une rigole circulaire constituée soit par la réflexion de la muqueuse vaginale dans l'inversion compliquée de prolapsus, soit par la réflexion de la muqueuse utérine elle-même limitée extérieurement par la muqueuse intra-cervicale du col; on trouve alors excentriquement à cette rigole une autre rigole plus grande, fournie par la réunion des différents culs-de-sac du vagin. Dans le premier cas l'anneau supérieur, qui est le point d'attache de l'utérus inversé, est représenté par le repli de dehors en dedans de la paroi vaginale, dans le second au contraire l'anneau est formé par un repli de la portion cervicale de l'utérus.

On a fait jouer à cet anneau un rôle important pour expliquer les modifications de volume subies par la tumeur. En se contractant cet anneau déterminerait une constriction des vaisseaux de l'utérus, constriction portant particulièrement sur le système veineux; les artères continueraient donc à apporter le sang, mais, la circulation en retour étant entravée, il en résulterait une exagération de pression et par

conséquent une infiltration de tout le tissu utérin qui augmente de volume. La tension veineuse peut être suffisamment forte pour faire éclater les membranes d'enveloppe des vaisseaux. D'après cette théorie l'hémorragie devrait être d'autant plus considérable que l'utérus est plus contracté; or, lorsque l'anneau supérieur est formé par le vagin, dont le pouvoir contractile est à peu près nul, la circulation en retour ne devrait pas être gênée et le suintement sanguin devrait être peu considérable, tandis que c'est le contraire qui se produit. Aussi Bar a-t-il proposé une autre pathogénie pour expliquer ces hémorragies, il divise les utérus inversés en trois catégories :

1° Ceux dont le corps se contracte et qui saignent peu, la contraction se généralisant à la totalité de l'utérus ferme toutes les bouches béantes des sinus;

2° Ceux dont l'anneau de Bandl se contracte seul avec inertie vraie ou relative du corps, l'hémorragie peut alors être abondante;

3° Ceux qui sont inertes. Or dans ces utérus l'augmentation de volume est souvent considérable et cependant la constriction du col est un facteur douteux. L'œdème utérin serait déterminé par l'étirement des ligaments suspenseurs chargés de transporter les vaisseaux utéro-ovariens. Lorsque l'utérus est retourné, les ligaments sont d'autant plus tendus que l'inversion est plus accusée; les artères occupent une situation profonde qui les met à l'abri, tandis que les veines volumineuses placées à la périphérie s'aplatissent sous l'influence de la traction à laquelle elles sont soumises. Bar a constaté dans un cas d'inversion qu'il suffisait de repousser l'utérus vers l'abdomen pour voir le sang affluer dans les veines des ligaments suspenseurs et les colorer en bleu, mais, si on exagère le prolapsus, les ligaments blanchissent en devenant exsangues, le sang ne peut plus y refluer.

Abandonnée à elle-même l'inversion produit au niveau de l'utérus des altérations plus ou moins considérables. La muqueuse prend un aspect rouge vif ou grisâtre, elle peut se recouvrir de fausses membranes ou d'un enduit crémeux constitué par du pus. A cette endométrite succède rapidement de la métrite parenchymateuse et de la périmétrite par infection lymphatique; on a également signalé le sphacèle de la totalité de la tumeur, suivi de l'élimination de cette dernière.

Si l'utérus inversé est protégé, les phénomènes infectieux seront parfois évités, mais l'épithélium cylindrique normal sera remplacé par un épithélium pavimenteux.

II

Étiologie. — Au point de vue étiologique on peut diviser les inversions utérines en *inversions de force* et en *inversions de faiblesse*, division qui peut s'appliquer à tous les déplacements d'organes.

L'inversion de force est la plus fréquente; elle est due soit à des tractions intempestives et énergiques sur le cordon, soit à une expression trop vigoureuse et limitée au fond de l'utérus dans le but d'en chasser le placenta encore adhérent; il arrive parfois que les deux manœuvres, traction et expression, sont exercées en même temps par une personne inexpérimentée. Si dans la plupart des cas les tractions sur le cordon sont faites par le médecin ou la sage-femme pour extraire l'arrière-faix avant son décollement spontané, il peut arriver également que la force développée par l'intermédiaire de la tige funiculaire sur le placenta et indirectement sur l'utérus soit produite par le poids du fœtus, lorsque la femme accouche debout ou lorsque le cordon est naturellement ou accidentellement trop court. Trois autres conditions sont encore nécessaires, il faut d'abord que le placenta s'insère en totalité ou en grande partie sur le fond de l'utérus, qu'il soit adhérent à ce dernier et qu'enfin le cordon ne cède pas sous les tractions qu'il subit.

Aussi est-ce pendant la période de délivrance que l'inversion de force se produira le plus souvent, elle peut cependant apparaître immédiatement après l'expulsion du fœtus dans les cas signalés précédemment.

Parmi les causes exceptionnelles pouvant déterminer une inversion de force, il nous faut signaler la délivrance artificielle exécutée par un opérateur inhabile, qui veut entraîner au dehors un placenta non ou insuffisamment décollé. Pour peu qu'il existe des fortes adhérences entre la masse placentaire et la muqueuse utérine et que celles-ci ne cèdent pas sous l'effort de la main qui a saisi l'arrière-faix, l'utérus peut suivre ce dernier et s'inverser.

La cause prédominante dans l'inversion de faiblesse est représentée par l'*inertie* totale ou partielle du muscle utérin, mais ce n'est là qu'une cause prédisposante. On rencontre l'inertie totale dans les cas de distension excessive de l'utérus, grossesse gémellaire, hydramnios, gros œuf, dans les cas de travail long et douloureux, le plus souvent dans les accouchements dystociques, et cependant l'inversion est rare. Il faut quelque chose de plus pour inverser l'utérus, ce quelque chose c'est une force quelconque agissant sur le fond de l'utérus et dirigée de haut en bas; tantôt cette force sera fournie par l'accoucheur qui fait une mauvaise expression soit pour chasser le placenta ou des caillots, soit seulement pour faire contracter un utérus inerte; tantôt cette force viendra de l'accouchée, effort brusque pour se déplacer, pour se soulever, pour uriner; la toux, l'éternuement et le vomissement agiront suivant le même mécanisme. Les muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen et le diaphragme en se contractant refoulent dans la direction du bassin toute la masse intestinale qui vient presser sur le fond de l'utérus.

Quant à la théorie de Jacquemier accusant le poids seul du placenta d'entraîner la paroi utérine et de produire son renversement, elle paraît peu vraisemblable. Tout ce qu'on peut accorder à la masse placentaire c'est de déprimer très légèrement le fond de la matrice lorsqu'elle s'insère dans cette région. Il est admis en effet qu'au niveau de l'insertion du placenta l'épaisseur de la paroi utérine est moins développée, la fibre musculaire aurait subi dans cette zone un arrêt dans son hypertrophie et

des modifications dans sa structure; aussi cette région serait-elle moins contractile et moins rétractile et par cela même plus exposée à se laisser refouler. Ces caractères sont du reste invoqués pour expliquer la pathogénie de l'enchâtonnement ou incarcération du placenta, c'est l'hour glass contraction des accoucheurs anglais; ils peuvent servir également à faire comprendre l'inertie partielle de l'utérus localisée au fond ou à une des cornes. Le moindre effort ou la moindre traction sur cette portion peu résistante de l'organe sera capable de la déprimer et de déterminer une amorce à l'invagination.

Dans la plupart de ces inversions de faiblesse, qu'elles soient provoquées ou spontanées, le fond de l'utérus ne dépasse pas ordinairement la partie médiane de l'organe; pour en expliquer la descente plus prononcée, c'est-à-dire le degré extrême de la variété intra-utérine et les variétés intra et extra-vaginales, il faut faire intervenir une force active siégeant dans l'utérus et même dans le vagin. Elle agit suivant le mécanisme décrit dans tous les traités de pathologie externe à propos de la pathogénie de l'invagination intestinale. La portion inversée devient pour le reste de l'utérus un corps étranger, dont il va chercher à se débarrasser par des efforts involontaires, le fond de l'utérus descend donc de plus en plus; une fois dans le vagin, celui-ci se contracte à son tour pour l'expulser, aidé par la contraction des muscles abdominaux; ainsi se trouve constituée l'inversion complète, compliquée même de prolapsus de la partie supérieure du vagin.

C'est ce mécanisme qu'on invoque pour expliquer les inversions apparaissant dans les heures ou dans les jours qui suivent l'accouchement.

Le retournement de l'utérus est donc rarement total d'emblée, on peut cependant rencontrer cette variété d'inversion, mais il faut pour cela que plusieurs conditions se trouvent réunies : inertie de tout le muscle utérin et tractions énergiques sur le cordon. Ces tractions ne seront pas toujours déterminées par une faute de l'accoucheur, elles pourront être dues à une application de forceps entraînant un fœtus dont le cordon est naturellement ou accidentellement trop court, ou encore à un accouchement rapide dans la station verticale.

Parmi les causes prédisposantes l'âge ne paraît pas avoir d'influence; tantôt en effet on rencontre l'inversion chez des jeunes primipares chez qui la crainte d'un premier accouchement détermine un état nerveux spécial; tantôt on la voit apparaître chez de grandes multipares, dont le muscle utérin est très relâché. Dans la plupart des cas la grossesse était à terme, on a cependant signalé des cas d'inversion à la suite d'accouchements prématurés et même après un avortement.

Toutes les causes d'affaiblissement général sont capables de jouer un certain rôle, tempéraments faibles ou affaiblis par une grossesse pénible et par des hémorragies abondantes ou répétées, obésité, cachexie due à une affection chronique, misère physiologique, etc. Parmi les causes prédisposantes d'ordre local il faut citer les mauvaises présentations, les distensions excessives de l'utérus par hydramnios, grossesse gémellaire ou gros œuf, la durée excessive du travail, les obstacles à l'accouchement, les fibromes utérins.

Enfin une première inversion semble prédisposer la femme à un accident semblable lors d'un accouchement ultérieur.

III.

Symptomes. — L'inversion intra-utérine ou premier degré de l'inversion peut facilement passer inaperçue, car elle n'est accompagnée en général que par des signes qui n'attirent pas l'attention : le suintement sanguin n'est d'ordinaire pas plus abondant que celui qui accompagne l'expulsion normale du placenta, la douleur abdominale est confondue avec celle qui apparaît au moment de la délivrance. C'est le plus souvent par hasard en appliquant la main sur l'utérus qu'on est frappé par la forme de cet organe, on ne retrouve plus la masse globulaire habituelle; l'utérus palpé à travers la paroi abdominale paraît décapité, son fond n'est plus représenté par un bord convexe et dur, et sa limite supérieure est constituée par un gros bourrelet déprimé au centre. Pour peu que la paroi abdominale soit mince et souple, il est facile d'introduire un ou deux doigts dans cette dépression, qui donne parfois la sensation d'un entonnoir limité par des parois épaisses, c'est le cul-de-fiole de Mauriceau.

Le toucher intra-utérin ne peut fournir de renseignements que si le placenta a été expulsé et si le fond de l'utérus est suffisamment descendu pour venir affleurer le niveau de l'orifice interne du col ou même seulement de l'anneau de Bandl. On constate alors que la cavité utérine est occupée par un cylindre convexe que le doigt peut contourner de toutes parts, il existe en effet autour de lui une véritable rigole circulaire, dont la profondeur est en raison directe du degré de l'inversion. Cette saillie est molle, dépressible et souvent rugueuse; si elle avoisine l'orifice utérin, elle donne la sensation d'une masse en voie d'expulsion; que dans ces cas extrêmes d'inversion intra-utérine la femme éprouve du reste des douleurs lombaires et abdominales et une envie plus ou moins forte de pousser.

Ces différents symptômes, absents s'il n'existe qu'une simple dépression au fond de l'utérus, s'accusent d'autant plus que l'inversion est plus accentuée; ils sont au complet et avec leur maximum d'intensité dans l'inversion intra-vaginale, surtout si cette dernière s'est produite brusquement. Cliniquement les faits se passent de la façon suivante : l'accoucheur ou l'accoucheuse, en voulant faire la délivrance, tire sur le cordon; le placenta ne descend pas, les tractions deviennent alors plus énergiques, tout d'un coup l'opérateur a la sensation d'une résistance vaincue, et le placenta apparaît au dehors. En même temps la femme ressent une douleur aiguë, angoissante, généralisée à tout l'abdomen, remontant jusque dans les lombes et irradiée dans les aines et dans les cuisses; elle a l'impression d'un arrachement profond. La douleur est parfois tellement vive qu'une syncope immédiate en est la

conséquence, dans d'autres cas la femme pâlit, le facies s'altère, des nausées et même des vomissements apparaissent, le pouls est petit et rapide, des secousses musculaires ou même des crises convulsives peuvent survenir; la femme sans perdre complètement connaissance est dans un véritable état syncopal, la respiration est brève et irrégulière, et les extrémités se refroidissent.

Sous l'influence de l'effort fait par l'accoucheur, le placenta, en même temps qu'il entraînait l'utérus, a pu se détacher totalement ou partiellement, il en résulte alors une hémorragie quelquefois très abondante; le sang sortant à flots de la vulve, on applique aussitôt la main sur l'abdomen et on ne retrouve plus le globe utérin. La place occupée normalement par lui est excavée et la cavité abdominale paraît vidée; en déprimant la paroi ordinairement très souple à ce moment, on peut pénétrer au-dessus du pubis jusque dans le pelvis, et sentir plus ou moins profondément un bourrelet arrondi et excavé au centre. Ce bourrelet est constitué par la portion du col utérin correspondant à l'insertion du vagin, car c'est à ce niveau que s'arrête le retournement de l'utérus dans l'inversion intra-vaginale complète.

Lorsque la délivrance est faite par traction aidée de l'expression, la main placée sur le fond de l'utérus éprouve, au moment où cet organe se retourne, l'impression qu'il lui échappe et qu'il est entraîné dans le petit bassin. Le diagnostic dans ces circonstances doit se faire en même temps que l'accident se produit.

Par le toucher vaginal on tombe rapidement sur une énorme masse globulaire qui peut même, dans le degré extrême de cette variété d'inversion, entr'ouvrir les lèvres de la vulve et se présenter avec tous les caractères que nous décrirons en étudiant l'inversion extra-génitale. Il est facile au doigt de faire le tour de cette tumeur; en remontant le long de ses parois aussi bien en avant qu'en arrière ou latéralement, on constate que ses dimensions vont en diminuant de diamètre de bas en haut, et qu'un pédicule plus ou moins large pénètre dans l'orifice cervical; celui-ci une fois franchi, on est bien vite arrêté par un cul-de-sac circulaire entourant le pédicule et constitué par la réflexion de la face externe de la masse principale qui se continue directement avec la paroi du col de l'utérus. Ce dernier est donc limité par deux rigoles, l'une extérieure formée par les différents culs-de-sac du vagin, l'autre intérieure déterminée par le reploiement de l'utérus inversé. La présence de ce collet contractile, qu'on ne retrouve plus dans la variété extra-génitale, expliquerait l'absence d'hémorragie notée dans un grand nombre d'observations.

Il existe un degré encore plus accusé d'inversion, c'est la variété extra-génitale, qui nécessite pour se produire une traction énergique sur le cordon, une inertie absolue de tout le muscle utérin et une certaine laxité de la paroi vaginale. Pour que l'utérus puisse sortir de la vulve il ne lui suffit pas de s'inverser complètement, il faut aussi que le vagin prenne part à cette inversion suivant le mécanisme bien connu du prolapsus utérin.

La sortie de l'utérus hors des voies génitales est le plus souvent primitive c'est-à-dire qu'elle suit immédiatement le retournement, mais elle peut aussi être secondaire à l'inversion intra-vaginale, la présence de l'utérus dans le vagin constitue pour ce dernier un corps étranger et provoque chez la femme des envies de pousser. Sous l'influence des efforts abdominaux, auxquels s'associent des contractions vaginales, l'utérus franchit peu à peu l'orifice vulvaire et devient extérieur.

Les signes physiques apparaissent en même temps que les symptômes fonctionnels; on aperçoit entre les cuisses de la femme une masse, dont le volume et l'aspect diffèrent suivant qu'elle est constituée par l'utérus recouvert du placenta ou uniquement par l'utérus. Dans le premier cas le volume de la tumeur peut atteindre la grosseur d'une tête de fœtus, son aspect est brillant et lisse, sa coloration est violacée, elle est parcourue par des vaisseaux de dimensions variables et elle donne insertion au cordon. On a la même impression que celle qu'on éprouve au cours de la délivrance lorsque le placenta a été expulsé par sa face fœtale et qu'il est retenu par les membranes encore adhérentes à l'utérus; la poche ainsi constituée paraît gonflée par du sang accumulé entre la face utérine du placenta et l'utérus lui-même. C'est le palper de cette tumeur qui permettra de distinguer ce qui est derrière le placenta; dans l'inversion on sent que le contenu est résistant et que cette résistance se prolonge jusque dans le vagin; lorsqu'il s'agit d'un œuf retourné, le contenu de la masse ainsi constituée est mou et, en remontant du côté du vagin, il est possible de déprimer les membranes qui le retiennent et de les accoler en refoulant le sang liquide qui s'y trouve renfermé.

Si, au contraire, la délivrance est faite, on a directement sous les yeux la surface interne de l'utérus qui est rouge, villeuse, recouverte de détritus de membranes et de caillots; ces caractères sont d'ordinaire voilés par le sang, qui suinte de toutes parts en plus ou moins grande abondance. Nous ne parlons pas de la recherche des orifices des trompes qu'il est presque toujours impossible d'apercevoir. Cette tumeur, du volume d'une très grosse orange, est piriforme et donne à la main, qui la palpe, une sensation de mollesse, d'élasticité et de réductibilité: souvent même elle se durcit au contact des doigts, à la façon des corps érectiles; prise en masse, elle est le siège d'une sensibilité particulière, qui « a quelque chose de poignant et qui va au cœur » (Denucé). La douleur est, dans certains cas, tellement aiguë que la femme peut, sous cette influence, avoir une syncope, comme cela se produit au cours des manœuvres de réduction.

Pour se rendre compte des connexions de cette tumeur, il faut introduire deux doigts dans le vagin, en suivant sa face postérieure on est arrêté à 2 ou 3 centimètres de profondeur par un cul-de-sac qui entoure complètement le pédicule avec lequel elle se continue. Dans cette inversion, en effet, l'utérus se prolonge directement avec le vagin et il est à peu près impossible d'établir la démarcation qui sépare

ces deux organes; le collet, qu'on rencontrait dans la variété précédente, n'existe plus, collet qui était constitué par la portion vaginale du col et qui était susceptible de donner des sensations différentes au doigt, suivant qu'il était relâché ou contracté. Ces caractères anatomiques nous permettent de comprendre d'une part la facilité avec laquelle on peut toujours réduire partiellement l'inversion extra-génitale et la transformer en inversion intra-vaginale, et d'autre part les difficultés et quelquefois l'impossibilité qu'on éprouve dans la réduction de cette dernière.

Le palper permet de constater la disparition de l'utérus à sa place normale; et, quel que soit la profondeur à laquelle on puisse faire pénétrer les doigts déprimant la paroi abdominale et plongeant dans le petit bassin, on ne sent plus rien d'utérin. Le bourrelet, qui existe dans les variétés précédentes, a disparu; il est, en effet, constitué maintenant par le vagin trop mou et trop bas situé pour être perceptible.

Le toucher rectal ne peut donner que des renseignements complémentaires; par cette exploration, on s'assure de l'absence de l'utérus dans le petit bassin et on perçoit, en refoulant la paroi antérieure du rectum, l'entonnoir constitué par l'inversion du vagin. Si, en même temps que le doigt est dans le rectum, on introduit une sonde rigide dans la vessie et qu'on en dirige le bec en arrière, on l'amène facilement au contact du doigt et on se rend compte une fois de plus de la disparition de l'utérus.

C'est dans cette variété d'inversion que les signes fonctionnels sont les plus accentués; lorsqu'elle se fait brusquement, ce qui est le cas le plus fréquent, la parturiente accuse une douleur aiguë, déchirante, qu'on a attribuée au tiraillement des filets nerveux et parfois au pincement des anses intestinales et de l'épiploon. Cette douleur localisée à tout l'abdomen irradie avec violence du côté des lombes, et moins fortement dans la direction des cuisses; c'est elle qui est la cause principale de l'état de shock constamment observé. La malade est pâle, les traits tirés, les yeux cernés et fixes, la pupille dilatée, les lèvres cyanosées; la respiration est faible, irrégulière, espacée ou rapide, le pouls misérable et fréquent, la sensibilité est très émoussée, l'intelligence est conservée; mais la stupeur est tellement accusée qu'on obtient difficilement une réponse lentement exprimée à la question posée; la température est au-dessous de la normale, 36 degrés et même 35 degrés. Si l'issue doit être fatale, les extrémités se refroidissent, des mouvements convulsifs succèdent à la résolution musculaire, le pouls devient imperceptible, les battements du cœur s'affaiblissent et la malade meurt doucement. Le mieux au contraire s'annonce par une agitation plus grande, par des plaintes déterminées par la douleur, par un pouls moins fréquent et mieux frappé et par une respiration plus régulière.

Cet état de shock ne reconnaît pas pour cause l'hémorragie, puisque celle-ci peut être peu considérable et même nulle, si le placenta est complètement adhérent à l'utérus inversé. Dans le cas, au contraire, où le placenta est détaché de l'utérus ou quand il est seulement décollé partiellement, l'écoulement sanguin est d'ordinaire très abondant, beaucoup plus que dans la variété précédente; celle-ci possédait en effet un collet constricteur qui n'existe pas dans le retournement complet. La perte sanguine, qui est en raison directe de l'inertie, vient donc ajouter son action déprimante à la prostration nerveuse et aggraver la situation; la mort subite a du reste été notée dans quelques observations.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1906)

Après la lecture du procès-verbal et la déclaration des deux ou trois vacances, M. le président a demandé si quelqu'un réclamait la parole, personne n'ayant répondu et l'ordre du jour étant épuisé la séance a été levée.

ANALYSES

MÉDECINE

Les opothérapies dans le diabète sucré. (J. LASSANCE. (Th. de Paris, 1905; H. Jouve, édit.) — L'influence des opothérapies dans le diabète est assez variable suivant les cas, et elle ne peut être bien comprise qu'en partant des notions actuellement établies sur le rôle du foie dans cette affection. Comme l'ont montré les travaux du professeur Gilbert et de ses élèves, le trouble fonctionnel du foie dans le diabète est constant, qu'il y ait insuffisance hépatique, d'où le diabète par anhépatie, ou hyperfonctionnement hépatique, d'où le diabète par hyperhépatie. Ces deux types de l'affection peuvent être subordonnés à des lésions propres du foie, ou être le résultat d'un simple trouble fonctionnel de cet organe dépendant lui-même de lésions plus lointaines, nerveuses ou surtout pancréatiques.

Le diabète par anhépatie, en général léger, et le diabète par hyperhépatie, entraînant souvent une glycosurie marquée, se distinguent par tout un ensemble de signes urologiques et cliniques, et aussi par l'action différente des opothérapies (opodiagnostic).

En effet, dans le diabète par anhépatie, tous les moyens susceptibles de réveiller l'activité de la cellule hépatique ont une influence favorable, et parmi eux, l'extrait hépatique produit souvent la diminution ou même la disparition du sucre, l'élévation du taux de l'urée, l'amélioration de l'état général. Inversement dans le diabète par hyperhépatie, les extraits de foie peuvent, comme dans certains faits de MM. Gilbert et Lereboullet, exercer une action nocive et augmenter la glycosurie.

L'extrait pancréatique donne, au contraire, comme le prouvent de nombreux cas suivis par ces auteurs, des résultats assez souvent favorables dans le diabète par hyperhépatie. Toutefois les résultats sont ici moins certains, ce qui peut s'expliquer par l'intensité des lésions pancréatiques qui rend parfois difficile une amélioration durable. Dans les cas favo-

rables, il y a diminution ou disparition du sucre, et diminution parallèle de l'azoturie. L'extrait pancréatique peut avoir, en revanche, une action inutile ou nuisible dans le diabète par anhépatie.

Il importe donc, avant de soumettre un diabétique au traitement opothérapique, de reconnaître le type de diabète qu'il présente, l'extrait de foie étant indiqué dans les cas de diabète par anhépatie, et seulement dans ceux-ci, l'extrait pancréatique étant, au contraire, indiqué dans le diabète par hyperhépatie, et contre-indiqué dans les cas relevant de l'insuffisance fonctionnelle du foie. L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Altérations osseuses dans le scorbut et la maladie de Barlow. (Looser. *Jahrb. f. Kind.*, déc. 1905.) — Pour Looser, la maladie de Barlow est, de par l'étiologie, la clinique et l'anatomie pathologique, identique au scorbut le plus classique. Celui-ci ne lèse guère que les os jeunes, en voie de développement. Chez l'adulte, les lésions osseuses grossières sont rares, sauf au niveau des côtes; quelquefois, cependant, le scorbut détermine une sorte de dissolution du cal, qui, comme on le sait, garde longtemps les caractères d'un os jeune.

La maladie de Barlow consiste uniquement en une diathèse hémorragique consécutive à une intoxication alimentaire chronique. Tous les symptômes qu'elle présente, ne sont que la conséquence de la localisation spéciale des hémorragies. La sclérose est la suite nécessaire, inéluctable des hémorragies de la moelle osseuse; dans les régions correspondantes, la spongieuse et la zone corticale subissent une atrophie qui résulte également des hémorragies sous-périostées et médullaires. La maladie décrite par Ziegler, sous le nom d'ostéotabes infantile, est une variété de maladie de Barlow dans laquelle les hémorragies se font surtout dans la partie moyenne de la diaphyse, au lieu de se produire, comme c'est la règle, à ses extrémités. La maladie de Barlow devrait être désignée sous les noms de *scorbut infantile*, ou mieux, de *scorbut des nourrissons*. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Le diagnostic précoce et le traitement radical du cancer de la prostate. [Hugh. H. Young. *Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, oct. 1905, vol. VXI, n° 175 (avec 8 fig.).] — Dans cet article l'auteur rapporte successivement six observations de cancer de la prostate au début dont la nature maligne a été méconnue et sur lesquels il a pratiqué une intervention partielle; quatre observations plus récentes où le diagnostic a été établi de façon précoce et où Young a cherché à pratiquer une intervention complète, réglée et systématique.

Il présente ensuite une étude anatomo-pathologique et clinique du cancer de la prostate sur 40 cas qu'il a observés, et les réflexions que la comparaison de ces faits avec les descriptions classiques lui a suggérées. Il formule ainsi les conclusions de son travail : le cancer de la prostate est plus fréquent qu'on ne le dit ordinairement. Il se présente dans environ 10 p. 100 des cas d'hypertrophie prostatique, comme l'a déjà montré Albarran.

Il peut commencer par un petit noyau en tout semblable à l'hypertrophie bénigne dont il présente les symptômes pendant plusieurs années, puis tout à coup devient de façon évidente une tumeur maligne.

Cependant une notable induration de l'un ou des deux lobes prostatiques, au-dessus de 50 ans, doit donner l'éveil si elle est particulièrement dure, si le cystoscope montre une très petite augmentation intravésicale de la prostate, s'il y a de la douleur et de la sensibilité.

Dans ces cas douteux, la surface postérieure de la prostate doit être découverte comme dans la prostatectomie ordinaire, incisée de chaque côté de l'urètre, et un morceau de prostate est enlevé. Examiné extemporanément par des coupes sous congélation qui ne demandent que cinq à six minutes, il permettra au chirurgien de continuer la prostatectomie sous-capsulaire ou au contraire de pratiquer une opération radicale.

L'anatomie pathologique montre que le cancer de la prostate reste longtemps limité à l'intérieur des lobes, l'urètre; la vessie et surtout la capsule en arrière étant longtemps indemnes. La propagation au dehors commence le long des conduits éjaculateurs et au-dessus de la prostate entre les vésicules séminales. C'est alors que le trigone est envahi peu à peu par sa partie inférieure; l'envahissement par les lymphatiques gagne ensuite les ganglions du bassin, mais ces derniers peuvent être encore indemnes alors que la généralisation s'est faite surtout dans le squelette.

Au début, la cure radicale doit comprendre d'une façon systématique l'ablation de la prostate entière avec sa capsule, l'urètre prostatique, les vésicules séminales et une manchette de vessie comprenant seulement la moitié inférieure du trigone, les ouvertures des uretères étant respectées.

C'est cette opération que l'auteur a pratiquée quatre fois avec d'excellents résultats. L'opération, bien réglée, s'exécute par la voie périnéale, très simplement, dit Young, et la restauration de la vessie que l'on suture à l'urètre membraneux donne des résultats fonctionnels excellents. M. LANCE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tuberculose du canal thoracique et tuberculose miliaire aiguë. (Warfield T. Longcope. *Amer. Med.*, 6 janv. 1906.) — Dans 19 cas de tuberculose miliaire aiguë généralisée, à marche rapide, Longcope trouva des lésions tuberculeuses de nature variée dans 14 cas, et dans 1 cas trouva de nombreux bacilles dans la lymphe du canal, sans que la paroi de celui-ci présentât d'altérations. Dans l'un des 4 cas restants où le canal était normal, la propagation s'était manifestement faite par voie veineuse. Il s'agissait d'un cas de tuberculose de l'épididyme et du testicule avec thrombose des veines vésicales, qui contenaient à leur intérieur des masses caséeuses et des tubercules.

Dans 8 cas, la tuberculose généralisée était subaiguë ou chronique, ayant duré de trois à neuf mois; 2 fois seulement le canal thoracique était altéré, et dans l'un de ces 2 cas, la lymphe contenait des bacilles.

Enfin, dans 3 cas de tuberculose chronique, limitée aux poumons ou au péritoine, le canal thoracique était normal.

En somme, sur 27 cas de tuberculose généralisée, la tuberculose du canal thoracique, ou, plus rarement, la présence de bacilles dans la lymphe de ce même canal fut trouvée 18 fois, soit dans les 2/3 des cas. La proportion s'élève aux 4/5 des cas si l'on ne considère que les cas aigus à marche rapide.

Les lésions du canal thoracique appartenaient à plusieurs types différents. Quelquefois, il y avait un seul nodule caséeux, de volume considérable, généralement situé près de la citerne de Pecquet ou près de la crosse de l'aorte avec un semis de petits tubercules sur l'endothélium du canal au-dessus ou au-dessous du nodule caséeux. D'autres fois, les nodules caséeux étaient disséminés sur toute la longueur du canal; quelquefois enfin il y avait simple semis de tubercules sur toute la longueur, sans trace de caséification. Toujours

les ganglions lymphatiques mésentériques, rétropéritonéaux, médiastinaux postérieurs ou bronchiques, étaient atteints de tuberculose chronique. Le plus souvent un seul groupe de glandes était atteint, quelquefois tous, rarement un ou deux ganglions seulement. Souvent la lésion du canal semblait aussi ancienne que la lésion des ganglions, et semblait être en rapport étroit avec cette dernière, quoique l'auteur n'ait jamais vu la propagation directe d'une semblable lésion au canal thoracique. Dans deux cas, la caséification d'un petit groupe de ganglions et de la paroi du canal thoracique fut le seul foyer primitif décelable de tuberculose.

Par conséquent, la tuberculose du canal thoracique est très fréquente dans la granulie. La tuberculose des vaisseaux sanguins joue certainement un rôle, mais il semble moins important que celui de la tuberculose du canal thoracique dans les cas vraiment aigus.

Longcope pense que les lésions du canal d'où les bacilles sont versés par millions dans la lymphe et par son intermédiaire dans la grande circulation sont le point de départ du processus aigu généralisé. F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES LOCALISATIONS INFECTIEUSES DE LA GRIPPE

Par le docteur P. REINAN.

La gravité de la grippe tient surtout aux antécédents morbides du sujet. Voici par exemple un ancien pleurétique. Il est, depuis sa guérison, en bonne santé apparente. Survienne la grippe, et notre malade présentera, presque à coup sûr, des manifestations pulmonaires d'une réelle gravité, et peut-être même des signes de tuberculose. Voici maintenant un autre malade ayant eu, l'année précédente, une grippe à forme gastro-intestinale. Survienne encore la grippe et ce sera l'appareil digestif qui supportera le choc de l'invasion et avec un sombre pronostic.

Que faire alors en présence d'un malade récemment grippé? Attendre pour agir sur les localisations infectieuses? Elles sont déjà des complications redoutables. Etudier soigneusement les antécédents du sujet pour instituer d'après eux une thérapeutique préventive? Mais il faudrait pour cela connaître le malade depuis fort longtemps et le cas est rare dans les villes.

Il y a, à notre avis, un bon moyen de tourner cette difficulté. Elle consiste à instituer immédiatement une médication s'adressant à la fois, au tube digestif, aux poumons, au système nerveux, comme à la grippe elle-même, et cette médication réside pour nous dans le thiocol. Quelles sont en effet les propriétés de ce médicament? Il est stomachique et antiseptique intestinal, il est antiseptique du poumon, il est dynamogénique. La plupart des praticiens ont apprécié séparément ses qualités, mais il n'est pas comme la grippe pour les démontrer dans leur ensemble.

Si en effet nous donnons dès le début de la période fébrile et des courbatures 6 à 8 comprimés de thiocol par jour, nous ne prétendons pas juguler entièrement l'infection, mais nous affirmons que les symptômes pulmonaires, digestifs et asthéniques, seront de courte durée et sans gravité. Les comprimés, en effet, feront baisser la fièvre, empêcheront les vomissements, la diarrhée, s'opposeront aux congestions actives du poumon et soutiendront les forces. C'est là un fait d'expérience personnelle, la conclusion de nos observations journalières et il était intéressant de le signaler aux praticiens.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RESPONSABILILÉ MÉDICALE ET LES ACCIDENTS DUS AU CHLOROFORME

Nos lecteurs n'ont pas oublié le jugement du *bon juge* de Château-Thierry, condamnant un confrère pour un accident chloroformique. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 124, p. 1484.)

La Cour d'appel d'Amiens vient de réformer ce jugement.

Ses considérants sont intéressants à rapporter :

« Considérant que, sur une demande en 50 000 francs de dommages-intérêts formée par les consorts P... contre le docteur B... à la suite du décès de P..., survenu au cours d'une anesthésie par le chloroforme, le tribunal de Château-Thierry a commis le docteur Saint-Cène, médecin à Paris, comme expert, à l'effet de rechercher si le docteur B... avait commis une imprudence ou une légèreté pouvant engager sa responsabilité; considérant qu'il résulte du rapport de cet expert que B... a pris les précautions suffisantes pour l'administration du chloroforme et que le décès de P... au début de l'absorption de cet anesthésique ne saurait engager sa responsabilité; considérant que les premiers juges ont déclaré entériner ce rapport, et ont ainsi reconnu qu'aucune faute n'était imputable à B... en ce qui concerne la façon dont il avait procédé à la chloroformisation; considérant qu'ils ont cru néanmoins pouvoir le déclarer responsable de la mort de P... et l'ont condamné à payer aux consorts P..., une somme de 8 000 francs à titre de dommages-intérêts; qu'ils ont basé leur décision sur l'imprudence qu'aurait commise B... en ayant recours à l'emploi du chloroforme : 1° alors que P... était teinté d'alcoolisme et sujet à des syncopes qui rendaient la chloroformisation particulièrement dangereuse; 2° alors qu'il était atteint d'une infirmité qui ne mettait pas sa vie en danger; qu'ils ont ajouté que tout au moins B... aurait dû, ce qu'il n'a pas fait, prévenir P... des dangers médiats ou immédiats auxquels l'exposait l'anesthésie; considérant qu'il y a lieu, pour la Cour, d'examiner successivement la valeur des trois arguments invoqués par les premiers juges :

1° Alcoolisme et syncopes.

Considérant que P... avait, il est vrai, certaines habitudes d'intempérance, mais que tous les médecins sont unanimes pour affirmer que l'alcoolisme n'est pas une contre-indication de l'emploi du chloroforme; considérant qu'il est constant que dans les hôpitaux de Paris on chloroformise fréquemment des ouvriers blessés, alors qu'ils sont en état d'ivresse, afin de pouvoir procéder sans retard à l'opération nécessaire; considérant que les deux syncopes que P... avait éprouvées sous l'influence de la douleur provoquée par les mouvements du bras ne prouvaient nullement qu'il fût prédisposé à une syncope lorsque l'abolition de la douleur aurait été obtenue par l'anesthésie.

2° L'infirmité de P... ne mettait pas sa vie en danger et on n'aurait pas dû l'anesthésier.

Considérant qu'il n'est pas sérieux de prétendre que l'on ne devrait recourir à l'emploi des anesthésiques que quand la vie du patient est en péril; qu'une telle limitation priverait les blessés et les malades atteints d'affections graves nécessitant l'intervention du chirurgien, du soulagement que leur procure l'anesthésie; considérant que le chloroforme diminue, plutôt qu'il ne les augmente, les dangers résultant des opérations; que les souffrances souvent intolérables que les opérations occasionnent, amèneraient certainement des syncopes mortelles plus fréquentes que l'anesthésie;

3° Défaut d'avertissement de P....

Considérant que les chances de mort que fait courir la chloroformisation sont des plus restreintes (1/2 000); considérant que le danger d'une mort subite paraît résider surtout dans l'impressionnabilité personnelle du patient; que cette impres-

sionnabilité et son véritable danger lui-même seraient augmentés si on le prévenait de tous les dangers médiats ou immédiats auxquels peut l'exposer, hypothétiquement d'ailleurs, l'emploi de l'anesthésie ; considérant que le devoir du médecin est au contraire de rassurer le malade, de lui inspirer confiance et de chercher à bannir de son esprit des appréhensions qui ne pourraient que lui être funestes;

Considérant au surplus que si B... n'a pas formellement averti P... des dangers que présentait la chloroformisation, celui-ci ne les ignorait pas puisqu'il a dit au sieur Delorme, qui prêtait son concours à B... : « Tu viens assister à mon enterrement; » considérant que ce propos ne prouve certainement pas que P... redoutait la mort, car dans ce cas il n'eût pas consenti à se laisser anesthésier, mais qu'il en ressort tout au moins qu'il savait, comme tout le monde d'ailleurs, que l'emploi du chloroforme n'était pas exempt de péril; considérant, en résumé, qu'à aucun point de vue, B... ne saurait être rendu responsable de la mort du malheureux P...

Par ces motifs :

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé, infirme le jugement du tribunal de Château-Thierry et, faisant ce que les premiers juges auraient dû faire, rejette la demande des consorts P... et les condamne aux dépens de première instance et d'appel. »

J. R.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

ADJUDICATION, en l'étude de Me RAGOT, notaire à Paris, 11, rue Louis-le-Grand, le lundi 30 avril 1906, à 1 heure du soir, d'un FONDS DE COMMERCE DE PHARMACIE exploité à Paris, 67, rue Montorgueil (IIe arrondis.). Mise à prix pouvant être baissée : 2000 francs. Loyers d'avance à rembourser : 2250 francs. Consignation pour enchérir : 2000 francs. — Pour les renseignements, s'adresser audit notaire; à Me LESTIBOUDOIS, avoué, 28, rue Vignon, et à M. GRAUX, administrateur judic., 53, r. de Rivoli.

N° 47. — MARDI 24 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. MARDI 24 AVRIL 1906. — N° 47.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **4 fr. 50.**	— 6 mois : **8 fr.**	— 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **7 fr.**	» — 6 mois : **13 fr.**	— 1 an : **25 fr.**

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Étienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne prévient qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 octobre prochain, un concours public pour une place de chirurgien de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant la Commission, assistée d'un jury médical. Il se composera de cinq épreuves.

Le chirurgien à nommer entrera en fonctions le 1er juillet 1907, son traitement est fixé à 2000 francs par an.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 40, à Saint-Étienne.

Marseille. — Un concours pour la nomination à une place de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu, le lundi 6 août 1906, à trois heures de l'après-midi. Les inscriptions à ce concours seront reçues au secrétariat, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi, et de deux heures à cinq heures du soir, jusqu'au 23 juillet inclus.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira, le 12 novembre 1906, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Marseille. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale et un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvriront à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, le lundi 2 juillet 1906.

Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à l'École de médecine, le lundi 9 juillet 1906.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'École un mois franc avant l'ouverture du concours. Les candidats élus sont nommés pour deux ans à partir du 1er novembre 1906.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Fernand Camus, Feltz (de Paris) et Lambert des Cilleuls (de Nancy).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bernard et Ruelle, médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales ; Vaillant, chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière et Villeneuve (d'Andrésy).

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Il est institué au ministère de l'Agriculture une commission d'hygiène agricole ainsi composée :

MM. le docteur Brouardel, membre de l'Institut, président; le docteur Chauveau, membre de l'Institut, vice-président ; le docteur Bordas, professeur au Collège de France, vice-président; le docteur Binot, chef de service à l'Institut Pasteur ; Blanc, architecte diplômé du gouvernement ; le docteur Borne, médecin des épidémies ; le docteur Georges Brouardel, médecin des hôpitaux ; Cazelles, secrétaire général de la société des viticulteurs de France, membre du conseil supérieur de l'agriculture ; le docteur Chassevent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Fagot, agriculteur, membre du conseil supérieur de l'agriculture ; Auguste Herbert, agriculteur à Lagny, membre de la commission consultative de l'hydraulique et des améliorations agricoles ; Martel, spéléologue ; le docteur Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; le docteur Thierry, inspecteur général de l'assainissement de Paris ; Vallée, professeur de police sanitaire de bactériologie à l'École vétérinaire d'Alfort ; le docteur Guiart, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CONFÉRENCE. — M. le docteur Charrin, professeur au Collège de France, fera le mercredi 25 avril 1906, à neuf heures du soir, dans la salle de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, une conférence sur « L'hérédité morbide et les défenses de l'organisme ».

PATHOGÉNIE DES VOMISSEMENTS A RECHUTES AVEC ACÉTONÉMIE CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur A. MORICHAU-BEAUCHANT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers.

Les vomissements à rechutes avec acétonémie constituent un type clinique aujourd'hui bien connu depuis les travaux des auteurs américains Snow (1) et Whitney (2) et ceux en France de MM. Comby (3) et Marfan (4). Ils se produisent au cours de la deuxième enfance et affectent souvent un caractère familial. Ils frappent des sujets ayant toutes les apparences de la santé, presque constamment de souche neuro-arthritique. Ils surviennent brusquement, le plus souvent sans prodromes. Les vomissements sont alimentaires d'abord, bilieux ou muqueux ensuite. Ils sont incoercibles, l'intolérance de l'estomac est absolue. La langue est le plus souvent légèrement saburrale. Les modifications objectives de l'abdomen sont variables, le ventre est ballonné ou rétracté, plus rarement normal. Il existe ou non des douleurs. La constipation est habituelle, mais on peut observer de la diarrhée. Les modifications du foie sont fréquentes, elles se caractérisent par un gonflement douloureux et quelquefois par de l'ictère. L'état général est dès le début profondément atteint, l'enfant est pâle, la figure grippée, les yeux cernés; la dépression est extrêmement marquée. On note parfois de l'agitation, les convulsions ne sont pas rares, surtout au début de la crise. La fièvre existe le plus souvent, elle reste ordinairement modérée et ne dépasse pas 39. Le pouls est toujours très accéléré, 120-140, et est hors de proportion avec la température. Fait capital, il existe une odeur spéciale de l'haleine très facilement perceptible. « Odeur du chloroforme mélangée d'un peu d'acide acétique » (Marfan). Elle traduit la présence de l'acétone et ce corps se retrouve dans l'urine, où les réactifs appropriés le mettent facilement en évidence. Les symptômes se prolongent avec une égale intensité pendant un laps de temps variable, deux ou trois jours en moyenne. Ils s'apaisent brusquement et le retour à la santé se fait très vite. La guérison est en effet la règle presque absolue. Mais une première crise en appelle d'autres, celles-ci surviendront à intervalles variables, quelquefois presque régulièrement, elles ne disparaîtront complètement que lorsque l'enfant aura atteint dix, douze ans.

Si l'accord est fait à peu près universellement sur le tableau clinique, dont nous venons d'esquisser les grandes lignes, il n'en est plus de même, lorsqu'on cherche à préciser la pathogénie des accidents. Il nous a paru intéressant d'exposer les diverses théories ayant cours actuellement et de développer celle qui nous paraît le mieux s'accorder avec les faits.

Tout d'abord il semble bien certain aujourd'hui que l'acétone n'est en aucune façon la cause des symptômes observés pas plus qu'elle n'entre en jeu dans les accidents du coma diabétique, où sa présence avait été depuis longtemps signalée. L'acétone en effet n'est pas toxique même à dose élevée, cela résulte des travaux et des expériences de Lépine (1), d'Engel et Moitessier (2). Ce corps n'a pas d'ailleurs une bien grande signification pathologique. On le retrouve toujours dans l'urine à la dose de quelques milligrammes lorsqu'on le recherche par des procédés assez sensibles [von Jaksh (3), Beauvy (4)]. Il existe en proportion asez élevée dans un grand nombre d'affections très différentes, maladies fébriles; affections gastro-intestinales, en particulier chez l'enfant, etc. Aussi la grande majorité des auteurs tend-elle à se ranger à l'opinion de M. Marfan, qui considère les vomissements et l'acétonémie comme deux symptômes associés, comme deux conséquences concomitantes d'une même cause.

Restent trois théories, qui se partagent actuellement l'opinion des médecins. Elles attribuent les vomissements avec acétonémie, la première à des modifications de la nutrition générale, la seconde à des désordres d'origine hépatique, la troisième enfin à des troubles gastro-intestinaux.

Les modifications de la nutrition générale ont été comprises de diverses façons. Pour Edsall (5) les vomissements à rechutes seraient dus à une acidose analogue à celle qui semble présider à l'apparition du coma diabétique, Cette intoxication acide se révélerait par la production d'acétone, d'acide diacétique, d'acide oxybutyrique β, ces trois corps dérivant les uns des autres. Edsall voit la preuve de sa théorie dans l'efficacité du traitement alcalin intensif, qui appliqué dès le début serait susceptible de faire avorter la crise.

La théorie d'Edsall est passible de graves objections. En supposant que l'acidose fut démontrée, il resterait à prouver quelle est bien la cause des accidents. En réalité les acides diacétique et oxybutyrique semblent bien avoir la même valeur que l'acétone et comme elle n'être que des témoins. Quant à l'efficacité du traitement par les alcalins, d'abord elle est contestée par beaucoup d'auteurs; fût-elle réelle, cela ne signifierait pas, comme le fait remarquer M. Marfan, que les vomissements soient dus à l'acidose, les alcalins pouvant agir favorablement sur les échanges nutritifs autrement qu'en neutralisant les acides des humeurs. En somme vomissements, acétonémie, acidose ne sont que les effets d'une même cause qu'il reste à déterminer.

(1) Snow. The gastric neurosis, *Arch. of Pediatrics*, déc. 1893.
(2) Whitney. Cyclic vomiting, *Arch. of Pediatrics*, nov. 1898.
(3) Comby. Du vomissement périodique, *Arch. de méd. des enf.*, juin 1899.
(4) Marfan. Les vomissements avec acétonémie chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, nov. 1901.

(1) Lépine. Sur la pathogénie du coma diabétique, *Revue de méd.*, 1887.
(2) Engel et Moitessier. *Chimie biologique.*
(3) Von Jaksch. *Acetonurie und Diaceturie*, Berlin 1885.
(4) Beauvy. Th. de Paris, 1904.
(5) Edsall. *Amer. Journ. of med. Sc.*, avril 1903.

Les vomissements à rechutes seraient pour d'autres auteurs une manifestation paroxystique de l'arthritisme et relèveraient de l'uricémie. Cette théorie a été soutenue par Rachford (1), Holt (2), Valagussa (3) et en France par M. Comby (4). Elle s'appuie sur l'extrême fréquence des antécédents arthritiques chez les sujets atteints de cette affection. Pour Rachford il faudrait faire intervenir deux sortes d'éléments, d'une part l'acide urique et ses sels, qui n'ont qu'un faible degré de toxicité et ne peuvent donner lieu à des accidents généraux, d'autre part les leucomaïnes, la xanthine, la paraxanthine et l'hétéroxanthine, poisons diffusibles qui pourraient expliquer les paroxysmes nerveux. Holt a trouvé que l'élimination de l'acide urique diminuée pendant l'accès augmente à la fin et que le rapport de l'acide urique à l'urée augmente pendant la crise. M. Comby signale l'hérédité arthritique qu'il a observée 33 fois sur 34 cas. Il fait remarquer que les vomissements peuvent coïncider ou alterner chez le même enfant avec l'une quelconque des manifestations arthritiques. Il les rapproche des autres paroxysmes arthritiques, accès de migraine, accès de goutte, accès d'asthme. Il en voit la cause dans l'uricémie.

Pas plus que la première, la théorie que nous venons d'exposer ne paraît acceptable. L'arthritisme en effet n'est pas une maladie, c'est une diathèse, une modification particulière du terrain, qui le rend vulnérable à l'action de certaines causes pathogènes. Il ne peut intervenir qu'à titre de simple cause prédisposante. L'uricémie est loin d'être démontrée, pas plus que l'intoxication par les agents dont parle Rachford. Les accidents ne sauraient d'ailleurs s'expliquer de cette façon.

La théorie de Whitney (5) n'est guère plus satisfaisante. Pour lui les vomissements seraient produits par des substances toxiques sur lesquelles il ne se prononce pas. Ces poisons s'accumuleraient dans le sang et détermineraient périodiquement des paroxysmes favorisés par l'âge ou l'hérédité nerveuse du sujet.

Il semble donc bien que les vomissements à rechutes ne peuvent s'expliquer par aucun des troubles de la nutrition générale, que l'on a fait intervenir jusqu'ici; la théorie hépatique rend-elle mieux compte des symptômes de la maladie?

Elle s'appuie sur l'existence incontestablement fréquente de modifications du foie au cours de la crise de vomissements. Si M. Marfan n'a trouvé de modifications objectives du côté de cet organe qne dans un cinquième des cas, Lamacq-Dormoy (6) l'a trouvé gros dans toutes ses observations, et très souvent il a noté une douleur à la pression. Pour cet auteur les vomissements seraient dus à une insuffisance hépatique. M. Mirallié (7) a signalé aussi dans plusieurs observations l'hypertrophie douloureuse du foie.

(1) Rachford. *Arch. of Pediatrics*, sept. 1897.

(2) Holt. *Arch. of Pediatrics*, août 1897.

(3) Valagussa. *Policlinico*, 1901.

(4) Comby. Loc. cit.

(5) Whitney. Loc. cit.

(6) Lamacq-Dormoy. Vomissements acétonémiques chez les enfants, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1er mars 1903.

(7) Mirallié. In Th. Guérin, Paris, 1905.

MM. Gilbert et Lereboullet (1) ont incriminé la cholémie familiale et ont attribué les vomissements à des flux bilieux. Dans un travail récent M. Richardière (2) a insisté sur les troubles, qui dénotent l'atteinte du foie, tantôt ce sont de simples vomissements bilieux, tantôt une teinte subictérique des téguments, parfois une poussée d'urticaire. Assez souvent on note de l'hypertrophie et de la douleur. Dans deux cas il a observé de l'ictère franc. Pour cet auteur l'acétonurie relèverait d'une insuffisance du foie, qui n'arrête plus ou ne transforme plus l'acétone formé dans l'organisme. D'après lui la théorie hépatique serait capable d'expliquer la plupart sinon la totalité des cas de vomissements à rechutes. Trois ordres de faits pourraient être distingués. Dans le premier l'atteinte du foie a pour cause la cholémie ou l'arthritisme; les troubles hépatiques seraient consécutifs à des désordres intestinaux et en particulier à la constipation dans le second. Une dernière catégorie de vomissements relèverait de modifications hépatiques provoquées par le début d'une maladie infectieuse. On peut objecter à cette théorie que, pour fréquents qu'ils soient, les troubles hépatiques ne sont pas constants, que dans bien des observations aucun moyen n'a permis de déceler une altération quelconque de cet organe, et qu'il faudrait voir là plutôt une complication que la cause même de la maladie. Quant à l'opinion de M. Richardière, qui tendrait à faire du foie à l'état normal le lieu de destruction de l'acétone, rien n'est venu la démontrer.

Reste la dernière hypothèse, d'après laquelle les vomissements à rechutes seraient sous la dépendance de troubles primitifs gastro-intestinaux.

Elle a été très vivement combattue par M. Marfan (3). « On ne peut considérer les crises de vomissements comme dépendant d'une affection primitive de l'estomac ou du tractus gastro-intestinal. L'absence habituelle de tout autre trouble digestif que le vomissement, le défaut de modifications objectives de l'estomac et de l'intestin, la terminaison si brusque des accidents, l'absence des causes habituelles des affections aiguës de l'estomac, l'inefficacité du régime alimentaire pour prévenir le retour des crises, tout en somme concourt à écarter cette manière de voir. » Nous croyons que la condamnation prononcée par M. Marfan n'est pas sans appel. Il n'est pas exact qu'en dehors du vomissement le tube digestif reste complètement indemne. Il suffit de lire les observations aujourd'hui rapportées en grand nombre pour s'en rendre compte. D'abord on retrouve très souvent dans les antécédents des sujets des conditions d'alimentation défectueuse. Fréquemment il

(1) Gilbert et Lereboullet. Les flux bilieux dans la cholémie familiale, Soc. méd. des hôpit., juillet 1902.

(2) Richardière. L'ictère et le rôle du foie dans les vomissements à répétition de l'enfance, Soc. de pédiat., 11 janv. 1905; — Sur les vomissements à répétition, Soc. de pédiat., 21 mars 1905.

(3) Marfan. Nouvelle contribution à l'étude des vomissements paroxystiques avec acétonémie, Soc. de pédiat., fév. 1905.

s'agit d'enfants élevés au biberon, ou ayant une nourriture indigeste, riche en graisses et en viandes. Les cas où le régime était absolument correct semblent l'exception. La constipation entre les crises a été signalée par presque tous les auteurs, elle est entremêlée parfois de poussées diarrhéiques. Au moment de la crise elle-même bien des signes en dehors des vomissements semblent indiquer une atteinte plus ou moins marquée des voies digestives. Si la langue peut rester humide et rosée, dans la grande majorité des cas elle est sèche et saburrale. La conservation de l'appétit est tout à fait exceptionnelle. Les modifications objectives de l'abdomen, ballonnement ou rétraction, sont habituelles, on perçoit souvent du gargouillement ou de l'empâtement fécal. Il existe des douleurs dont le siège est variable, mais qui sont quelquefois extrêmement intenses. Si la constipation est la règle, on rencontre aussi de la diarrhée et les selles spontanées ou provoquées sont d'habitude très fétides.

La terminaison brusque des accidents n'est pas constante et souvent pendant plusieurs jours l'enfant reste fatigué avec une langue sale, de l'inappétence. Les différents troubles que nous venons d'énumérer et dont la réalité ne peut être contestée — il suffit pour s'en convaincre de lire les observations de la thèse de Guérin (1) et bien d'autres — rendent vraisemblable une altération des voies digestives au cours de la crise de vomissements à rechute.

Quant à la présence de l'acétone elle n'est pas, loin de là, un argument contre la théorie. On ne sait pas, il est vrai, d'une façon bien précise ni où, ni dans quelles conditions se forme ce corps ; mais son origine digestive a été et est encore admise par de nombreux auteurs. Romme (2) dit que l'on rencontre dans le tube digestif des micro-organismes, qui agissant sur les substances nutritives peuvent donner naissance à l'acétone. Baginsky (3) accuse l'action du bacterium lactis aerogenes sur le sucre de lait dans le tube digestif des enfants. Pour Vergely (4) les corps acétoniques et l'acétone ont leur origine dans le tube digestif probablement par l'action des microbes sur les substances albuminoïdes et sucrées de la masse alimentaire. Il insiste sur l'acétonémie dans les gastro-entérites de l'enfance. Morse (5) a observé fréquemment l'odeur acétonique de l'haleine et l'acétonurie dans les troubles gastro-intestinaux aigus ou chroniques de la seconde enfance. Souvent l'odeur d'acétone fait prévoir une indigestion. Dans sa thèse récente Mauban (6) admet que l'acétone peut prendre naissance au niveau de l'intestin par oxydation des matières alimentaires non assimilées.

S'il en est ainsi il faut se demander quelle est la nature des troubles gastro-intestinaux, et voir si par leur intermédiaire on peut, mieux que par toute autre théorie, expliquer les différents symptômes de la crise.

Il suffit de mentionner pour l'éliminer l'hypothèse de Rotch (1) qui voit dans les vomissements à rechute une névrose de l'estomac.

Griffith (2), Krotkow (3) croient à un empoisonnement alimentaire. Celui-ci agirait, d'après ce dernier auteur, en déterminant une pseudo-méningite. Mery (4) fait intervenir la constipation dans la genèse des accidents. Pour lui ceux-ci relèvent d'une auto-intoxication, due à des produits anormaux prenant naissance dans l'intestin par suite de l'arrêt des matières fécales.

Une théorie toute nouvelle invoque une notion singulièrement plus précise, en attribuant les vomissements acétonémiques à une appendicite larvée. Une discussion fort intéressante s'éleva sur ce sujet l'année dernière à la Société de pédiatrie, M. Broca (5) y exposa l'opinion à laquelle il était arrivé, à savoir que les vomissements à rechutes étaient presque toujours l'expression d'une appendicite plus ou moins manifeste. M. Comby, rapportant quelques cas de vomissements de ce genre en rapport avec une appendicite méconnue, vint dire que désormais en présence des vomissements cycliques, il y avait lieu de songer à l'appendicite. Pour M. Marfan par contre, il y aurait simple association des deux maladies et les vomissements périodiques ne sauraient être en aucune façon une forme larvée d'appendicite, ce qui le prouve, ce sont les faits où les vomissements ont persisté malgré l'ablation de l'appendice. M. Richardière a vu aussi les crises se produire après l'appendicectomie.

A la Société de pédiatrie américaine (6) cette même année la question fut aussi traitée incidement. Holt signala la confusion survenue deux ou trois fois entre l'appendicite chronique et les vomissements cycliques. Crandall rapporta un cas où les vomissements avaient été considérés comme dus à l'appendicite, alors que l'opération montra l'intégrité de cet organe. Par contre Townsend a vu un cas de vomissements à rechutes guérir, lorsque l'appendice eut été enlevé.

De ces opinions contradictoires on peut dégager les conclusions suivantes. Il est certain que, dans des cas absolument typiques d'ailleurs de vomissements périodiques, des signes non douteux ont montré que l'appendice était en jeu, et que, après ablation de l'appendice, les accidents ne se sont plus reproduits [observations de Broca, de Comby (7)]. Il est non moins certain que l'appendicite ne peut rendre compte de tous les cas de vomissements périodiques

(1) Guérin. Loc. cit.

(2) Romme. *Contribution à l'étude de l'acétonurie*, Th. de Paris, 1888.

(3) Baginsky. Ueber Acetonurie bei Keidem, *Arch. fur experiment. Cathol.*, 1884.

(4) Vergely. *Revue des mal. de l'enf.*, 1898.

(5) Morse. *Arch. of pediat.*, août 1905.

(6) Mauban. *Acétonurie au point de vue clinique*, Th. de Paris, 1905.

(1) Rotch, cité par Marfan, in Commun. à la Soc. de pédiat., fév. 1905.

(2) Griffith. *Amer. Journ. of med. science*, 9 nov. 1900.

(3) Krotkow. *Semaine méd.*, 12 oct. 1904.

(4) Mery. Soc. de pédiat., 13 juin 1899.

(5) Broca. Soc. de pédiat., séance du 21 fév. 1905.

(6) Soc. de pédiat. améric., juin 1905.

(7) Comby. Loc. cit. et *Arch. de méd des enf.*, déc. 1905.

ni même de la majorité d'entre eux. En témoignent l'absence habituelle de tout signe appendiculaire, la bénignité de l'affection, puisque sur le grand nombre d'observations rapportées à l'heure actuelle, on ne connaît guère que trois ou quatre décès, surtout le fait que dans bien des cas l'ablation de l'appendice n'a pas empêché le retour de nouvelles crises [observations de Marfan, Hutinel (1), Richardière, etc.].

L'exposé des différentes théories concernant la pathogénie des vomissements à rechutes avec acétonémie met en lumière les divergences profondes, qui séparent les auteurs sur ce sujet. Il conduit nécessairement à l'opinion suivante. Ou bien ces vomissements constituent seulement un syndrome pouvant être observé dans des conditions fort différentes, et lié suivant les cas à une intoxication mal déterminée, à des troubles hépatiques, à la constipation, à l'appendicite, etc. Ou bien il s'agit d'une véritable entité morbide à pathogénie univoque, mais celle-ci doit expliquer la prédisposition arthritique des sujets, les troubles hépatiques, l'appendicite, etc. Nous croyons qu'il est difficile de dénier aux vomissements à rechutes avec acétonémie une autonomie propre. Leur étiologie toujours la même, leurs symptômes comparables, leur évolution bien spéciale, leur pronostic presque toujours si favorable semblent bien le montrer. En fait, qu'il s'agisse de vomissements avec troubles hépatiques par exemple, ou avec appendicite, le tableau clinique est absolument le même et aucune base précise ne permet de faire le diagnostic de telle ou telle forme. Il faut donc penser qu'une même cause morbide, mais à expressions variables, est à la base de tous les accidents. Nous avons insisté suffisamment sur les arguments, qui militaient en faveur d'une atteinte des voies digestives pendant la crise de vomissements; nous n'y reviendrons pas ici.

Nous croyons qu'il s'agit d'une infection à localisation primitive sur l'intestin; la fièvre si fréquemment observée, la gravité de l'état général semblent bien plaider en faveur de cette opinion. Nous avons montré d'autre part que pour un grand nombre d'auteurs l'acétone se produisait au niveau de l'intestin par action des microbes sur les matières nutritives, et que l'acétonurie était un phénomène banal au cours des affections gastro-intestinales de la deuxième enfance.

L'infection intestinale permet de comprendre la participation éventuelle de l'appendice au processus morbide, mais celle-ci ne survient qu'à titre de complication, l'infection se produisant sur une surface beaucoup plus étendue; il n'est donc pas étonnant que l'ablation de l'organe ne suffise pas à empêcher la reproduction des accidents. Quant aux cas d'ailleurs moins nombreux, où ceux-ci disparurent après l'intervention, ils pourraient s'expliquer de la façon suivante. L'appendice infecté occasionnellement jouerait le côté d'épine irritante et pourrait provoquer une nouvelle poussée du côté de l'intestin : il pourrait aussi à un moment donné réagir exclusivement pour son compte avec une symptomatologie propre (douleur au point de Mac Burney, empâtement de la fosse iliaque, etc.). Il est assez frappant de voir que dans la plupart des cas de vomissements à rechutes, où l'appendice pouvait à juste titre être mis en cause, cette localisation appendiculaire ne se produisit que tardivement, alors que les enfants avaient eu déjà nombre de crises suivies par des médecins attentifs, dont rien n'était venu attirer l'attention de ce côté. N'est-ce pas la preuve qu'il s'agit d'une atteinte secondaire, qui se produit comme une véritable complication?

Les manifestations hépatiques, si fréquentes au cours des vomissements à rechute, ne s'expliquent pas moins. Les réactions du foie à l'infection intestinale sont aujourd'hui bien connues, qu'elles s'exercent par l'intermédiaire de la veine porte, ou des voies biliaires. Il semble bien que c'est à la propagation à celles-ci de l'infection intestinale que soit dû l'ictère assez souvent signalé au cours de la crise de vomissements.

Quant à l'arthritisme, facteur étiologique presque constant, on peut en comprendre le rôle de la façon suivante. Il résulte des travaux de MM. Gilbert et Lereboullet (1) que bon nombre des manifestations communément attribuées à cette diathèse relèvent en réalité d'une auto-infection par les germes, qui habitent normalement l'intestin. Sous l'action d'une prédisposition organique congénitale, familiale et héréditaire, les microbes auraient une tendance remarquable à envahir la paroi, les canalicules glandulaires et à se répandre dans l'organisme entier. Si la diathèse arthritique n'est pour une grande part qu'une diathèse d'auto-infection, on comprend que l'arthritisme soit le terrain commun sur lequel évolueront les vomissements à rechutes. On comprend également leur caractère familial, sur lequel M. Marfan a très justement insisté.

L'infection intestinale nous paraît donc rendre compte de tous les symptômes de la maladie. Est-elle passible d'objections graves?

M. Marfan a dénié au tube digestif tout rôle dans la genèse de la crise; mais nous avons vu que dans la majorité des cas il existait suffisamment de signes pour démontrer la participation étroite de ce dernier. Et d'ailleurs on sait bien aujourd'hui que des troubles fort légers du côté de l'intestin n'excluent pas l'hypothèse d'une infection ayant ce point de départ. Ce n'est pas toujours au niveau de leur porte d'entrée, que les germes pathogènes donnent lieu aux symptômes les plus bruyants. Un autre argument invoqué par le même auteur contre l'origine digestive des accidents est que le régime le mieux conduit ne permet pas d'empêcher le retour des crises. L'objection est fondée mais elle ne nous paraît pas sans réplique. On conçoit, en effet, combien il est difficile de modifier par le traitement la prédisposition constitutionnelle en quelque sorte à l'infection qui existe chez ces malades.

La théorie n'explique pas, dira-t-on, le retour périodique des crises, d'abord il en est de même avec

(1) Hutinel. In thèse Céard, Paris 1904, p. 93.

(1) Gilbert. La diathèse d'auto-infection, *Presse méd.*, 25 oct. 1905.

toutes les autres hypothèses. Ensuite il n'est pas absurbe de supposer que la crise développe un état d'immunité temporaire et que de nouveaux accidents sont en rapport avec la perte de cette immunité.

Nous pensons donc qu'aucune objection sérieuse ne vient affaiblir les arguments, qui nous paraissent plaider en faveur de l'infection intestinale dans la genèse des vomissements à rechutes avec acétonurie chez les enfants.

ANALYSES

MÉDECINE

Symptômes abdominaux aigus au cours de la fièvre typhoïde, dus à une inflammation des glandes mésentériques. (Russell S. ROWLAND. *Journ. Am. med. ass.*, 17 fév. 1906, p. 507-510). — L'auteur relate deux cas : le premier est celui d'un homme de vingt-six ans qui, au trente-neuvième jour d'une fièvre typhoïde normale, fut pris de douleurs abdominales, violentes, avec facies péritonéal, distension abdominale et un peu de résistance à droite, température normale et pouls de 120 ; leucocytose marquée, le diagnostic de perforation (?) fut posé. A l'intervention, on ne trouva pas de perforation mais dans le quadrant droit inférieur de l'abdomen le plus douloureux, il y avait une masse de ganglions mésentériques tcméfiés, quelques-uns atteignant les dimensions d'un petit œuf de poule. Ces ganglions étaient simplement congestionnés. La guérison eut lieu sans incidents.

Dans le second cas, les symptômes abdominaux apparurent au cinquième jour, chez une enfant de six ans chez qui le diagnostic d'appendicite ou fièvre typhoïde avait été porté. Un peu de distension et de tympanisme abdominal, sensibilité généralisée plus marquée à droite, où se trouvait une masse irrégulière au-dessous du point de Mac Burney. Spasme marqué des muscles de la région lombaire droite, cuisse droite en demi-flexion. Leucocytose peu marquée. Deux jours après, l'enfant tomba dans le coma, avec rigidité de la nuque. Au toucher rectal, on sentait une masse analogue à celle démontrée par la palpation abdominale. Température 40°5 et pouls au-dessus de 140. Une incision exploratrice montra ces lésions habituelles de la fièvre typhoïde. La masse de la fosse iliaque droite était formée par des ganglions tuméfiés. Guérison opératoire rapide : la fièvre typhoïde suivit son cours normal.

L'auteur essaye d'esquisser un diagnostic différentiel entre ces faits et la vraie perforation. Plusieurs opérateurs ont ouvert l'abdomen, croyant avoir affaire à une perforation qui n'existait pas. D'autre part, il est vraisemblable que plusieurs cas de perforation typhoïde guérie sans opération ressortissaient à l'adénite mésentérique. Une tumeur dans le quart inférieur droit de l'abdomen plaide en faveur de l'adénite; il faut recourir à la fois à la palpation abdominale et au toucher rectal. En l'absence de tumeur, le diagnostic est obscur; une intervention exploratrice est justifiée; l'avenir prouvera probablement que l'adénite mésentérique n'est pas une complication extrêmement rare au cours d'une fièvre typhoïde.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Paraplégie pottique par myélomalacie sans leptoméningite ni compression. Eclosion du signe de Babinski. (MM. DUPRÉ et CAMUS. *Revue neurologique*, 1906, p. 1-6.) — Au cours d'un mal de Pott dorsal latent apparut une paraplégie spasmodique avec troubles sphinctériens, hyperesthésie des membres inférieurs, exagération des réflexes tendineux clonus. Pendant un mois, les auteurs purent constater que le réflexe cutané plantaire était normal avec flexion de l'orteil puis un jour, après avoir recherché le clonus, ils constatèrent le signe de Babinski qui persista à partir de ce moment jusqu'à la mort. Le traitement spécifique institué, détermina une rapide aggravation puis survint de l'amyotrophie avec tendance à la flaccidité.

A l'autopsie, mal de Pott dorsal, avec début d'abcès par congestion, et du côté du canal rachidien, propagation à l'espace épidural du foyer tuberculeux entourant la dure-mère d'une virole très épaisse et étendue. Pas d adhérences entre les méninges molles et la dure-mère, myélomalacie. Il y a donc d'après les auteurs à la fois compression des racines nerveuses et des vaisseaux sanguins dans l'espace épidural, et nécrose toxique par les toxines tuberculeuses.

L. ALQUIER.

PHYSIOLOGIE

Les mouvements respiratoires des grosses bronches. (E. Fletcher INGALS. *The Boston medical and surgical journ.*, 21 déc. 1905, vol. CLIII, n° 25, p. 700.) — Il y a un an en pratiquant la bronchoscopie pour enlever un corps étranger des grosses bronches chez un enfant de deux ans, l'auteur fut frappé de la dilatation rythmique des bronches à l'inspiration et de leur contraction à l'expiration. Ayant observé le même phénomène sur un sujet de treize ans, il entreprit des expériences sur le chien. Celles-ci montrèrent que cette contraction dans les premières divisions peut aller jusqu'à l'aplatissement complet. Ceci explique la difficulté de voir par bronchoscopie certains corps étrangers.

Ingals base aussi sur cette constatation une théorie de l'asthme.

Il montre que la muxarine, la pilocarpine et la physostigmine amènent cette contraction bronchique et leur action n'est détruite que par l'atropine. L'atropine est au contraire sans action sur la constriction amenée par les sels de barium, la vératrine, les bromures. La dilatation est obtenue outre l'atropine par le chloroforme, l'éther, l'uréthane, la lobélie. La lobélie ne produit qu'une dilatation passagère tandis que celle que produit l'atropine est de longue durée.

M. LANCE.

VARIÉTÉS

LES MAISONS ROUGES

Le docteur Viaud-Grand-Marais, professeur honoraire à l'École de médecine de Nantes, vient de consacrer une très intéressante brochure à rechercher l'origine du nom de « Maison rouge », en breton « Ty Ru », que portent de nombreuses localités dans les départements de l'ouest et notamment en Loire-Inférieure. L'auteur élimine dès l'abord un certain nombre d'hypothèses, et en particulier celle que ces maisons pourraient avoir appartenu aux Templiers, qui s'appelaient aussi chevaliers rouges; beaucoup d'entre elles paraissent en effet être antérieures à la fondation de cet ordre. M. Viaud-Grand-Marais, qui a procédé à une enquête sur la situation de ces maisons, fait remarquer qu'il s'agit « de maisons isolées ou de petits groupes d'habitations éloignés

d'autres lieux, sur le bord d'une route ou d'un vieux chemin, et ordinairement à la distance de 2 ou 3 kilomètres du bourg le plus voisin ». Partant de ces données, notre honoré confrère considère d'une façon générale les maisons rouges comme des hôpitaux. « Leur situation à l'écart des lieux habités, sur des routes d'un accès facile, montre qu'il s'agissait d'hôpitaux d'isolement, créés, sans aucun doute, à l'époque où se multiplièrent les grandes épidémies, surtout pendant la période troublée du moyen âge. » Or la première maladie à laquelle on pense est la lèpre, à laquelle les Croisades donnèrent une effroyable recrudescence, et qui aujourd'hui même existe encore en Bretagne à l'état endémique, quoique atténuée et non contagieuse ; c'est elle qu'il faut voir dans la maladie de Morvan.

La fameuse épidémie de « mal des ardents », de « feu de saint Antoine » ou de « saint Marcel », qui dura du IXe au XIe siècle, était-elle une forme de la peste? On n'en sait rien. Toujours est-il que pour la combattre on édifia un grand nombre de refuges ; ceux-ci, dit la Satire Ménippée, « étaient peints en rouge avec des flammes sur les portes et les murs extérieurs, enseigne parlante destinée à en éloigner les passants. » Ces refuges se multiplièrent et furent utilisés contre les diverses épidémies qui ravagèrent la France jusqu'au commencement du XVIIIe siècle.

Ce petit point d'histoire méritait d'être élucidé ; il semble l'être complètement par l'intéressante étude (1) que nous venons d'analyser et que l'auteur a pieusement dédiée à la mémoire de son fils, le docteur Henry Viaud-Grand-Marais.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'orthopédie (2), par G. Nové-Josserand.

Cet ouvrage est un exposé simple et pratique des principales questions de chirurgie orthopédique infantile. Mais il serait injuste de croire qu'il ne peut intéresser que ceux qui veulent s'occuper d'orthopédie : étudiants et praticiens devraient consulter cet ouvrage. Si en effet le traitement orthopédique est seul développé, et la partie clinique très résumée, l'ouvrage est illustré de nombreuses photographies et de schémas qui mettent en évidence, mieux que la meilleure des descriptions de nos meilleurs traités de chirurgie infantile, certains faits cliniques. Pour prendre un exemple, dans le chapitre du torticolis congénital, le lecteur voit défiler devant soi dans huit photographies les attitudes vicieuses de la tête, du cou, de la colonne vertébrale, l'asymétrie faciale.

Dans la première partie, l'auteur étudie les raideurs articulaires congénitales et la maladie de Little.

La deuxième partie est consacrée aux déformations du cou, torticolis congénital et aigu, déformation du mal de Pott sous-occipital.

La troisième partie traite des déformations du rachis (essentielles et symptomatiques) ; l'auteur insiste longuement sur leur aspect clinique, leur traitement par les appareils et la gymnastique orthopédique.

La quatrième et la cinquième parties sont consacrées aux difformités des membres supérieur et inférieur ; énumérer les divers chapitres ne servirait à rien ; la luxation congénitale de la hanche est étudiée avec beaucoup de détails, de même que les déformations du genou et du pied.

Je ne reviens pas sur les très nombreuses figures qui illustrent cet ouvrage, photographies, radiographies et schémas, qui en rendent la lecture facile et agréable. L. CHEVRIER.

Physiologie et pathologie des échanges minéraux (1), par Albert Albu et Carl Neuberg.

Dans ce travail fort complet, consacré à l'étude des échanges minéraux, les auteurs se montrent tour à tour chimistes, physiologistes, pathologistes et thérapeutes. On y trouve, fondée sur les meilleurs documents et sur des recherches personnelles, l'analyse des éléments minéraux qui entrent dans la constitution non seulement des différentes parties de l'organisme, mais encore des humeurs et sécrétions normales et pathologiques.

Passant ensuite à l étude physiologique des substances minérales, les auteurs montrent leur rôle dans les échanges ; et à propos de ces diverses substances, ils abordent la physiologie pathologique de quelques phénomènes morbides tels que le rachitisme, l'ostéomalacie, le diabète phosphaturique, les œdèmes.

Enfin dans un dernier chapitre ils montrent tous les éléments que peuvent fournir ces données pour la thérapeutique et la diététique des maladies, et les services rendus par l'emploi rationnel des médicaments minéraux.

Cet ouvrage est complété par une série de tableaux indiquant la teneur en substances minérales des différents aliments ; ainsi que l'analyse chimique d'un certain nombre d'eaux minérales. A. LEMIERRE.

Précis de dissection (2), par les docteurs Poirier et Baumgartner.

Ce livre, ainsi que le disent les auteurs dans leur préface, est essentiellement destiné à être emporté à l'amphithéâtre où il servira de guide à chaque instant à l'étudiant.

MM. Poirier et Baumgartner indiquent en effet pour chaque préparation, quelle est l'incision la meilleure, ils précisent le point limité où on doit aller chercher tel filet nerveux ou telle artère, de quelle façon il faut s'y prendre, quelles coupes il faut faire, pour, sans faire de dégâts, exposer les divers plans d'une région.

L'ouvrage débute par des principes généraux de dissection pour chaque organe : muscle, artère, nerf, articulation, il contient ensuite un programme économique qui permettra à l'élève d'avoir disséqué toutes ces régions, avec les six à huit cadavres que l'on met à sa disposition.

Les auteurs ont segmenté le corps humain en un certain nombre de régions limitées et pour chacune d'elles ils indiquent avec tous les détails nécessaires : 1° la préparation par groupes musculaires ; 2° la préparation des principaux vaisseaux et nerfs ; 3° la préparation des articulations.

Cette méthode a l'énorme avantage de permettre à l'étudiant d'approfondir chaque segment du corps en prenant successivement comme axe un organe différent et en même temps de

(1) *Les Maisons rouges*, par le docteur Viaud-Grand-Marais, professeur honoraire à l'École de médecine de Nantes, officier de l'Instruction publique. Un opuscule de 16 p., chez Biroché et Dantais, Nantes 1906.

(2) In-8°. (Collect. Testut.) — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

(1) Berlin, Julius Springer, éditeur.

(2) Petit in-8° de XX-280 p., avec 169 fig. dans le texte, cart. toile souple. (Collect. de Précis médicaux.) — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

se rendre compte des connexions des différentes régions entre elles, les vaisseaux et les nerfs ayant de vastes territoires.

Dans une première partie ils étudient la tête et le cou, dans une seconde le membre supérieur, le membre inférieur fait l'objet de la troisième partie, l'ouvrage se termine par l'exposé du thorax et de l'abdomen.

De très nombreuses figures (169), heureusement choisies, extrêmement simples, schématiques, illustrent ce *Précis de dissection* et permettent à l'étudiant de retrouver les points essentiels de sa préparation.

Des tableaux d'insertion et d'innervation musculaire sont annexés aux différentes parties de cet ouvrage. MM. Poirier et Baumgartner ont comblé une lacune par ce livre qui est appelé à rendre les plus grands services aux élèves qui débutent dans la dissection. ÉTIENNE LE SOURD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 AVRIL AU 5 MAI 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

3e (2e partie, oral) : MM. Balthazard, Déjerine et Macaigne; — M. André Broca, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Delens et Proust; — (2e partie) : MM. Gaucher, Claude et Marcel Labbé; — M. Teissier, suppléant.

Mardi 1er mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Guiart et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Le Dentu, Launois et Brindeau; — (2e partie) : MM. Hutinel, Thiroloix et Gouget.

4e : MM. Chantemesse, Robin et Dupré; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion; — — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Carnot; — M. Vaquez, suppléant.

Mercredi 2 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Déjerine, Desgrez et Macaigne.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Lepage et Cunéo; — (2e partie) : MM. Gaucher, Balthazard et Legry; — M. Claude, suppléant.

Jeudi 3 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Mailard.

3e (1re partie, oral) : MM. Pozzi, Launois et Brindeau; — (2e partie) : MM. Gilbert, Thiroloix et Carnot.

4e : MM. Pouchet, Vaquez et Dupré; — M. Auvray, suppléant.

Vendredi 4 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Lepage et Branca; — (2e partie) : MM. Joffroy, Claude et Marcel Labbé.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie) *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Segond, Delens et Proust; — M. Gosset; suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Claude, suppléant.

Samedi 5 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Troisier, Guiart et Malllard.

3e (1re partie, oral) : MM. de Lapersonne, Bonnaire et Launois; — (2e partie) : MM. Gilbert, Thiroloix et Carnot; —

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Méry et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon; — M. Renon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 2 mai 1906, à une heure. — M. VALLETTE. Valeur clinique de la tension permanente des parois utérines en obstétrique. (MM. Pinard, président; Blanchard, Reclus et Richaud.) — M. DALMON. Le venin des serpents. (MM. Blanchard, président; Pinard, Reclus et Richaud.) — M. FAU. Essais sur l'atrésie sénile du vagin. (MM. Reclus, président ; Pinard, Blanchard et Richaud.)

Jeudi 3 mai 1906, à une heure. — M. LE PLAY. Du rôle des substances minérales en biologie. (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Raymond et Renon.) — M. TRANNOY. La mythomanie. (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Raymond et Renon.) — M. LEVY. Essais sur les névralgies faciales. (MM. Raymond, président ; Dieulafoy, Joffroy et Renon.) — M. TESTART. Contribution à l'étude du sternum infundibuliforme (thorax en entonnoir). (MM. Hutinel, président ; Budin, Méry et Demelin.) — M. SRIBER. De la marche de l'accouchement gémellaire (étude statistique). (MM. Budin, président; Hutinel, Méry et Demelin.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Blanc et Paulin Tron (de Marseille), François Bole (de Castelsarrasin).

PSYCHIATRIE INFANTILE. — M. J. Roubinovitch, médecin suppléant de la Salpêtrière, ancien chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine à l'asile Sainte-Anne, expert près le Tribunal de la Seine, traitera des maladies mentales des enfants et des adolescents, de leur prophylaxie, de leur traitement médico-pédagogique, les jeudis, à cinq heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier.

La première de ces leçons aura lieu le jeudi 26 avril 1906.

COURS LIBRES. — M. le docteur Paul Farez inaugurera, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'École-de-Médecine), le samedi 28 avril, à six heures du soir, un cours libre de *psychopathologie du tube digestif;* il le continuera les samedis de chaque semaine à la même heure.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 3, mars 1906.) Civatte : Note pour servir à l étude des tuberculides papulo-squameuses. Trois cas de tuberculides à forme de parapsoriasis. — Audry : Traitement de la syphilis par les voies rectales.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 187, 10 avril 1906.) De Nobele et Goebel : Essais de radiothérapie dans les tripanosomiases expérimentales. — Guilleminot : Dispositif permettant d'apprécier la résistance du corps sans instrumentation spéciale. — Benoist : Méthode et dispositif pour l'étude pratique des absorptions en radiothérapie. — Leduc : Radiothérapie du cancer utérin.

Archives générales de médecine. — (N° 15, 10 avril 1906.) Lorand (de Carlsbad) : Contribution à la pathogénie des calculs biliaires. — Devaux : Théorie osmotique du sommeil. — Marcou : Les spirilles comme moyen de diagnostic de la sténose cancéreuse de l'œsophage. — Fage : Quelques observations ou troubles dus à l'éruption vaccinale chez certains malades.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 avril 1906.) Rochard : A-t-on le droit de hâter la mort d'un malade irrévocablement perdu? — (15 avril.) Couétoux : Thérapeutique aérienne.

Bulletin médical. — (N° 29, 14 avril 1906.) Potocki : Opération césarienne pour une rupture imminente de l'utérus. — Chavigny : Simulations de la crise d'épilepsie. - Noel : Le service de santé militaire des Etats-Unis. — (N° 30, 18 avril.) Bérard et Patel : Sur quelques formes de la tuberculose chirurgicale de l'intestin.

Écho médical du Nord. — (N° 14, 8 avril 1906.) Deléarde et Deremaux : Sur un cas d'érythème récidivant. — J. Colle et Paquet : Kyste hydatique du foie; laparotomie; évacuation; suture et réduction du kyste ; guérison.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 14, 8 avril 1906.) Sabrazès et Muratet : Cancer épithélial mucipare du poumon, avec épanchement pleural séro-mucineux. — Cruchet et Codet-Boisse : Myopathie atrophique et pseudo-hypertrophique de l'enfance.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 14, 8 avril 1906.) W. Dubreuilh : Des pommades en dermatologie.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 5, 10 avril 1906.) Lucas-Championnière : Sur la chirurgie antiseptique à propos des doctrines actuelles et des nécessités créées par les appareils de stérilisation. — Viry : L'asepsie dans les infirmeries régimentaires. — Lucas-Championnière : L'action antiseptique de l'onguent napolitain ; son emploi pour toutes les suppurations chroniques, les tuberculoses locales et comme substance fondante enrayant le développement des inflammations.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 8, 16 avril 1906.) Bourquelot : Sur la recherche dans les végétaux des glucosides hydrolysables par l'émulsine. — Guigues : Cinabre et bleu de Prusse. — Frehse : Granulé de cola falsifié. — Bellier : Sur la réaction de Schlagdenhaufen.

Journal des praticiens. — (N° 15, 14 avril 1906.) Broca : Fracture de la fosse temporale droite avec contusion cérébrale légère. — Dieulafoy : L'épilepsie traumatique. — Thibierge : Les accidents nerveux précoces dans la syphilis. — Bayrac : Vomissements acétonémiques chez un enfant. Pathogénie et traitement. — Piérart : Auto-observation d'une fièvre typhoïde soignée par l'alimentation.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 14, 7 avril 1906.) Delassus : Pyonéphrose gauche. Laparotomies multiples. Néphrectomie. Section et forcipressure à demeure de l'artère iliaque externe. Injection intra-veineuse de sérum. Guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 14, 5 avril 1906.) A. Lefebvre : Les recherches récentes sur la syphilis; transmission, immunisation et sérothérapie.

Lyon médical. — (N° 14, 8 avril 1906.) Weill : Fausse maladie de Barlow ; leucémie à forme pseudo-scorbutique. — Devay : Les convulsivants dans l'épilepsie.

Marseille médical. — (N° 7, 1er avril 1906.) Pagliano : Deux cas de spondylose rhizomélique. — Silhol : Entérite et appendicite. — Riss : Basiotripsie et embryotomie.

Nord médical. — (N° 276, 1er avril 1906.) O. Pasteau : Les différents moyens qui permettent de connaître la valeur fonctionnelle du rein. — Vanverts : L'ablation systématique de l'appendice dans la péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Caudron : Trois cas de broncho-pneumonie grave chez l'adulte, traités et guéris par les bains chauds. — Et. Leblond : De la cure radicale des dacryocystites par l'oblitération chirurgicale des voies lacrymales.

Presse médicale. — (N° 30, 14 avril 1906.) Lœper : Les poisons des artères et l'étiologie de l'athérome et de l'artériosclérose. — Dor : La sporotrichose (abcès sous-cutanés multiples).

Province médicale. — (N° 15, 14 avril 1906.) Venot et Babère : Ectopie périnéale du testicule. — Pinatelle et Cavaillon : Deux cas de métastase d'un cancer gastrique dans le crâne et les méninges.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1906.) Berger : Les hernies et les accidents du travail. Considérations sur l'étiologie et sur les origines des hernies. — Jeanbrau et Riche : L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow, hernies internes à travers l'hiatus de Winslow (13 fig.). — Piquand : Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus (6 fig.) [*suite et fin*].

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1906.) Widal, Roy et Froin : Un cas d'acromégalie sans hypertrophie du corps pituitaire avec formation kystique dans la glande (3 fig.). — Féré : L'angoisse au cours de la paralysie générale. — Souchanoff : Les représentations obsédantes hallucinatoires et les hallucinations obsédantes. — Salaghi : Une variété clinique de l'insuffisance mitrale expliquée par certaines dispositions anatomiques du système vasculaire (6 fig.). — Salmon : Sur l'origine du sommeil, étude des relations entre le sommeil et le fonctionnement de la glande pituitaire.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 15, 14 avril 1906.) Furet : Quelques considérations sur le traitement de la sinusite maxillaire.

Revue scientifique. — (N° 14, 7 avril 1906.) J. Tissot : Les accidents de la chloroformisation. Les moyens de les éviter. — J. P. Nayrac : Le processus et le mécanisme de l'attention. — H. Micheels : Sur les stimulants de la nutrition chez les plantes. — *Enquête* : La réforme des études médicales.

Tribune médicale. — (N° 13, 7 avril 1906.) Vaquez : De la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couche. — Ch. Aubertin : Les réactions sanguines dans les anémies graves symptomatiques et cryptogénétiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 48. — JEUDI 26 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 26 AVRIL 1906. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1906-1907. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1906-1907, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1906) : Internes et internes provisoires, le vendredi 27 avril, à deux heures;

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1906) : Ceux de cinquième et de quatrième année (externes réinvestis pour l'année 1906-1907), le vendredi 4 mai, à deux heures; — ceux de troisième année (externes ayant concouru ou reconcouru en 1903), le lundi 7 mai, à deux heures; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1904), le mercredi 9 mai, à deux heures; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1905), le vendredi 11 mai, à deux heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Le concours de dentiste des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Mahé, Lebedinsky et Page.

GUERRE. — École du service de santé militaire. — Les candidats à l'École du service de santé militaire doivent se faire inscrire, du 1er au 16 mai, dans les préfectures. Les épreuves écrites auront lieu le 13 juin. Les dates des épreuves orales seront fixées ultérieurement.

— Corps de santé militaire. — M. le médecin-inspecteur Pierrot, directeur du service de santé du 6e corps, membre du comité technique de santé, passe au cadre de réserve.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Michel.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Hédie et Lasserre.

ENGAGEMENTS CONDITIONNELS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le *Journal officiel* vient de publier un décret très important ainsi conçu :

« Les jeunes gens qui remplissaient, avant la mise en vigueur de la loi du 21 mars 1905, les conditions requises pour contracter l'engagement volontaire spécial prévu par l'avant-dernier alinéa de l'article 59 de la loi du 15 juillet 1889, pourront exceptionnellement contracter cet engagement du 10 au 31 mai 1906. »

Voici l'avant-dernier alinéa de l'article 59 de la loi du 15 juillet 1889, dont il est question :

« L'engagé volontaire qui remplira l'une quelconque des conditions fixées par l'article 23, pourra bénéficier des dispositions dudit article, après un an de présence sous les drapeaux, à la condition que la demande ait été formulée au moment de l'engagement. »

Une instruction ministérielle, adressée aux préfets, donne les prescriptions relatives à l'application de ce décret. Seront admis à bénéficier de ces dispositions exceptionnelles :

1° Les jeunes gens ayant atteint l'âge de dix-huit ans du 9 octobre 1905 à la date de la mise en vigueur de la loi du 21 mai 1905, soit le 21 mars 1906. En conséquence, tous les jeunes gens de cette catégorie remplissant les conditions de l'article 23 de l'ancienne loi militaire ne feront qu'une année de service;

2° Les jeunes gens qui, s'étant présentés pour s'engager avant le 9 octobre 1905, ont été ajournés pour inaptitude physique par les commandants de bureaux de recrutement et qui seront reconnus propres au service armé après une nouvelle visite. Les certificats d'aptitude ne seront délivrés qu'aux jeunes gens ayant toute la vigueur nécessaire pour faire un bon service actif.

Les intéressés seront admis à s'engager dans l'un des régiments d'infanterie désignés par la circulaire de répartition du 31 août 1905, pour recevoir les hommes de la subdivision dans laquelle leur famille est domiciliée. Toutefois il ne sera pas admis plus de quatre engagés par régiment.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

OPOTHÉRAPIE TESTICULAIRE RATIONNELLE

DANS LE RALENTISSEMENT DE LA NUTRITION, LA NEURASTHÉNIE, LA DÉCRÉPITUDE SÉNILE ET LES TROUBLES DE LA CROISSANCE

Le testicule n'est pas seulement la glande où prennent naissance les spermatozoïdes ; l'état actuel de nos connaissances nous le montre constitué par deux glandes distinctes tant au point de vue anatomique que physiologique : une *glande séminale, glande à sécrétion externe*, chargée de la formation des spermatozoïdes ensuite entraînés par les voies excrétrices, et une *glande interstitielle*, sorte de glande vasculaire sanguine, glande à sécrétion interne dont le rôle est de déverser incessamment dans l'économie, par la voie des capillaires sanguins et lymphatiques, des principes nécessaires à l'équilibre des fonctions organiques (travaux de Bouin et Ancel, de Branca, etc., sur la glande insterstitielle du testicule, 1904, 1905).

Tandis que la fonction séminale ne s'adresse qu'à la conservation de l'espèce, la sécrétion interne, elle, intéresse directement l'individu et toute altération de son fonctionnement normal se traduit par des troubles correspondants dans les différents systèmes de l'organisme. Chaque fois que la glande insterstitielle devient *insuffisante* dans son rôle physiologique, apparaissent dans la santé générale des désordres dont l'ensemble constitue ce qu'on peut appeler l'*insuffisance* testiculaire.

Nous connaissons déjà dans un ordre d'idées semblable, l'insuffisance thyroïdienne, hépatique, surrénale, splénique, etc... et nous savons que l'opothérapie, en apportant à l'organisme les produits de sécrétion qui lui font totalement ou partiellement défaut, atténue ou fait disparaître les symptômes morbides dus à l'insuffisance : les faits cliniques l'ont abondamment démontré pour l'opothérapie thyroïdienne, hépatique, surrénale, etc. Des faits expérimentaux récents l'ont établi non moins nettement en ce qui concerne l'opothérapie orchitique rationnellement entreprise.

Nous disons : rationnellement entreprise, car on ne manquera pas de nous objecter que l'opothérapie orchitique, imaginée par Brown-Séquard, n'est pas chose nouvelle, et que l'enthousiasme soulevé jadis par cette méthode n'eut d'égal que l'abandon où la précipitèrent bientôt ses trop inconstants succès.

C'est que le savant biologiste était bien parti d'un principe général exact, mais que l'application qu'il en avait faite ne valait rien. En effet, Brown-Séquard qui avait la notion très nette du double rôle physiologique du testicule, ignorait qu'à cette dualité dans la fonction correspond une dualité semblable dans la structure anatomique ; il pensait que la sécrétion interne prenait, elle aussi, sa source dans les canalicules séminifères par suite d'une résorption de liquide séminal, il ne soupçonnait pas la glande interstitielle. Encore moins pouvait-il savoir que tous les testicules ne présentent pas dans une même proportion les glandes séminale et interstitielle et que cette proportion varie non seulement suivant les espèces animales, mais encore dans une même espèce. Les testicules employés ordinairement pour la préparation du liquide de Brown-Séquard ne contenaient qu'une proportion insignifiante de glande interstitielle, environ 1/100 de la masse parenchymateuse totale formée presque exclusivement par la glande séminale. L'extrait obtenu ne pouvait donc avoir qu'une activité tout à fait restreinte.

Or, voici que MM. Bouin et Ancel, examinant un grand nombre de testicules ectopiques de divers grands mammifères (cochon, cheval, bélier, chien), s'aperçurent que ces organes en ectopie présentaient tous une atrophie très marquée de la glande séminale (dont la fonction se trouve annulée) et par contre un développement relativement considérable de la glande interstitielle. Avant eux Félizet et Branca, Cunéo et Lecène, Regaud et Policard avaient fait de pareilles constatations. Il s'ensuit que si l'on emploie pour la préparation de l'extrait organique de semblables testicules provenant de mammifères cryptorchides et représentant la glande de sécrétion interne en quelque sorte à l'état pur, on obtiendra un produit dont l'activité sera nécessairement maxima.

Telle est la *diasténine* : chaque organe est préalablement examiné au microscope et ceux qui renferment une glande interstitielle bien développée sont seuls utilisés.

Il est juste de dire que l'échec de la méthode de Brown-Séquard fut imputable aussi au vague dans lequel restèrent toujours ses indications, alors que le champ de son action eût dû être strictement limité aux troubles engendrés par l'insuffisance testiculaire.

Avant d'entrer dans l'énumération de ces troubles, il nous paraît indispensable de rappeler en quoi consiste le rôle physiologique normal de la sécrétion interne du testicule.

On lui reconnaît aujourd'hui un rôle local qui est d'élaborer des produits nutritifs pour les éléments séminaux, et un rôle général beaucoup plus complexe. Il apparaît d'abord comme le facteur essentiel du développement des caractères sexuels mâles et de l'activité génitale.

Au point de vue ontogénique la glande interstitielle apparaît de très bonne heure dans l'ébauche génitale et son apparition précède et commande le déterminisme sexuel des cellules germinatives non encore différenciées. Elle présente tout de suite une grande activité fonctionnelle et les organismes mâles bénéficient ainsi dès leur vie intra-utérine d'une sécrétion spéciale qui leur procure les caractères essentiels de leur sexe. Plus tard ces mêmes caractères et l'instinct génésique sont toujours en rapport direct avec le développement des cellules interstitielles s'accentuant ou s'effaçant avec elles. Enfin chez les sujets âgés les cellules subissant une sorte de régression avec diminution progressive de leur activité sécrétoire, les caractères sexuels s'atténuent et l'ardeur génitale disparaît.

En même temps la sécrétion interne du testicule sert de régulateur au développement des os. On sait que la castration pratiquée chez l'enfant est suivie d'un hyper-accroissement du squelette (Godard, Poncet, Pirsche, Launois). D'autre part MM. Bouin et Ancel expérimentant sur des cobayes ont constaté que l'ablation des testicules chez les jeunes sujets détermine la persistance des cartilages de conjugaison et par conséquent l'augmentation de la longueur des os. Ces effets ont été enrayés par l'injection d'extrait de glande interstitielle provenant de grands mammifères cryptorchides. MM. Dor, Maisonnave et Monziols sont arrivés aux mêmes conclusions après expérience sur des lapins.

Cette double action sur les systèmes osseux et génital ne résume pas toute l'influence de la sécrétion interne du testicule sur l'organisme ; elle est en outre un puissant stimulant de la nutrition et de l'activité générales. Le développement des jeunes animaux castrés est plus lent que celui des sujets normaux de même âge, en leur injectant des extraits de glande interstitielle on voit le développement se réveiller. On sait d'autre part que les animaux castrés engraissent beaucoup plus facilement que les entiers, ce qui est une nouvelle preuve de l'action stimulante du testicule sur le métabolisme général.

Il est enfin un rôle important dévolu au testicule et bien établi par les travaux déjà anciens de Brown-Séquard (1889-1895), ce qui nous permettra d'en négliger la démonstration : le rôle d'un tonificateur énergique des systèmes nerveux et musculaire, en raison duquel le célèbre professeur au Collège de France institua l'opothérapie orchitique pour la restauration des forces chez les convalescents et les vieillards.

Connaissant maintenant l'action puissante de la glande interstitielle sur l'organisme, il nous sera facile d'interpréter les différents troubles auxquels donneront naissance, aux diverses périodes de la vie, les altérations et l'insuffisance de son fonctionnement.

Avant la puberté. — Le testicule ne fonctionne pas encore en tant que glande séminale que déjà sa sécrétion interne est indispensable à l'équilibre de l'organisme en période de développement. Son insuffisance se traduit par une croissance trop rapide, accompagnée de palpitations, d'anémie, de céphalées, d'épistaxis, de névralgies, de dyspepsies ; on note en même temps un état apathique et nonchalant, une nutrition languissante.

Donnons à ces enfants la *diasténine* à la dose d'une à trois cuillerées à café de sirop, ou trois à quatre pilules pro die, et continuons le traitement pendant des semaines s'il est nécessaire.

(*Voir la suite, p. 573.*)

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

DES HÉMATÉMÈSES HYSTÉRIQUES

Par MM. ALBERT MATHIEU et J.-CH. ROUX.

Discussion des caractères attribués autrefois aux hématémèses hystériques.
Valeur très discutable des observations anciennes.
Description de trois types de gastrorragie dont la nature hystérique est certaine ou vraisemblable.

La notion des hémorragies gastriques névropathiques tend de nos jours à s'effacer et leur recherche est négligée, comme le remarque Lancereaux (1) dans une communication récente à l'Académie de médecine. Les travaux sur ce sujet, fréquents autrefois, se font rares aujourd'hui, mais nous ne pensons pas que cette pénurie de publications résulte uniquement de l'absence d'intérêt que pourraient présenter ces accidents hystériques. Une autre raison, bien plus certaine, paraît tenir à notre connaissance plus approfondie de l'ulcère de l'estomac, de la variabilité de ses symptômes et de la multiplicité de ses formes cliniques.

Signalées de longue date, les gastrorragies hystériques furent surtout mises à l'ordre du jour par la thèse inaugurale de Ferran, élève de Charcot (Paris 1874). De la même époque datent les thèses de Lorey (Paris 1875), de Périssé (Paris 1876) et de Deniau (Paris 1883). Le mémoire de Rathery, publié en 1880, réunit dans une description systématique les idées admises à cette époque (2). Il distingue les hémorragies hystériques en trois groupes, suivant qu'elles sont supplémentaires des règles, qu'elles coïncident avec les règles, ou qu'elles paraissent indépendantes.

Les travaux de cette époque sont basés uniquement sur des documents cliniques : nous n'avons trouvé un examen anatomique de l'estomac que dans un cas rapporté par Périssé, mais il s'agissait alors d'une erreur de diagnostic. L'absence de documents anatomiques n'a rien d'étonnant; d'après tous ces auteurs l'hématémèse hystérique est un accident bénin, qui n'entraîne la mort que dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

Quels sont donc les caractères cliniques qui paraissaient suffisants à ces auteurs, pour établir le diagnostic d'hématémèse hystérique? Dans la thèse de Périssé, faite sous la direction de Lasègue, nous trouvons une discussion des plus intéressantes, des symptômes qui seraient propres à cette affection.

La douleur ne paraît pas comporter par son intensité ou par sa localisation une indication séméiologique bien nette. On a voulu attribuer la douleur des hystériques à l'épigastralgie, siégeant dans les muscles de l'abdomen, tandis que dans l'ulcère le siège de la douleur serait profond et viscéral. Cette

(1) LANCEREAUX. Hémorragies névropathiques des voies digestives, *Acad. de méd.*, 4 déc. 1900.

(2) RATHERY. Contribution à l'étude des hémorragies dans le cours de l'hystérie, *Union méd.*, 1880, p. 409.

distinction, en admettant qu'elle fût exacte, ce qui paraît douteux, serait absolument impossible à utiliser comme moyen de diagnostic, ainsi que le fait justement remarquer Périssé. Il en est de même d'un autre prétendu caractère différentiel; on disait alors que la douleur de l'ulcère de l'estomac est persistante, tandis qu'elle est intermittente dans l'hystérie. Ce signe paraît avoir été créé de toutes pièces, par des considérations à priori. Nous savons aujourd'hui que l'ulcère de l'estomac, dans la grande majorité des cas, se traduit par des douleurs à type tardif, se reproduisant avec une assez grande régularité deux à quatre heures après le repas.

D'après Périssé, également, les vomissements de l'ulcère auraient lieu plus particulièrement après les repas, et les vomissements hystériques le matin à jeun. Chez les hystériques on observe en effet des vomissements très particuliers, les pituites hémorragiques qui existent surtout le matin au réveil. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Toutefois dans bien des cas de vomissements du matin, qui sont en général des vomissements pituiteux œsophagiens, l'hystérie n'a rien à voir et d'autre part, les vomissements au cours de l'ulcus sont tout aussi souvent tardifs, venant après la crise douloureuse, que précoces, peu de temps après l'ingestion des aliments. Il faut dire du reste que la nature de l'alimentation influe beaucoup sur la rapidité plus ou moins grande de la douleur et du vomissement.

Lancereaux donne aussi comme un des caractères de l'hématémèse hystérique d'être « ordinairement précédée de prodromes, et accompagnée de sensations de pesanteur plus ou moins vive, de douleur, de déchirement à l'épigastre, phénomènes qui, dit-il, font en général défaut dans les gastrorragies ulcéreuses dont le début est brusque » (1). Nous ne pouvons souscrire à cette affirmation.

Le plus souvent au cours de l'ulcère de l'estomac, l'hématémèse survient à la fin d'une crise douloureuse et parfois au paroxysme de cette crise. L'hémorragie est suivie d'un soulagement immédiat et qui se prolonge souvent pendant plusieurs jours. Le début brusque ne peut guère s'observer que dans les ulcérations aiguës, ayant eu une évolution très rapide et atteignant un des vaisseaux profonds de la muqueuse.

Rathery a surtout insisté sur les rapports des hématémèses soi-disant hystériques avec les règles. La gastrorragie peut être supplémentaire ou coïncider avec les règles. On ne saurait toutefois conclure du rapport de l'hémorragie avec une période menstruelle à l'absence de lésion gastrique. Kuttner (2) a signalé pendant la menstruation la fréquence des hémorragies minimes de l'estomac, que peut seul déceler l'examen chimique du contenu gastrique, sans noter leur rapport avec l'état névropathique des malades. Que cet accident, relativement fréquent d'après lui, tienne à la congestion simple de la muqueuse, ou que cette congestion soit favorisée par

(1) LANCEREAUX. Loco citato, p. 679.

(2) KUTTNER. Magenblutungen und besonders über deren Beziehungen zur Menstruation, *Berl. klin. Wochens.*, 1895.

une lésion sous-jacente, il n'y a rien là qui indique un trouble d'origine hystérique.

D'ailleurs Kuttner a rapporté un exemple des plus nets d'ulcère de l'estomac se traduisant par des hématémèses périodiques au moment des règles. Il n'y a donc dans cette coïncidence aucun signe pathognomique d'une gastropathie hystérique.

L'influence des émotions morales, sur la production des hémorragies, a été aussi considérée comme un des symptômes les plus certains de l'hématémèse hystérique. Nous ne voulons pas nier que ce signe ait une réelle importance, nous reviendrons sur ce fait plus loin; nous indiquerons dans quelle condition il peut faire admettre l'existence d'une hémorragie sans lésion. Mais au cours de l'ulcère de l'estomac, une brusque émotion peut déterminer également une gastrorragie. Sur un de nos malades atteint d'ulcère pylorique, des hématémèses se produisirent à plusieurs reprises après la mort d'un de ses parents. Il a depuis subi la gastro-entérostomie et le diagnostic d'ulcus gastrique a été confirmé par l'examen direct. Un autre de nos malades atteint d'ulcère chronique de l'estomac eut une forte hématémèse après un drame de famille, sa fille ayant quitté brusquement le foyer familial.

La conservation d'un bon état général n'a plus aujourd'hui la même importance qu'autrefois pour le diagnostic différentiel. Une idée que l'on retrouve dans tous les travaux que nous avons cités, c'est que l'hystérique, malgré les hématémèses répétées, garde une santé relativement florissante. On citait volontiers l'opinion de Brinton : « Je ne crois pas qu'un individu atteint d'un ulcère de l'estomac puisse, aux yeux d'un observateur, présenter les apparences de la santé. »

L'auteur anglais décrit chez ces jeunes femmes un état chlorotique grave, chez les adultes une cachexie semblable à celle des cancéreux. Mais nous connaissons actuellement de nombreuses formes bénignes d'ulcère pylorique, ignorées par Brinton et au cours desquels l'état général reste parfait dans l'intervalle des paroxysmes douloureux.

Restent enfin les présomptions que l'on tirait des stigmates de névrose, présentés par la malade. Dans toutes les observations, on leur attribuait une haute valeur. Nous ne pouvons en faire autant. Gilles de la Tourette a signalé la coexistence fréquente de l'hystérie et de l'ulcère de l'estomac. Nous avons souvent observé cette relation, et à propos des accidents de gastralgie hystérique, nous avons déjà indiqué avec quelle fréquence on pouvait voir les désordres hystériques fonctionnels s'associer aux douleurs dues à une ulcération gastrique.

Somme toute, aucun des symptômes invoqués par les anciens auteurs, en faveur du diagnostic de l'hématémèse hystérique, n'a conservé la valeur qu'on lui attribuait autrefois. Ni l'aspect de la douleur, ni les circonstances qui accompagnent l'hématémèse, ni l'état général, ni la présence des stigmates hystériques ne paraissent avoir une valeur pathognomonique.

Aussi à la lecture attentive des travaux cités plus haut, nous semble-t-il légitime d'émettre des doutes motivés sur l'exactitude du diagnostic pour un bon nombre des cas de soi-disant hématémèses hystériques qui y sont rapportés. Que d'ulcères ont dû être méconnus! Un bon exemple de cette erreur est l'observation publiée par Bercicoux, à la Société anatomique en 1857 et reproduite dans la thèse de Périssé. Il s'agissait d'une jeune malade « atteinte de crises de douleurs violentes revenant par période de quinze jours à trois semaines auxquelles succédaient des périodes de calme d'une durée à peu près égale ».

Comme la malade présentait aussi des crises nerveuses, on fit le diagnostic d'hystérie gastrique. Mais la malade mourut brusquement, et l'autopsie fit reconnaître un ulcère perforé; il existait aussi une sténose du pylore très serrée.

Ces erreurs de diagnostic étaient fatales à cette époque. La sémiologie de la sténose du pylore et des ulcérations pyloriques n'a en effet été fixée que dans ces dernières années; aussi ne peut-on tenir compte dans l'étude des hématémèses hystériques de la plupart des documents cliniques réunis autrefois; dans l'incertitude où l'on est du véritable diagnostic, en présence d'observations souvent des plus sommaires, on doit en faire table rase.

Cependant nous ne voulons pas rejeter complètement la possibilité des hémorragies hystériques de l'estomac. Leur existence est rendue vraisemblable a priori, par comparaison avec ce qui se passe sur la peau. Ne voit-on pas des hémorragies cutanées se produire quelquefois chez les hystériques? Il en existe bien des observations indiscutables. Mais nous pensons que le diagnostic de gastrorragie hystérique ne peut être porté qu'avec une prudente réserve et seulement en présence d'un ensemble clinique nettement déterminé.

Nous rangeons en trois catégories les faits dans lesquels l'hystérie semble pouvoir par elle-même expliquer l'hémorragie sans intervention d'une ulcération préalable.

1° *Les pituites hémorragiques hystériques:* — Signalée déjà par Lasègue, la pituite hémorragique a été décrite par Nové-Josserand (de Lyon), qui lui a donné le nom d'hémosialémèse. L'un de nous en collaboration avec M. Milian a repris cette étude en 1896 (1).

La pituite hémorragique est un vomissement pituiteux œsophagien teinté en rouge par une petite quantité de sang. Après une émotion vive, à la suite d'une petite crise nerveuse, parfois sans cause nette, la malade éprouve une sensation d'étouffement et de strangulation et rejette brusquement par la bouche 40 à 60 grammes environ d'un liquide sanguinolent. Ce liquide est constitué par un mélange de sang et de salive dans la proportion de 1 p. 10 environ, et présente l'aspect du sirop de groseille étendu d'eau. Lorsqu'il est rejeté, il prend avec le temps ou sous l'influence d'une petite quantité de suc gastrique, une couleur rouge brunâtre. C'est alors l'aspect du sirop de ratanhia dilué. Quelquefois cette coloration noire existe d'emblée au moment où le liquide est régurgité, ce qui tient sans doute à ce qu'une

(1) Soc. méd. des hôpitaux, 1896.

certaine quantité de suc gastrique acide a reflué de l'estomac à travers le cardia, et s'est mélangé au liquide sanguinolent accumulé dans l'œsophage.

La pathogénie de ce petit accident n'est pas complètement élucidée. S'agit-il d'une salivation sanguinolente ou d'une hémorragie légère œsophagienne? On ne peut l'affirmer, mais la fréquence de ce symptôme chez les hystériques ne fait aucun doute.

Plusieurs des observations d'hématémèse hystérique, publiées autrefois par Ferran, par Rathery, se rapportent à ce type; la description du liquide vomi permet de reconnaître la pituite hémorragique. Ces pituites se produisent assez souvent le matin au réveil, et les anciens observateurs qui avaient parlé d'hématémèse matinale chez les hystériques, avaient probablement observé des vomissements de cet ordre.

2° *Hématémèse hystérique, coexistant avec des hémorragies multiples d'origine nerveuse.* — Gilles de la Tourette a désigné sous le nom de diathèse vaso-motrice, les troubles vasculaires qui chez les hystériques provoquent des œdèmes localisés, suivis parfois d'écoulement sanguin. Dans les faits très rares où l'on a pu observer des hémorragies de cet ordre par divers points de la peau ou des muqueuses, on peut admettre que l'hématémèse tient à cette pathogénie.

Charcot a publié autrefois des observations de cet ordre. Debove (1) a également rapporté l'histoire d'une jeune hystérique atteinte d'hématémèse à répétition et d'hémorragie de l'oreille gauche, sans que la peau ait présenté la moindre lésion appréciable.

Soupault a observé « une malade très franchement hystérique, qui vomissait toutes les semaines environ une demi-cuvette de sang; elle avait en plus des hémorragies rénales, des crachats franchement sanglants, des pertes de sang par le sein et par l'oreille, etc. ».

Ces faits sont exceptionnels et d'un diagnostic facile en raison des conditions dans lesquelles ils se présentent.

3° *Hématémèse hystérique survenant brusquement chez un malade ne présentant ni avant, ni après aucun symptôme dyspeptique.* — Enfin, on peut admettre avec vraisemblance l'origine nerveuse des hémorragies gastriques, survenant brusquement à la suite d'un choc moral ou d'une crise hystérique, sans qu'aucun symptôme digestif dans le passé du malade permette de prévoir cet accident, sans qu'aucun trouble dyspeptique ultérieur permette de croire à une lésion de l'estomac. L'un de nous a observé chez une malade très nerveuse, à deux reprises, une grande hématémèse sous l'influence d'une vive émotion. Elle ressentait un malaise général, une chaleur à l'épigastre, puis brusquement se produisait un vomissement évalué par elle à un litre de sang. Jamais cette dame ne souffrit de l'estomac avant ou après, et ces accidents ne se sont plus reproduits.

Une autre malade avait fréquemment un vomissement de sang immédiatement après une crise d'hystérie. Un jeune homme, manifestement hystérique, avait le pharynx et la bouche inondés de sang après des crises nerveuses qu'on pouvait provoquer à volonté en le soumettant au sommeil hypnotique, sans qu'aucune lésion de la bouche ni de la gorge ait jamais pu être constatée.

En dehors de ces trois variétés, on ne pourra admettre l'hématémèse hystérique qu'avec une très grande réserve. La réserve même s'imposera déjà avec des faits appartenant à la troisième, plus voisine cliniquement des faits où il y a coïncidence de l'ulcus et de l'hystérie gastriques. S'il existe des symptômes gastriques persistants, il faudra toujours penser à l'ulcère, on en recherchera donc tous les signes avec soin. Dans le doute il vaudra mieux se comporter comme s'il existait une lésion ulcéreuse de l'estomac. On n'aura jamais à le regretter.

(1) Debove. *Presse méd.*, juillet 1898.

DES

AVANTAGES DES NARCOSES MIXTES

Par le docteur O. DAUWE,
Assistant à l'Université de Gand.

L'éther et le chloroforme ne déterminent l'anesthésie chirurgicale qu'en provoquant pendant des heures, voire des jours, des troubles de l'état général, véritable empoisonnement de l'organisme, qui n'est certes pas sans influencer l'évolution du traitement opératoire. Outre ces inconvénients, auxquels on accorde peut-être trop d'importance, l'usage des « poisons anesthésiants », poisons mortels, crée un danger réel. Depuis leur introduction dans la pratique, on a enregistré divers cas de mort, incontestablement dus soit à l'action toxique du chloroforme sur la circulation, soit à celle de l'éther sur la respiration. Ces cas de mort sont, d'après une statistique dûment établie par Gurlt (1), dans la proportion d'environ 1/1045 pour les narcoses au chloroforme, et de 1/112 pour celles à l'éther.

Afin de réduire ces inconvénients et ces dangers, divers moyens ont été préconisés et mis en pratique, et l'un des meilleurs, dont nous allons dire quelques mots, est le remplacement des anesthésiques simples par des mélanges. On s'est servi d'éther et de chloroforme mêlés en proportions diverses et additionnés ou non à l'alcool ou à l'éther de pétrole. L'expérience n'a pas tardé à démontrer que ces mixtures sont plus inoffensives et plus avantageuses que les anesthésiques simples, spécialement parce qu'elles réduisent la période d'excitation, et que les syncopes sont beaucoup plus rares. Beaucoup de ces mélanges sont entrés dans la pratique depuis plusieurs années déjà, surtout en Angleterre et en Allemagne. Les plus usités sont les mixtures de Billroth (100 parties de chloroforme, 30 d'éther, 30 d'alcool), de Weiger (1 partie chloroforme pour 9 d'éther), les trois mélanges de Schleich (éther, chloroforme, éther de pétrole en proportions variées), et le mélange anglais dit A. C. E. (alcool 1, chloroforme 2, éther 3) et aussi le mélange français qui renferme 1 partie d'alcool et 4 de chloroforme.

(1) Gurlt. *Chyrurgencongress*, Berlin 1897.

Les avantages des narcoses mixtes, interprétés diversement, reconnus depuis longtemps en clinique, n'ont en réalité trouvé leur explication appuyée sur l'expérimentation qu'en ces derniers temps. Honigmann (1) a déterminé chez le lapin au moyen d'un appareil dû à Kionka (2), le volume gazeux de chloroforme et d'éther que doit contenir l'air respiré par l'animal pour produire l'anesthésie mixte.

D'autre part, plusieurs auteurs, parmi eux Kionka et Honigmann ont établi la concentration que doit réaliser l'air inspiré en chloroforme ou en éther, pour qu'il y a ait anesthésie simple. De la comparaison des chiffres obtenus par ces deux auteurs, résulte l'explication des résultats pratiques des narcoses mixtes.

En effet, désignons les quantités de chloroforme et d'éther nécessaires pour produire une anesthésie simple, respectivement par M p. 100 et n p. 100 (3). Si l'on se sert du mélange des deux anesthésiques, pour obtenir le même effet d'après Honigmann, il ne faut pas, comme on pourrait le supposer, M/2 plus $n/2$, mais seulement M/10 plus $n/17$ (4). En d'autres mots, à l'aide du mélange, il faut 10 fois moins de chloroforme et 17 fois moins d'éther que dans l'anesthésie par chaque narcotique isolé.

Ce sont là des résultats d'expériences rigoureuses, faites au moyen d'appareils spéciaux, dans lesquels les mélanges une fois évaporés ne subissent pas de pertes de leurs composants. Mais en pratique, il n'en est pas de même, à cause de la différence dc volatilité des anesthésiques et de l'impossibilité de réaliser l'inspiration de quantités uniformes. Comme l'ont démontré Ellis (5) et Honigmann, si on se sert du grand masque à éthérisation, en y versant, comme il convient, une grande quantité de mélange, il y a trois phases dans l'anesthésie : il se produit d'abord une éthérisation simple, puis une narcose mixte réelle, et enfin le composé narcotique le moins volatil continue l'anesthésie. Si l'on utilise le petit masque et le flacon compte-gouttes, ces phases se répètent pour chaque goutte du mélange, mais comme elles passent en très peu de temps, l'air inspiré se charge à chaque instant d'un mélange de chloroforme et d'éther. Le procédé au flacon compte-gouttes est donc le meilleur.

Quel est maintenant celui des divers mélanges qui, en étant donné goutte à goutte, réalise le mieux les conditions établies par Honigmann? Cette question a été élucidée par un travail expérimental de Kochmann (6). D'après cet auteur c'est le mélange de Weiger (9 parties d'éther, 1 partie de chloroforme) qui obtient le mieux les desiderata d'une anesthésie mixte et qui en pratique doit donc être préféré aux autres mixtures.

En résumé, la clinique aussi bien que l'expérimentation démontre la supériorité des narcoses mixtes, la première en constatant la réduction de la période d'excitation, la fréquence moindre des syncopes, et la diminution des malaises post-opératoires, l'autre en exprimant la toxicité des narcotiques mélangés par des doses très réduites. A l'appui de ces faits disons, en terminant, que plusieurs chirurgiens de grande autorité ont préconisé et adopté l'usage des mélanges anesthésiques, et parmi eux on peut signaler Mickulicz, Reclus, Forgue, Selberg, Rodmann, Maduro, von Winckel, Amann, etc.

(1) Honigmann. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LVIII.

(2) Kionka. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. L, H. 2.

(3) M et n désignent respectivement 1 et 2 chloroforme et 0,29 d'éther (en volume sur 100 volumes d'air) [chiffres moyens de Kionka vérifiés par Honigmann].

(4) Cette donnée est facile à établir par comparaison, les quantités nécessaires pour obtenir une narcose mixte étant de 0,11 chloroforme, plus 0,29 éther sur 100 volumes d'air.

(5) Ellis. *On the safe abolition of poin by anesthesie with mixed vapours*, London 1886.

(6) Kochmann. *Arch. intern. de pharm.*, t. X.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 17 avril 1906)

Sur les propriétés acides de l'amidon. — Des expériences de M. E. Demoussy, il résulte que l'amidon offre tous les caractères d'un acide faible (1), comparable à l'acide carbonique, et en cela se rapproche des autres hydrates de carbone; comme eux il contracte avec les hydrates métalliques des combinaisons dissociables par l'eau et peut, en outre, absorber de petites quantités de sels neutres. Ces propriétés doivent intervenir dans l'absorption des matières minérales par les plantes, et en particulier contribuer à la minéralisation des organes renfermant des réserves amylacées.

Sur l'origine vésuvienne du brouillard sec observé à Paris dans la matinée du 11 avril 1906, par M. Stanislas Meunier. — Tout le monde a remarqué le brouillard sec et jaunâtre qui s'est étendu sur Paris dans la matinée du mercredi 11 avril dernier; la navigation de la Seine en a été gênée et le soleil en avait pris un aspect tout à fait particulier. Dans la pensée que ce phénomène pouvait se rattacher à l'éruption actuelle du Vésuve, M. Stanislas Meunier a disposé sur le toit de la maison qu'il habite, quai Voltaire, des plaques glycérinées destinées à retenir les poussières. Ces plaques traitées par l'eau ont donné un dépôt assez abondant dans lequel se trouvait un sable très fin.

L'examen microscopique et la comparaison avec la cendre rejetée par le Vésuve en 1822, dont M. Stanislas Meunier avait un échantillon, ont montré une identité complète entre les deux échantillons. La principale différence consiste dans la présence, dans la poussière parisienne, de quelques globules parfaitement sphériques de fer oxydulé. On doit donc admettre que le brouillard de mercredi était causé par la chute à Paris d'une pluie de cendres très fines rejetées par le Vésuve.

A l'occasion des fêtes du second centenaire de la naissance de Franklin, l'Académie décide l'envoi d'une dépêche à l'*American philosophical Society* pour lui présenter l'expression de sa sympathie et tous ses vœux pour la science américaine.

(1) Le même caractère d'acide faible vient d'être reconnu dans l'amidon soluble par MM. Ford et Guthrie, au moyen de la méthode des conductibilités électriques (*Journ. of the Chem. Soc.* janv. 1906).

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1906)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Curie et prononce son éloge. — La séance est levée en signe de deuil.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1906)

Est-ce le vent de grève qui souffle un peu partout en ce moment? Est-ce le Congrès de Lisbonne? Est-ce la fin des vacances de Pâques? Je ne sais; mais toujours est-il que nos académiciens continuent à se reposer. L'annonce de la mort de M. Paulet (de Lyon), la déclaration d'une vacance dans la section de médecine vétérinaire, deux présentations, et c'est tout.

Parmi ces dernières, nous signalerons celle qu'a faite M. Delorme :

L'épidémie de peste en Perse. — M. DELORME présente, au nom de M. le docteur Schneider, médecin de S. M. I. le shah de Perse, et des médecins-majors Galley et Georges, professeurs à l'Ecole de médecine de Téhéran, les procès-verbaux du conseil sanitaire de l'empire persan.

Dans les comptes rendus figurent d'intéressants détails sur l'épidémie de peste qui sévit actuellement en Perse où elle a été importée de l'Inde.

C'est au mois de novembre 1905 qu'elle a débuté. Elle se présente sous la forme pneumonique rare et toujours mortelle en un, deux, trois jours et sous la forme bubonique très grave (mortalité 86 à 95 p. 100).

Ces deux formes sont très contagieuses. Elle semble avoir été importée par de vieux effets. Les animaux (rats, souris, pigeons) ne semblent pas avoir eu leur part dans l'apparition et le développement du fléau.

Le sérum antipesteux a été employé, mais les résultats qu'il a fournis sont encore inconnus.

M. Delorme énumère les mesures prophylactiques édictées par les membres du conseil sanitaire de l'empire et dont l'exécution a été suivie avec une louable persistance par le président de ce conseil, le docteur Schneider. Il rend hommage à l'initiative de cette colonie médicale française qui fait honneur, dans une contrée amie, à la science médicale de son pays et propose à l'Académie de médecine de leur adresser des remerciements.

Après la séance, le conseil a décidé que l'Académie tiendrait séance mardi prochain, 1er mai.

ANALYSES

MEDECINE

Ozène des bronches. (F. TAUBÉ. Thèse de Paris, 1905; Henri Jouve, édit.) — Parmi les différentes bronchites fétides, il existe une forme clinique spéciale qui, par sa très longue durée, l'absence habituelle de fièvre et la conservation d'un bon état général, présente plutôt les caractères d'une infirmité que ceux d'une maladie, qui est comparable dans une certaine mesure à l'ozène du nez, et qui mérite pour cette raison d'être désignée sous le nom d'*ozène des bronches*.

L'ozène des bronches présente comme symptôme prédominant et pour ainsi dire unique une abondante expectoration purulente d'une fétidité spéciale.

Cette affection dont la durée se compte par années est souvent consécutive à une maladie aiguë de l'appareil respiratoire. Cependant elle paraît parfois survenir primitivement. Elle semble reconnaître comme cause déterminante la pullulation dans les voies aériennes de germes anaérobies.

L'ozène des bronches est associé à des lésions anatomiques limitées au début à la muqueuse des bronches, mais qui envahissent peu à peu le reste de la paroi bronchique et le parenchyme pulmonaire (dilatation des bronches, sclérose pulmonaire).

Le diagnostic différentiel est le plus souvent très difficile, et cependant très important puisque le traitement en dépend. L'ozène des bronches peut être confondu avec certaines formes de tuberculose. Mais les erreurs les plus fréquentes sont dues aux collections purulentes intra-pulmonaires, pleurales ou vertébrales ouvertes dans les voies aériennes et justiciables d'une intervention chirurgicale.

A ces faits, sur lesquels d'ailleurs tous les auteurs classiques ont insisté dans leurs descriptions de la bronchite fétide, sont venus s'ajouter dans ces dernières années les éléments nouveaux apportés au diagnostic par la radiologie médicale. L'exploration radiologique et en particulier l'examen radioscopique donnent en effet des renseignements capitaux.

Le traitement de choix consiste dans les inhalations et dans l'injection intra-trachéale d'un liquide antiseptique et modificateur.

La névrose traumatique et la loi sur les accidents du travail. (Louis MONTHELIE. Th. de Paris, 1906; J. Rousset, édit.) — La névrose traumatique occasionne le plus souvent une incapacité de travail complète, d'une durée illimitée, ne prenant fin que rarement avant la solution définitive du procès. Cela soulève des difficultés pour le règlement de l'indemnité.

Diverses solutions ont été proposées :

a. Le sursis, qui prolonge indéfiniment l'état d'incertitude;

b. Le demi-salaire, ou une rente provisoire pendant un temps déterminé, mais qui ne coïncidera pas fréquemment avec celui de la maladie;

c. Une indemnité en capital, dont le chiffre est difficile à évaluer justement;

d. Une rente viagère, d'un taux peu élevé, en escomptant l'amélioration probable, mais qui est insuffisante pour permettre à l'ouvrier de vivre pendant la période d'incapacité absolue;

e. La rente prévue pour l'incapacité absolue et permanente, le patron pouvant demander la revision en cas de changement dans l'état de la maladie; c'est la solution qui semble préférable.

Pour les formes graves, la difficulté est moindre; la maladie ayant une durée fort longue doit pratiquement être considérée comme la cause d'une incapacité absolue et permanente.

La névrose traumatique aboutit parfois au suicide, qui peut être jugé comme une conséquence directe, donnant droit à l'allocation d'une rente viagère à la veuve.

CHIRURGIE

Les fractures du crâne chez l'enfant. (GASNE. Th. de Paris, 1905; Jacques, édit.) — Les fractures du crâne chez les enfants n'ont pas fait le sujet d'une étude spéciale avant la thèse de M. Gasne; les auteurs signalent seulement qu'elles présentent quelques caractères particuliers.

Les différentes formes qu'elles peuvent présenter, au point de vue anatomo-pathologique se rencontrent aussi chez l'a-

dulte, mais leur fréquence relative est bien différente. Les fractures irradiées de la voûte à la base sont très rares, au moins pour les étages moyen et postérieur.

Les disjonctions suturaires paraissent s'y rencontrer au moins aussi souvent que chez l'adulte. On y signale d'autre part une forme spéciale, rare d'ailleurs; l'enfoncement sans fracture.

La différence anatomique entre le crâne de l'enfant et celui de l'adulte rend compte de ces faits. Elle permet, de plus, de diviser l'étude des fractures en deux parties : celles qui se produisent dans les deux ou trois premières années de l'enfance, et celles qui se produisent plus tard. Le mécanisme, les symptômes, les complications, le pronostic sont différents pour les fractures de chacune de ces deux périodes de l'enfance.

Les principaux caractères de ces fractures, particuliers à l'enfance, sont : la fréquence d'une déchirure de la dure-mère, la fréquence des lésions cérébrales, l'absence habituelle de compression localisée.

Le pronostic est toujours plus favorable que chez l'adulte, dans n'importe quelle variété. C'est surtout de deux à cinq ans que le pronostic est le moins grave.

Les complications tardives ne sont pas rares, mais deux surtout présentent une importance spéciale : l'accroissement des pertes de substance osseuse, et la pseudo-méningocèle traumatique. Toutes deux sont particulières à la première enfance.

L'accroissement des pertes de substance osseuse est avant tout le résultat de l'accroissement rapide du cerveau pendant les premières années de la vie. Mais il faut aussi faire intervenir des phénomènes pathologiques, et particulièrement le rachitisme ou le craniotabes.

La pseudo méningocèle traumatique, spéciale aussi à la première enfance, semble due en grande partie à une augmentation de pression, préexistante, ou concomitante, du liquide céphalo-rachidien. Elle se présente avec deux variétés anatomo-pathologiques différentes, suivant qu'elle communique avec les ventricules, ou seulement avec les espaces sous-arachnoïdiens. Ces deux variétés sont différentes aussi au point de vue du pronostic et de l'évolution.

Le traitement en est toujours difficile. Son indication dépend en grande partie, de l'état de tension variable du liquide céphalo-rachidien.

TOXICOLOGIE

Contribution à l'étude des empoisonnements par les gâteaux à la crème (étiologie, pathogénie, prophylaxie). (André Le Coq. Th. de Paris, 1906; H. Jouve, édit.) — Les empoisonnements par les gâteaux à la crème (choux, éclairs, Saint-Honoré, etc.) ne sont pas dus à l'action d'un poison minéral introduit accidentellement et provenant soit des ustensiles employés pour la fabrication, soit des ingrédients entrant dans la composition de la crème.

A la suite d'éliminations successives, plutôt que par preuves directes, on arrive à établir que l'agent toxique se trouve dans les œufs, que ces œufs soient des œufs de poule ou des œufs de cane.

Les accidents se produisent quelquefois à la suite de l'emploi d'œufs altérés en voie de décomposition.

Plus souvent peut-être les accidents sont causés par des œufs frais.

Ces œufs frais sont toxiques par suite :

a. Ou des conditions septiques de l'accouplement;

b. Ou de la contamination du blanc d'œuf lors de sa formation dans un oviducte contenant de nombreux germes pathogènes.

Les œufs altérés peuvent être dangereux pour les mêmes causes et en plus par le fait même de leur décomposition qui amène la formation de nombreuses ptomaïnes et toxines.

Le blanc d'œuf joue un rôle plus important que le jaune et doit être à peu près seul incriminé lorsqu'on se trouve en présence d'accidents déterminés par des œufs frais, cela par suite :

1° De son mode de formation;

2° De ce qu'on l'emploie battu en neige et cru, alors que le jaune est stérilisé par la cuisson : de plus ses microbes trouvent dans le sucre, le lait et surtout la gélatine de la crème, un milieu de culture extrêmement favorable.

Le jaune reprend ses droits lorsqu'il s'agit d'empoisonnements causés par des œufs altérés. Là en effet la cuisson est tout à fait insuffisante pour détruire les toxines et les ptomaïnes de la putréfaction.

L'analyse chimique a montré la présence, dans les gâteaux toxiques ou dans les viscères des personnes autopsiées, de substances alcaloïdiques qu'il n'a été possible d'identifier avec aucun des alcaloïdes toxiques connus à l'heure actuelle.

Ces analyses chimiques ayant toujours été faites après un laps de temps trop considérable il a été impossible aux experts d'affirmer que les toxines, les ptomaïnes, etc., décelées provenaient bien des gâteaux toxiques et n'étaient pas tout simplement dues au processus banal de la putréfaction des corps.

Pour prévenir le retour de ces intoxications il faut, de toute nécessité, renoncer à la préparation des crèmes ne permettant pas la cuisson des diverses parties de l'œuf, *du blanc surtout*, et une cuisson suffisamment prolongée pour en assurer la stérilisation parfaite.

HYDROLOGIE

Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales. (Lucien Graux. Thèse de Paris, 1905; Jules Rousset, édit.) — Le point cryoscopique considéré comme expression de la tension osmotique est l'une des caractéristiques des eaux minérales.

Pour les eaux bicarbonatées sodiques, le point cryoscopique d'une eau minérale n'est pas proportionnel à sa minéralisation exprimée en bicarbonates.

La méthode des dilutions permet de déterminer si une eau minérale est ou n'est pas ionisée.

L'immense majorité des eaux minérales françaises paraît se trouver à l'état de dissociation totale.

La cryoscopie contribue à expliquer le mécanisme de l'action des eaux purgatives.

Il y a une proportionnalité directe entre le point cryoscopique et la composition de l'eau exprimée en sels anhydres et en monocarbonatés.

Cette dernière conclusion prendrait, aux yeux de l'auteur, la valeur d'une loi.

L. GAYARD.

SUITE DES NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

A l'époque de la puberté. — Vers cette époque les enfants subissent une poussée de croissance qui les affaiblit et les rend incapables de tout travail physique et intellectuel; on voit survenir des douleurs osseuses et articulaires, quelquefois accompagnées de fièvre (Bouilly : fièvre de croissance), parfois même des ostéites, des exostoses, des scolioses. L'anémie s'accentue; l'asthénie musculaire et l'épuisement nerveux sont très marqués.

L'indication de la *diasténine* est formelle : c'est une médication spécifique. Nous conseillons de deux à trois cuillerées à dessert ou à soupe de sirop, ou trois à six pilules par jour suivant les cas. On peut aussi recourir aux injections intramusculaires à la dose d'une ampoule tous les deux ou trois jours; chaque ampoule renferme 2 centimètres cubes de diasténine injectable. La technique est la même que pour les injections mercurielles dont tous les médecins ont aujourd'hui la pratique.

Voici l'opinion de MM. Dor, Maisonnave et Monziols (décembre 1905) : « Lorsque certains enfants dont les testicules ne sont pas bien développés se mettent à grandir rapidement et éprouvent de ce fait une fatigue anormale, il est indiqué de leur pratiquer des injections de liquide orchitique, et les résultats cliniques que nous avons observés ont absolument confirmé nos recherches expérimentales. Au moment de la puberté, c'est à ces injections que nous conseillons d'avoir recours. »

Chez l'adulte. — A cet âge l'insuffisance testiculaire se révèle par un ralentissement général de la nutrition capable d'aller jusqu'à l'obésité; par une grande faiblesse musculaire et nerveuse; par des phénomènes neurasthéniques; par un affaiblissement de l'activité génitale aboutissant parfois à la frigidité et à l'impuissance.

Sans prétendre établir que ces différents symptômes soient toujours fonction de l'insuffisance testiculaire, nous pensons qu'il est tout à fait rationnel de leur opposer le traitement par la *diasténine* et que celui-ci donnera des résultats là où les autres médications restent sans effets. La faculté de stimuler, d'*invigorer* l'organisme, que possède à un haut degré l'extrait de glande interstitielle, procure un soulagement constant de symptômes morbides, pourvu que la médication soit prolongée suffisamment.

La dose variera de deux à trois cuillerées à soupe de sirop, ou de cinq à six pilules par jour. On peut de même employer les ampoules injectables tous les deux ou trois jours.

Chez le vieillard. — L'effacement de l'instinct génésique, le ralentissement progressif des phénomènes de nutrition et surtout la disparition des forces nous conduisent à prescrire la *diasténine* à cette période de la vie pour obtenir une stimulation générale et retarder l'échéance de la décrépitude sénile. La dose quotidienne est la même que chez l'adulte. L'action tonique de l'extrait orchitique avait vivement frappé Brown-Séquard; elle est bien aussi l'effet dominant de la *diasténine*.

Tels sont les cas où la médication par la diasténine nous a paru indiquée de façon formelle. Nous nous sommes gardés d'en faire une panacée, ne voulant pas retomber dans les mêmes errements qui ont discrédité trop longtemps une méthode assurément pleine d'avenir.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PERFORATIONS INTESTINALES
D'ORIGINE TYPHIQUE (1)

6. DIAGNOSTIC HÉMATOLOGIQUE. — Certains auteurs américains ont voulu faire de l'*hyperleucocytose* (contrastant avec l'hypoleucocytose habituelle de la fièvre typhoïde), un signe excellent de perforation. Mais α. cette hyperleucocytose (hyperpolynucléose) est souvent tardive; β. elle peut dépendre d'une autre cause que la péritonite; γ. elle est très inconstante : « Il faut, par conséquent, ne lui attribuer qu'une importance secondaire au point de vue de l'intervention opératoire, puisque l'absence de la leucocytose ne donne pas le droit d'éliminer l'idée de perforation, et que, inversement, une augmentation du nombre des globules blancs du sang peut se produire sans que l'intestin soit perforé » (Cazin).

Dans les cas où l'on hésite entre une perforation et une hémorragie intestinale, l'*abaissement de l'hémoglobine et du nombre des hématies* plaide en faveur de cette dernière (Max Crac).

7. Dans les cas où la fièvre typhoïde est *latente*, la perforation peut être prise pour une appendicite, une occlusion intestinale, une perforation de la vessie, de la vésicule biliaire, etc. Le diagnostic est le plus souvent impossible.

8. *En somme*, dans nombre de cas, le diagnostic ne peut être affirmé. Or, comme la seule chance de salut qu'ait le malade, c'est que la perforation soit reconnue de bonne heure, il faut, *toutes les fois que l'on hésite*, pratiquer une laparotomie exploratrice, à laquelle on devra d'autant moins craindre de recourir qu'elle n'a encore à son actif aucun cas de mort (Cazin).

TRAITEMENT. — Le TRAITEMENT MÉDICAL, que préconisait encore Rendu, est impuissant à guérir les perforations typhiques; on devra se borner à interrompre les bains, à mettre les malades dans l'immobilité la plus absolue, à leur prescrire de l'opium.

Le TRAITEMENT CHIRURGICAL, préconisé par v. Leyden, puis étudié par Louis, Hook, Lejars, Monod et Vanverts, Keen, Noël Mauger, Cazin, a été récemment l'objet de nombreuses discussions aux *Sociétés médicale et chirurgicale des hôpitaux de Paris*. M. Cazin a relevé 358 cas de perforations traitées chirurgicalement, avec 251 morts, ce qui correspond à une mortalité de 70,11 p. 100 et 107 guérisons, soit 29,88 p. 100.

Indications. — 1. *L'intervention chirurgicale est-elle licite?* On lui a objecté : α. *que le diagnostic de la perforation est parfois impossible*; mais, comme nous l'avons vu, lorsqu'on a de bonnes raisons de soupçonner, chez un typhique, l'existence d'une perforation intestinale, il ne faut pas hésiter à lui faire une laparotomie exploratrice; β. *qu'elle fait courir de grands dangers à des malades épuisés*; mais de nombreux exemples montrent quelle est souvent la force de résistance des malades atteints de perforations intestinales (v. Cazin, *loco citato*, p. 3); γ. *qu'elle est inutile, en raison de la multiplicité des perforations*. Or : 1. cette multiplicité ne se rencontre que dans un nombre assez restreint de cas; 2. même si, une première perforation ayant été traitée chirurgicalement, il s'en produit une seconde que l'on ne peut ou ne veut fermer, les dangers que fait courir au malade cette seconde perforation seront moins considérables, en raison du drainage large de la cavité péritonéale (Loison).

L'intervention chirurgicale dans les perforations typhiques est donc *légitime*.

2. *Faut-il opérer immédiatement* dès que le diagnostic est fait, et sans se préoccuper du shock primitif qui accompagne souvent les premiers signes de la perforation *ou, au contraire, attendre que le malade soit un peu remonté?* La question est discutée. Pour M. Cazin, que le shock initial soit ou non très accentué, il est indispensable d'intervenir au plus tôt. Inversement, lorsque le chirurgien est appelé tardivement, il ne doit s'abstenir que s'il est en présence d'un agonisant. On a vu, en effet, quarante-huit heures après les premiers signes de la perforation, l'intervention suivie de guérison, malgré la diffusion de la péritonite.

Technique. — On aura recours à l'*anesthésie générale*, attentivement surveillée. Les uns préfèrent l'*incision médiane*, qui rend les manœuvres sur l'intestin plus aisées et permet l'évacuation facile des liquides péritonéaux; les autres, la *laparotomie latérale* pratiquée dans la fosse iliaque droite, de façon à se rapprocher du siège habituel des perforations. Pour *rechercher la perforation*, on explorera méthodiquement l'intestin, en partant du cæcum et de l'appendice, que l'on examinera d'abord, pour inspecter ensuite le segment terminal de l'iléon.

Pour traiter la perforatiou elle-même, la majorité des chirurgiens a recours à la *suture à la Lambert*, au moyen de fils de soie. On placera les fils à une certaine distance des bords de la perforation, de façon à enfouir celle-ci dans un repli d'intestin; deux rangées de sutures à points séparés assureront le plus souvent une occlusion parfaite.

Lorsque la perte de substance est si étendue, que la suture ne peut lui être appliquée, la *résection d'un segment d'intestin* a été proposée, mais elle est si grave qu'il faut sans doute lui préférer la *greffe épiploïque* (Legueu, Le Comte). Lorsqu'on trouve sur un segment intestinal des ulcérations multiples en voie de perforation, il sera prudent de disposer autour de l'anse malade des lanières de gaz qui l'isoleront de la grande cavité péritonéale et limiteront ainsi l'infection (Le Comte).

Après avoir suturé la perforation et s'être assuré qu'il n'existe pas d'autres points perforés ou sur le point de l'être, on procède à un grand lavage de la cavité abdominale avec la solution saline chaude, et l'on établit, comme dans toutes les péritonites généralisées, un large et efficace drainage, en plaçant, dans différentes directions, de gros tubes qui assureront l'écoulement facile des liquides (v. Cazin, *loco citato*).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, nos 40, p. 478, et 43, p. 514.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes à l'usage des médecins praticiens, par le professeur Hermann SCHLESINGER (de Vienne); traduct. franç. de MM. les docteurs LICHTWITZ et SABRAZÈS, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux. 3 vol. in-18 jésus. — Prix : 12 francs. — Paris, Vigot frères.

Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail et devant les comités de revision et de réforme de l'armée et de la marine, par le docteur P. CHAVIGNY, médecin-major, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon. Préface de M. le professeur A. PIERRET, professeur à l'Université de Lyon. In-8 de 512 p., avec fig. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude pratique du paludisme et des parasites du sang, par J. W. W. STEPHENS et S. R. CHRISTOPHERS, membres de la Commission du paludisme de la « Royal Society » en Afrique et dans l'Inde (1898-1902); traduit de l'anglais par Edmond SERGENT, préparateur à l'Institut Pasteur de Paris, et Etienne SERGENT, médecin de colonisation hors cadres, chargé de l'étude du paludisme en Algérie; et précédée d'une préface du docteur ROUX, directeur de l'Institut Pasteur. In-18 jésus, cart. toile, de 400 p., avec 135 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 49. — SAMEDI 28 AVRIL 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 28 AVRIL 1906. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 25 avril 1906. — MM. Wiart et Labey, 16; Proust, 15.

MÉDECINS DE COLONISATION. — Par arrêté de M. le gouverneur général de l'Algérie, sont élevés à la deuxième classe, MM. les médecins de colonisation de troisième classe Nourry, Bouton, Canquil et de Cool;

A la troisième classe : MM. les médecins de colonisation de quatrième classe Susini et Lussan;

A la quatrième classe : MM. les médecins de colonisation de cinquième classe Nouveau, Colas, Naudin, Laffite, Cavard et Trenga.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Paulet (de Montpellier), ancien agrégé du Val-de-Grâce, médecin-inspecteur des armées, en retraite. Le professeur Paulet fut un des professeurs d'anatomie les plus justement réputés de l'ancienne école de Strasbourg, un certain nombre de ses ouvrages d'anatomie resteront classiques.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Conférences pratiques d'anatomie pathologique préparatoire au troisième examen de doctorat. — Sous la direction de M. Pierre Sebileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de douze conférences pratiques d'anatomie pathologique, en vue de la préparation des élèves à la deuxième partie du troisième examen est faite par le docteur Pautrier, sous-chef du laboratoire. Chacune de ces conférences est suivie d'un exercice pratique et d'une reconnaissance des coupes. Le cours est ouvert à tous les étudiants en médecine, moyennant le versement d'un droit de 40 francs; il est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Le nombre des places est limité. Se faire inscrire à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme des conférences. — Première conférence : Prélèvement des pièces; technique et indications de la biopsie; les services qu'elle rend; sang normal; technique d'un examen du sang.

Deuxième conférence : Sang à l'état pathologique; notions de diagnostic et de pronostic fournies par l'examen du sang.

Troisième conférence : Examen des liquides organiques; cytodiagnostic; ponction lombaire : sa technique, sa signification diagnostique.

Quatrième conférence : Processus généraux; inflammation et sa valeur; inflammations aiguës et nodulaires chroniques; anatomie pathologique générale de la tuberculose et de la syphilis; cellules géantes; gommes.

Cinquième conférence : Processus de dégénérescence; tuméfaction trouble; dégénérescences hyaline, amyloïde, etc.; nécrose, gangrène; processus de sclérose.

Sixième et septième conférences : Tumeurs (épithélioma, sarcome); différents types de néoplasmes.

Huitième conférence : Lésions du système vasculaire et lymphatique : myocardites, artérites, phlébites; lésions des ganglions et de la rate.

Neuvième conférence : Anatomie pathologique générale du système respiratoire; lésions des bronches et du poumon; pneumonie; tuberculose pulmonaire.

Dixième conférence : Anatomie pathologique du tube digestif; cancer, tuberculose, syphilis de la langue; ulcère, cancer de l'estomac et de l'intestin; appendicite; lésions du foie : cirrhoses, foie cardiaque.

Onzième conférence : Néphrites; anatomie pathologique du rein, du testicule, des ovaires, des trompes, de l'utérus.

Douzième conférence : Anatomie pathologique générale du système nerveux; myélites, paralysie générale, tabès.

Une séance supplémentaire sera réservée à la technique d'une autopsie.

(*Voir la suite, p. 584.*)

REVUE GÉNÉRALE

INVERSION UTÉRINE OBSTÉTRICALE [1]

Par P. RUDAUX,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

IV

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — Nous avons décrit les différents modes de production de l'inversion, l'inversion totale d'emblée et l'inversion totale secondaire; celle-ci serait due à l'accentuation d'une inversion intra-utérine sous l'influence des contractions du muscle utérin qui chasse devant lui la portion inversée devenue corps étranger. C'est le mécanisme invoqué pour expliquer les inversions, qui apparaissent quelques jours après l'accouchement, mais il ne paraît possible qu'à la condition que le fond de l'utérus atteigne le niveau de l'anneau de contraction.

Lorsque l'inversion n'est constituée que par une simple dépression du fond de l'utérus en cul-de-fiole, la réduction spontanée est de règle; c'est du reste la seule qui devrait exister, si on avait toujours la précaution, pendant la délivrance, de maintenir sur le fond de l'utérus la main libre. A la moindre dépression, facilement sentie, toute traction sur le cordon doit cesser et, s'il y a urgence à terminer la délivrance, il ne faut pas hésiter à introduire la main dans l'utérus.

L'inversion complète une fois produite, quelle est son évolution habituelle? La réduction spontanée est exceptionnelle; la tumeur sortie des organes génitaux peut parfois y rentrer seule, l'inversion extra-génitale s'est alors transformée en inversion intra-vaginale.

Dans l'inversion brusque qui accompagne la délivrance, la mort peut survenir sous l'influence du choc et de l'hémorragie avant qu'on ait eu le temps de porter secours à la femme. Cette issue fatale a également été constatée pendant les tentatives de réduction ou dans les heures qui suivent, si l'inversion a résisté à l'intervention.

A côté de ces cas graves, il y a des terminaisons heureuses; bien que l'utérus ne soit pas réduit et qu'il n'ait été que refoulé dans le vagin, les suites de couches peuvent être normales si on a pris soin de faire de l'antisepsie de cette cavité. Ainsi se trouve créée l'inversion ancienne ou chronique, suivie parfois de l'atrophie de l'utérus.

Entre ces deux extrêmes tout est possible; la muqueuse utérine exposée aux germes extérieurs peut s'infecter et se recouvrir d'une couche purulente, des hémorragies secondaires surviennent souvent, puis apparaissent tous les symptômes de la péritonite et de l'infection généralisée. On a observé également le sphacèle de toute la masse inversée, qui se tuméfie, augmente de volume, prend une consistance pâteuse et un aspect grisâtre et devient le point de départ d'accidents mortels; on l'a vue aussi se détacher comme un véritable moignon et être suivi de guérison.

Les réductions spontanées se produisent parfois à la fin de la période d'involution, elles peuvent aussi survenir après des années, le plus souvent à la suite d'un effort, grâce aux « fibres musculaires qui, partant des ligaments ronds, larges et utéro-sacrés, vont se continuer avec les fibres musculaires de la matrice. Dans l'inversion ces fibres sont tiraillées et ont une tendance manifeste à réagir contre ces tiraillements, à faire remonter le fond de l'utérus. Le redressement peut suffire pour amener la réduction spontanée des inversions partielles, peut être même celle des inversions tardives et des inversions récentes, quand les pressions abdominales ne les contrebalancent pas ». Telle est l'opinion de Denucé; à notre avis, le rôle principal doit plutôt être attribué aux ligaments utéro-ovarien, lombo-ovarien, appendiculo-ovarien et colo-pelvien, que Bar a si bien décrits sous le nom de ligaments d'arrêt.

V

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'inversion immédiate est très grave, puisque Crosse a relevé 72 cas de mort sur 109 inversions, c'est-à-dire à peu près 2 morts sur 3. La gravité va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du moment où l'inversion s'est produite; le plus grand danger en effet est le shock, semblable à celui qui accompagne les grands traumatismes, et l'hémorragie; mais celle-ci peut également apparaître les jours suivants et mettre la vie de la femme en danger soit par son abondance soit par sa continuité. Nous rappellerons aussi tous les accidents capables de se développer au niveau de l'utérus inversé, infection localisée ou généralisée, péritonite, sphacèle, gangrène, etc., complications qui aggravent le pronostic, puisqu'elles peuvent se terminer par la mort.

Enfin l'inversion non réduite, devenue inversion chronique, est une infirmité sérieuse qui nécessite souvent une intervention chirurgicale.

En résumé le pronostic dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle le diagnostic est posé, et de la rapidité avec laquelle on intervient; il dépend aussi de l'adresse de l'opérateur.

VI

DIAGNOSTIC. — L'extrême rareté de l'inversion fait que de nombreuses erreurs de diagnostic ont été commises par les sages-femmes ou par les médecins qui ont assisté à cette complication de la délivrance; souvent même ces erreurs de diagnostic ont été le point de départ d'interventions dangereuses, mutilatrices, quelquefois mortelles. On ne peut les expliquer que par un défaut d'examen approfondi, car, par le toucher digital ou manuel combiné au palper, il est toujours possible de reconnaître l'affection que nous étudions; la seule difficulté qu'on puisse rencontrer c'est l'insuffisance de renseignements donnés par la palpation chez les femmes à paroi abdominale extrêmement épaisse.

En pratique on a à porter le diagnostic dans deux circonstances : tantôt il s'agit pour la personne qui

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 46, p. 543.

a présidé à l'accouchement de définir la tumeur, apparue hors de la vulve ou sentie dans le vagin; tantôt on est appelé plus ou moins tôt pour éclairer un confrère, effrayé par ce qu'il vient de constater. Avant tout examen il est nécessaire de se faire expliquer la façon dont a été terminé l'accouchement et surtout les moyens employés pour extraire le placenta; il ne faudra souvent attacher qu'une foi relative aux renseignements fournis, car pour de multiples raisons on ne dira pas toujours la vérité afin de cacher une faute commise.

L'inversion intra-utérine peut passer inaperçue si le placenta n'est pas décollé et si on ne prend pas soin de placer la main sur le fond de l'utérus; le palper seul évite l'erreur consistant à croire à la descente normale de l'arrière-faix qu'on sent entre les lèvres du col utérin; on remarquera en effet que l'utérus n'a plus sa forme normale globulaire et qu'il se termine par un bourrelet limitant une dépression. Plus on cherche à entraîner le placenta au dehors, plus l'utérus fuit sous la main et semble pénétrer dans l'excavation.

La délivrance terminée, une hémorragie grave peut nécessiter l'introduction de la main dans la cavité utérine, mais celle-ci a à peine franchi l'orifice cervical qu'elle sent une masse raboteuse et molle lui barrant le passage. Si là encore on ne prend pas soin de placer la main libre sur la paroi abdominale pour y rechercher le globe utérin, on peut croire à une autre masse placentaire (placenta double), à un gros caillot, à la présence d'un jumeau ou même d'un deuxième œuf arrêté dans son évolution, à un fibrome sous-muqueux ou à un polype.

L'inversion intra-vaginale peut donner naissance aux mêmes erreurs; lorsque le placenta est resté adhérent à l'utérus retourné, on peut croire que l'arrière-faix est descendu dans le vagin et qu'il suffit de le saisir pour l'entraîner au dehors. La consistance qu'il donne peut être prise pour une poche remplie de caillots et constituée par le placenta et les membranes encore retenues dans l'utérus. Si, au contraire, la délivrance est terminée, on pense, en présence de la masse sentie dans le vagin, à un deuxième œuf, à un caillot volumineux, à un placenta double, à un fibrome, à un polype, à un kyste du vagin, à un thrombus, à une cystocèle avec une vessie pleine, à un prolapsus utérin. C'est toujours par l'absence de l'utérus dans la cavité abdominale constatée au moyen du palper et par les connexions de la tumeur vaginale avec le col utérin qu'on fera le diagnostic exact.

L'inversion extra génitale a surtout été confondue avec un polype volumineux comme Jacquemier en a cité plusieurs exemples, ou avec le prolapsus utérin. Nous avons dans cette variété d'inversion un nouveau moyen d'investigation, l'examen direct de la tumeur qu'il faudra nettoyer soigneusement avec du coton trempé dans un liquide antiseptique chaud. La muqueuse utérine apparaîtra alors rouge livide, irrégulière, se recouvrant rapidement d'une légère couche de sang, qui suinte partout à la fois. Dans certains cas même la masse entière se contracte soit spontanément soit sous l'influence du moindre attouchement; on a conseillé en effet de rechercher les contractions de la masse extérieure en projetant sur elle un jet d'eau chaude ou en la piquant avec une aiguille flambée. L'utérus est la seule tumeur de cette région qui a la propriété de se contracter, ce qui permet d'éliminer le polype et le fibrome. C'est surtout grâce au toucher combiné au palper qu'on établira le diagnostic véritable. Dans les deux derniers cas, le globe utérin est senti dans la région hypogastrique, il existe donc deux tumeurs, une extérieure, polype ou fibrome, et l'autre abdominale qui présente tous les caractères de l'utérus. Par le toucher, le doigt, en remontant le long de la tumeur, arrive facilement sur le col qu'il franchit sans difficulté pour entrer dans la cavité utérine, et il se rend compte des connexions de la tumeur avec cette dernière, il constate la présence d'un pédicule implanté sur une des faces de la matrice. Enfin pour faire disparaître toute hésitation il reste l'hystérométrie, le toucher rectal et le cathétérisme vésical dont nous avons déjà parlé.

Quant au prolapsus utérin, qui dans certaines circonstances peut se produire brusquement à la suite de l'accouchement, le diagnostic en est d'ordinaire facile. La tumeur a la forme d'un cône tronqué à sommet dirigé en bas, sa surface extérieure est lisse et son extrémité inférieure porte un orifice, l'orifice externe du col, qui conduit directement dans la cavité utérine. Par le toucher on constate la disparition des culs-de-sac du vagin et en conbinant ce moyen d'exploration au palper on sent le corps utérin dans la cavité pelvienne. Le cathétérisme démontre que la vessie a également été entraînée, et, pour y pénétrer, on est souvent obligé de diriger la sonde de haut en bas. Dans un cas que nous avons observé le prolapsus s'est produit subitement le sixième jour des suites de couches au moment d'un effort fait par l'accouchée pour s'asseoir sur le bassin.

VII

Traitement. — Le traitement de l'inversion utérine peut être divisé en deux grands chapitres : le premier consacré au traitement prophylactique, le second au traitement de l'inversion proprement dite, que celle-ci soit immédiate, récente ou ancienne.

L'inversion étant dans la plupart des cas un accident de la délivrance, on l'évitera en suivant à la lettre le manuel opératoire classique de ce deuxième acte de l'accouchement. Jamais on ne cherchera à extraire le placenta, avant qu'il ne se soit décollé spontanément et qu'il ne soit descendu dans la cavité vaginale, à moins, bien entendu, qu'il n'y ait des indications, et alors c'est à la délivrance artificielle qu'on doit avoir recours. On sait qu'il faut environ une demi-heure pour que le délivre abandonne l'utérus, on s'assure que cet acte est accompli par le toucher vaginal; ce n'est qu'après avoir constaté sa présence dans le vagin qu'il est permis de tirer très modérément sur le cordon avec la main droite, pendant que la main gauche est appliquée sur le globe utérin pour en apprécier la forme. En cas d'inertie utérine, on massera avec douceur la totalité de l'organe en évitant d'exercer des pressions trop fortes sur le fond, et jamais on ne cherchera à

faire la délivrance uniquement par expression. Si, au cours de l'extraction du placenta, on constate que la partie supérieure de l'utérus se déprime, on cesse aussitôt toute manœuvre, et on introduit la main dans la cavité utérine.

L'inversion une fois produite, il faut la réduire le plus vite possible, la réduction est d'autant plus facile qu'elle est tentée plus près du moment où l'utérus s'est retourné. Non seulement l'attente expose la femme aux dangers de l'hémorragie et de l'infection, mais encore elle rend l'intervention plus pénible et souvent plus compliquée. Mais l'accident peut n'être pas diagnostiqué aussitôt soit par ignorance, soit par défaut d'examen; devra-t-on alors attendre la fin de la période d'involution comme le prétendent certains auteurs, entre autres Atthil Lombe? Nous ne le conseillons pas et nous croyons qu'il faut poser comme principe absolu que toute inversion, qu'elle soit immédiate, récente ou ancienne, doit être réduite; cependant dans certains cas c'est à une autre intervention qu'on est obligé d'avoir recours.

La réduction de l'inversion est l'opération qui a pour but de redonner à l'utérus sa configuration normale en le réinversant et en le ramenant à sa place habituelle. Pour atteindre ce but différents procédés peuvent être employés : ce sont ces procédés que nous allons décrire en commençant par les plus simples et en suivant une gamme ascendante.

Réduction manuelle. — Lorsque l'utérus inversé est extra-génital, c'est-à-dire compliqué de prolapsus, le premier temps doit toujours consister à réduire le prolapsus et à réintroduire l'organe dans le vagin; ce refoulement n'offre jamais de difficultés et on est alors en présence de l'inversion intra-vaginale.

Avant de tenter les manœuvres destinées à réduire l'utérus, il est nécessaire de prendre les plus grandes précautions antiseptiques : la vulve et l'entrée du vagin seront savonnées, puis on fera dans toute la cavité vaginale une grande irrigation antiseptique en ayant soin de contourner la tumeur utérine pour désinfecter toute sa surface; la vessie sera vidée par le cathétérisme et on se procurera, si c'est possible, deux écarteurs et deux pinces de Museux qu'on stérilisera par le flambage.

Si l'inversion vient de se produire, il est inutile d'avoir recours à l'anesthésie, car l'utérus est encore assez souple pour que la réduction puisse être opérée facilement et sans trop de douleur. Si, au contraire, l'inversion date de quelques heures, la femme est souvent dans un état de dépression nerveuse et de shock tel qu'elle est incapable de supporter les manœuvres prolongées et fort douloureuses, qui pourraient aggraver sa situation. Il est alors prudent d'employer un anesthésique général, l'éther devra être préféré au chloroforme à cause de l'action dépressive de ce dernier.

Nous avons dit que l'inversion pouvait se produire alors que le placenta était encore adhérent à la surface de l'utérus, faut-il tenter la réduction totale ou doit-on commencer par décoller le placenta avant d'opérer la réduction? Les avis sont partagés lorsque l'adhérence est complète, tandis que tout le monde est d'accord si le placenta est en partie détaché de l'utérus; on doit dans ce dernier cas achever la délivrance commencée avant de réduire. Pour conseiller la réduction en masse on s'appuie sur les arguments suivants : le placenta protègerait l'utérus contre les pressions manuelles, son adhérence totale met à l'abri des hémorragies qui résulteraient de l'inertie utérine persistant après la réduction. Ces dangers sont rares, aussi semble-t-il plus rationnel de *décoller le placenta avant de réduire l'utérus*; on diminue ainsi la masse inversée, on rend par conséquent l'opération plus facile, et on est plus sûr de faire une délivrance complète lorsqu'on agit à ciel ouvert.

Pour intervenir il est bon, chaque fois que cela est possible, de déplacer la femme, et de la mettre en position obstétricale; l'opérateur, après une antisepsie rigoureuse des mains et des avant-bras, se place entre les membres inférieurs écartés modérément, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin. La main gauche est appliquée au-dessus du pubis, elle déprime, autant qu'elle le peut, la paroi abdominale de façon à immobiliser le tronçon utérin qui limite l'entonnoir déjà signalé. La main droite disposée en cône est introduite avec douceur dans le vagin, l'extrémité des doigts prend point d'appui sur la portion la plus déclive de la tumeur vaginale, elle la refoule lentement, en s'arrêtant, dès qu'une contraction se produit, pour n'avoir pas à lutter contre la résistance du col. Dès que le fond de l'utérus, qui supporte tout l'effort, a dépassé la région cervicale, l'obstacle le plus important est franchi; tantôt il faut continuer à repousser le corps utérin jusqu'à ce que celui-ci ait repris sa forme normale, tantôt l'utérus, mû comme par un ressort, se réinverse brusquement. Dans les deux cas la main doit continuer sa course ascendante, et s'assurer que l'organe a repris sa configuration intérieure normale, elle ne quittera cette cavité qu'après avoir fait une injection intra-utérine avec un liquide antiseptique, non toxique et chaud (45 à 50 degrés). Pour éviter une récidive il y a avantage, l'injection terminée, à tamponner l'utérus, puis le vagin avec de la gaze antiseptique. L'inversion une fois réduite, il faut combattre l'état de choc et réparer les pertes sanguines qui ont pu se produire; on emploiera pour cela les moyens habituels : la malade sera couchée la tête basse, on la réchauffera en la couvrant de couvertures et en l'entourant de boules d'eau chaude, on lui injectera suivant les cas de 500 à 1 000 grammes de sérum artificiel dans le tissu cellulaire, on lui donnera à la cuiller des boissons alcooliques, grogs, champagne, etc., enfin on pourra également lui faire des injections hypodermiques d'éther et de caféine.

Le procédé de réduction que nous avons décrit est celui de Viardel ou du taxis central; s'il échoue on peut essayer le taxis périphérique, méthode d'Astruc, qui consiste à refouler d'abord les portions de l'utérus les dernières retournées, c'est-à-dire les plus voisines du col, ou encore le taxis latéral, méthode de Deleurye, dans laquelle on cherche à engager dans l'anneau cervical d'abord une corne utérine, puis l'autre. Dans la plupart des cas la ré-

duction est obtenue par le taxis central, qui est le procédé de choix pour les inversions immédiates et récentes, tandis que les autres méthodes s'appliquent de préférence aux inversions tentées plus tardivement, soit pendant la période d'involution, soit après plusieurs mois ou même quelques années. Elles seront toujours exécutées dans la position de Trendelenburg, sous chloroforme et avec beaucoup de douceur et de lenteur; jamais on ne devra employer le *taxis forcé* de Burne et de White qui, à côté de quelques succès, a donné lieu à des accidents graves, déchirure du cul-de-sac vaginal ou rupture utérine.

Réduction instrumentale. — Les accidents, que nous venons de signaler, peuvent aussi être déterminés par l'emploi de certains instruments préconisés pour obtenir une réduction soit rapide soit lente. Les instruments doivent tous être abandonnés, qu'il s'agisse de repoussoirs, comme ceux de Viardel ou de White, ou de repositors, comme ceux d'Aveling, de Duncan ou de Barnes, car tous exercent une pression aveugle sur une surface limitée de l'utérus, au niveau de laquelle ils peuvent produire des lésions de sphacèle. Parmi les procédés de réduction lente il faut accorder la préférence aux pessaires à air et à eau, au colpeurynter de Braun ou de Wetterlin, et surtout au ballon de Champetier de Ribes, qui a donné au professeur Pinard et à Mantel des succès encore peu nombreux mais qui méritent d'être retenus. C'est dans le même moyen d'action qu'il faut ranger le tamponnement : « Son emploi est simple, facile, dit M. Pozzi, et ne demande aucune instrumentation spéciale. On le renouvellera tous les deux ou trois jours et on le fera chaque fois avec grand soin, en employant de longues bandes de gaze, larges de deux travers de doigt, qu'on tassera peu à peu au-dessus de la tumeur. Il faut pour cela employer une certaine force. La malade sera maintenue au repos horizontal, durant toute la durée du traitement. On assurera la liberté du ventre par des lavements et on pratiquera régulièrement le cathétérisme, si la miction est difficile. »

Les méthodes lentes sont loin d'être toujours couronnées de succès et elles ne sont pas applicables à tous les cas; chez les multipares à périnée peu résistant le ballon de Champetier de Ribes et même le tamponnement resteront difficilement en place; elles sont extrêmement douloureuses, leur application est souvent longue, elles gênent le fonctionnement de certains organes, rectum et vessie, enfin la pression continue subie par la muqueuse utérine peut y produire du sphacèle. Les nombreuses complications, qu'elles sont capables de déterminer, doivent donc les faire rejeter, puisque nous avons mieux.

Réduction opératoire. — Grâce aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie nous n'en sommes plus au temps où l'accoucheur redoute une intervention sanglante. On devra y recourir dans le but de réduire l'inversion chaque fois qu'on aura échoué par les procédés manuels, à la condition que l'utérus ne soit ni infecté ni sphacélé, ces deux accidents réclamant une thérapeutique spéciale.

Les difficultés opératoires seront d'autant moins grandes qu'on opérera à une époque peu éloignée de l'accouchement, car à ce moment il n'y a pas encore d'adhérences constituées retenant l'utérus dans sa nouvelle situation, le corps utérin n'est pas rigide, la musculeuse et la muqueuse n'ont pas encore subi les modifications de structure qu'on trouve dans les inversions anciennes.

Nombreux sont les procédés opératoires tour à tour préconisés par les auteurs, notre intention n'est pas de les exposer tous, mais de décrire les plus simples, ceux qui sont à la portée des praticiens ayant quelque peu l'habitude du bistouri.

Il faut rejeter les méthodes qui, comme celles de Thomas et d'Everke, font une laparotomie pour dilater l'anneau constricteur, pénètrent ensuite dans le vagin pour recourir au taxis et reviennent dans la cavité abdominale.

Le procédé de choix c'est celui qui consiste à faire des *incisions cervicales bilatérales* ; celles-ci ont été proposées pour la première fois par Barnes et par Marion Sims, elles ont été ensuite employées par Wilson, Kemp, Aabuckle; mais ces opérateurs par crainte de l'hémorragie ou du péritoine leur donnaient des dimensions insuffisantes. Il faut pratiquer deux incisions latérales remontant jusqu'à la région de l'isthme et sectionnant en totalité la portion sous-vaginale du col. On supprime ainsi l'agent de l'étranglement, qui siège au niveau de l'orifice cervical interne ou même au niveau de l'isthme. La situation latérale des incisions met à l'abri des blessures d'organes, elles n'atteignent jamais le péritoine, l'hémorragie est rare, et, en supposant même qu'elle se produise, il suffirait de placer sur le vaisseau qui saigne une pince de Kocher, qu'on laisserait en place vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Pour pratiquer la réduction, on saisit les lèvres de l'incision avec des pinces de Museux destinées non pas à abaisser l'utérus, ce qu'il faut éviter, mais à maintenir immobile dans sa situation normale la portion non inversée de l'organe. L'inversion une fois réduite, il faut, avec des aiguilles courbes ou de préférence avec des aiguilles en hameçon de Schrœder et un porte-aiguilles, faire deux ou trois points de suture au catgut sur les lèvres limitant l'incision.

Quant aux autres procédés opératoires, la colpo-hystérotomie postérieure ou opération de Küstner modifiée, la colpo-hystérotomie antérieure ou méthode de Kehrer, elles ne peuvent s'appliquer qu'à des inversions anciennes; elles viennent à bout de toutes les réductions, mais elles ont toutes deux de graves inconvénients et nécessitent une grande habitude des opérations.

Traitement opératoire des complications. — Si la réduction doit toujours être tentée dans l'inversion immédiate, il n'en est plus de même dans l'inversion récente, c'est-à-dire dans celle qui date de plusieurs jours. L'utérus ainsi retourné a été exposé aux souillures de toutes sortes et il peut déjà être infecté, sa muqueuse est alors grisâtre, recouverte de fausses membranes ou d'un enduit purulent, le tissu utérin sous-jacent est mou et infiltré; l'aspect général de la femme est celui d'une femme atteinte d'infection, son

pouls est rapide, sa température est élevée. Réduire un utérus semblable, même après nettoyage, c'est faire courir à la malade des risques trop grands; cet utérus doit être enlevé. La même indication se pose si on constate au niveau de cet organe des traces plus ou moins considérables de sphacèle.

Ce sont là les deux seules indications à l'hystérectomie, car, à l'heure actuelle, on ne peut plus y faire rentrer l'irréductibilité par les manœuvres manuelles. Si on échoue dans les tentatives de réduction immédiate, on doit conserver l'espoir de réussir quelques jours plus tard soit par un nouveau taxis, soit au besoin par une opération sanglante, incision bilatérale du col. Dans cet intervalle, on luttera contre les hémorragies par les injections chaudes et par le tamponnement intra-vaginal.

L'ablation de l'utérus est très ancienne, depuis l'excision simple, qui ne mettait la femme à l'abri ni des hémorragies ni de l'infection, jusqu'aux procédés de section lente, écraseur linéaire, serre-nœuds, ligature élastique. Cette dernière méthode ou amputation par ligature à traction élastique a été longtemps en honneur à la suite de la communication de M. Périer en 1880 à la Société de chirurgie, mais elle doit être abandonnée aujourd'hui, parce qu'elle est lente, douloureuse et aveugle et surtout parce que nous avons à notre disposition une opération aussi simple, mieux réglée et plus rapide, l'*hystérectomie vaginale*.

Celle-ci peut être faite suivant le procédé habituel : incision des culs-de-sac vaginaux, suivie de l'exploration du contenu de l'infundibulum utérin, puis pincement des ligaments larges et ablation totale de l'utérus.

On peut aussi employer le procédé décrit par MM. Pinard et Segond et baptisé par le premier d'hystérectomie extra-vaginale :

« Incision de 4 à 5 centimètres sur la paroi antérieure de l'utérus inversé.

A travers la boutonnière, exploration digitale de la surface externe permettant de constater l'absence d'une anse intestinale herniée et l'impossibilité de nouvelles tentatives de réduction.

Incision circulaire au bistouri, à l'union du col et de l'isthme de l'utérus, et surjet du pourtour incisé avec le catgut n° 4. »

A PROPOS DES
TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE

Par le docteur J. MICHEL (d'Époisses).

La lecture de l'article publié par M. Estor, professeur de la Faculté de Montpellier dans le numéro du 7 avril dernier sous ce titre : « Tumeurs végétantes de l'ovaire, » m'a suggéré l'idée de vous adresser le résumé de deux observations de kystes papillomateux de l'ovaire — dont la première bien incomplète — pour démontrer *quelle quantité* énorme de liquide peut être produite par ces tumeurs de nature bénigne et combien peut être longue l'évolution de ces tumeurs avant de compromettre la vie des malades.

Première observation. — La femme B..., âgée de cinquante-cinq ans, veuve, n'ayant jamais eu d'enfants, était ponctionnée pour la première fois par un de mes confrères en 1870 pour une ascite dont je n'avais pas eu à préciser le diagnostic n'ayant pas eu à la consulter. Ces ponctions tout d'abord assez éloignées devinrent plus fréquentes et le 23 juin 1879, mon confrère ayant quitté le pays, je fus appelé à continuer mes soins à la malade et à lui faire une ponction qui donna issue à 18 litres d'un liquide jaune citron et parfaitement limpide. Immédiatement après la ponction, j'eus dans la main une tumeur ovalaire du volume d'une grosse orange, très mobile, et je donnai à la malade le conseil d'aller à Paris se faire opérer.

Du 23 juin 1879 au 22 novembre de la même année je fis 4 ponctions donnant lieu à l'évacuation de 18 litres chacun; en 1880, 9 ponctions, même quantité de liquide à chaque fois; en 1881, 11 ponctions; en 1882, 11 ponctions; en 1883, 14 ponctions; en 1884, 14 ponctions; en 1885, 12 ponctions; en 1886, du 1er janvier au 1er août, 9 ponctions; toujours la même quantité de liquide.

Le 11 août la malade faisait de la péritonite et succombait le 23 septembre.

Il résulte de cette observation très incomplète — puisque je n'ai pris la malade qu'en seconde main — que de 1870 à 1879 elle avait déjà subi un nombre de ponctions qu'on peut évaluer à 20; je lui ai pratiqué 84 ponctions qui m'ont donné à chaque fois 18 litres de liquide, même les dernières fois, alors qu'elles étaient plus fréquentes et plus rapprochées. — Ces 84 ponctions ont donné lieu à l'évacuation de 1 512 litres de liquide, soit 15 hectolitres. — Si l'on évalue approximativement la quantité de liquide évacué de 1870 à 1879 à 20 ponctions, à 3 hectolitres, on arrive pour cette malade à une production de liquide de 1 800 litres en seize ans, sans que la santé de la malade eût été autrement altérée que par trois jours de repos après chaque ponction.

Deuxième observation. — Mme X..., âgée de trente-neuf ans, a été examinée pour la première fois en août 1889 par un professeur de la Faculté de Lyon.

La menstruation avait toujours été régulière, mais l'apparition des règles s'accompagnait de coliques et de douleurs violentes qui duraient deux ou trois jours.

Le diagnostic fut péritonite tuberculeuse.

A partir de cette époque toute intervention ayant été écartée en raison du diagnostic, la famille résignée attendait le développement d'une ascite, pour laquelle il n'y avait rien à tenter de radical, en attendant le dénouement qu'on redoutait et qu'on souhaitait le plus tard possible. La malade seule ignorait la gravité présumée de son mal.

Toutefois l'état général était excellent, le moral des meilleurs, un appétit formidable, ressemblant parfois à la boulimie, un besoin de manger nuit et jour, ce que la malade faisait avec soin, ayant sa table de nuit chargée de comestibles à portée de la main.

Les menstrues étaient à peu près régulières, et sauf quelques alternatives de diarrhée et de constipation, la malade ne souffrait nullement.

Seulement le ventre grossissait et d'une façon considérable.

En présence de cet ensemble de symptômes et de l'accroissement considérable du ventre, je commençai à concevoir des doutes sur le diagnostic, et je demandai à la malade de l'exa-

miner : je me heurtai à une fin de non-recevoir. Je lui conseillai d'aller à Paris consulter, même refus.

L'ascite faisait des progrès, la malade ne réparait plus suffisamment, l'organisme s'altérait et l'amaigrissement survint.

Dans le courant d'avril 1904 un léger malaise m'appela près de son lit, et pour la première fois je pus examiner le ventre, et pratiquer le palper abdominal.

La succussion très nette donnée par le liquide abdominal, toute différente de celle que donne le liquide dans la péritonite tuberculeuse, confirma mes doutes, j'émis l'idée de la présence d'un kyste, et je proposai de faire une ponction exploratrice d'abord, puis ensuite de vider la poche. La malade s'y refusa obstinément.

Ce ne fut que le 10 mai 1905, alors qu'elle ne pouvait plus se tenir debout, qu'elle était dans l'impossibilité de rester couchée n'ayant plus de bonne position, ne pouvant plus respirer, réduite à l'état de squelette, ayant perdu l'appétit, ne pouvant plus digérer, elle se résigna enfin et consentit à se faire ponctionner.

Je me fis assister d'un confrère pour une opération presque in extremis, et nous prîmes toutes les précautions en perspective d'une syncope possible.

La ponction pratiquée le 11 mai donna lieu à l'évacuation de 38 litres de liquide fortement coloré en brun, de la consistance de sirop épais.

Nous pûmes très nettement sentir le kyste, sans cependant pouvoir en déterminer exactement le volume et la forme à cause de la quantité de liquide qui restait dans la cavité.

La malade n'éprouva aucun malaise, se rétablit peu à peu et, un mois après, avait repris des muscles, et pouvait sortir et se promener.

Le liquide se reproduisit rapidement, et le 26 août suivant une nouvelle ponction fut faite dans des conditions meilleures, elle donna lieu à l'écoulement de 28 litres de liquide légèrement modifié, moins coloré et de consistance moins épaisse. Au bout de huit jours la malade était sur pied.

Le 21 mars 1906 troisième ponction, 38 litres de liquide de couleur presque citrine, de consistance presque normale. La cavité abdominale est complètement vide cette fois, et la tumeur qu'on peut saisir à pleine main est oblongue, présente des nodosités dont la plus grosse est à peu près du volume d'un œuf d'oie aplati.

L'extirpation de cette tumeur par la laparotomie aurait toutes les chances de réussite possible. La malade s'y refusant absolument, il est convenu qu'au lieu d'attendre, la ponction sera pratiquée tous les trois mois. Et il y a tout lieu de croire, étant donné la résistance de la malade, qu'elle a de nombreuses années à vivre.

Les trois ponctions faites jusqu'ici ont donné 104 litres de liquide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 25 avril 1906)

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale une observation de **plaie pénétrante de l'abdomen guérie par la laparotomie**, adressée par M. Estor (de Montpellier). Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Picqué.

M. Walther présente une observation **d'appendicite dans une hernie inguinale gauche.**

M. le Président annonce la mort de M. Paulet, ancien secrétaire général de la Société, et propose de lever la séance en signe de deuil.

Cette proposition, appuyée par M. Poirier, est mise aux voix, et adoptée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Amphithéâtre d'anatomie. — Conférences et travaux pratiques de bactériologie. — Sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de conférences de bactériologie faite par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire, commencera le 1er mai 1906.

Le cours est ouvert à tous les médecins et étudiants en médecine moyennant un droit de 60 francs. Il est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Le cours sera complet en vingt leçons. Le nombre des places est limité.

Se faire inscrire à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

— Cours et exercices techniques de médecine opératoire régionale, sous la direction de M. Pierre Sebileau, avec l'assistance de MM. Chifoliau et Chevrier, prosecteurs. — *Opérations sur les organes génitaux de la femme*, par M. A. Ricard, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et M. A. Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Ce cours commencera le jeudi 3 mai. — Il aura lieu à trois heures, et se continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

I. Opérations gynécologiques par voie abdominale. Technique générale.
II. Hystérectomie et myomectomie pour fibromes.
III. Hytérectomie pour cancer. Évidement pelvien.
IV. Castration simple et castration double. Hystérectomie pour annexites suppurées.
V. Hystéropexies. Raccourcissement des ligaments ronds.
VI. Opérations sur la vulve ou sur le périnée.
VII. Fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.
VIII. Colpotomie. Amputation du col.
IX. Opérations plastiques sur le col.
X. Hystérectomies vaginales.

Les élèves répéteront les opérations sous la direction des prosecteurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs.

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

Opérations sur les organes génito-urinaires de l'homme, par M. J. Albarran, professeur agrégé, chirurgien de la Maison municipale de santé, et M. Robert Proust, professeur agrégé. — Ce cours commencera le mercredi 2 mai. Il aura lieu à trois heures.

I. Considérations générales sur les indications opératoires. Précautions spéciales avant, pendant et après l'opération. Opérations sur le rein par la voie lombaire. Manière d'aborder le rein. Exploration sanglante. Néphrolithotomie. Néphrostomie. — Mercredi 2 mai.
II. Néphropexie. Décapsulation. Opérations conservatrices dans les rétentions rénales. — Vendredi 4 mai.
III. Néphrectomie lombaire. Néphrectomie pour cancer. — Lundi 7 mai.
IV. Découverte de l'uretère. Uretérolithotomie. Suture et résection de l'uretère. — Mercredi 9 mai.
V. Implantation de l'uretère sur la peau, sur la vessie et sur l'intestin. Cathétérisme urétéral. — Vendredi 11 mai.
VI. Lithotritie. Extraction des corps étrangers de la vessie. Cystoscopie. — Lundi 14 mai.

VII. Taille hypogastrique pour calculs, pour tumeurs. Cystectomie partielle et totale. — Mercredi 16 mai.

VIII. Prostatectomie périnéale et prostatectomie transvésicale. — Vendredi 18 mai.

IX. Uréthrotomie interne. Uréthrotomie externe. Résection de l'urèthre. — Lundi 21 mai.

X. Exstrophie de la vessie. Hypospadias. — Mercredi 23 mai.

Les élèves répèteront les opérations sous la direction des prosecteurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs.

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 30 avril au 7 juillet 1906, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris et Sabatié.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-huit leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, sauf les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Il commencera le lundi 30 avril 1906 et finira le samedi 7 juillet 1906.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. Cancer de la verge. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Photothérapie et radiothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses ; syphilides ulcéreuses ; gommes ; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade et alopécies. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Lèpre. Leucoplasie. — M. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Phtiriase. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — M. Sabatié. Dermites artificielles. Tumeurs de la peau.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

Opium, morphine et cocaïne, par le professeur P. Brouardel, membre de l'Institut. In-8 de 158 p. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Souvenirs de l'île de la Réunion, par le docteur Gélineau. In-8 de 263 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

L'injection trachéale simplifiée, par le docteur Henri Mendel, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, F. R. de Rudeval.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 14, 7 avril 1906.) Hermann BRÜNING : Huiles éthérées et action bactéricide dans le lait de vache cru. — (N° 15, 14 avril.) HOFBAUER : La dyspnée dans la pleurésie exsudative.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 5 avril 1906.) BRAUN : Traitement de l'empyème pleural. — BRAUER : Pratique et théorie de l'emploi de l'hypertension. — KUMMEL : Traitement opératoire du cancer de l'hypertrophie de la prostate. — NEUMANN : Traitement radical du cancer du côlon. — BRENTANO : Sur les blessures par coup de feu de l'abdomen. — COLMERS : Sur la question du premier transport des grands blessés. — AMBERGER : Deux cas remarquables de chirurgie du cerveau. — (N° 15, 12 avril.) DODERLEIN : Proposition nouvelle pour réaliser les blessures opératoires aseptiques. — NEUMANN : L'anesthésie locale en chirurgie otologique. — STERN : Perforation de la vessie pendant son drainage. — PERS : Traitement chirurgical de la sciatique. — BURMEISTER : Sur une œsophagotomie. — FRIEDBERGER : Sur la différenciation des albumines fondée sur la méthode hémolytique, au moyen de la suppression du complément. — SPENGLER : La prédisposition héréditaire à la phtisie. — HEINEMANN : Symptômes nerveux bizarres dans la tuberculose miliaire généralisée. — AXMANN : Appareil nouveau pour l'action de la lumière ultra-violette sur tout le corps. — AMENDE : Recherches nouvelles sur le lenicet.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 33, 18 mars 1906.) G. CURLO : Recherches bactériologiques sur l'infection typhique. Quelques caractères anormaux que l'on peut rencontrer chez le bacille d'Eberth recueilli dans le sang et la rate des typhiques. — G. ZANONI : La trypsine, ferment soluble protéolytique du pancréas, dans le traitement du cancer. — O. DE FRANCESCO : A propos d'une cholécysto-gastrostomie. — Achille FRANCHINI : Kystome malin du ligament large communiquant avec l'intestin. — (N° 36, 25 mars.) Cesare SCAVONETTO MATERAZZI : Contribution critique et expérimentale à l'étude de l'étiologie de la rage. — A. DE BLASI : Pneumonie épidémique et infection pneumonique familiale. — Gustavo MINCIOTTI : Le signe palmo-plantaire de Philipoviez dans la fièvre typhoïde. — Ferruccio BINDI : Les rapports du furoncle et de la paranéphrite suppurée. — LATIS : Absence de la portion inférieure du vagin ; colpohématomètre suppuré. — Pietro BARBAGALLO : La prétendue culture de l'amibe parasite. — (N° 39, 1er avril.) Prof. PANICIOTTI : Hernie inguinale pseudo-diverticulaire du côlon iliaque. — Antonio BERTI : La pathogénie de l'anémie par anchilostome. — Girolamo COPETTI : La persistance de la sténose du larynx après l'intubation ou la trachéotomie chez les enfants. — Prof. Enrico GIORDANO : Nouveau procédé pour la ligature de l'artère innominée. — Ugo FABRIS : A propos d'un cas de doigt à ressort. — (N° 42, 8 avril.) Prof. Guido BACCELLI : La perniciosité. — Arturo CAMPANI : Les effets des déformations de la colonne vertébrale sur les organes de la respiration et de la circulation et en particulier sur les bruits du cœur.

Medizinische Blatter. — (N° 14, 5 avril 1906.) GOLDSCHEIDER : La thérapeutique naturelle. — (N° 15, 12 avril.) KRAUSZ : Contribution au traitement des processus inflammatoires chroniques et suppurés du bassin de la femme. — WOHLMUTH : Contribution au traitement de la constipation par le purgène. — GOLDSCHEIDER : La thérapeutique naturelle.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 10 avril 1906.) OSTMANN : Diagnostic et prophylaxie de l'inflammation du labyrinthe dans l'otite moyenne aiguë. — HUSENER : Les incisions dans les opérations abdominales. — KRECKE : Pouvons-nous reconnaître les cas d'appendicite grave, exigeant une intervention immédiate ? — ESCH : Traitement obstétrical de l'éclampsie. — GEORGI : Deux cas de rupture de la rate. — STROHE : Diaphragme de la trachée pendant la diphtérie ; difficulté et impossibilité du décanulement. — WEISSBART : Corps étrangers de l'estomac et de l'intestin. — RICHTER : Traitement des inflammations cutanées par les bains chauds. — HOPPE : Deux appareils pour la recherche de l'acuité visuelle. — SIEBER : Recherches de Fischer et de ses élèves sur la synthèse des polypeptides. — HAGER : Travaux récents sur l'organothérapie. — (N° 16, 17 avril.) KRAEPELIN : L'alcoolisme à Munich. — BUMKE : L'immobilité de la pupille pendant l'attaque d'hystérie. — MOERCHEN : Recherches sur le proponal. — DUNGER : La névrite urémique. — LILIENSTEIN : L'épuisement par hyperfonction. — KNAUTH : Evolution particulière et résultat de l'autopsie d'un cas de tuberculose du cœur. — HENGGE : Sur la chirurgie conservatrice des myomes. — KUPPER : Un amortisseur du son. — WEICHHARDT : Sur la théorie actuelle de l'immunité.

Policlinico. — *Section médicale.* — (Avril 1906.) Prof. Ferruccio SCHUPFER : Contribution à l'étude de certaines altérations anatomiques et fonctionnelles de l'estomac d'origine nerveuse. — Pietro GALLENGA : Contribution à l'étude de la médication phosphorée par les préparations organiques de phosphore. — G. BASILO : Les sels de quinine dans la fièvre typhoïde.

Riforma medica. — (N° 12, 24 mars 1906.) Augusto MURRI : Le diagnostic des tumeurs intracraniennes parvenues au stade terminal. — Paolo BUERI : Dégénérescence graisseuse du foie infectieux. — Alfredo SANTINI : Les méthodes les plus récentes pour le diagnostic du cancer de l'estomac et recherches sur la réaction biologique. — (N° 13, 31 mars.) E. LOSIO : Un cas de spina bifida chez l'adulte. — Leone MINERVINI : Un cas de pouls rare permanent. — A. B. GIANASSO : Un cas de maladie de Friedrich — Levi BIANCHINI : Recherches sur le lisoforme et son emploi en médecine mentale. — (N° 14, 7 avril.) Oreste CIGNOZZI : La genèse des corps orizoïdes dans les tendinovaginites chroniques tuberculeuses à grains riziformes. — Federico DELAINI : Contribution à l'étude et au traitement des kystes pré-péritonéaux dus à des échinocoques. — Francesco PELLIZARI : Cinq cas de rhagades anales post-partum. — (N° 15, 14 avril.) G. FERRARI : Considérations sur un cas de maladie de Dupuytren guérie par un traitement médical local. — Giuseppe ZIRONI : Contribution expérimentale à la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. — Armando TESTI : Maladie d'Erb.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 14, 5 avril 1906.) SCHUTZ : Symptômes radiologiques dans le carcinome gastrique. — HAMBURGER : Matité paravertébrale dans la pleurésie — KIENBÖCK : La pratique quantimétrique. — BAIL et WEIL : Nouvelles recherches sur l'agressivité du staphylocoque. — FRIDESKO : Sur deux cas de varices pulsatiles de la cuisse. — (N° 15, 12 avril.) SILBERMARK : Le mécanisme de la surdistension du cæcum dans les sténoses du gros intestin. — JÉRUSALEM et FALKNER : Sur l'accouchement, et les douleurs de l'accouchement, et leurs rapports avec le nez. — KHANTZ : Phlegmon gazeux après la perforation d'un diverticule de Meckel. — BROWNING : Agglutination et disparition du complément.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 50. — MARDI 1er MAI 1906. 79e ANNÉE. MARDI 1er MAI 1906. — Nº 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 27 avril 1906. — MM. Mouchet, 19; Schwartz, 13; Marcille, 15.

— Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 8 juin, à midi précis, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Se faire inscrire à l'Administration centrale (bureau du personnel), de onze heures à trois heures, du lundi 7 mai au samedi 19 du même mois inclusivement.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin principal de première classe Heuyer est promu au grade de médecin-inspecteur et nommé directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

M. le médecin principal de première classe Février est nommé directeur du service de santé de la division d'Oran.

— Concours pour quatre emplois de professeur agrégé a l'École d'application du service de santé militaire. — Deux concours s'ouvriront à l'École d'application du service de santé militaire, l'un le 28 mai 1906, pour deux emplois de professeur agrégé des chaires : hygiène-médecine légale; législation, administration et service de santé militaires; l'autre le 9 juillet 1906, pour deux emplois de professeur agrégé des chaires : chirurgie d'armée (blessure de guerre), anatomie chirurgicale, opérations et appareils.

Les médecins-majors de première et deuxième classe seront seuls admis à concourir. Se faire inscrire avant le 10 mai prochain, terme de rigueur.

MARINE. — M. le médecin principal de la marine en retraite Gauran est nommé au grade de médecin principal de réserve et attaché au port de Toulon.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Le *Journal officiel* publie un avis concernant l'admission, en 1906, dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

Les candidats qui sollicitent leur admission dans une des écoles annexes doivent se faire inscrire du 15 septembre au 1er octobre à la préfecture du département où est établi leur domicile ou de celui où ils poursuivent leurs études.

Le concours pour l'admission à l'Ecole principale aura lieu le 1er août; la liste d'inscription à ce concours sera close le 15 juillet.

LES DENTISTES DANS L'ARMÉE ANGLAISE. — L'*Odontologie* nous apprend la nomination de neuf chirurgiens-dentistes dans l'armée anglaise, aux appointements journaliers de 25 francs, avec une indemnité pour leurs frais de déplacement.

Leur matériel comprend un fauteuil hydraulique mobile avec crachoir et tablette. Le lavabo est en métal; le reste du matériel est en nickel stérilisable.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 31 mars 1906.*) Van der Stricht : La sphère attractive dans les cellules nerveuses. — L. Vervaeck : Contribution à l'étude du tatouage belge. — Leboucq : Notice sur la vie et les travaux du professeur Ad. Burggraeve. — Deffernez : Les savons et les parfums synthétiques. — Peeters : Du traitement de la folie en dehors des asiles.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 4, avril 1906.) Escat : Artério-sclérose du labyrinthe et des centres acoustiques. — Ricardo Botey : Un cas d'occlusion osseuse complète et congénitale de toute la fosse nasale droite. — Claqué : Ostéomyélite cranienne envahissante, consécutive à une sinusite fronto-maxillaire. — J. Tapia : Deux mots pour donner une dénomination exacte à la bronchoscopie supérieure et inférieure. — A. Jacoty : Une complication auriculaire de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 188, 25 avril 1906.) D. Vassilidès : Traitement de l'arthrite et de l'ostéite tuberculeuse par la radiothérapie. — Paul Blondel : Rupture de l'urètre. Rétrécissement : électrolyse circulaire. Guérison maintenue après deux ans. — Wertheim Salomonson : Petits et gros inducteurs. — L. Benoist : Nouveau modèle de lunette radio-chromométrique.

Archives générales de médecine. — (N° 16, 17 avril 1906.) Maurice Michel : Sur les rapports du rétrécissement mitral et de la grossesse. — G. Livet : Le traitement de la tuberculose par un sérum antituberculeux « la bacillosine ». — A. Belugou : Les traitements utiles du tabes (*fin*). — Julien Bouygues : De la valeur du « casier sanitaire des maisons ». — (N° 17, 24 avril.) Jean Heitz (de Royat) : Traitement de certaines formes d'angine de poitrine par les bains carbo-gazeux [angines par hypertension, angines par insuffisance cardiaque (6 fig.)]. — E. Devaux : Théorie osmotique de l'inflammation. Théorie osmotique de la fièvre. — Louis Morel : Sur les lésions du sinus latéral et leur traitement longitudinal dans les traumatismes craniens. — Marcou : Notes de Russie.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 13, 29 mars 1906.) Frederick C. Shattuck : La valeur des médicaments en thérapeutique (avec 2 fig.). — Frederick B. Percy : Le principe de l'homéopathie. — Ernest Boyen Young : Un moyen mécanique peu coûteux de traiter la métatarsalgie des adolescents (avec 4 fig.). — (N° 14, 5 avril.) Philipp Coombs Knapp : Les signes mentaux des tumeurs du cerveau (avec 3 tableaux). — Frederick E. Cheney : L'opération de la cataracte. — John B. Hawes : Le diagnostic précoce et le traitement actif de la tuberculose pulmonaire dans une grande clinique de malades externes. — J. Dellinger Barney : Un nouveau porte-aiguilles (avec 2 fig.). — Benjamin T. Burley : Un cas d'abcès cérébral. — (N° 15, 12 avril.) Dudley P. Allen, Henry L. Sanford et D. H. Dolley : Les pertes de substance traumatiques du crâne. Leur relation avec l'épilepsie. Étude clinique et expérimentale de leur réparation (avec 10 fig.). — Edward O. Otis : Les méthodes et le but des médecins. — S. C. Dickerson : Les propriétés défensives de l'organisme. — W. D. Alsever : Un cas de paralysie de Landry.

Bulletin médical. — (N° 31, 21 avril 1906.) Valude : Accidents oculaires du travail; les infections traumatiques de l'œil. — Doumeng : Disjonction de la symphyse pubienne, sans fracture, avec diastasis des articulations sacro-iliaques. — (N° 32, 25 avril.) Reymond : Sur un cas de polynévrite généralisée avec troubles mentaux. — Niclot : Endocardite infectieuse végétante aiguë compliquée d'anévrisme aigu artérioso-veineux de la fémorale. — (N° 33, 28 avril) Raymond : Sur un cas de polynévrite généralisée avec troubles mentaux (*fin*). — Le Meignen et L. Levesque : Un cas de maladie de Dercum à rémissions passagères chez un homme.

Écho médical du Nord. — (N° 15, 15 avril 1906.) Colle et Petit : Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les amputations accidentelles.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 15, 15 avril 1906.) M. Viault : Huitième réunion de l'Association des anatomistes. Discours d'ouverture du Congrès. Résumé des communications et démonstrations. — (N° 16, 22 avril.) L. Rocher : A propos du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire chez l'enfant. — E. Guiessons : Kératite interstitielle de l'adulte. — A.-J. Salm : L'ulcère phagédénique des pays chauds.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 16, 22 avril 1906.) Bégouin : Fracture de la rotule : suture ou non.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 5, 25 avril 1906.) A. Trousseau : Les épithéliomas des paupières. Opération ou radiothérapie.

Journal des praticiens. — (N° 16, 21 avril 1906.) Debove : Acromégalie et épilepsie. — Tuffier et Jeanne : Existe-t-il un traitement chirurgical de l'ulcère chronique non compliqué? — Variot : L'eczéma des nourrissons. — D. Courtade : Pathogénie et traitement électrique de l'attaque d'asthme.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 15, 14 avril 1906.) René Desplats : Etude clinique à propos de 26 cas de constipation spasmodique et d'entéro-colite muco-membraneuse traités par la voltaïsation à haute intensité. — Fernand Bodhuin : Hydrocèle congénitale avec hernie du cæcum chez un enfant de quatorze mois. — (N° 16, 21 avril.) René Desplats : Etude clinique à propos de 26 cas de constipation spasmodique et d'entéro-colite muco-membraneuse traités par la voltaïsation à haute intensité (*fin*). — Ladet : Epithélioma papillaire de la langue au début. Opération. Guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 15, 12 avril 1906.) A. Marique : L'intolérance de certains nourrissons pour le lait. — A. Van Lint : La pratique ophtalmologique. — (N° 16, 19 avril.) Jean Demoor : Mission et programme de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Bruxelles. — J.-P. Nuel : Rapport sur la question du tarif des honoraires médicaux à appliquer dans les cas d'accidents du travail qui intéressent les yeux. — (N° 17, 26 avril.) H. Coppez : Les traumatismes oculaires et la loi belge sur les accidents du travail.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 4, 25 avril 1906.) Clavelier : La prophylaxie des conjonctivites chez des nouveau-nés.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 14, 8 avril 1906.) Partos : Diététique et hygiène du rhumatisme chronique pendant et après une cure thermale. — Szenes : Sur des cas de néoplasmes. — (N° 15, 15 avril.) Stiller : Y a-t-il une fièvre hystérique? — Szenes : Sur des cas de néoplasmes.

Semaine gynécologique. — (N° 15, 10 avril 1906.) Pichevin : Le traitement des métrites.

TECHNIQUE
DE
L'EXTIRPATION DE L'ASTRAGALE

Par L. CHEVRIER,
Prosecteur des hôpitaux de Paris.

Les incisions n'ont pas, pratiquement, une grosse importance, non plus que la succession arrêtée et méthodique des divers temps opératoires dans une intervention, quand il s'agit d'interventions simples et celles-ci peuvent être exécutées n'importe comment, pourvu qu'elles guérissent et satisfassent le malade. Par contre, quand il s'agit d'opérations faciles et cependant graves, ou bénignes mais difficiles, tout doit être calculé pour atteindre le plus simplement possible le résultat le meilleur : l'*incision*, qui fait *la voie d'abord*, devient capitale; les manœuvres opératoires, minutieusement *basées sur l'anatomie et la physiologie* de la région, ne doivent entraîner que *les dégats nécessaires* et suffisants, et leur succession doit être réglée pour permettre d'atteindre *sans incident*, méthodiquement et sûrement, le résultat désiré.

La techniqe de l'astragalectomie, telle qu'elle est actuellement fixée, ne me semble pas répondre à ces desiderata. Les *incisions* recommandées consentent presque toutes à des *sacrifices inutiles*; l'étude des temps me semble *anatomiquement et physiologiquement insuffisante*. La preuve peut en être trouvée dans l'aveu que contiennent nombre d'observations d'astragalectomies : — l'opération a été très *pénible;* — l'os s'est *écrasé* entre les mors rendus responsables du davier de Farabeuf (la pince-érigne d'Ollier est alors vantée parce qu'on ne l'avait pas sous la main); — l'astragale s'est fracturé et a été *enlevé par fragments*. Sans doute la malade n'en a pas moins guéri après les opérations les plus laborieuses, mais ces *incidents* ne témoignent-ils pas de l'insuffisance de la technique?

Quand on étudie les *tracés opératoires* par lesquels on a proposé d'aborder l'astragale, on voit qu'ils sont nombreux, et peuvent être rangés en deux groupes.

Dans un premier groupe que je n'étudierai pas longuement, le tracé comprend plusieurs incisions cutanées. Ollier [2e procédé] (1) en pratique *quatre*, deux antémalléolaires principales, et deux rétromalléolaires qui sont surtout des voies de drainage.

Colzi (2) utilise *trois* incisions, une grande incision antéro-externe, et deux incisions postérieures rétromalléolaires.

Des procédés à *deux incisions* antérieures, l'une interne, l'autre externe, certains font l'*ostéotomie* temporaire d'une ou des deux malléoles par des incisions droites (Tilling) ou courbes [Girard (1)]; d'autres ne sectionnent que les *parties molles* : tels Delorme (2), dont le procédé est dérivé du premier procédé d'Ollier, Farabeuf (3) dont le procédé est bien réglé : le tracé externe de ce dernier se compose de deux incisions, l'une longitudinale, longue de 6 centimètres, longeant le péronier antérieur et sur le milieu de laquelle tombe en arrière une autre incision partie un peu au dessous du sommet de la malléole externe; son incision interne embrasse la malléole dans une légère concavité.

Du deuxième groupe, englobant les procédés à *incision unique*, je parlerai un peu plus longuement, car c'est à eux que je crois devoir donner la préférence. La raison n'en est point qu'ils ne comportent qu'une incision : nous n'en sommes plus à compter les centimètres des incisions, et d'ailleurs si on additionnait en centimètres les incisions de Farabeuf, on trouverait une moins grande étendue de surface cruentée que dans un bon procédé à incision unique. Et c'est précisément *parce que* l'incision unique, pour être suffisante, doit être *grande* que je la préfère. Elle ouvre une large brèche, *permettant à l'œil de suivre*, de contrôler le travail du bistouri, qui n'agit plus à l'aveuglette au fond d'une petite plaie étroite. *Le meilleur* procédé à incision unique sera celui qui ouvrira *la voie la plus large*, *sans dégats considérables*.

Toutes les incisions uniques sont *externes* par quelqu'une de leurs parties, à cause de l'ouverture en dehors du sinus tarsi. Il est possible que pour des astragales à moitié luxés, au cours d'un traumatisme ou de vices de positions du pied (pieds-bots), une *incision droite* soit suffisante; elle donne cependant peu de jour, à moins de devenir mutilante. Cette incision droite est faite *antérieure et transversale* par Lund (4), partant en arrière du tubercule du scaphoïde et allant à un travers de doigt en arrière et au-dessous de la pointe de la malléole externe; elle reste *antéro-externe*, mais devient *longitudinale* ou plus exactement presque parallèle à l'axe du pied, avec Vogt (5), Quénu (6), dont l'incision, bas située, va de la pointe de la malléole externe à la base du troisième métatarsien; Ménard (7) la fait plus haute, commençant un peu au-dessus de l'interligne tibio-tarsien, dépassant un peu en bas l'interligne médio-tarsien, longue de 8 centimètres (chez l'enfant), longeant le bord externe des tendons extenseurs.

(1) Ollier (2e procédé). *Traité des résections*. Congrès de chirurgie, 1885 (séance du 7 avril). — Trouillet. *De l'ablation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne*, Th. de Lyon, 1888.

(2) Colzi, in A. Vitaliani-Polastri. Dell' astragalœctomia, *Gazzetta medica lombarda*, 1900, vol. LIX, p. 21, 23, 32, 36.

(1) Tilling, Girard, in Michel Gangolphe. Arthrites tuberculeuses, in *Traité de chirurgie* de Ledentu et Delbet, t. III, p. 717.

(2) Delorme, in *Dictionnaire Dechambre*, art. Pied. Paulet et Chauvel, t. XXV.

(3) Farabeuf. *Précis de médecine opératoire*, 4e édition, p. 804.

(4) Lund, in Chalot. *Traité élémentaire de chirurgie et de technique opératoires*, 4e édition, p. 252.

(5) Vogt, in *Dictionnaire Dechambre*, art. Pied, t. XXV, p. 263, de Paulet et Chauvel.

(6) Quénu, in J. Martin. *Extirpation de l'astragale dans le pied-bot*, Thèse de Paris, 1888-1889, p. 389.

(7) Ménard, in Guibal. Tuberculose du tarse chez l'enfant, *Gaz. des hôp.*, 1900. — Andrieu. *La tuberculose du tarse chez l'enfant.* Thèse de Paris, 1904-1905, p. 130.

Elle devient entièrement *externe* et *horizontale* dans le procédé de Reverdin (1) elle part du bord externe du tendon d'Achille et passant au-dessous de la pointe de la malléole vient se terminer à deux travers de doigt en avant, sur le bord externe du péronier antérieur : au cours de l'opération les péroniers sont sectionnés. Christovitch (2) fait une incision analogue, un peu plus longue, car il commence au bord interne du tendon d'Achille et se fait gloire d'arriver sur l'astragale du premier coup de bistouri, ayant coupé le tendon d'Achille et les péroniers.

En lisant ces derniers procédés, il ne faut pas crier à la *mutilation*; on ne doit pas perdre de vue qu'ils s'appliquent à des pieds-bots qui nécessitaient les ténotomies effectuées, mais il est évident que semblables incisions ne sont pas permises pour enlever un astragale sur un pied sans déviation, et les procédés *économiques à incision unique droite* (Vogt, Quénu, Ménard), applicables à ces cas, *ne semblent pas donner assez de jour, du moins chez l'adulte* (chez l'enfant l'astragalectomie est plus facile à cause de l'ossification incomplète de l'os).

Les *vrais procédés* sont à mon avis ceux dont le tracé cutané légèrement arrondi ou angulaire circonscrit *un lambeau*, qu'on peut relever par dissection, ce qui donne beaucoup de jour vers la profondeur. Le lambeau taillé ne doit pas l'être dans n'importe quel sens : il convient que sa *base* réponde à une zone *qu'on puisse rétracter*, pour accroître le rendement de la dissection, et c'est pourquoi le tracé de Bassini (3), qui part du milieu de l'espace intermalléolaire et se porte en bas et en dehors puis en arrière, pour encadrer la malléole externe qui ne se laissera point repousser, ne saurait convenir.

Il est encore plus indispensable que le lambeau ne soit pas traversé de sa base vers son bord libre par des organes qu'on doit respecter, car il devient *impossible de le soulever*, et c'était le cas du *premier* procédé d'Ollier (4) dont l'incision à convexité antérieure allant d'une malléole à l'autre ne servait vraiment que par ses deux extrémités, ce qui le conduisit aux incisions bilatérales prémalléolaires.

Les deux conditions précédentes sont réunies par *les incisions à convexité inféro-externe*, libérant un lambeau dont la base répond à peu près aux tendons extenseurs. Deux tracés principaux répondent à ce type.

Bœckel (5) part de l'articulation tibio-péronière inférieure, descend devant la malléole externe et faisant convexe remonte jusqu'au bord des tendons externes vers la base du quatrième métatarsien : la partie postérieure de l'incision est *prépéronière*. Il fait tomber sur la convexité de cette courbe une incision oblique passant au-dessous de la pointe de la malléole externe : c'est aller d'ailleurs au-devant d'une manœuvre inutile contre laquelle je vais m'élever dans un instant. C'est à une incision analogue mais plus ouverte que le professeur Berger (1) donne la préférence, « elle commence en arrière du bord postérieur de la malléole externe, tourne au-dessous de la malléole et revient sur la face dorsale du pied au niveau de la base du cinquième métatarsien pour s'arrêter au niveau de la base du troisième ou même du deuxième. » Monod et Vanverts donnent une incision identiquue. L'incision précisée par Labey (2), un peu moins basse et moins antérieure, est tout à fait comparable. Tracer une incision courbe à concavité supérieure qui, partant du milieu du dos du pied à un centimètre en avant de la saillie de la tête astragalienne sur le scaphoïde, descend oblique en bas et en arrière, vers le bord externe du pied, passant sur la grande apophyse du calcanéum un peu en arrière de l'articulation calcanéo-cuboïdienne; l'incision s'infléchit en arrière pour passer au-dessous de la pointe de la malléole externe et remonter derrière cette malléole, jusqu'au niveau de sa base, sur le trajet des tendons péroniers. Ces trois derniers tracés, analogues, ont leur extrémité postérieure *rétro-péronière*.

Il n'est pas douteux pour moi que c'est *le tracé de Bœckel tout entier prépéronier qui est le préférable*, à la condition de supprimer l'incision de dégagement, car il ne convient point de chercher à s'approcher des tendons des péroniers. Il vaudrait même mieux les *fuir*, et cependant il est nécessaire de descendre *bas* jusqu'en regard du sinus tarsi pour sectionner à ciel ouvert le ligament interosseux. Pour éviter de découvrir largement au point déclive les tendons que je ne tiens pas à voir, *j'ai brisé l'incision convexe et arrondie de Bœckel*, ce qui a l'avantage de rendre le *lambeau plus facile à récliner*. Je donnerai plus bas les points de repère précis de mon incision propre (fig. 1).



Fig. 1. — Incision personnelle, trait plein; — Incision de Berger-Labey, trait pointillé.

(1) Reverdin. *Congrès de chirurgie*, 1885, séance du 7 avril, in Bertrand. *Contribution à l'étude d'extirpation de l'astragale*, Thèse de Paris, 1892.

(2) Christovitch. *Revue de chirur.*, 1888, t. III, p. 797.

(3) Bassini, in A. Vitaliani-Polastri. Loc. cit.

(4) Ollier, in Trouillet. *De l'ablation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne*, Thèse de Lyon, 1888.

(5) Bœckel, in Schwartz. *Des différentes espèces de pieds-bots et leur traitement*, Thèse d'agrégation, 1883, p. 179.

(1) Berger et Banzet. *Chirurgie orthopédique*, p. 511.

(2) Labey. *Chirurgie du membre inférieur* (Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Paris), p. 128.

Pourquoi Labey (c'est son procédé que je prends pour base de mes critiques, car c'est celui qui est décrit avec le plus de détails et de figures) pourquoi Labey et d'autres tiennent-ils tant à *isoler les tendons péroniers latéraux?* Au cours d'une opération, il est dangereux, je le sais, de ne pas voir un organe qu'on peut couper, et la conduite la plus sage est d'aller droit à lui, de le reconnaître, de le voir toujours : on est sûr alors de ne pas le léser par surprise, sans le savoir. Mais il n'en est réellement pas ainsi pour les péroniers latéraux. On a peur de les *couper en sectionnant le ligament péronéo-astragalien postérieur près de son insertion* au péroné. Je ne crois pas que, même là, ils soient très exposés. Pour

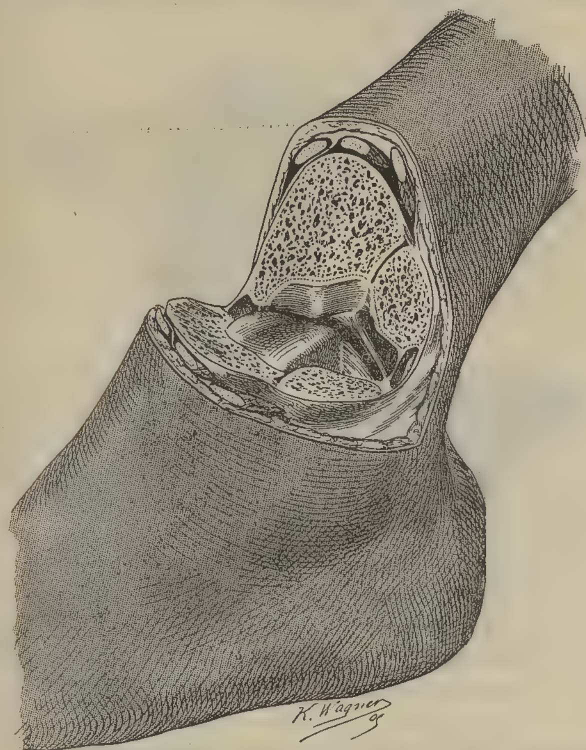


Fig. 2. — Coupe oblique sus-malléolaire montrant les gouttières tendineuses rétromalléolaires.

le vérifier j'ai fait, sur un cou-de-pied, une coupe oblique en bas et en arrière, calculée de façon à sectionner la malléole péronière un peu au-dessus de l'insertion du ligament : on voit (fig. 2) dans sa gouttière un des tendons péroniers *uniquement en rapport avec l'os*, ne débordant pas en dedans. Cette coupe de vérification était même inutile : les deux crêtes limitantes de la gouttière des péroniers latéraux qu'on voit sur l'os sec et que j'ai bien fait mettre en évidence dans la figure 3, témoignent que les tendons reposent bien sur l'os. Les rapports ne se font donc qu'*au niveau de l'insertion péronière du ligament*, qui excave en fossette la malléole externe au voisinage de son bord postérieur, mais ne peut-on pas couper le péronéo-astragalien postérieur *à son insertion astragalienne?* Sans nulle difficulté on le peut et *c'est là que je le couperai*, pour être certain de ne pas toucher aux péroniers et de ne pas ouvrir leur gaine.

Les péroniers courraient plus de risque au voisinage de l'articulation calcanéo-astragalienne postérieure, quand ils vont passer *sous l'entrée du sinus tarsi*, mais si on a soin d'affleurer à peine le sinus dans l'incision cutanée, de ne jamais laisser le bistouri descendre plus bas que le plancher du sinus, de *ne pas faire monter le tendon par tension*, mais de *le relâcher par une bonne position donnée au pied*, il n'y aura pas plus de danger de blesser le court péronier en bas, qu'en arrière.

Les péroniers devront donc être laissés dans leur gouttière; il n'y a nul avantage, puisqu'ils ne gênent pas, à aller les mettre à nu, à briser leurs mésos, à les priver des vaisseaux qui leur viennent de la péronière postérieure derrière la malléole. *L'ouverture de la gaine des péroniers est donc un délabrement absolument inutile.*

Les divers temps nécessaires de l'astragalectomie doivent être basés sur une *étude anatomique et physiologique suffisante. De l'anatomie*, je n'ai rien de spécial à dire. L'astragale est suspendu à la jambe, par les deux ligaments péronéo-astragaliens, l'anté-



Fig. 3. — Ligaments externes du tarse postérieur.

rieur est mince, lamellaire, sagittal, le postérieur beaucoup plus fort revêt la forme d'une *haie horizontale* très épaisse qui a une *très longue insertion sur l'astragale*, s'avançant jusque sur le tubercule postérieur. La figure 3 est destinée à montrer cette insertion : pour la représenter, il a fallu regarder de derrière et d'en dessous, c'est ce qui donne à la malléole externe une forme très spéciale; malgré son aspect inusité, je garantis l'exactitude de la figure faite d'après nature.

L'os est rattaché au tibia par les deux ligaments tibio-astragaliens : l'antérieur est insignifiant, la plupart des fibres étant tibio-scaphoïdiennes; le postérieur est au contraire énorme.

L'os est uni au scaphoïde par un manchon très solide, dont la partie dorsale et interne est surtout accentuée; au calcanéum enfin par le ligament interosseux décomposé en deux haies, l'une antérieure, l'autre postérieure, réunies au fond du sinus tarsi, et accessoirement par une capsule qui entoure la partie latérale et postérieure de sa fossette calcanéenne postérieure. Je n'ai point noté une résis

tance spéciale de cette capsule postérieure au niveau du tubercule postérieur et antérieur, et n'ai point vu la fusion de la gaine du fléchisseur et de la capsule décrite par Ombredanne (1), faisant une sorte de ligament en fourche.

Ces ligaments, il faut tous les couper, mais comme par suite de la mobilité de l'astragale dans *les divers mouvements du pied*, ils sont alternativement *tendus et relâchés*, il est nécessaire d'étudier l'influence des mouvements du pied sur certains d'entre eux, pour pouvoir saisir *le moment précis de leur tension*; leur section sera en effet beaucoup plus facile et beaucoup plus complète si le bistouri peut agir sur eux dans cet état.

Je ferai simple cette étude de physiologie opératoire, qui n'est pas normale (car j'ai opéré sur des pieds, sur lesquels les premiers temps de l'astragalectomie avaient été effectués, le ligament péronéo-astragalien et la coque astragalo-scaphoïdienne sectionnés). J'envisagerai simplement les variations du ligament péronéo-astragalien postérieur, de la haie interosseuse et des péroniers (dont la gaine est entr'ouverte) dans deux mouvements physiologiquement très complexes, mais cliniquement bien connus (pied en varus équin, c'est-à-dire extension, adduction, rotation en dedans, qui abaisse le bord externe du pied; pied en talus valgus, c'est-à-dire flexion, abduction, rotation en dehors, qui élève le bord externe du pied).

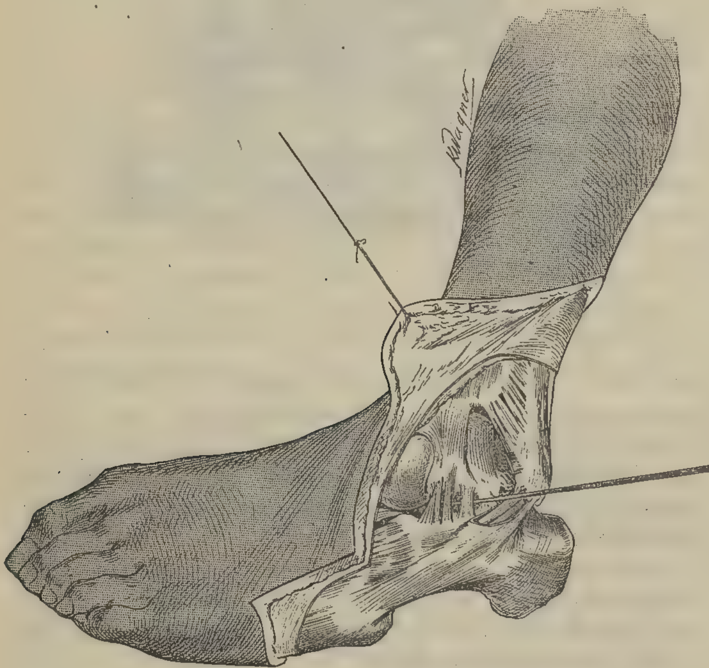


Fig. 4. — Varus équin, relâchant le ligament péronéo-astragalien postérieur, écartant de l'os la haie postérieure interosseuse.

Dans le varus équin, on observe les particularités suivantes. Pour les voir nettement réunies sur une figure (fig. 4) j'ai fait représenter le pied dans une position intermédiaire avec beaucoup de varus et pas d'équinisme. Le *ligament péronéo-astragalien postérieur* est *complètement relâché* et se montre flexueux, l'astragale s'étant porté en avant. Les *deux haies du ligament interosseux tendues sont verticales*, mais tandis que la *postérieure tend à s'écarter de l'apophyse externe de l'astragale* et qu'on peut insinuer une sonde ou un stylet derrière elle dans un espace libre, l'antérieure est appliquée sur la tête astragalienne portée en avant, en bas et en dehors. Les *péroniers fortement tendus* par l'abaissement du bord externe du pied s'appliquent très intimement sur le calcanéum.

Dans le talus valgus, l'état différent des trois éléments précédents ne peut pas se voir sur une même figure. Dans la figure 5 (vue d'en dehors et d'en dessous), on voit le *ligament péronéo-astragalien postérieur très fortement tendu* par suite du recul de

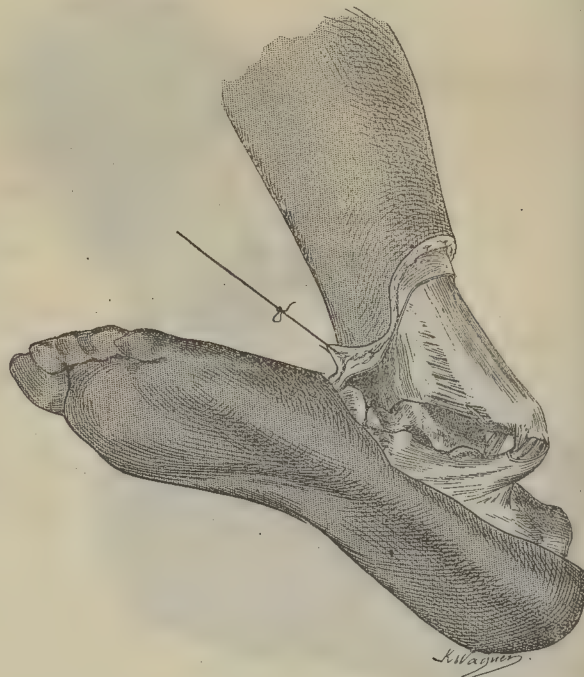


Fig. 5. — Talus valgus (vu de dehors et de dessous) tendant le ligament péronéo-astragalien postérieur.

l'astragale, qui se porte en même temps un peu en dedans, par suite du jeu complexe de ses articulations. Les *péroniers* sont *un peu relâchés* par l'élévation du bord externe du pied et tendent sur une pièce à moitié disséquée, à *s'écarter* du calcanéum qui s'est redressé.

Sur la figure 6 (vue de dehors et d'en haut), on voit qu'ils se sont un peu abaissés, qu'ils sont moins proches du sinus tarsi que sur la figure 4. Les *deux haies ligamenteuses interosseuses* encore tendues se rapprochent beaucoup de l'*horizontale*. La postérieure est appliquée contre l'astragale immédiatement en avant de l'apophyse externe, tandis que l'*antérieure plus proche encore de l'horizontale* est, au contraire, *largement séparée de la tête de l'astragale* portée en haut et une sonde peut être introduite entre l'os et le plan fibreux.

Évidemment ces modifications doivent être beaucoup moins accentuées sur un pied entier, d'autant plus (et mes figures le prouvent), que sur celui-ci on ne peut pas exagérer la position de varus équin et de talus valgus, comme on le fait sur un pied à

(1) Ombredanne. Contribution à l'étude des fractures de l'astragale, *Revue de chir.*, 1902, 2e semestre, 177, 414.

moitié disséqué, mais il est évident qu'elles doivent tendre à s'ébaucher, et je crois qu'il faut en profiter, et ne plus opérer sur un pied en position fixe comme le fait Labey, mais varier les positions du pied pour

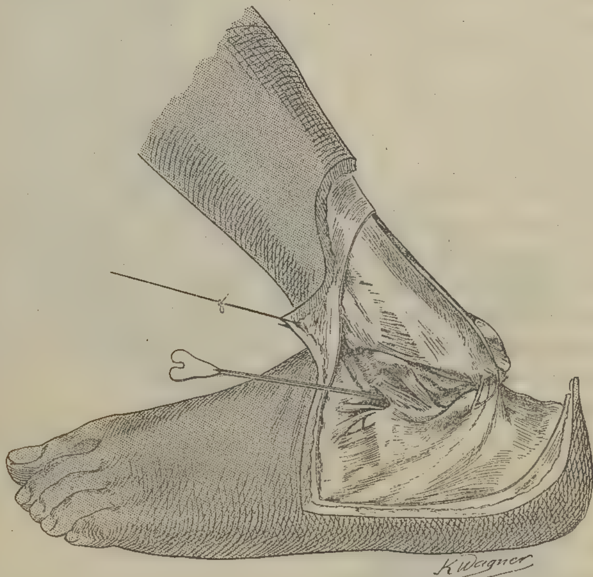


Fig. 6. — Talus valgus (vu de dehor s et d'en haut) tendant et écartant de l'os la haie interosseuse antérieure.

accomplir plus sûrement et plus complètement certaines sections. Je conclurai de cette petite étude de physiologie opératoire :

1° *Le ligament péronéo-astragalien postérieur doit être coupé en position de talus valgus, et près de son insertion astragalienne*; les péroniers sont alors relâchés, plutôt à distance du calcanéum;

2° Les deux haies du ligament interosseux s'offrent mieux à la section si on varie la position du pied : *la haie antérieure sera coupée en talus valgus, la haie postérieure en varus équin*; il faudra dans cette dernière section veiller à ne pas déraper pour ne pas léser les péroniers qui sont tendus et intimement appliqués contre le calcanéum. Cette section raisonnée de deux haies en deux temps permet de les couper beaucoup mieux et plus vite, et évitera de « s'y reprendre à plusieurs fois », de se demander s'il n'en reste pas une partie.

Après ces critiques diverses, voici la technique que je propose. Toute l'opération est faite sur le pied droit.

1° *Incision cutanée* (fig. 1). — Je pars du *milieu de l'espace intermalléolaire* ou très légèrement en dehors, à 2 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsien et me porte en ligne droite vers un point situé à *1 centimètre en avant et exactement au niveau de la pointe* de la malléole externe. Coudant *perpendiculairement* mon incision, je vais terminer à *2 centimètres en avant de la tête de l'astragale*, au niveau de l'articulation scapho-cunéenne, *en regard* de la partie postérieure du *deuxième espace interosseux*. Je coupe jusqu'à l'aponévrose, mais me garde de disséquer le lambeau cutané, comme le recommande Labey. Le lambeau pointu se rétracte beaucoup, et la rétraction en arrière et en bas des lèvres et la plaie découvre le bord antérieur de la malléole et l'apophyse externe de l'astragale, sans mettre à nu les péroniers.

2° *Libération du lambeau et section du ligament péronéo-astragalien antérieur* (fig. 7). — Traînant le



Fig. 7. — Libération du lambeau et section du ligament péronéo-astragalien antérieur, *en varus équin.*

bistouri à *un centimètre* environ en avant de la lèvre verticale de l'incision, le pied étant en *varus équin* (pour faire avancer l'astragale et tendre le ligament), je coupe jusqu'à l'os en avant de la malléole externe, sectionnant le ligament péronéo-astragalien antérieur.

A un centimètre avant d'atteindre l'angle, mon bistouri par une section prudente parallèle à la lèvre horizontale cutanée, coupe l'aponévrose, épaisse en arrière, où elle contient le *ligament annulaire antérieur du tarse*, très mince en avant et recouvrant le péronier antérieur que le bistouri suit prudemment. Il est bon que le bistouri légèrement manié n'entre pas dans le pédieux, mais isole son bord interne au-dessous des tendons extenseurs soulevés.

Pour achever de libérer le lambeau, il faut *saisir avec une pince la coupe du ligament annulaire* qu'on voit sur le bord du lambeau, et le soulevant, donner un coup de bistouri jusque sur le *col de l'astragale*, suivant et respectant le pédieux.

3° *Dénudation du col de l'astragale et de la tête.* — Mettant le *pied en talus*, pour relâcher les muscles dorsaux, on introduit un écarteur *dans* l'articulation tibio-tarsienne. L'écarteur est assez difficile à mettre et assez serré, mais dès que, introduisant le bistouri *dans* l'articulation, on a *détaché la capsule, tendue* par l'écarteur, de ses insertions antérieures au col, l'aide peut soulever aisément tout le lambeau. Le bistouri suit à plat la face dorsale du col, puis arrivé à la tête, il redescend verticalement sur elle vers le bord externe du pied commençant à sectionner la *capsule épaisse de l'articulation astragalo-scaphoïdienne*. Le bistouri fait une ou deux fois la même manœuvre, gagnant chaque fois du terrain. Arrivé à la face interne du col, il la dénude de la même façon et avec un soin encore plus grand. *Il faut aller très loin dans la dénudation de cette*

face interne (voy. fig. 8) tenant le bistouri vertical et bien couper toutes les fibres internes de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Il faut qu'à la fin de ce temps, un des plus importants de l'astragalectomie,

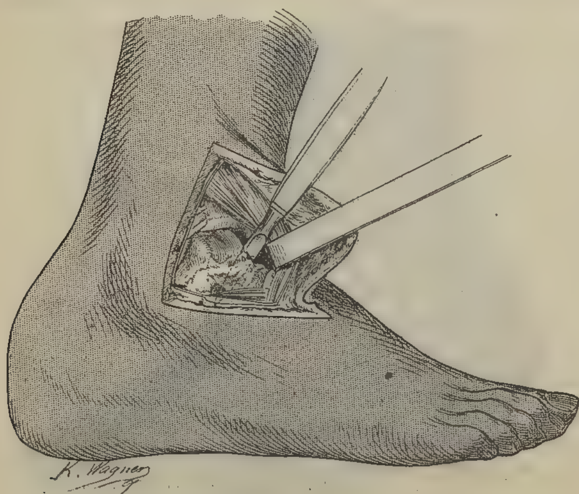


Fig. 8. — Libération de la face interne du col et de la tête de l'astragale, *en talus.*

comme y insistent Monod et Vanverts (1) et Labey, la tête astragalienne soit *complètement libérée de partout* (sauf au niveau du sinus tarsi).

4° *Section du ligament péronéo-astragalien postérieur.* — Je crois avec Labey qu'il vaut mieux ne pas sectionner ce ligament dès le début (après le péronéo-astragalien-antérieur), car la dénudation de la tête de l'astragale, moins bien fixée (temps précédent) serait beaucoup plus difficile.

Mais je ne suis plus d'accord avec lui quand il le sectionne *après* le ligament interosseux : celui-ci sectionné, l'astragale ne suivrait plus les mouve-

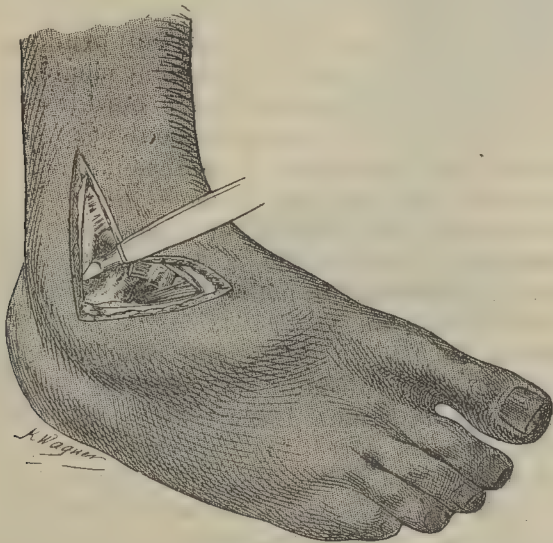


Fig. 9. — Premier temps de la section du ligament péronéo-astragalien postérieur. Le ligament est relâché et visible grâce au *varus équin.*

ments de l'avant-pied et je ne parviendrais plus à couper le ligament comme je veux le faire, à sa très longue insertion astragalienne. Voici comment je procède, utilisant mon étude de physiologie opératoire.

Par un mouvement de *varus équin* énergique, je fais sortir l'astragale de sa mortaise, et *je vois* les fibres antérieures du ligament s'avancer, un peu *flexueuses*; l'interligne péronéo-astragalien *bâille* suffisamment pour que je puisse mettre mon bistouri de champ et assez profondément *au-dessus du ligament que je vois* (fig. 9). Je porte le pied en *talus valgus*, l'astragale rentre en partie, *mon bistouri est avalé*, pour ainsi dire, et grâce au talus valgus *le ligament se tend fortement.* Je tords alors mon bistouri sagittal (fig. 10 en pointillé) de façon à orienter le tranchant en bas et en dedans (en plein); de plus j'écarte le manche du bistouri du bord du pied, pour que la pointe portée en dedans ne manque pas les fibres les plus internes du ligament et pour qu'elle n'offense pas les péroniers. Le dos du bistouri est en contact avec le bord antérieur de la malléole externe.

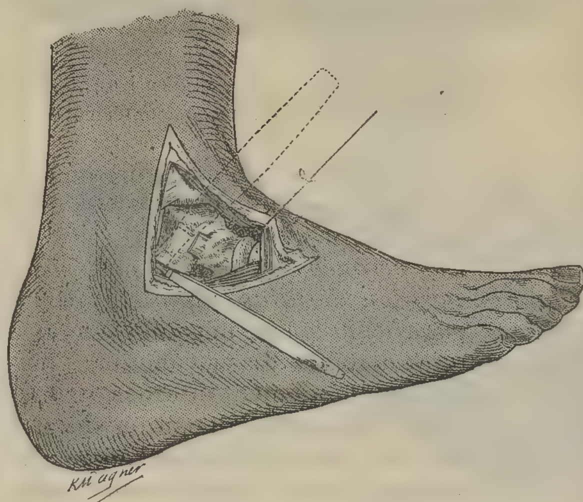


Fig. 10. — Deuxième temps de la section en *talus valgus* du ligament péronéo-astragalien postérieur à son insertion astragalienne.

Utilisant ce contact comme point d'appui d'un levier du premier genre, je porte le manche du bistouri en haut et en dehors. *Le tranchant coupera complètement et sans danger pour nul organe le ligament péronéo-astragalien postérieur, bien tendu.* J'ai vérifié un certain nombre de fois qu'une section ainsi conduite n'ouvrait jamais la gaine des péroniers.

5° *Section du ligament interosseux.* — Par application de ce qu'a appris l'étude physiologique, je coupe ses deux haies en deux temps spéciaux. Sur le pied droit, pour aller de gauche à droite, je commence naturellement par la haie postérieure.

Mettant le pied en *en varus équin* pour le tendre, je suis une fois du bistouri et jusqu'au fond la paroi postérieure du sinus tarsi dans sa partie la plus déclive et toute la haie se trouve coupée (fig. 11). Il me suffit, changeant la position du pied et le mettant en *talus valgus*, de revenir de la même façon de l'extrême fond vers l'orifice du sinus tarsi, en suivant la partie la plus inférieure de la paroi antérieure du sinus (tête de l'astragale), pour que, *sans tâtonnements, tout le ligament interosseux soit*

(1) Monod et Vanverts. *Traité de technique opératoire*, t. II, p. 513.

sectionné. Il m'a semblé inutile de faire figurer ce deuxième temps de la section interosseuse : la figure 6 y suppléera.

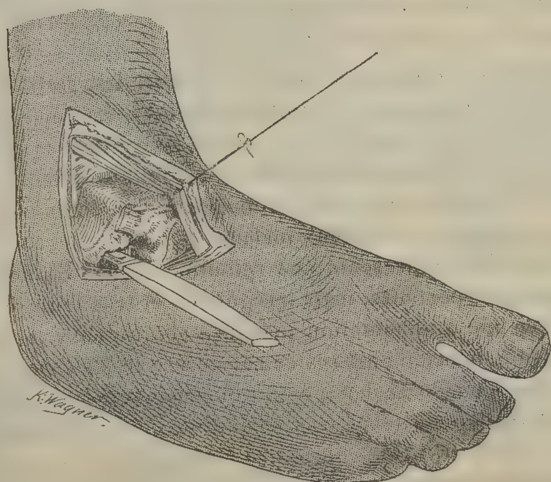


Fig. 11. — Section du ligament interosseux : premier temps, section de la haie postérieure *en varus équin*.

6° *Section du ligament tibio-astragalien postérieur*. — Saisissant alors le col de l'astragale avec le davier de Farabeuf, l'os est attiré en dehors, pendant que le pied est porté en dedans (*en varus* mais non équin). L'écarteur doit alors être bien mis en avant de la malléole interne, et maintenu par un aide vigoureux ; il permettra d'*apercevoir* en dehors de celle-ci le *très court et très fort* ligament tibio-astragalien postérieur (fig. 12) ; on le coupera *à petits*

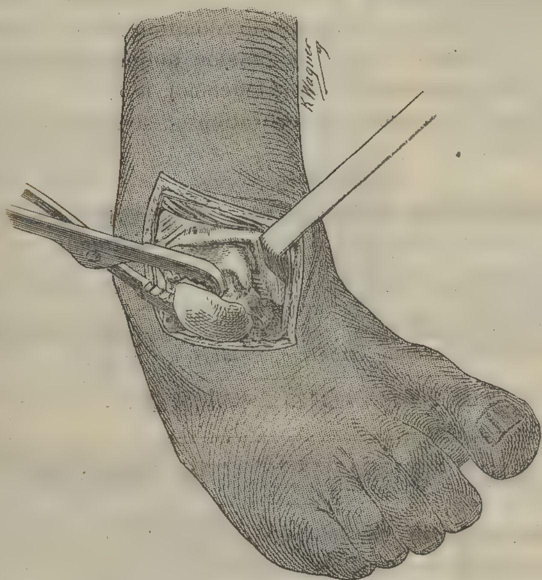


Fig. 12. — Section du ligament tibio-astragalien postérieur *en varus non équin*.

coups, se souvenant que d'avant en arrière il est épais d'un centimètre et demi environ. Une section brutale et imprudente, par suite du ressaut que produirait sa rupture, risquerait de faire foncer le bistouri dans la région rétromalléolaire interne et de provoquer peut-être une lésion vasculaire ou nerveuse.

Par une très légère torsion qui aura raison des faibles fibres calcanéo-astragaliennes postérieures, et de la gaine du long fléchisseur propre, que le bistouri pourrait entamer prudemment au besoin, sur le tubercule interne, après section du ligament tibio-astragalien postérieur, l'astragale viendra aisément, entier, n'ayant abandonné aucun fragment osseux au voisinage des insertions ligamenteuses. On ne doit employer aucune force pour enlever un astragale par cette technique.

A gauche, la succession des temps se fera de la même manière. L'opérateur étant toujours en dehors du pied pratique l'incision cutanée en sens inverse, commençant sur le pied, finissant sur la jambe. Il peut, à son gré, faire en sens inverse la libération du lambeau et la section du ligament péronéo-astragalien antérieur, ou la faire comme à droite en travaillant par-dessous sa main gauche, après avoir fait un pas vers l'extrémité du membre, vers la gauche. Pour la dénudation du col de l'astragale et de la tête, il n'a pas le choix, il faut qu'il prenne la dernière position et qu'il effectue ce temps comme à droite, de même que la section du ligament péronéo-astragalien postérieur. Les deux temps, de la section du ligament interosseux sont inverses ; il commencera à sectionner la haie antérieure en talus valgus et finira par la haie postérieure en varus équin. La section du ligament tibio-astragalien postérieur se fera par-dessous la main gauche tirant la tête de l'astragale en dehors.

Cette technique raisonnée et précise de l'astragalectomie *basée sur l'anatomie et la physiologie* de la région, *évitant tout délabrement inutile*, permet d'exécuter *sans incident et sans force* l'extirpation réputée difficile sur le cadavre d'un os profondément enclavé dans sa mortaise et solidement uni à tous les os voisins.

MÉDECINE PRATIQUE

LA LEVURE DE BIÈRE CONTRE LES VOMISSEMENTS

M. le docteur Debouzy (de Wignehies), qui le premier prescrivit la levure de bière dans le traitement de la furonculose, communique au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (25 avril 1906) la note suivante à propos du traitement des vomissements par cette même substance.

« On emploie souvent avec avantage l'eau de Seltz contre les vomissements. La potion de Rivière, qui produit l'acide carbonique à l'état naissant, réussit beaucoup mieux encore.

Mais la quantité d'acide carbonique mise en contact avec la muqueuse de l'estomac est beaucoup trop faible. J'emploie depuis longtemps, dans les cas où l'acide carbonique est indiqué, un remède beaucoup plus puissant : c'est la levure de bière.

Voici comment on s'y prend : on met dans un verre quelques cuillerées à soupe de levure fraîche, on y ajoute deux ou trois morceaux de sucre et on remplit le verre avec de l'eau ou de la bière. Il est bon de chauffer le mélange jusqu'à 30 à 40 degrés. Quelques minutes après, c'est-à-dire lorsque la fermentation devient fort active, on avale le verre tout d'un coup, ou en plusieurs fois, ou par cuillerées à soupe. On recommence l'opération aussi souvent que l'on veut.

Il se produit alors dans l'estomac un dégagement énorme

d'acide carbonique à l'état naissant, l'estomac se dilate progressivement, puis s'exonère brusquement par des éructations nombreuses; en même temps il y a absorption de l'acide carbonique par la circulation; la respiration devient plus ample, il se produit un certain degré d'ivresse et tout rentre dans l'ordre. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1906)

Les hémorragies latentes du tube digestif. La réaction de Weber et sa valeur séméiologique. — MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX. L'existence de sang, même en quantité minime, dans les fèces ou dans le vomissement est le signe le plus certain d'une ulcération gastrique ou intestinale. La réaction de Weber, modification du procédé classique de la recherche du sang par la teinture fraîche de gaïac qui peut ainsi être appliquée sans cause d'erreur à l'examen des fèces, a été employée par les auteurs dans un nombre considérable de cas où l'on pouvait soupçonner une ulcération sur le tube digestif. Confirmant et complétant les recherches déjà parues sur ce sujet à l'étranger, ces auteurs arrivent à des données importantes pour le diagnostic des lésions ulcéreuses de l'estomac et de l'intestin. Ces données sont les suivantes :

1° A l'état normal la recherche du sang dans les fèces par la réaction de Weber est toujours négative, pourvu que le sujet soit à un régime qui ne comporte pas de viande;

2° Au cours de l'ulcère de l'estomac la présence de traces de sang est à peu près constante dans l'ulcère aigu. Elle est fréquente dans l'ulcère chronique;

3° Dans le cancer de l'estomac, des traces de sang existent d'une façon constante dans les fèces;

4° Dans les ulcérations de l'intestin et au cours des cirrhoses hépatiques la réaction de Weber est souvent positive.

Gangrène pulmonaire consécutive à la submersion. — M. A. BERGÉ rapporte l'histoire d'une jeune femme psychopathe qui se jeta dans la Seine, au voisinage du pont de la Concorde, le 31 janvier dernier. Repêchée sans connaissance et transportée à l'hôpital, elle fit deux foyers successifs de condensation pulmonaire : le premier, dans le poumon droit, resta un simple foyer de broncho-pneumonie; le second, développé dans le poumon gauche, fut manifestement un foyer de gangrène pulmonaire : il s'évacua en donnant naissance à une fétidité fécaloïde de l'haleine et à des crachats persistants pendant plusieurs jours. En une dizaine de jours les crachats se tarirent, la fétidité s'effaça et finalement la malade guérit. L'aspiration de l'eau de Seine introduisant dans l'arbre bronchique des germes putrides paraît avoir été la cause de cette gangrène pulmonaire pour laquelle le froid et la dépression nerveuse ont été sans doute des causes adjuvantes.

Un cas de trypanosomiase chez un blanc. — M. L. NATTAN-LARRIER. Ce malade avait séjourné pendant deux ans dans le Haut-Congo français, dans une région où les cas de trypanosomiase sont nombreux. Il avait présenté de nombreux accès fébriles, dont les uns avaient le type régulier, les autres le type irrégulier, il rentra en France à la suite d'un accès de fièvre bilieuse. Aucun des signes classiques de la trypanosomiase n'existait chez ce sujet, à peine pouvait-on noter une légère adénopathie cervicale, une accélération notable du pouls, des accès fébriles irréguliers ne cédant pas à la quinine, mais il n'avait ni œdème, ni érythème, ni troubles visuels, ni accidents nerveux. Deux trypanosomes furent trouvés par l'examen de six lames de sang sec.

Rétentions chlorurées dans la néphrite interstitielle. — MM. P. BERGOUIGNAN et Noël FIESSINGER rapportent deux observations de rétentions chlorurées, au cours de la néphrite interstitielle. Pendant deux mois et deux mois et demi, ils ont étudié quotidiennement la déchloruration, le poids et la tension artérielle de leurs deux malades.

La première a présenté une rétention sèche. Sa décharge chlorurée, importante, mais irrégulière et très lente a coïncidé avec une augmentation marquée et graduelle du poids. La tension artérielle est restée sans cesse très élevée.

L'autre malade se comporta différemment; au début elle présenta une forte tension et surtout de gros œdèmes. Après leur disparition, la tension tomba à peu près à la normale et y resta pendant une longue période d'équilibre chloruré. On institua alors une chloruration alimentaire, une certaine quantité de sel fut retenue, la tension s'éleva, mais tomba brusquement dès la suppression du sel qui fut suivie d'une crise chlorurée.

Les deux malades ont présenté plusieurs phénomènes communs. La déchloruration a coïncidé en effet avec une augmentation de l'appétit, une augmentation graduelle du poids et de l'embonpoint avec l'absence de polyurée, d'emblée dans le premier cas et dans le second, dès la disparition des œdèmes. La dyspnée a disparu rapidement chez les deux malades.

Mais les deux observations diffèrent par le mode de déchloruration et les rapports de celle-ci avec la tension artérielle. Chez la première malade, type de rétention sèche, la déchloruration très lente a laissé la tension toujours aussi élevée. Chez la seconde (rétention avec œdèmes), la tension a été régulièrement élevée par la chloruration et abaissée par la déchloruration.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis des maladies vénériennes, par V. AUGAGNEUR, ancien professeur de clinique des maladies cutanéees et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon, et M. CARLE, chef de laboratoire de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon. In-18 colombier, cart. toile, de 700 p. avec 57 fig. dans le texte et 16 pl. chromolithographiques hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Les anomalies mentales chez les écoliers, par les docteurs J. PHILIPPE et G. PAUL-BONCOUR. In-16 de la Biblioth. de philos. contemp. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 51. — JEUDI 3 MAI 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 3 MAI 1906. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Première épreuve clinique*. — Séance du 30 avril 1906. — MM. Alexandre et Fredet, 18 ; Lecène, 17.

— Un concours pour la nomination à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris pour entrer en fonctions le 1er juillet 1906, sera ouvert le vendredi 1er juin 1906, à midi, dans la salle des concours de l'Admitration, rue des Saints-Pères, 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), de midi à trois heures, jusqu'au lundi 14 mai inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes en date du 1er mai 1906, un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1906, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ DES SCIENCES. — M. A. Le Play soutiendra, devant la faculté des sciences de Paris, le vendredi 4 mai, à neuf heures et demie, pour obtenir le titre de docteur de l'Université, sa thèse sur *Les poisons intestinaux*.

LES DÉBOUCHÉS DE LA MÉDECINE. — Le docteur Crozes donne, dans le *Bulletin médical de l'Algérie*, d'intéressants renseignements sur la situation faite aux médecins de colonisation en Indo-Chine :

Les médecins de colonisation touchent 15000, 13000, 11000 ou 9000 francs, suivant la classe ; les médecins stagiaires, 7000 francs.

Conditions à remplir pour : 1° Les médecins stagiaires à 7000 francs. Être Français, avoir un diplôme de docteur en médecine délivré par les facultés de l'Etat ; ne pas avoir plus de trente-cinq ans ; durée du stage, deux ans ; un an seulement pour les docteurs pourvus du brevet spécial délivré par les instituts de médecine coloniale.

2° Médecins titulaires à 9000 francs. Être ancien interne titulaire des hôpitaux des villes où il existe une faculté, ou avoir servi trois ans au moins dans le corps de santé de la marine ou des colonies.

3° Médecins titulaires à 11000 francs. Être officier démissionnaire des corps de santé de la marine ou des colonies et compter un minimum de dix ans de services à l'Etat et quatre années en Indo-Chine.

Une indemnité de frais de service de 1200 à 1800 francs, suivant le poste, est accordée à tous les médecins quel que soit leur grade ; les dispositions du décret du 5 mai 1898 sur les retraites en Indo-Chine peuvent être appliquées aux médecins d'assistance médicale sur leur demande.

Trois années de services effectifs dans la colonie donnent droit à un congé de *six mois* à passer en France avec demi-solde coloniale.

Ainsi que le fait remarquer notre confrère, nous sommes loin des avantages faits en Algérie aux médecins de colonisation. Et cependant nombreux sont les postes de l'Indo-Chine qui sont aussi sains que les villages algériens.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Bourgeois, député de la Vendée, l'un des doyens de la Chambre des députés.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 16, 21 avril 1906.) Kobaczkowski : Y a-t-il un rapport entre la formule hématologique et l'acidité du suc gastrique ?

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 16, 19 avril 1906.) Kolle et Wassermann : Recherche d'un sérum antiméningococcique ; fixation de sa valeur. — Gutzmann : Principes du traitement des troubles nerveux de la parole. — Jochmann : Paralysie récidivante de l'oculo-moteur, comme complication de la fièvre typhoïde. — Flesch : Sur la question du traitement de la leucémie par les rayons Röntgen. — Stuhl : Syphilis congénitale sous l'aspect d'une leucémie lymphatique chez un nouveau-né. — Rhese : Sur la participation de l'oreille interne aux mouvements de la tête. — Bobbers : Gangrène pneumococcique ou gangrène par stase ? — Classen : Un cas de coqueluche avec symptômes graves chez un adulte.

Lyon médical. — (N° 15, 15 avril 1906.) Poncet et Leriche : Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. — Barjon : Un cas de lipome guéri par les rayons de Röntgen. — (N° 16, 22 avril.) Albertin et Jambon : Un cas d'infection puerpérale à marche lente, traitée par l'hystérectomie abdominale. — J. Dreyfus : De la constipation dans la neurasthénie et les psychonévroses.

Marseille médical. — (N° 8, 15 avril 1906.) Alezais et Mollaret : Thrombose de l'artère pulmonaire gauche. — Livon : Syphilis et grossesse.

Medizinische Blatter. — (N° 16, 19 avril 1906.) Krausz : Traitement des processus inflammatoires chroniques et suppurés du bassin chez la femme. — Müller : Une nouvelle application de la diète et son emploi en chirurgie. — Rudnik : Modifications de la désinfection.

Montpellier médical. — (N° 14, 8 avril 1906.) Devèze : La méthode de Bier dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. — (N° 15, 15 avril.) V. Riche et L. Devèze : Kystes hydatiques de la glande parotide. — Devèze : La méthode de Bier dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 24 avril 1906.) Müller : Sur le rythme de galop du cœur. — Neubauer : Action de l'alcool sur l'excrétion des corps acétoniques. — Meyer et Heineke : La teneur des globules rouges en hémoglobine. — Meyer et Speroni : Sur les érythrocytes ponctués. — Heineke et Deutschmann : Les globules blancs pendant l'attaque d'asthme. — Stäubli : L'agglutinine typhique dans l'organisme maternel et fœtal. — Hoesslin et Selling : Sur la paralysie pseudo-bulbaire. — Selling : Main de prédicateur dans la sclérose multiple. — Kerschensteiner : Sur la névromyélite optique. — Bracsh : Influence de la température sur l'excrétion du sucre. — Rieder : Contribution au diagnostic clinique des abcès du poumon. — May et Lindemann : Représentation graphique du son dans la percussion. — Cremer : Sur la dérivation directe des courants d'action du cœur humain loin de l'œsophage et sur l'électrocardiagramme du fœtus. — Penzoldt : Sur le traitement de la tuberculose dans les sanatoriums populaires. — Geigel : Le premier ton du cœur. — Arneth : Les vibrations thoraciques dans la pneumonie. — Kayser : Sur les tubes de bile simples comme milieu de multiplication et sur la bactériologie du sang dans les fièvres typhoïde et paratyphoïde. — Groedel : Sur la formation de l'orthodiagraphie.

Nord médical. — (N° 277, 15 avril 1906.) O. Pasteau : Les différents moyens qui permettent de connaître la valeur fonctionnelle du rein. — E. Doumer : L'électricité dans les maladies de la prostate et des organes voisins. De l'emploi des courants de haute fréquence dans les *noli me tangere*.

Pédiâtrie pratique. — (N° 8, 15 avril 1906.) Estor : L'anesthésie au chloroforme chez l'enfant. — Jagot : Les crèches, leurs avantages, leurs dangers. — Dequidt : Sarcome volumineux du rein chez un enfant. — Pailhas et Monestié : Note sur une tuberculose cutanée d'allure insolite siégeant au pouce gauche. Ablation. Guérison. — A. Carel : Le laboratoire municipal et l'allaitement maternel.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 16, 22 avril 1906.) Stein : La question de l'alcool en Hongrie. — Schweitzer : Sur un nouvel antiblennorragique non irritant.

Presse médicale. — (N° 32, 21 avril 1906.) Dieulafoy : Quelques considérations sur l'aortite syphilitique. — Brissaud et F. Moutier : Les paralysies de l'épaule à volonté et la loi sur les accidents du travail. — Landouzy : Camptodactylie stigmate organique précoce du neuro-arthritisme. — Albarran : Technique de la néphropexie. — Letulle : Les cancers primitifs de l'ampoule de Vater. — Jayle et Bender : La leucoplasie de la vulve, du vagin et de l'utérus.

Province médicale. — (N° 16, 21 avril 1906.) Spillmann et L. Perrin : Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. — Nové-Josserand : De la scoliose paralytique. — Mayet : Administration de la quinine chez les enfants.

Revue scientifique. — (N° 15, 14 avril 1906.) Hugo de Vriès : La théorie darwinienne et la sélection en agriculture. — Jaubert : Les locomotives à vapeur. — (N° 16, 21 avril.) L. Poincard : L'évolution de la physique. — G. Guilhaud : Les intoxications professionnelles et la loi sur l'assurance contre les accidents. — Turpain : Les rayons N et les expériences de contrôle. — *Enquête* : La réforme des études médicales. — (N° 17, 28 avril.) Cuénot : L'hérédité. — A. Imbert : Les revendications ouvrières et la science expérimentale. — *Enquête* : La réforme des études médicales.

Semaine médicale. — (N° 18, 25 avril 1906.) R. de Bovis : Diagnostic des ruptures utérines.

Tribune médicale. — (N° 15, 14 avril 1906.) Morestin : Arthrectomie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 7, 15 avril 1906.) Langlet : Deux cas de tétanos. — A. Bourgeois : De l'emploi, en collyres, du benzoate de lithine et de l'iodure de potassium.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 16, 19 avril 1906.) Bartel : Sur la question de la tuberculose. — Merk : La pellagre dans le jeune âge. — Guzmann : Deux cas de cataracte due à la foudre. — Stegmann : Remarques sur le traitement de la maladie de Basedow par les rayons Röntgen. — Mache : Recherches chimico-physiques sur la source de Sulz en Hongrie.

ERRATUM. — M. Dauwe (de Gand) nous prie de faire la rectification suivante à propos de son article sur les narcoses mixtes (26 avril) :

La statistique de mortalité par anesthésies, d'après Gurlt, est de 1/2 075 pour les narcoses au chloroforme et de 1/5 112 pour celles à l'éther.

A la page 570, dans la note 3, M et *n* désignent respectivement 1,2 chloroforme et 5,11 éther, au lieu de 1 et 2 chloroforme, et 0,29 éther.

LA LEUCOPLASIE

Par le docteur MILIAN [de Paris] (1).

Les auteurs ne peuvent s'entendre sur la définition de la leucoplasie : beaucoup décrivent une leucoplasie syphilitique (Fournier) quelques-uns y rangent certaines formes de lichens (Morel, Lavallée) d'autres considèrent la kératinisation de l'épithélium comme l'élément caractéristique (Besnier), etc.

Dans ces conditions, nous considérerons la leucoplasie comme un symptôme et nous désignerons sous ce nom toutes les *taches blanchâtres persistantes des muqueuses*, conservant ainsi au mot sa signification étymologique propre : λεύκος blanc, πλάξ plaque. Nous verrons dans quelles affections on le retrouve et après élimination de celles-ci, s'il est logique d'admettre une leucoplasie idiopathique.

Cause de la blancheur de la leucoplasie. — La blancheur de la plaque n'est pas due, comme on pourrait le croire, à l'apparition d'une des couches cellulaires anormales que montre l'examen mycroscopique d'une plaque leucoplasique, car il y a des kraurosis vulvæ d'une blancheur très grande sans couche cornée, et des lichens plans de la langue également très blancs sans stratum granulosum. La blancheur de la plaque n'est donc pas due à la présence de la couche cornée ou de l'éléidine. Elle n'est pas non plus la conséquence de la sclérose du derme puisqu'il n'y a pas de sclérose du derme dans le lichen plan des muqueuses.

Le seul élément histologique constant et obligatoire des taches blanches leucoplasiques est *la cellule du corps muqueux*. En son absence (ulcération), pas de leucoplasie possible. Seule présente (érosion, c'est-à-dire destruction des couches superficielles de l'épithélium), elle peut produire la leucoplasie.

Le protoplasma de la cellule du corps muqueux est devenu « trouble ». Il a subi une modification chimique de ses matériaux albuminoïdes, qui, sans doute, ont une composition comparable aux ascites lactescentes dont l'aspect varie de la simple opalescence à l'état laiteux le plus accentué.

Les caractères histologiques de cet état trouble paraissent être les suivants : hypertrophie des cellules gorgées de suc, basophilie du protoplasma, léger œdème interstitiel, hyperplasie nucléaire.

L'état trouble du protoplasma des cellules du corps muqueux relève de l'irritation de celles-ci, ainsi dans l'état saburral des voies digestives; cette irritation relève des lésions inflammatoires qu'on retrouve constamment dans le derme de la muqueuse, et qui laissent diffuser à travers l'épiderme des substances toxiques. Cet état trouble des cellules du corps muqueux est le témoignage d'une hyperactivité fonctionnelle et non d'une dégénérescence : on le retrouve en effet chaque fois que la cellule se multiplie : liséré épidermique des plaies en cicatrisation, cancer au début, etc. N'y a-t-il pas suractivité fonctionnelle, puisque cet épithélium, qui normalement ne possède pas de couche cornée, en construit une, c'est-à-dire évolue vers un degré plus complexe d'organisation ?

Variétés pathogéniques de la leucoplasie. — La perturbation fonctionnelle de la cellule épithéliale qui aboutit à la tache blanche est tantôt accompagnée et sous la dépendance de lésions du derme c'est-à-dire secondaire (leucoplasie secondaire), ce qui est fréquent, tantôt constitue l'unique manifestation anormale, ce qui est rare (leucoplasie primitive).

Les lésions qui provoquent la leucoplasie sont nombreuses : tubercules, papules, érosions, ulcérations, scléroses, d'où, pour la rapidité du langage, peut-on dire qu'il y a des leucoplasies tuberculogénées, papulogénées, etc.

Le « trouble » primitif des cellules du corps muqueux est au contraire rare ; le liséré épidermique de cicatrisation des plaies cutanées est toujours blanc. Enfin il y a un épithélioma buccal leucoplasique d'emblée, un cancer blanc, un épithélioma leucoplagène, dont les néoformations cellulaires ont d'emblée une couleur blanche. J'en ai observé un exemple des plus typiques. Cela prouve bien l'origine uniquement épithéliale de la couleur blanche, mais cela complique encore la question des rapports de l'épithélioma avec la leucoplasie.

I

Etiologie. — 1. Causes directes. — Lorsqu'on examine systématiquement les érosions, papules et autres lésions muqueuses sur une série de malades, ou plus facilement sur les moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, on constate qu'un grand nombre présentent de la leucoplasie et que d'autres au contraire n'en présentent jamais. Il devient dès lors possible de dresser un tableau des affections leucoplagènes et des affections non leucoplagènes.

Affections non leucoplagènes. — Epulis, crêtes de coq, psoriasis; — Lymphangiome, gale du gland; — Angiome, tuberculose, balanite.

Affections leucoplagènes. — Primitivement : Kératose symétrique congénitale; — Papillome; — Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques;

Secondairement : Kératose symétrique congénitale; — Lichen plan; — Lupus érythémateux; — Hydroa; — Leucoplasie tabagique? — Leucoplasie des verriers; — Glossite dyspeptique de Brocq? — Syphilis (chancre lingual, papules, glossites tertiaires); — Leucoplasie idiopathique?

Lorsqu'on a épuisé la nomenclature des affections connues des muqueuses, reste-t-il place pour une *leucoplasie idiopathique*? Cela est peu vraisemblable. La leucoplasie dite idiopathique relève de la syphilis. Une foule d'arguments le prouvent : la similitude d'évolution de la syphilis linguale, lente, tenace, récidivante et de la leucoplasie linguale; les mêmes localisations à la langue des deux maladies; le pouvoir leucoplagène considérable de la syphilis; la fréquence de la syphilis avouée ou reconnue (80 p. 100 des cas) dans les cas de leucoplasie dite idiopa-

(1) Rapport au Congrès international de médecine de Lisbonne, avril 1906, résumé par l'auteur.

thique, etc. Ce qui est surtout capital, c'est qu'à un examen attentif, les cas de leucoplasies invoquées comme idiopathiques présentent les caractères de la syphilis : les *ulcérations* en particulier, que classiquement on considère comme secondaires à la leucoplasie et résultant des craquelures de la région épidermisée, sont des ulcérations syphilitiques et non des ulcérations banales. Elles siègent sur les bords de la langue ou à la pointe, elles sont en coup d'ongle, en cercles, ou en demi-cercles, en étoiles à trois ou quatre branches, en rhagades identiques à celles de la syphilis. Elles guérissent merveilleusement par le traitement mercuriel. Les modifications de volume (atrophie et hypertrophie) et de consistance de l'organe leucoplasique correspondent aux formes scléro-gommeuses et scléreuses de la syphilis linguale et ne sont pas davantage secondaires à la leucoplasie. L'*histologie* montre enfin dans le derme les lésions classiques de la sclérose syphilitique et même des syphilomes typiques à condition de faire porter son examen non pas sur les plaques les plus blanches, mais au contraire dans la zone d'extension où la muqueuse est seulement enflammée et rouge, ainsi qu'au niveau des érosions et ulcérations qui sont des lésions syphilitiques pures.

2. Causes prédisposantes. — La prédilection de la leucoplasie pour les arthritiques, invoquée par Vidal, s'explique par ce fait que les arthritiques font plutôt des syphilis scléreuses que des syphilis gommeuses et que la leucoplasie est un accident d'ordre scléreux. Toutes les muqueuses peuvent être atteintes de leucoplasie, mais la muqueuse linguale en est la région d'élection. Les frottements, les irritations produits par la mastication sont indubitablement des causes d'appel. Il en est de même du tabac qui est absolument incapable de produire à lui seul la leucoplasie linguale. Peut-être peut-il amener les petites plaques commissuraires des joues qui jamais ne s'ulcèrent et sont d'une teinte opaline très faible. C'est une lésion comparable au jaunissement des doigts par la cigarette et qui n'a aucune importance pathologique.

L'*anatomie pathologique* de la leucoplasie a été faite bien des fois. C'est une kératinisation de la muqueuse avec sclérose du derme. Nous avons indiqué plus haut les caractères des cellules troubles de la leucoplasie. Nous avons indiqué également que ce qui était variable, c'étaient les lésions dermiques et qu'à condition d'étudier un point favorable on y trouvait toujours les lésions histologiques usuelles de la syphilis.

II

Symptomatologie. — Variétés objectives du symptôme. — La leucoplasie a des aspects variables suivant le degré de sa coloration et l'état de sa surface. La coloration de la leucoplasie varie du blanc bleuâtre léger à peine apparent (leucoplasie opaline), qui, pour être aperçue nettement, doit être débarrassée avec un linge fin de la salive qui la recouvre, au blanc laiteux éclatant (leucoplasie lactescente).

La leucoplasie opaline ou lactescente est *lisse* ou *bridée* ou *quadrillée* ou *mamelonnée*. La leucoplasie *lisse* presque toujours opaline, résultat de lésions peu profondes du derme de la muqueuse mais tenaces et récidivantes, se présente en îlots à contours réguliers, en cercle ou en nappe. La leucoplasie *bridée* siège sur des cicatrices rétractées ordinairement sur les bords et à la pointe de la langue; elle est généralement linéaire ou en étoile à trois branches, en Q, en H, en triangle, etc. La leucoplasie *quadrillée* se présente comme un carrelage blanc dû à une striation plus ou moins régulière qui accentue les papilles normales. Ce quadrillage s'observe surtout à la face interne des joues, en arrière des commissures labiales, où il constitue les plaques commissuraires de Fournier. La *leucoplasie mamelonnée* relève presque toujours de la glossite scléro-gommeuse. Sur des bosselures de la muqueuse, séparées par des sillons, la leucoplasie lactescente prend l'apparence de papillomes blancs. C'est dans ces formes vieilles et végétantes qu'il faut redouter l'apparition de l'épithélioma.

Rapports avec les lésions anatomo-pathologiques élémentaires des muqueuses. — La leucoplasie, à part les cas rares d'épithéliomas leucoplagènes, est toujours secondaire à une lésion du derme de la muqueuse. Ces lésions peuvent être des érosions, papules, ulcérations, scléroses, etc.; c'est ainsi qu'on peut décrire des leucoplasies papulogénées, érosiogénées, ulcérogénées et sclérogénées qu'on peut distinguer en sur, péri, post-papulo, érosio, scléro, etc., génée suivant qu'elles se développent sur, autour, après une papule, une érosion, ou de la sclérose du derme, etc.

On peut résumer les aspects et formes cliniques de la maladie dans le tableau suivant :

I. *Variétés objectives de la leucoplasie symptôme.* — L. opalescente : *lisse* : en nappe, en îlots, en cercle, etc. Siège de préférence à la lèvre inférieure en rapport avec lésions dermiques tenaces mais peu profondes; — *bridée* : linéaire, stellaire en H, etc., consécutive à des cicatrices, siège aux bords de la langue le plus fréquemment.

L. lactescente : *lisse* : assez rare, longue; — *quadrillée* : dont le type est la plaque commissuraire de la face interne des joues; — *mamelonnée* : presque toujours en rapport avec glossite scléro-gommeuse.

II. *Variétés en rapport avec les lésions anatomo-pathologiques élémentaires des muqueuses, c'est-à-dire de la leucoplasie maladie.* — L. papulogénée : *surpapuleuse* : lichen plan; plaques muqueuses, opalines ou porcelainiques; — *péripapuleuse* : chancre syphilitique de la langue; — *postpapuleuse* : n'existe pas.

L. érosiogénée : *surérosive* : leucoplasie dite idiopathique, en réalité relevant d'une lésion érythémato-érosive syphilitique de la muqueuse; — *périérosive*, idem; — *postérosive*, idem.

L. ulcérogénée : *surulcéreuse* : n'existe pas puisque l'épithélium est détruit; — *périulcéreuse* : autour d'ulcérations syphilitiques; généralement opaline; *postulcéreuse* : forme cicatricielle; généralement opaline.

L. sclérogénée : *surscléreuse* : forme ordinaire des leucoplasies dites idiopathiques, en réalité impossibles à distinguer des leucoplasies syphilitiques ; — A. forme opaline : *a*. lisse avec hypertrophie ; *b*. bridée cicatricielle ; — B. forme laiteuse : *a*. quadrillée avec atrophie ou hypertrophie ; *b*. mamelonnée avec hypertrophie.

III. *Leucoplasie primitive épithéliogénée*. — Epithélioma leucoplagène (plaque lactescente).

Rapports de l'épithélioma et de la leucoplasie. — 1° *Développement de leucoplasie d'origine épithéliale*. — Il y a, avons-nous dit, un épithélioma leucoplagène. La plaque cancéreuse en totalité est blanche comme neige, c'est un cancer blanc identique à une plaque leucoplasique. C'est un épithélioma à globes épidermiques. Peut-être tous les cancroïdes non ulcérés des muqueuses ont-ils cet aspect au début.

2° *Développement de l'épithélioma sur la leucoplasie*. — Les raisons de la prédilection (reconnue de tous) de l'épithélioma pour la leucoplasie sont difficiles à déterminer, étant donné notre ignorance complète de la cause du cancer. Pour les partisans de la théorie cellulaire du cancer, l'épithélioma se développe aux dépens de globes épidermiques apparaissant dans la couche cornée. Mais les globes épidermiques ne sont pas un élément constant des plaques leucoplasiques même devenues cancéreuses. Le lien qui paraît capital entre la leucoplasie et l'épithélioma, c'est précisément cet état trouble de la cellule épithéliale, indice d'une suractivité fonctionnelle anormale. La cellule épithéliale, du jour où elle devient leucoplasique, porte en elle des modifications biologiques, qui en s'accentuant par la durée de l'inflammation sous-jacente, aboutiront à la désorientation cellulaire et au cancer.

IV

Traitement de la leucoplasie. — Quand on a éliminé toutes les affections leucoplagènes, épithélioma, lichen plan, hydroa, etc., qui ont chacune leur thérapeutique appropriée, il ne reste plus à envisager que l'hypothèse d'une leucoplasie syphilitique ; 80 fois sur 100 au minimum, cette hypothèse sera vérifiée. Quand elle ne le serait pas, c'est encore la syphilis qui devra être accusée.

Il en résulte qu'à côté du traitement local, il sera de toute nécessité d'instituer un traitement général antisyphilitique.

Le *traitement local* sera surtout un traitement d'abstention. Bien se garder de dentifrices forts, d'applications de caustiques. La propreté de la bouche par le brossage des dents et les gargarismes *émollients* sera un principe essentiel. Se garder du nitrate d'argent, sauf pour les ulcérations qui pourront bénéficier de son action cicatrisante. Éviter le vin, l'alcool et le tabac.

Le *traitement général* antisyphilitique est le véritable traitement de la leucoplasie. L'iodure de potassium n'a aucune utilité. Par contre, le mercure est le médicament indiqué à condition qu'il le soit sous forme d'*injections*.

Il faut être convaincu d'une chose, c'est que ce traitement doit être continué longtemps. A maladie chronique il faut un traitement chronique. La cure doit être prolongée six mois au minimum d'une manière soutenue et deux ou trois ans d'une manière intermittente pour prévenir les récidives.

L'huile grise ou le calomel peuvent seuls permettre une cure aussi prolongée, à condition que les signes d'intoxication soient surveillés de très près. A la moindre alarme, il faut interrompre les sels insolubles mais non le traitement, sous peine de perdre le bénéfice obtenu, et continuer par les sels solubles, qui permettront de s'arrêter à la dose limite si cela est nécessaire. Au bout de trois mois de traitement, le malade sera mis au repos pour quatre semaines et reprendra ensuite une série de piqûres identique à la précédente. Par ce moyen, les ulcérations se fermeront, les lésions profondes (plaques de sclérose, hypertrophie de l'organe, etc.) s'atténueront et la langue reprendra sa souplesse. La leucoplasie elle-même diminuera d'étendue, mais il en restera toujours quelques plaques plus ou moins grandes, en rapport avec une sclérose du derme que le traitement antisyphilitique est impuissant à résorber.

Si l'on veut que cette amélioration se maintienne, il sera bon deux ou trois fois par an, pendant deux ou trois ans, de refaire une série d'injections mercurielles.

Lorsque par le traitement hydrargyrique prolongé, on aura réduit la lésion aux plaques de leucoplasie irréductibles, sur lesquelles la thérapeutique ne peut plus rien, on pourra s'en tenir là et attendre les événements, c'est-à-dire surveiller la transformation épithéliale possible et intervenir chirurgicalement dès qu'on la soupçonne, soit en cautérisant les bourgeons épithéliaux au thermocautère (Gaucher), soit en les extirpant au bistouri (Le Dentu).

Il y a lieu pourtant de se demander s'il ne serait pas préférable d'enlever cette lésion précancéreuse avant la transformation. Cette conduite est absolument logique si elle satisfait aux deux conditions suivantes : 1° l'extirpation ne doit s'adresser qu'à des plaques de leucoplasie irréductibles, c'est-à-dire à des organes ayant subi un traitement mercuriel prolongé où aucune lésion ne rétrocède plus ; 2° elle ne doit pas consister seulement en décortication, mais en une exérèse complète de la plaque avec le derme sclérosé sous-jacent : si l'on enlève seulement l'épithélium, on laisse à sa place le derme enflammé, au-dessus duquel se régénère avec une nouvelle vigueur l'épithélium kératinisé.

Traitement prophylactique. — La meilleure thérapeutique est celle qui prévient. Or il y a une thérapeutique préventive de la leucoplasie, c'est le traitement mercuriel des lésions syphilitiques des muqueuses prolongé assez longtemps et à dose suffisante, jusqu'à extinction complète de ces accidents.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SUR

UN CAS D'ACTINOMYCOSE DU POIGNET

Par le docteur Ch. VALERY (de Ville-les-Anlezy),
Lauréat de la Faculté de Paris.

M. M..., demeurant à N... (Nièvre), est un fermier vigoureux et fort, âgé de quarante-cinq ans, père d'une nombreuse famille et chez lequel on ne note aucun antécédent intéressant.

Ce fermier à qui le travail des champs vient, quatre ou cinq fois par an (labour, semailles, moisson, etc.), fournir un excès de fatigues, me fit appeler le 27 avril 1905 pour une légère écorchure qu'il « s'était faite au poignet et qui s'envenimait », interdisant tout travail.

J'examinai le mal : il offrait à considérer deux raies étroites et parallèles assez analogues, quant à leur aspect, à des lésions de grattage. Longues de 15 à 20 centimètres, larges de 30 à 40 millimètres, ces deux raies s'étalaient sur la face antérieure du poignet droit, distantes de 1 centimètre environ. A leur base était perceptible une induration linéaire de couleur violacée reposant elle-même sur une zone d'œdème périphérique. La plaie, ainsi délimitée, était sanieuse, roussâtre, sensiblement bourgeonnante, chaque bourgeon sécrétant une matière puriforme grisâtre.

Le malade m'apprit qu'il avait trié et tamisé, quelques jours avant sa maladie, de grandes quantités d'avoine destinées aux semailles. Il se déclara courbaturé, fiévreux, sans forces. Température 38°5. Pouls 100.

Je fis le diagnostic d'actinomycose du poignet avec lésions phlegmoneuses secondaires et j'ordonnai des bains locaux chauds dans une solution de sublimé à 1 p. 1000 suivis d'enveloppements humides. A l'intérieur je prescrivis la potion de Todd et le bromhydrate de quinine à petites doses.

Pour contrôler mon diagnostic j'emportai un peu de pus provenant du râclage des bourgeons. L'examen de ce pus au microscope décela l'existence des grains jaunes caractéristiques avec le feutrage étoilé central et à la périphérie des cellules épithéliales et des globules du pus.

Trois jours après, le 30 avril, je revois le malade. Malgré les pansements humides, les phénomènes généraux se sont singulièrement aggravés. Température 39°3. Pouls 130.

Le malade a de l'insomnie, du délire et une hypersécrétion salivaire; il se plaint d'une courbature générale intense et accuse de très vives douleurs dans tout le bras droit et jusque dans l'aisselle. Pourtant il n'y a pas encore de ganglions axillaires, mais de multiples traînées lymphatiques affirmant l'existence d'une propagation inflammatoire d'une réelle intensité.

Les deux plaies linéaires se sont élargies et fusionnées de manière à couvrir une surface de 10 centimètres de long sur 6 bons centimètres de large. L'induration basale et le bourrelet d'œdème subsistent.

En présence de ces phénomènes j'ai recours au râclage immédiat de la plaie à la curette suivi d'une large cautérisation au thermocautère. Je prescris de grands pansements humides, non plus avec du sublimé, mais avec une solution bien bouillie d'eau bicarbonatée à 4 p. 100 et à l'intérieur 4 grammes d'extrait mou de quina jaune.

Le lendemain et surtout le surlendemain (2 mai) les phénomènes généraux ont cédé. Pouls, 90. Température, 37°7.

Pourtant, si au niveau de la plaie la zone inflammatoire a notablement pâli, la plaie elle-même est restée jaunâtre, suintante, avec une tendance à la formation de nouveaux bourgeons.

Comme il n'y a plus de pus véritable, je prescris des pansements secs à l'aristol. Le 5 mai la plaie n'a pas nettement changé d'aspect.

C'est alors que je formule, un peu tardivement je l'avoue, l'iodure à l'intérieur à la dose de 2 grammes par jour et il m'est permis d'observer le résultat suivant très remarquable. Les bourgeons de nouvelle formation diminuent de volume et de nombre; ils « fondent » visiblement; la plaie semble se déshydrater, s'assécher. Le processus de régénération épithéliale apparaît très intense et en quatre jours exactement la cicatrisation est complète.

Cette observation souligne, de manière très démonstrative, l'influence particulièrement heureuse de l'iodure dans le traitement des lésions d'actinomycose. Dans notre cas, cette influence s'est manifestée pour ainsi dire avec prépondérance. Elle nous est apparue véritablement curative alors que l'action du traitement chirurgical semblait se circonscrire aux lésions inflammatoires surajoutées.

Et c'est pourquoi notre observation nous a paru présenter, au point de vue thérapeutique, un certain intérêt.

MÉDECINE PRATIQUE

UN MOYEN D'ARRÊTER LE HOQUET

M. Argellier (de Billom) rapporte dans le *Lyon médical* (29 avril 1906) un procédé qu'il a expérimenté à diverses reprises avec M. Fourniaux, pharmacien, et qui n'a jamais été mis en défaut. Le voici : prendre un morceau de sucre, le tremper dans du vinaigre, le mâcher rapidement et l'avaler.

Le hoquet s'arrête immédiatement. M. Argellier a employé avec succès ce procédé dans un cas de hoquet hystérique bien caractérisé. Le hoquet qui persistait depuis quatre heures s'arrêta instantanément.

Ce procédé, que sa simplicité met toujours à la portée de la main, méritait d'être rappelé aux praticiens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er MAI 1906)

A l'ouverture de la séance, il y avait 13 membres dans la salle, nous étions trois au banc des journalistes et la partie réservée au public était occupée par une dame. C'est devant ce public restreint que M. le secrétaire perpétuel a donné lecture de la correspondance. Puis M. Berger a présenté la cinquième édition du *Traité de chirurgie d'urgence* de M. Lejars. Il en a fait un éloge mérité, car le succès de cet ouvrage est des plus légitimes.

Aortites abdominales. — M. Robin a présenté une note de M. Bénech, professeur agrégé de la Faculté de Bordeaux, sur l'aortite abdominale par propagation, ses rapports avec la gastrite et l'appendicite. M. Bénech estime que l'aortite abdominale par propagation est une complication très fréquente des gastrites aiguës. Dans son mémoire il en étudie

avec soin la symptomatologie et il conclut que le siège de la douleur maxima à la pression se trouve en général à un doigt au-dessus de l'ombilic. Suivant le degré d'intensité de la gastrite et de l'aortite, la percussion est uniformément douloureuse depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic, ou bien la sensibilité se limite au niveau de l'estomac.

Puis M. Bénech étudie quelques complications très importantes de l'aortite abdominale : entérite muco-membraneuse, néphrite, appendicite. Il les explique en admettant que le processus inflammatoire s'étend aux artères issues de l'aorte.

Comme traitement de l'aortite abdominale par propagation, M. Bénech rejette l'emploi de l'iode, des iodures, du calomel; il recommande l'usage des sédatifs du système nerveux, en particulier de la valériane, du sulfonal et du véronal; il a surtout recours aux révulsifs externes, vésicatoires, pointes de feu, compresses chauffantes.

Eaux minérales. — M. Yvon a lu une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources.

Prothèse dentaire et végétations adénoïdes. — M. Bricard, en son nom et en celui de M. Richard, donne lecture d'une note relative aux heureux effets d'une prothèse dentaire sur les végétations adénoïdes. Il cite le cas d'un enfant qui était atteint de végétations adénoïdes qu'un chirurgien déclare devoir être opérées après que l'enfant se sera fait soigner les dents. Un appareil prothétique bien compris remit les dents en bonne situation, les végétations adénoïdes disparurent et le même chirurgien qui avait déclaré l'opération nécessaire, reconnut que celle-ci était devenue inutile.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Duguet et Kirmisson.

— Avant de lever la séance, M. le Président, étant donné les circonstances actuelles, rappelle que le 23 mai 1871, alors que Paris était transformé en champ de bataille, un seul membre se présenta à l'Académie, et y signa la feuille de présence, c'était M. Gauthier (de Clagny), membre de la section de chimie, le prédécesseur de M. Armand Gauthier. L'assemblée s'est associée, par quelques marques d'approbation, à ce lointain hommage rendu à ce membre aussi exact que courageux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 28 avril 1906)

Etude de la section thoracique chez les nouveau-nés. — Des recherches de M. Maurel, il résulte :

1° Que la surface cutanée d'un kilogramme de nouveau-né est environ trois fois plus grande que celle d'un kilogramme d'adulte, mais qu'il en est de même de la section thoracique; de sorte que le rapport entre ces deux surfaces est sensiblement le même ;

2° Au fur et à mesure que, sous l'influence de la croissance, la surface cutanée d'un kilogramme du sujet diminue, la section thoracique de ce kilogramme diminue également et d'une manière sensiblement proportionnelle ;

3° Le rapport entre ces deux surfaces reste donc le même aux différents âges; et peut être évolué sensiblement à 4 centimètres carrés de section thoracique pour 1 décimètre carré de surface cutanée ;

4° Le docteur Maurel ayant déjà établi dans des recherches antérieures, que la nature tend à rendre à la section thoracique ce même rapport quand des causes pathologiques, telles que les pleurésies et les déviations du rachis, l'ont diminué, il fait ressortir l'importance que prend ce rapport aussi bien au point de vue de l'hygiène que de la pathologie ;

5° Quant à l'explication de ce rapport, l'auteur la trouve dans ces considérations :

D'abord que les augmentations et les diminutions de la section thoracique doivent correspondre à des modifications semblables de la surface pulmonaire; et ensuite que ce rapport étant admis, il est naturel que la surface pulmonaire (appréciée par la section thoracique) qui absorbe l'oxygène servant à produire le calorique nécessaire à l'organisme, s'adapte à la surface cutanée par laquelle se perd la plus grande partie du calorique ainsi produit.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Mesures de la pression sanguine chez les nourrissons. (Trumpp. *Jahrb. f. Kind.*, janv. 1906.) — Reprenant les recherches de Shaw (*Albany med. ann.*, fév. 1900) et de Neu (Heidelberg 1902), faites avec le tonomètre de Gartner, Trumpp remarque que la pression artérielle dépend : 1° de l'énergie du cœur ; 2° de la résistance des vaisseaux ; 3° de la quantité, et, probablement aussi, de la qualité du sang. Ces trois conditions sont elles-mêmes en étroites relations, et l'organisme s'efforce de les régulariser pour maintenir la tension artérielle à un niveau sensiblement constant. Comme chez l'adulte, l'activité musculaire et les excitations nerveuses, chez l'enfant, provoquent l'hypertension. La tension artérielle est donc plus élevée lorsque les nourrissons sont éveillés que lorsqu'ils dorment. Les différences s'accentuent ou diminuent selon que l'enfant éveillé reste tranquille ou s'agite, ou commence à crier. De même, avant et après les tétées, on note des différences de 8 à 10 millimètres de mercure. Les changements de nourriture exercent une action hypertensive marquée, surtout nette lorsque l'allaitement artificiel fait place à l'allaitement naturel : on voit alors la tension artérielle, primitivement abaissée, s'élever peu à peu jusqu'à la normale.

Chez les nourrissons bien portants et tranquilles, la tension artérielle oscille entre 60 et 90 millimètres de mercure. La moyenne est de 80 millimètres. Des chiffres de 70 millimètres ou de 60 millimètres ne se trouvent habituellement que chez des enfants endormis ou chez des prématurés.

Chez les nourrissons élevés exclusivement au sein, la tension artérielle figure une courbe régulière, variant presque horizontalement, entre 75 et 90 millimètres de mercure. Lors du passage à l'allaitement artificiel, de même que chez les enfants nourris au sein qui présentent la diathèse exsudative de Czerny, la courbe présente des oscillations étendues, mais toujours dans les limites précédemment indiquées.

La tension artérielle des nouveau-nés ne diffère pas de celle des nourrissons plus âgés. Trumpp admet avec réserve que, chez eux, l'ictère élève la tension artérielle au début, et l'abaisse à la fin. Dans la bronchite et la broncho-pneumonie, la tension artérielle est toujours exagérée, et cela, proportionnellement à la gravité de la maladie et à la force contractile du myocarde. La guérison s'annonce-t-elle, la résistance diminue-t-elle dans les vaisseaux de la petite circulation, alors la tension artérielle s'abaisse, pour remonter lorsque le processus inflammatoire se réveille. Des valeurs moyennes de la

tension artérielle, au cours d'une broncho-pneumonie étendue, constituent un symptôme fâcheux : elles indiquent en effet un affaiblissement du cœur.

Dans les cas d'irritabilité nerveuse et de crampes, la tension artérielle s'élève; de même, dans les inflammations diverses et les processus suppuratifs : angine, rhinite, otite, adénite, furonculose, phlegmons. Le degré de l'élévation varie avec la gravité et l'étendue du processus inflammatoire. Vient-on à inciser l'abcès, et à diminuer ainsi la tension des tissus, on obtient une hypertension momentanée; la chute de la pression s'établit, définitive, lorsque le pus peut librement s'écouler; la rétention provoque de nouveau donc de l'hypertension.

La tension artérielle et la fièvre n'affectent pas de rapports bien définis. Quelquefois, l'une s'élève, tandis que l'autre s'abaisse, comme dans le typhus, la pneumonie, la méningite, le coup de chaleur.

Dans les affections aiguës de l'appareil digestif, lorsque le cas est grave, on voit régulièrement, après les pertes qu'a subies l'organisme en eau et en poids, un abaissement considérable de la tension artérielle. Celui-ci est interrompu par les changements de régime, mais, si la nouvelle nourriture n'améliore pas l'état général, l'interruption est courte. Quant aux enfants qui présentent les troubles digestifs décrits par Czerny et rattachés par lui à une intoxication, leur tension artérielle s'abaisse proportionnellement à la déshydratation de l'organisme, non sans offrir des réascensions périodiques, que l'on peut attribuer à une action irritative exercée par les poisons organiques sur le cœur.

Dans les maladies chroniques de l'appareil digestif, l'état de la tension artérielle est extrêmement variable : survient-il une amélioration dans l'état général, la pression artérielle se rapproche de la moyenne. Le malade perd-il progressivement ses forces, la tension artérielle s'abaisse, de telle sorte que des chiffres inférieurs à 50 millimètres de mercure comportent un funeste pronostic. La perte de poids est toujours suivie, dans un bref délai, d'une chute de la pression artérielle. Les changements de régime peuvent relever momentanément celle-ci.

Dans deux cas observés par l'auteur, il y avait parallélisme absolu entre les modifications du poids et les variations de la tension artérielle : aussi Trumpp pense-t-il que, dans certains cas, la mesure de la tension artérielle pourrait indiquer l'existence ou l'absence de rétention d'eau dans les tissus. L'eau ainsi retenue ne sert pas à solubiliser le chlorure de sodium, car les malades ne présentent aucun signe d'insuffisance rénale, ne servirait-elle pas plutôt à solubiliser les colloïdes qu'une alimentation trop riche en albumines introduit dans le sang ? On est donc en droit d'espérer, si cette hypothèse se confirme, que la mesure de la tension artérielle permettra ultérieurement de régler la quantité d'albumine à introduire dans l'organisme. Cette quantité sera évidemment celle qui ne détermine aucune élévation de la tension artérielle.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Vaginopexie. (W. P. Graves. *Boston med. and surg. Journ.*, 8 fév. 1906.) — Depuis un an, l'auteur a vu appliquer 19 fois à la cure des cystocèles et des prolapsus utérins et vaginaux, l'opération suivante : Laparotomie en position renversée; une pince va saisir la paroi vaginale droite un peu en arrière et en dehors de la réflexion du cul-de-sac sur l'utérus et attire cette paroi en haut tandis que le doigt d'un aide, introduit dans le vagin, contrôle la manœuvre. Puis l'on passe un point de suture non perforante avec une soie n° 10. Ce point est passé à travers le péritoine, le muscle droit et l'aponévrose de l'abdomen à une distance d'environ 1 ou 2 centimètres de l'incision, puis on le fait rentrer dans la cavité abdominale. Même technique de l'autre côté. Puis les sutures sont liées; elles attirent fortement le vagin en haut et placent l'utérus en antéversion complète. Cette antéversion n'est pas permanente; au bout de 2 à 3 semaines l'utérus a généralement repris un axe normal. En tout cas, elle n'occasionne pas de troubles urinaires; loin de là, les symptômes vésicaux marqués en cas de cystocèle ont toujours disparu après l'opération. Un point cependant sur lequel l'auteur se montre très réservé, ce sont les inconvénients que pourrait avoir une opération semblable en cas de grossesse ultérieure. Aucune de ses opérées n'est devenue enceinte. Il est peut être encore prématuré de porter un jugement définitif, mais ce dernier élément semble de nature à considérablement restreindre les indications chez les sujets jeunes.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Les formes frustes de la névrite hypertrophique et progressive de l'enfance. (Beduschi. *Rivista di patol. nervosa e mentale*, janv. 1906, p. 10.) — A propos d'un cas fruste de Déjerine et Sottas, l'auteur recherche les cas semblables publiés dans la littérature. Les formes frustes sont, dit-il, plus fréquentes que le type morbide décrit par Déjerine et Sottas, parmi ces formes frustes, il place l'amyotrophie familiale du type Charcot-Marie, qui ne diffère de la névrite interstitielle hypertrophique que par l'absence des signes suivants : myosis, signe d'Argyll, nystagmus, ataxie, cypho-scoliose, hypertrophie et induration des troncs nerveux des membres.

L. ALQUIER.

La guérison histologique de la méningite cérébro-spinale. (Gaussel. *Revue neurologique*, 1906, p. 46-52.) — Une femme de vingt-deux ans présente les signes d'une méningite cérébro-spinale, au cours de laquelle la ponction lombaire donna issue à un liquide opalescent, contenant de nombreux leucocytes, dont les deux tiers polynucléaires. Guérison qui s'est maintenue un an, puis tuberculose pulmonaire, qui emporta la malade. A l'autopsie, intégrité complète du névraxe : la méningite dont l'auteur croît pouvoir affirmer l'existence aurait donc guéri complètement, sans reliquat, et sans déterminer de la localisation sur le névraxe de la tuberculose pulmonaire.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

L'évolution de la matière (1), par le docteur Gustave Le Bon. — **La science moderne et son état actuel** (2), par Emile Picard, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne. — **La lutte universelle** (3), par Félix Le Dantec, chargé de cours à la Sorbonne.

Nous avons déjà parlé il y a quelque temps de l'intéressante série d'ouvrages publiés par la maison Ernest Flammarion sous la rubrique générale de *Bibliothèque de philosophie*

(1) Un vol. de 389 pages avec 62 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.
(2) Un vol. de 299 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.
(3) Un vol. de 294 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

scientifique; cette remarquable collection s'est enrichie depuis de trois livres nouveaux. L'un est dû au docteur Gustave Le Bon et a pour titre : *L'évolution de la matière*, et il est déjà célèbre. La hardiesse de sa pensée dominante : « Rien ne se crée, tout se perd, » qui sonne étrangement à nos oreilles accoutumées à une autre formule, suffit à attirer sur lui l'attention de ceux qui aiment à quitter de temps en temps le domaine des applications pratiques pour se réfugier dans la science pure. Les théories de l'auteur sont d'ailleurs appuyées sur une expérimentation minutieusement réglée dont on trouvera le détail à la fin du volume avec 62 figures photographiées dans le laboratoire du docteur Gustave Le Bon.

Dans la *Science moderne et son état actuel*, M. Emile Picard a repris et développé le rapport général sur les progrès récents des sciences dont il avait été chargé pour l'exposition de 1900; il y donne une idée d'ensemble sur l'état des sciences mathématiques, physiques et naturelles dans les premières années du XXe siècle. Cet ouvrage ne peut manquer d'avoir un grand succès auprès des médecins qui trop absorbés par l'exercice et l'étude constants de leur profession ne peuvent suivre à leur gré les progrès des autres sciences. A notre époque cependant la médecine est si intimement liée à ce qu'on appelle encore à l'Ecole les sciences accessoires, et qui sont en réalité la base de toute médecine sérieuse, qu'il est indispensable de se tenir au courant de leurs acquisitions nouvelles. Nos confrères liront donc avec le plus vif intérêt les chapitres si clairs consacrés par l'auteur à la physique de l'éther, à la chimie, à la physiologie, à la chimie biologique. L'ouvrage, qui d'ailleurs demande à être lu tout entier, se termine par une remarquable étude sur l'influence qu'ont exercée les maladies microbiennes sur la médecine.

La *Lutte universelle*, de M. Félix Le Dantec, est un livre marqué, comme tous ceux du même auteur, au coin d'une puissante originalité. L'ouvrage est la paraphrase et la démonstration de cet axiome qui lui sert d'épigraphe : « Etre c'est lutter, vivre c'est vaincre. » Pour l'auteur on peut diviser les corps en trois classes; les corps vivants qui constituent la première sont en lutte constante avec le milieu ambiant, et leur triomphe permanent sur ce milieu est la condition même de leur vie. Dans la seconde classe rentrent les corps dont les victoires sur l'ambiance ne sont que partielles, telles les flemmes, les diastases. Les corps bruts pour qui la victoire ne saurait exister sont détruits par la lutte; ce sont eux qui constituent la troisième classe.

On conçoit aisément combien cette manière d'envisager les phénomènes de la vie peut acquérir d'intérêt et de puissance quand M. Le Dantec met à son service le talent d'écrivain et la grande science qu'on lui connaît.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 MAI 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 8 mai, à une heure. — 2e, *Salle Béclard* : MM. Launois, Langlois et Maillard.

3e (2e partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Joffroy, Thiroloix et Guiart.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Chantemesse, Gilbert et Dupré; — M. Carnot, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Méry et Renon; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 9 mai, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (2e partie, oral), *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Blanchard, Teissier et Legy; — (2e série) : MM. Brissaud, Claude et Macaigne; — M. Balthazard, suppléant.

Jeudi 10 mai, à une heure. — 2e, *Salle Béclard* : MM. Roger, Launois et Desgrez.

3e (1re partie, oral), *Salle Broussais* : MM. Pozzi, Thiéry et Demelin; — (2e partie) : MM. Joffroy, Thiroloix et Jeanselme; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 11 mai, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Gaucher, Balthazard et Macaigne; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Mauclaire; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Lepage, Wallich et Potocki; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 12 mai, à une heure. — 2e, *Salle Pasteur* : MM. Launois, Langlois et André Broca.

4e, *Salle Thouret* : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — M. Guiart, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Roger et Thiroloix; — (2e série) : MM. Hutinel, Méry et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon; — M. Renon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 2 mai 1906, à une heure. — M. FOSSIER. Les traitements de la syphilis. (MM. Gaucher, président; Roger, Richaud et Marcel Labbé.) — M. FRANCINA. Contribution à l'étude physique des eaux minérales. (MM. Roger, président; Gaucher, Richaud et Marcel Labbé.)

Jeudi 10 mai 1906, à une heure. — M. BOUFFIER. Traitement des plaies de la veine cave inférieure au cours de la néphrectomie. (MM. Guyon, président; Berger, Gilbert et Carnot.) — M. SAILLANT. Sigmoïdites et périsigmoïdites. Etude anatomique et clinique. (MM. Berger, président; Guyon, Gilbert et Carnot.) — M. BOIVIN. Contribution à l'étude du foie appendiculaire. (MM. Gilbert, président; Guyon, Berger et Carnot.) — M. BRILLAUD. De quelques formes de tuberculose oculaire (kératite parenchymateuse tuberculeuse et tuberculose de l'iris) et en particulier de leur traitement. (MM. Hutinel, président; Budin, de Lapersonne et Méry.) — M. TROUETTE. Les mutualités maternelles. Leur action sur la mortalité infantile. (MM. Budin, président; Hutinel, de Lapersonne et Méry.) — M. BÉAL. Des hémorragies rétiniennes dans la compression du thorax. (MM. de Lapersonne, président; Hutinel, Budin et Méry.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

DÉFINITION. HISTORIQUE. — Sous le nom de *rhumatisme blennorragique*, on décrit un ensemble d'accidents articulaires survenant au cours de l'infection gonococcique, et qui, par leurs symptômes, leur évolution, leurs complications, rappellent le rhumatisme articulaire aigu dont ils ne diffèrent que par la cause : le rhumatisme blennorragique est le type des *pseudo-rhumatismes infectieux* décrits par Bouchard, Bourcy, de Lapersonne.

Pour l'historique, v. Fournier, art. Blennorragie, *dict. Jaccoud*, et Lagrange, *Traité Duplay-Reclus.*

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — CAUSES PRÉDISPOSANTES. — L'*âge adulte* est surtout atteint, parce que c'est à cette période de la vie que la blennorragie est la plus fréquente, mais le rhumatisme blennorragique peut aussi frapper des vieillards, des enfants, et même des nourrissons.

Relativement à l'influence du *sexe*, deux opinions : 1° pour les uns, le rhumatisme blennorragique ne s'observe jamais chez la femme parce que, chez elle, l'urétrite (cause présumée des accidents articulaires) est exceptionnelle (Ricord); 2° pour les autres, cette immunité du sexe féminin n'est qu'apparente (Cullerier), et l'on rencontrera toujours une proportion à peu près semblable d'individus des deux sexes, si l'on examine avec soin les organes génitaux de tous les rhumatisants (Lagrange).

Certains auteurs incriminent une *prédisposition familiale.*

On discute également le rôle : 1° de la *diathèse arthritique*, prépondérant pour Peter, nul pour Fournier; 2° du *froid et de l'humidité*, causes sans influence (Fournier), ou au contraire facteurs d'importance capitale, particulièrement dans la forme aiguë (Duplay et Brun); 3° des *écarts de régime et de traitement* (fatigues, efforts, bains, abus des balsamiques). Pour Fournier, aucune de ces causes n'a d'action évidente.

CAUSE DÉTERMINANTE. — Il n'y en a qu'une, c'est la blennorragie.

C'est ce que prouvent : 1° *La fréquence des affections articulaires coexistant avec la blennorragie, fréquence telle qu'elle ne peut s'expliquer par une simple coïncidence* (Fournier).

2° La récidive du rhumatisme dans le cours de *blennorragies successives, récidive établissant entre ces deux affections un rapport évident, une connexité réelle qui ne peut s'expliquer par une simple coïncidence* (Fournier).

3° *Les résultats de certains examens bactériologiques.*

Le rhumatisme peut succéder :

1. **A une urétrite blennorragique.** — C'est le cas le plus fréquent, le seul qu'admettait Ricord. Pour Rollet, « l'*abondance de l'écoulement* serait la condition la plus générale dont dépend plus au moins directement la complication rhumatismale. » Plus l'écoulement est abondant, plus le rhumatisme est à redouter, fait inexact (Fournier, Duplay et Brun). Le rhumatisme blennorragique appartient surtout aux *urétrites aiguës*, au cours desquelles il apparaît du sixième au quinzième jour environ (Fournier), lorsque l'urètre postérieur se prend (Balzer). Mais il peut aussi venir compliquer une *urétrite chronique.* On admettait jadis que l'écoulement urétral diminuait lors de l'apparition des accidents articulaires, d'où la théorie de la métastase. En réalité (Fournier) dans la moitié et peut-être même dans les deux tiers des cas, l'écoulement reste ce qu'il était.

Pour Fournier, la nature de l'urétrite exercerait une influence sur la nodalité des accidents articulaires : à une urétrite aiguë succéderait un rhumatisme aigu, à une urétrite chronique, un rhumatisme subaigu. Cette distinction est contestée : sur 20 cas d'arthrites aiguës, dans plus de la moitié l'urétrite était si insignifiante qu'elle avait dû être soigneusement recherchée (Brun). Macaigne et Finet ont publié un cas de rhumatisme consécutif à une *balanite blennorragique*, sans urétrite.

2. **A une vulvo-vaginite blennorragique.** — A. On sait que, chez la *femme adulte*, la blennorragie se localise à la vulve et au vagin. Cette *vulvo-vaginite* blennorragique seule, ou compliquée de *bartholinite*, peut se compliquer d'accidents articulaires dans deux conditions : α. au début, à la phase aiguë; β. plus tard, au moment des épisodes aigus qui surviennent au cours des *métrites* blennorragiques chroniques. C'est probablement dans cette dernière catégorie qu'il faut faire rentrer un certain nombre de *rhumatismes puerpéraux*, qui ne seraient autres que des rhumatismes blennorragiques (Bar, Bégouin, Fruhinsholz).

B. Chez les *petites filles*, la vulvo-vaginite peut, dans un certain nombre de cas, provoquer des arthrites blennorragiques (v. Vignaudon, Th. de Paris, 1893, Vanuxcem, Th. de Paris, 1895, et Epstein, *Traité Grancher-Comby*, 2e éd., t. II).

3. **A une opthalmie blennorragique.** — Cette origine du rhumatisme blennorragique ne s'observe guère que chez le nouveau-né (Clément Lucas, Nobécourt et Vitry, etc.; v. aussi Hutan, Th. de Paris, 1905).

En résumé, le rhumatisme gonococcique succède presque toujours : chez l'homme adulte, à une métrite; chez la femme adulte, à une vulvo-vaginite ou à une urétrite; chez la petite fille, à une vulvite (1); chez le nouveau-né, à une opthalmie.

Le rôle du gonocoque, dans la production des accidents articulaires, a été définitivement établi : 1. par les recherches de Pétrone, Kammerer, Bousquet, etc., trouvant le gonocoque dans le liquide extrait des articulations malades; 2. par le développement d'arthrites chez des malades atteints de pannus granuleux et ayant subi l'inoculation blennorragique curative (cas de Poncet).

Lorsqu'on ne trouve pas le gonocoque dans l'épanchement articulaire, on peut supposer : α. qu'il est cantonné dans les franges de la synoviale (cas de Burci, Vaquez et Laubry); β. qu'il agit non par lui-même, mais par ses toxines (Guyon et Janet); γ. qu'il favorise le développement, dans les jointures, d'infections secondaires (Bockart, Gerheim, Patris de Broé).

En résumé, la cause essentielle du rhumatisme blennorragique, c'est la *blennorragie* (Fournier). Mais toute blennorragie n'est pas suivie d'accidents articulaires (2). C'est que, pour faire du rhumatisme gonococcique, il faut y être prédisposé par une des causes étudiées plus haut. (*A suivre.*)

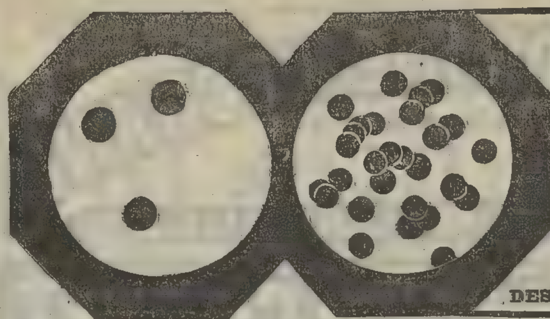
Le langage, essai sur la psychologie normale et pathologique de cette fonction, par le docteur E.-Bernard LEROY. In-8 de la Biblioth. de philos. contemp. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) On ne connaît qu'un cas de rhumatisme survenu chez un petit garçon, à la suite d'une urétrite blennorragique (Vanuxcem).

(2) Ceux-ci ne s'observent que dans 2 à 3 p. 100 des cas.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.




AK

N° 52. — SAMEDI 5 MAI 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 5 MAI 1906. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	» — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 2 mai 1906. — MM. Veau, 19; Alglave, 18; Kendirdjy, 15.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Après concours, M. le docteur James vient d'être nommé chef de clinique chirurgicale.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin-major de deuxième classe Seguin, du 3e régiment d'artillerie coloniale, a été désigné pour diriger, dans la position d'activité hors cadres, le laboratoire bactériologique d'Hanoï (Tonkin).

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Collinet, médecin-major de première classe aux salles militaires de l'hospice mixte de Reims est désigné, pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1906, à l'hôpital de Vichy.

M. Godeau, médecin aide-major de première classe au 131e d'infanterie, est désigné pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1906, à l'hôpital de Bourbonne-les-Bains.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le ministre de la guerre adresse une lettre de félicitations à M. le docteur H.-M.-A.-J. Jousset, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales, pour son dévouement, pendant une épidémie de peste bubonique à la Nouvelle-Calédonie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Grégoire (de Livarot).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour individuels ou collectifs pour toutes les stations thermales du réseau P.-L.-M. notamment :* Aix-les-Bains, Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Genève, Menthon (lac d'Annecy), Uriage (Grenoble), Royat (Clermont-Ferrand), Thonon-les-Bains, Vichy, etc.

1° *Billets d'aller et retour individuels* valables 10 jours, avec faculté de prolongation, délivrés du 1er mai au 31 octobre, dans toutes les gares du réseau; réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes.

2° *Billets d'aller et retour de famille* valables 33 jours, avec faculté de prolongation, délivrés du 1er mai au 15 octobre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande des billets (individuels ou collectifs) 4 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Nota. — Il peut être délivré, à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Billets pris à l'avance. — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Etienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de vingt, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100

sur les prix des billets ordinaires. Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus et ceux qui sont délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux succursales.

— La Compagnie P.-L.-M. vient de publier deux brochures visant : l'une l'*Auvergne* et l'autre la *Banlieue de Paris* desservie par son réseau.

La brochure l'*Auvergne* donne la description des points les plus intéressants de l'Auvergne, du Velay, du Vivarais et des Gorges du Tarn; elle est illustrée de nombreuses vues en similigravure.

L'album *Banlieue de Paris* renferme, avec description, des vues en similigravure et dessins à la plume.

Ces deux publications sont mises en vente dans les bibliothèques des principales gares du réseau aux prix de : 50 centimes l'*Auvergne* et 25 centimes l'album *Banlieue de Paris*; elles sont également envoyées à domicile sur demande accompagnée de 60 centimes en timbres-poste pour la première, de 35 centimes en timbres-poste pour la seconde, et adressée au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac, par les docteurs SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris, HARTMANN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, LINOSSIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, CAUTRU, DELHERM, GOURIN, G. LEVEN, anciens internes des hôpitaux de Paris, etc. Gr. in-8 de 875 p., avec 111 fig. noires et coloriées. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique, par le docteur E. MAUREL, médecin principal de réserve de la marine, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. Vol. I : Nos aliments : origine, évolution, minéralisation, élimination. In-8 de 384 p. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

IIe Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique (11, 12 et 13 juin 1905), organisé par la Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire. Rapports et communications. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

Promenade d'un médecin à travers l'histoire, par le docteur J. BARRAUD. In-18 de 270 p., broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. R. de Rudeval.

Anémie des mineurs, étiologie, séméiologie, prophylaxie, organisation médicale, par le docteur E. FRANÇOIS, délégué à l'enquête sur l'ankylostomiase. In-8 avec 8 pl. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

La diarrhée infantile chez les nourrissons de zéro à deux ans. Historique, prophylaxie, traitement, par le docteur M. PERRET, ex-chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine. In-8 de 68 p. avec 29 tracés dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Mécanique chimique, par Emm. POZZI-ESCOT. In-18, 112 pages (N° 2 des *Actualités chimiques et biologiques*). — Prix : 1 fr. 50. — Jules Rousset, éditeur.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1906.) TERRIEN : Maltosage des bouillies dans l'alimentation infantile. — THOMESES et GRACOSKI : Myocardite simulant la cirrhose cardio-tuberculeuse.

Bulletin médical. — (N° 34, 2 mai 1906.) G. KUSS : Indications cliniques et rôle social des sanatoriums populaires d'après les résultats obtenus au sanatorium d'Angicourt depuis cinq ans.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 17, 29 avril 1906.) J. CARLES : Sur l'acétonurie et son traitement.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 17, 29 avril 1906.) ANDÉRODIAS : Retour de la sécrétion lactée après un sevrage prolongé. — COLLEIS : Septicémie puerpérale traitée par les abcès de fixation.

Journal des praticiens. — (N° 17, 28 avril 1906.) AUVRAY : A propos du diagnostic de l'appendicite. — DIEULAFOY : La typhlocolite. — HUCHARD : Les conséquences de l'hypertension artérielle. — THIBIERGE : Lupus du nez ou syphilis.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 17, 28 avril 1906.) H. LAVRAND : Gastro-entérite chronique. Guérison. Guérison subite pendant un pèlerinage à Lourdes. — TOP : Section du nerf cubital au poignet. Suture. Retour précoce de la motilité par la thermothérapie et la mécanothérapie. — G. LEMIÈRE : La cryoscopie (*fin*).

Lyon médical. — (N° 17, 29 avril 1906.) Eug. VILLARD : De la constipation dans les inflammations chroniques du péritoine.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 7, 15 avril 1906.) A. CRONEAU : Quelques réflexions sur la marine. — J. THOULET : La circulation océanique. — E. LAMBLING : *Revue annuelle de chimie physiologique* (matières protéiques. Aliments. Diastases. Digestion).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 16, 21 avril 1906.) TAPTAS : De l'abcès rétro-pharyngien chez les enfants et chez les adultes. — (N° 17, 28 avril.) Brown KELLY : Télangiectasies multiples de la peau et des muqueuses du nez et de la bouche.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Mai 1906.) MARFAN : Suppurations articulaires et périarticulaires dans la pseudo-paralysie des nouveau-nés syphilitiques. — DE VICARIIS : Recherches sur le sang des enfants prématurés (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1906.) MARINESCO et MINEA : Recherches sur la régénérescence des nerfs périphériques. — CANTONNET et TAGUET : Paralysie des mouvements associés des yeux et leur dissociation dans les mouvements volontaires et automatico-réflexes.

Semaine gynécologique. — (N° 16, 17 avril 1906.) PICHEVIN : Traitement des métrites. — (N° 17, 24 avril.) PICHEVIN : Traitement des métrites (*suite*). — (N° 18, 1er mai.) PICHEVIN : Les rétrodéviations chez les jeunes mariées.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 8, 30 avril 1906.) GÉRARDIN (de Sézanne) : Notes pour l'histoire des simples. L'arnica montana (daronia des Allemands) à travers les bouquins.

REVUE GÉNÉRALE

LES ENDOCARDITES DES TUBERCULEUX

Par le docteur René GAULTIER.

I

Exposé. — Les endocardites des tuberculeux, sorties du néant au milieu du siècle dernier avec les observations premières de Wagner, de Lancereaux et de Letulle, sont passées successivement du domaine des plus restreints de l'anatomie pathologique dans le domaine chaque jour nouvellement accru de la clinique.

Leur existence fut en effet tout d'abord niée systématiquement au nom de certains principes de pathologie générale, comme plus tard elle devait être affirmée, systématiquement également, au nom de principes différents. L'occasion d'examiner, à la clinique de M. le professeur Dieulafoy, un de ces cas d'endocardite chez un tuberculeux, nous a encouragé à passer en revue l'étude de leurs différentes variétés, sans prendre parti dans les questions de doctrine qui s'agitent autour d'elles. Nous nous contenterons donc ici d'exposer impartialement les faits, laissant à chacun le soin d'établir lui-même, comme nous l'avons fait pour notre propre cas, avec les idées générales qui le guident en médecine, sa critique personnelle. Et ainsi nous plaçant sur ce terrain, ce travail justifiera-t-il l'appellation de revue qu'il prend pour titre.

II

Historique. — Tandis que, au commencement du XIXe siècle, le rhumatisme avec Bouillaud englobe à lui seul presque toute l'histoire des endocardites, Rokitansky, en 1846, refuse toute existence à l'endocardite des tuberculeux au nom de la loi d'*antagonisme entre la tuberculose et les affections cardiaques*.

Cependant en 1861 Wagner rapporte un cas de tubercule caséeux de l'endocarde, et à sa suite, au nom de cette autre grande loi générale que *toute cause morbifique fait subir à l'organisme une modification propre que celui-ci traduit par des lésions constantes et identiques*, loi formulée par Lancereaux, cet auteur lui-même (1866), puis Letulle (1874), Peroud, etc., rapportent des cas d'altérations tuberculeuses de l'endocarde présentant des caractères histologiquement spécifiques, c'est-à-dire tantôt la granulation, tantôt le tubercule à ses diverses phases d'évolution caséeuse, ulcéreuse, fibreuse ou crétacée.

La découverte du bacille de Koch n'a fait que confirmer ces constatations en superposant aux lésions *histologiquement spécifiques* l'étude des lésions *bactériologiquement caractéristiques*. Du même coup on a pu, chez les tuberculeux, par l'examen microbien, séparer des endocardites purement tuberculeuses, les *endocardites secondaires* végétantes ou ulcéreuses à staphylocoques, à streptocoques, à colibacille, etc., et Teissier dans sa thèse en 1894 montra, comme nous l'exposerons plus loin, leur importance clinique et leur valeur pronostique.

Mais déjà à ce moment le domaine des lésions spécifiques s'agrandit avec les connaissances bactériologiques, non plus limitées aux seuls microbes, mais accrues des données nouvelles sur leurs toxines spécifiques; à la tuberculose on applique une loi générale nouvelle, en contradiction avec la précédente, à savoir : le *polymorphisme des effets soumis à une même cause*, et Potain et son élève Teissier établissent sur de nombreux documents anatomiques et cliniques les rapports de certaines lésions valvulaires orificielles avec le terrain tuberculeux. Certaines scléroses valvulaires, telles que le rétrécissement mitral, sont placées sous cette dépendance étiologique, et comme nous le dit ce dernier auteur, à l'antagonisme de diathèse de Rokitansky se substitue l'antagonisme d'évolution : l'hyperémie pulmonaire occasionnée par le rétrécissement mitral entravant le développement de la tuberculose.

Avec Poncet le domaine des lésions non anatomiquement tuberculeuses mais cependant considérées comme de nature tuberculeuse, s'élargit encore quand il décrit chez l'adulte le rhumatisme tuberculeux abarticulaire qui, dit-il, « provoque du côté des organes atteints des lésions allant depuis la simple fluxion jusqu'à la sclérose incurable, lésions qui n'ont la plupart du temps rien de tuberculeux au sens anatomique du mot, et ne se différenciant pas comme produits réactionnels des altérations produites par d'autres maladies infectieuses, sont dues soit au bacille de Koch (*tuberculides bacillaires*), soit à ses toxines (*toxi-tuberculides*). » M. Barbier a confirmé ces données chez l'enfant.

Enfin récemment, MM. Œttinger, Braillon et Jousset ont montré s'appuyant sur des faits expérimentaux et cliniques, sur des analogies cliniques, notamment sur les faits de tuberculose pleurale primitive rapportés par M. le professeur Landouzy, que le bacille de Koch pouvait déterminer des endocardites primitives non histologiquement caractéristiques, simple inflammation nodulaire, dont l'existence clinique a pu être révélée par la constatation du bacille dans le sang, alors qu'il n'existait nulle part ailleurs dans les autres organes de lésions tuberculeuses. A leur tour, ils ont proposé une conception nouvelle du rôle de la tuberculose dans la genèse des cardiopathies en envisageant cette question comme un cas particulier de la tuberculose des séreuses et des réactions de l'endocarde vis-à-vis du processus infectieux, *les affections valvulaires d'origine tuberculeuse ayant les caractères essentiels des endocardites simples et évoluant comme une tuberculose primitive locale et de virulence atténuée*.

III

Anatomie pathologique. — Suivant l'ordre descriptif que nous fournit l'historique précédent, nous étudierons brièvement dans ce paragraphe les lésions endocarditiques des tuberculeux.

1° Cas anatomiquement tuberculeux. — Dans ces cas les lésions observées sont des plus caractéristiques.

a. *Tuberculose granulique de l'endocarde.* — Tan-

tôt ce sont des granulations comme celles décrites dans l'observation de Perroud où la valvule mitrale était garnie près de son bord libre d'une multitude de petites végétations confluentes, rosées, qui lui formaient un liséré épais, finement découpé et des plus élégants, coexistant avec des granulations miliaires blanchâtres farcissant les deux poumons. Toutefois cette forme de tuberculose granulique de l'endocarde regardée comme fréquente par Weigert, par Frœntzel, Heller, Broch, n'a jamais été constatée par Potain, Landouzy, Bouchard, Hutinel, Charrin et Roger; elle est d'autre part totalement inconnue en pathologie expérimentale et Braillon, ne voulant considérer, avec juste raison du reste, comme observations légitimes de granulations miliaires de l'endocarde que les cas où la néoplasie tuberculeuse est nettement caractérisée par sa structure histologiquement spécifique et son siège péri-vasculaire, la considère sinon comme inexistante au moins comme exceptionnelle, à s'en rapporter aux faits signalés dans la littérature médicale.

b. *Tuberculose caséeuse de l'endocarde.* — Tantôt ce sont des tubercules à des phases diverses de leur évolution, tubercules à l'état de crudité, à l'état de caséification, d'ulcération, ou au contraire de sclérose et de crétification. Ainsi dans le cas de Wagner il s'agit d'un tubercule gros comme la moitié d'un pois occupant une colonne charnue entre l'orifice aortique et la pointe du cœur, et renfermant une matière ramollie d'un gris jaunâtre; dans un cas de Lancereaux la valvule tricuspide présentait des dépôts jaunâtres agglomérés au nombre de quatre à six sur chacun des prolongements de cette valvule (face auriculaire); ces dépôts offraient à leur centre un petit foyer formé par une substance liquide blanchâtre, composée de granulations moléculaires et graisseuses, de cellules à noyaux arrondis et granuleux; sur un des points de la même valvule existaient des dépôts moins volumineux avec injections vasculaires périphériques constituées par de petites cellules arrondies analogues aux éléments des granulations tuberculeuses.

Ces deux cas nous offrent le tubercule à l'état de caséification. Ailleurs nous trouvons le tubercule en voie de crétification; tel est cet autre cas de Lancereaux où la lésion de l'endocarde présentait des dépôts miliaires d'apparence caséeuse, infiltrés de sels de chaux analogues aux granulations crétacées des poumons. Ailleurs encore ce sont des ulcérations tuberculeuses, témoin le fait de Girode, dans lequel le bord libre de la tricuspide du côté auriculaire était occupé par des ulcérations et des végétations en chou-fleur, semblant naître du fond de cette ulcération bourgeonnante, que l'examen histologique montre comme constituée superficiellement d'une mince couche granuleuse avec quelques filaments de fibrine, et plus profondément d'une zone à petites cellules, se colorant énergiquement et rappelant l'aspect du tubercule embryonnaire sans cellules géantes. Ces faits, sans être exceptionnels, comme les précédents, sont néanmoins des plus rares et ce serait à grand'peine qu'on en pourrait réunir d'autres observations bien précises.

2° Cas anatomiquement et bactériologiquement tuberculeux. — Peu nombreux sont également les cas où aux lésions spécifiques de l'endocarde s'ajoute la signature étiologique, c'est-à-dire le bacille de Koch, tels les cas de Lion, de Leyden, de Benda, qui peuvent se résumer dans ceci, à savoir qu'à la surface des végétations offrant un ordonnancement folliculaire, avec ou sans cellule géante, existent des bacilles de Koch, caractérisés par les réactifs ordinaires.

3° Cas anatomiquement et bactériologiquement non tuberculeux. — a. *Endocardites végétantes secondaires.* — Dans ce cadre, plus nombreuses sont les observations, et les endocardites d'infection secondaire, le plus souvent végétantes, rarement ulcéreuses, peuvent être considérées comme relativement fréquentes; la thèse de Teissier en rapporte un grand nombre, et peut-être pourrait-on y faire rentrer les observations de Cantillo, de Caenens, de Tripier, voire celles de Londe et Petit, d'Etienne, d'Aguerre, etc., dont nous reparlerons tout à l'heure, car il est permis de se demander dans ces derniers cas où le bacille tuberculeux existait à côté de lésions simplement végétantes, si le bacille peut être considéré comme la cause réelle de ces végétations, ou s'il n'est venu se fixer là qu'à cause de la végétation elle-même.

Ces altérations de l'endocarde sont constituées par de petites végétations pédiculées, framboisées, grosses comme un grain de mil, parfois augmentées de volume par un dépôt de coagulum fibrineux, entourées d'une zone de vascularisation plus ou moins intense qui leur constitue comme une couronne; elle siège de préférence au bord des valvules, particulièrement de la mitrale; elles sont confluentes ou discrètes; histologiquement elles sont constituées, simples endocardites exsudatives, d'un dépôt de fibrine et de quelques amas leucocytaires, ou bien endocardites prolifératives, par une néoformation abondante dans la zone sous-endothéliale de cellules embryonnaires infiltrant la valvule, associées le plus souvent à des microbes divers qui constituent la raison étiologique de ce processus aigu. Ainsi, comme le fait remarquer Teissier, ces endocardites végétantes secondaires sont représentées en partie par une néoplasie, en partie par un caillot, la néoplasie pouvant régresser ou s'organiser en une nodosité verruqueuse, point d'appel pour des lésions ultérieures, le caillot constituant la partie dangereuse, car en se détachant il peut créer dans les viscères des infarctus emboliques. Ajoutons, pour donner à ces endocardites leur véritable aspect, qu'elles coïncident toujours avec des lésions cavitaires de la tuberculose pulmonaire.

b. *Scléroses de l'endocarde et scléroses valvulaires.* — Beaucoup plus fréquentes encore sont les lésions de sclérose généralisée ou localisée que l'on rencontre à l'autopsie des tuberculeux, sclérose qui s'affirme au point de vue macroscopique, d'une part par des modifications dans l'aspect et la couleur de l'endocarde qui présente des plaques blanchâtres, opalines, donnant l'idée d'un tissu cartilagineux,

parfois bosselées, noueuses, épaisses et dures au niveau des rebords valvulaires, d'autre part par des modifications grossières de texture telles qu'épaississement du tissu conjonctif de l'endocarde, sans dégénérescence graisseuse, ni infiltration calcaire, sans formation de néovaisseaux, sans rien qui indique en un mot la transformation fibreuse de végétations anciennes, le reliquat d'endocardites antérieures, enfin sans traces de lésions spécifiques, sans jamais non plus de bacilles de Koch.

Ce sont ces cas de lentes scléroses de l'endocarde qui entraînent à leur suite des sténoses orificielles, telle la sténose mitrale sur laquelle Potain et Teissier ont particulièrement attiré l'attention et qu'ils ont attribuée, comme nous le verrons au chapitre pathogénique, à l'action sclérosante du poison tuberculeux.

4° CAS NON ANATOMIQUEMENT TUBERCULEUX, MAIS BACTÉRIOLOGIQUEMENT TUBERCULEUX (*Tuberculose purement inflammatoire de l'endocarde*). — Dans cette catégorie d'altérations de l'endocarde chez les tuberculeux, nous retrouvons toutes les variétés anatomiques, depuis la simple fluxion jusqu'à l'organisation scléreuse définitive, en passant par la forme d'endocardite végétante banale; ce qui les réunit ce n'est pas leur structure particulière, c'est leur cause toujours la même, malgré les effets différents qu'elle détermine, c'est-à-dire le bacille de Koch atténué, engendrant la *forme nodulaire* de Tripier, les *formes végétantes* d'Heller, de Londe et Petit, d'Etienne, de Leyden, d'Aguerre, de Ferrand et Rathery, de Vaquez, les *formes rhumatismales* de Poncet et ses élèves Chambrellent et Verdeau, encore les *formes d'endocardites primitives* d'Œttinger, Braillon et Jousset. Pour ces derniers auteurs, voici comment ils les décrivent : habituellement les lésions, caractérisées par des végétations, ont ceci de particulier qu'elles sont limitées, qu'elles ne s'implantent sur l'endocarde que sur des zones restreintes, qu'histologiquement, contrairement à l'endocardite rhumatismale qui entraîne des lésions bien plus diffuses, dans l'endocardite tuberculeuse les désordres inflammatoires sont beaucoup plus localisés; ils sont plus nettement juxtamarginaux, car là où cessent la pseudo-membrane fibrineuse et la néomembrane conjonctive qui constituent la saillie végétante, l'endocarde reprend très rapidement son épaisseur et son aspect normaux. C'est cette limitation des phénomènes qui explique la fréquence d'altérations orificielles, répondant au syndrome anatomique et clinique du rétrécissement pur sans insuffisance des orifices auriculo-ventriculaires.

IV

Étiologie. Pathogénie. — Ici nous serons forcément bref, car aussi bien sur la fréquence de ces affections que sur leur cause déterminante nous aurions à varier d'appréciations, suivant le point de vue spécial de chaque auteur qui les a étudiées.

a. Si nous conservons le cadre de notre exposé nous dirons que l'*endocardite anatomiquement tuberculeuse* est des plus rares. Teissier dans sa thèse, en 1894, ne trouve à en rapporter que 35 cas nets dans la science, et dans ces cas 6 fois seulement la présence du bacille a pu être constatée ; 6 seulement étaient donc à la fois *anatomiquement et bactériologiquement* tuberculeux.

Quelle que soit la cause qui entraîne cette rareté de l'endocardite spécifique, pathogéniquement tous ces cas relèvent de l'action directe du bacille tuberculeux pénétrant par embolie dans les petits vaisseaux qui serpentent dans les valvules (opinion de Körter) ou s'implantent tout simplement sur elles (opinion de Klebs et With). Aussi coexistent-elles toujours avec des lésions de granulie ou de tuberculose généralisée. Signalons encore que dans ces observations le cœur gauche aurait été plus fréquemment atteint que le cœur droit.

b. Beaucoup moins rares, avons-nous vu, sont les *endocardites d'infection secondaire* au cours de la tuberculose ; ici c'est tantôt le streptocoque, tantôt le staphylocoque, tantôt le bacterium coli, ou le pneumocoque qui sont la cause déterminante, tous microorganismes qui en rapport fréquent avec nous, ou hôtes de nos cavités, semblent attendre le terrain propice à l'envahissement de l'organisme. Et comme ce sont les cavernes tuberculeuses ou les localisations ulcéreuses du processus tuberculeux qui réunissent les conditions les plus favorables à leur développement, c'est au troisième période de la tuberculose pulmonaire et comme phénomène ultime dans le cours de la tuberculose intestinale que l'on rencontrera le plus souvent ces endocardites secondaires. On pourrait ajouter que d'après Teissier il y aurait peut-être lieu d'établir une filiation entre la localisation de la porte d'entrée et la nature du microorganisme, ou encore entre ce dernier et le siège de l'endocardite ; en effet dans 2 cas où il a trouvé le streptocoque, l'origine lui a semblé pulmonaire; dans d'autres cas où il s'agissait du bacterium coli, la porte d'entrée était intestinale et la lésion localisée à la tricuspide.

c. Pour ce qui est de *la sclérose de l'endocarde*, elle serait comme fréquence de 8 p. 100 d'après Lebert, de 12 p. 100 d'après Fenwick, de 40 p. 100 d'après Teissier, qui a éliminé de sa statistique tous les cas de tuberculose chez des individus âgés de plus de trente-cinq ans, et tous ceux survenant chez des sujets ayant présenté dans leurs antécédents du rhumatisme ou une maladie (intoxication ou infection) susceptible d'intéresser le cœur. Elle se rencontrerait dans la forme lente de la tuberculose et de préférence dans la forme ulcéreuse, exception pour les cas de sclérose avec sténose mitrale, où il ne s'agit pas de tuberculose cavitaire, car la tuberculose pulmonaire s'arrête pour ainsi dire devant l'évolution du rétrécissement mitral; de plus dans ce dernier cas c'est aussi bien la tuberculose osseuse ou articulaire que la tuberculose pulmonaire que l'on rencontre à l'origine ; c'est souvent également la tuberculose lymphatique, ganglionnaire torpide, de la pseudo-tuberculose, ce qui d'après Teissier permettrait d'établir que son développement est bien dû à un processus réellement tuberculeux, relevant de l'intoxication bacillaire lente et continue. La tu-

berculine en effet, dit cet auteur, a une influence vaso-dilatatrice, elle constitue un poison vraisemblablement sclérogène, ainsi que le prouvent les faits cliniques et expérimentaux; aussi détermine-t-elle une intoxication profonde dont les effets peuvent se transmettre par hérédité.

d. Enfin en ce qui concerne la dernière catégorie d'endocardites *non anatomiquement mais bactériologiquement tuberculeuses*, leur fréquence, à en croire les auteurs récents ci-dessus signalés, serait beaucoup plus grande qu'on ne l'a dit jusqu'ici. Braillon conclut en effet dans sa thèse : « La fréquence des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux, la conception nouvelle d'une endocardite aiguë à bacille de Koch, endocardite primitive, locale et curable, l'étendue et la longue durée d'activité des lésions valvulaires qui semblent dénoter dans certains cas une affinité en quelque sorte élective du bacille pour la séreuse intra-cardiaque, les divers types d'affections orificielles qui peuvent être la conséquence de l'endocardite spécifique, la fréquence des cardiopathies acquises qui ne sont expliquées chez des sujets jeunes ni par un rhumatisme antérieur, ni par une autre infection, l'existence des formes cliniques de la tuberculose prenant le masque de la maladie de Bouillaud et se localisant sur les articulations et sur l'endocarde (Poncet), tout permet de penser que dans le procès, dont la revision s'impose, du rôle de la tuberculose dans la genèse des cardiopathies, cette dernière n'a rien à perdre et beaucoup à gagner »; et pathogéniquement il conçoit ces endocardites tuberculeuses comme le fait d'une bacillémie atténuée qu'il a pu contrôler pendant la vie par un examen inoscopique du sang (méthode de Jousset) et après la mort par l'absence de constatations dans les autres organes de foyers de tuberculose. Cette bacillémie atténuée, soit en raison de la structure spéciale vasculaire de la séreuse endocardique, soit par suite de réactions défensives de l'organisme, ne donne pas lieu à une éruption de granulations hématogènes dans les autres organes, et détermine sur l'endocarde des lésions purement inflammatoires, très comparables à celles de la pleurésie aiguë néofibrineuse à bacille de Koch sans formation anatomiquement spécifique. L'expérimentation confirmerait ces données qui reposent sur la clinique et les recherches de laboratoire (inoscopie); c'est ainsi que Michaëlis et Blum en 1898 ont pu reproduire chez des animaux après injections de bacille de Koch dans la veine marginals de l'oreille d'un lapin une endocardite verruqueuse qui ne présentait à l'examen macroscopique ou histologique aucun des caractères anatomiques habituels aux lésions tuberculeuses, mais au niveau desquelles l'examen direct au moyen de la méthode de Ziehl révélait l'existence de bacilles, souvent d'ailleurs très rares et difficilement colorables.

Ainsi Braillon repousse-t-il la pathogénie toxinémique de Teissier; cette pathogénie paratuberculeuse ne constitue plus, dit-il, qu'une phase historique de l'étude des cardiopathies tuberculeuses; à la tuberculémie entraînant la sclérose valvulaire sans bacille, néoformations histologiquement spécifiques, il substitue la bacillémie atténuée qui pour lui sur la séreuse endocardique se comporte suivant la loi de Péron à savoir : « Les inflammations tuberculeuses en surface des séreuses sont d'autant plus accentuées que l'infection générale est plus atténuée. »

V

Symptomatologie et diagnostic. — Telles sont jusqu'à l'heure actuelle, avec leurs variétés anatomiques, les conditions étiologiques et pathogéniques des endocardites tuberculeuses; passons maintenant en revue leurs modalités cliniques. Elles peuvent suivant leur mode d'évolution être groupées en trois catégories : c'est ainsi qu'on aura les endocardites secondaires à des lésions tuberculeuses ou à des infections associées; les endocardites pseudo-primitives, contemporaines, d'autres accidents tuberculeux; et enfin les endocardites franchement primitives, premières manifestations d'un état tuberculeux.

1° Endocardites secondaires. — a. *Endocardites latentes.* — Les unes ont une existence tellement silencieuse qu'elles passent inaperçues pendant la vie du malade; c'est le cas de la plupart d'entre elles.

b. *Endocardites méconnues.* — Certaines fois cependant un souffle orificiel a pu être noté dans le cours de la maladie, mais la *nature* de la localisation cardiaque est restée jusqu'à l'autopsie totalement méconnue; tels sont les cas de Londe, les cas de Ferrand et Rathery entre autres.

Aussi ce n'est ni avec les premiers, purement anatomiques, ni avec les seconds, d'une existence par trop hypothétique, que nous pouvons faire l'étude clinique des endocardites des tuberculeux.

c. *Endocardites d'infections secondaires.* — Par contre certaines offrent une symptomatologie caractéristique; ce sont les endocardites dites secondaires qui se traduisent pendant la vie par des modifications de timbre des bruits (assourdissement, obscurité) et qui apparaissent dans les périodes terminales de la tuberculose cavitaire, avec la phtisie, offrant une valeur pronostique comparable à celle de l'apparition de la *phlegmatia alba dolens* ou du muguet (Teissier).

d. *Scléroses de l'endocarde. Rétrécissement mitral.* — Ici encore ce sont au cours d'une tuberculose pulmonaire atténuée, la dureté, le bruit parcheminé des claquements orificiels des scléroses endocardiques, avec les bruits de souffle et de dédoublement qui, contrairement aux endocardites d'infections secondaires, offre un pronostic favorable en ce sens que le rétrécissement mitral a, comme on le sait, une influence d'arrêt sur le développement de la tuberculose pulmonaire (Potain).

Dans tous ces cas, l'endocardite, quelle que soit sa véritable nature, est secondaire, dans son évolution, à des lésions tuberculeuses d'un autre organe, et par conséquent facile à diagnostiquer.

2° Endocardites pseudo-primitives. — Mais d'autres fois elle se montre quasi-primitive, contemporaine

d'autres accidents tuberculeux, associée par exemple à des lésions de tuberculose des séreuses (cas de Bezançon, cas de Gavard, cas d'Hutinel, cas de Poncet et de ses élèves); c'est l'endocardite du rhumatisme articulaire tuberculeux pouvant revêtir les formes les plus variées depuis l'endocardite sans souffle orificiel, uniquement caractérisée par de la tachycardie et des palpitations, jusqu'aux endocardites avec souffles orificiels passagers ou définitifs. Dans ces derniers cas le diagnostic se réduit à un diagnostic différentiel entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme tuberculeux (Poncet).

Plaident en faveur de ce dernier l'inefficacité de la médication salicylée, la tendance des jointures à l'ankylose, le siège maximum de la douleur au niveau de l'interligne au lieu des parties péri-articulaires, enfin l'amaigrissement du sujet et des symptômes de tuberculose dans d'autres organes.

3° ENDOCARTIDES PRIMITIVES. — « C'est surtout quand elle est primitive que la tuberculose intracardiaque aura sa physionomie clinique la plus tranchée et donnera lieu à des accidents généraux d'infection tuberculeuse que l'on pourra rapporter aux localisations valvulaires décelées par l'auscultation, lesions de tuberculose locale, commandant par leur siège la marche et le pronostic de la maladie. »

Telles sont les observations de Braillon et Jousset, d'Œttinger et Braillon dans lesquelles on peut distinguer en effet une *phase d'infection* où se déroule le tableau d'une septicémie atténuée, température ne dépassant pas 39°5, dyspnée toxique *sine materia*, pouls régulier, 80 pulsations contrastant avec l'accélération des mouvements respiratoires, et une *phase cardiaque* dans laquelle dominent les troubles mécaniques de la circulation cardiaque, observations qui se terminent soit par généralisation septicémique, soit par des phénomènes d'asystolie chronique. Le diagnostic certain dans ces cas repose tout entier sur les recherches de laboratoire qui contrôlent l'hypothèse d'une bacillémie atténuée, soit en utilisant les méthodes indirectes qui permettent de faire le diagnostic des lésions tuberculeuses dans des régions indéterminées de l'organisme, comme l'épreuve de la tuberculine ou le séro-diagnostic de Courmont, ou de préférence les méthodes directes telles que le procédé inoscopique de Jousset, le procédé de la sangsue de Courmont et Lesieur, le procédé d'hémogénéisation du caillot de Bezançon, Griffon et Philibert, ou encore l'inoculation.

VI

Résumé. — Ainsi c'est sous ce *polymorphisme lésionnel*, et partant sous ce *polymorphisme clinique* que l'on peut présenter, nous semble-t-il, aujourd'hui, une étude d'ensemble de l'endocardite, je ne dirai pas tuberculeuse, mais de l'endocardite des tuberculeux.

On peut voir par cet exposé que, suivant les données actuellement classiques, *pathogéniquement*, à côté d'endocardites à *microbes vulgaires* survenant à titre de manifestations d'infections secondaires au cours de la tuberculose, il existe une *endocardite tuberculeuse à bacille de Koch* qui peut revêtir *anatomiquement* soit le *type spécifique* de la lésion tuberculeuse, le tubercule ou la granulation, soit la *forme banale* d'une endocardite quelconque, qu'il peut exister également au *point de vue pathogénique* une *endocardite tuberculeuse toxique*, le poison tuberculeux pouvant provoquer les *lésions anatomiques* soit d'une *sclérose valvulaire*, d'une sténose mitrale pure par exemple, soit d'une *simple fluxion* donnant lieu à la cardiopathie du rhumatisme tuberculeux.

Cliniquement les endocardites tuberculeuses sont *frustes* parce qu'elles surviennent généralement aux périodes ultimes de la tuberculose, alors que la cachexie avancée du malade masque les accidents généraux de l'endocardite et alors que la dyspnée et les bruits extracardiaques empêchent de percevoir les modifications des bruits.

Dans certains cas, *endocardites secondaires*, elles sont caractérisées par des modifications de timbre, d'intensité des bruits normaux (obscurité, assourdissement); elles offrent une valeur pronostique assez grande, comparable à celle de la phlegmatia ou du muguet.

Dans d'autres cas elles sont caractérisées par des phénomènes orificiels, telle la *sténose mitrale* évoluant sur le terrain tuberculeux, considéré comme sa cause déterminante, exerçant une influence d'arrêt sur la tuberculose pulmonaire, ou la sténose de l'artère pulmonaire, exerçant une influence néfaste sur cette évolution.

Elle peut encore se manifester cliniquement comme une endocardite rhumatismale, susceptible de régression ou capable de se terminer par une lésion valvulaire, *endocardite rhumatismale évoluant au cours d'un rhumatisme particulier, le rhumatisme tuberculeux.*

Enfin elle peut apparaître *primitive comme une endocardite infectieuse banale*, avec sa phase d'infection première et sa phase cardiaque secondaire, décelable cliniquement par des symptômes généraux et locaux, et dont la nature peut être mise en évidence par les procédés modernes de laboratoire.

BIBLIOGRAPHIE

WAGNER. *Archives allem. des mal. des enf.*, 1861. — LANCEREAUX. *Traité d'anatomie pathologique*, 1866. — LETULLE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1874. — RINDFLEISCH. *Traité d'histologie pathologique*, 1869. — PERROUD. *Lyon méd.*, 1875; — *Des endocardites aiguës de la granulie.* — PONCET. *Lyon méd.*, 1902. — CHAMBRELLENT. Th. de Lyon, 1900. — VERDEAU. Th. de Lyon, 1900. — BARBIER. *Bull. méd.*, 1903. — BRAILLON et JOUSSET. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 3 juillet 1903. — ŒTTINGER et BRAILLON. *Id.*, 15 juillet 1904. — FRIENTZEL. *Krank. d. Herz.*, 1889. — HELLER. *Uber tuberkulae endocard.*, Paris 1880. — MICHAËLIS et BLUM. Production expérimentale de l'endocardite tuberculeuse, *Deuts. med. Zeits.*, 1er sept. 1898. — BOUQUET. Th. de Paris, 1898. — LION. *France méd.*, 1892. — ETIENNE. *Arch. de méd. expériment.*, 1898. — TEISSIER. Th. de Paris, 1894. et *Bibliographie.* — LONDE et PETIT. *Arch. gén. de méd.*, 1894. — LEYDEN. *Deuts. med. Wochens.*, 1896. — BENDA. Soc. de méd. intern. de Berlin, 1898. — AGUERRE. Soc. anat., 1899. — FERRAND et RATHERY. Soc. méd. des hôpit., 1903. — VAQUEZ. *Id.*, 1903. — BEZANÇON. Soc. méd. des hôpit., 1901. — JACCOUD.

Cliniques, 1885. — Statistique voir MORRIS. *The Amer. Journ. of the med. sc.*, 1er oct. 1904. — BRAILLON. Th. de Paris, 1904, et *Revue de la tuberculose*, août 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1906)

Rétrécissement congénital de l'urètre. — M. BAZY fait un rapport sur une observation de M. Rouvillois, médecin-major à l'École de Lyon, dans laquelle il s'agit d'un soldat de vingt-trois ans, sujet très nerveux, qui était atteint d'incontinence nocturne d'urine remontant à sa plus tendre enfance. A sa naissance, il était resté deux jours sans uriner, il subit une petite opération et depuis ce temps il a de l'incontinence. Il est extrêmement nerveux, d'apparence chétive et présente les stigmates d'un dégénéré. Il a de la polyurie, 300 à 350 grammes à chaque miction, 4 ou 5 litres par jour. Il a de l'hyperchlorurie. Il présente un hypospadias balanique. Son canal n'admet que le n° 16 de la filière Charrière; le rétrécissement siège au niveau du bulbe.

M. Rouvillois admet qu'il s'agit, dans ce cas, d'une incontinence congénitale chez un hypospade. M. le rapporteur fait ressortir les avantages de l'intervention dans ces cas. Il cite le cas d'un jeune homme de vingt-huit ans qui présentait les mêmes symptômes de cachexie et de dégénérescence, mais qui n'urinait que goutte à goutte. La disparition du rétrécissement, à la suite de l'intervention, fit cesser tous les symptômes.

Anévrisme de l'artère axillaire. — M. LOYSON communique l'observation d'un officier de vingt-sept ans qui se tira un coup de revolver dans le côté gauche. L'orifice d'entrée de la balle se trouvait à 2 centimètres au-dessous de la clavicule, l'origine de sortie au-dessous de l'épine de l'omoplate. Il n'y eut pas d'hémorragie, pas d'hématome appréciable; il n'y avait aucun signe de pénétration de la plèvre ou du poumon. Devant cette situation, M. Loyson lava la plaie, la pansa et s'abstint de toute intervention. Le pouls, qui était un peu faible, remonta; dès le lendemain on constata quelques troubles de la sensibilité et de la motilité dans le département du radial, le pouls était tantôt fort, tantôt faible. Quelques jours après apparurent des signes nets d'anévrisme artériel. M. Loyson attendit et n'intervint que trois mois après l'accident. Il se disposait à pratiquer l'extraction de la poche anévrismale: mais en raison de ses adhérences intimes avec les organes du voisinage, il ne put l'extraire et se contenta d'appliquer une double ligature, une au-dessus et l'autre au-dessous. La disparition de la poche anévrismale ne se fit pas attendre. Mais le pouls radial est resté très effacé, et les troubles de la sensibilité et de la motilité persistent. Après la ligature, il n'y eut ni refroidissement, ni changement de coloration du membre. M. Loyson espère que ces troubles nerveux paralytiques disparaîtront avec le massage et l'électrisation. Il attribue leur persistance, soit à des phénomènes de compression par la poche anévrismale, soit à une déchirure incomplète du radial par le projectile. M. Delbet a écrit que dans ces cas c'était l'extirpation, c'est-à-dire la cure radicale qui mettait le mieux à l'abri des troubles nerveux consécutifs. Mais dans ce cas particulier, l'extirpation eût été sinon impossible, au moins dangereuse. M. Loyson a donc cru agir sagement en s'en tenant à la double ligature.

Il fait suivre l'exposé de ce fait des considérations générales sur les blessures des artères par les armes modernes. Ces considérations s'appuient sur des faits observés dans la guerre russo-japonaise. Dans les guerres antérieures, les blessures des artères entraînaient fréquemment des hémorragies et très rarement des anévrismes. C'est le contraire qui a lieu dans les guerres actuelles.

Radiothérapie. — M. Bazy fait connaître un nouveau procédé de radiothérapie permettant d'éviter la radiodermite.

Œsophagotomie externe pour corps étranger. — M. RICHELOT rapporte l'observation d'un homme de soixante-cinq ans qui, pendant son sommeil, avala son dentier; il se réveille et, dans un violent effort de toux, il le rejette; il le remet en place, se rendort et se réveille de nouveau en étouffant; il avait de nouveau avalé le dentier. Un médecin appelé tenta, en vain, l'extraction avec une pince. Le malade est alors transporté à Paris où on le conduit à M. Richelot; il souffrait moins, n'avait pas de suffocation, mais la déglutition était impossible. M. Richelot introduit assez facilement le crochet de Kirmisson, dépasse le corps étranger, mais ne peut le ramener. Il parvient à dégager le crochet. Trois essais sont ainsi restés infructueux. Ceci se passait le dimanche et c'est dans la nuit du samedi au dimanche que l'accident s'était produit. Le dimanche soir, le malade crache des mucosités et sa température est de 39 degrés. Le lundi matin, M. Richelot se procure le panier de Graefe avec le ballon de Suarez de Mendoza. Cette nouvelle tentative n'est pas plus heureuse que les précédentes. Le malade étant fatigué, M. Richelot attend encore, en prescrivant des injections de sérum et des lavements nutritifs. Le mardi matin, il se décide enfin à pratiquer l'œsophagotomie externe. L'exploration par la plaie montre que le corps étranger est situé au-dessus de la ligne de l'incision. M. Richelot parvient à le libérer et à l'extraire. Il mesurait 5 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur, portait 3 dents et 2 crochets fortement émoussés. M. Richelot fait la suture de l'œsophage et place une sonde œsophagienne à demeure. Il avait fait une gastrostomie préliminaire. Le malade a succombé le lendemain à des phénomènes de pleurésie et de congestion pulmonaire.

M. SÉBILEAU profite de ce que, dans son discours, M. Richelot a prononcé cette phrase : « Qu'auriez-vous fait à ma place ? » pour lui répondre nettement et franchement : « Tout le contraire de ce que vous avez fait. » Quand dans un œsophage a pénétré un dentier à bords sinueux et tranchants, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut faire immédiatement l'œsophagotomie externe. M. Richelot a prétendu que la suture de l'œsophage ne tenait pas. C'est une erreur, il y a bien des cas dans lesquels cette suture a très bien tenu et a permis d'obtenir une réunion par première intention. M. Sébileau reviendra sur le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe. Pour l'instant il se borne à déclarer que lorsqu'il s'agit d'un dentier, il faut faire immédiatement l'œsophagotomie sans s'attarder à tenter l'extraction par des manœuvres qui ne peuvent que compliquer la situation.

C'est là aussi l'avis de M. POZZI qui estime qu'en présence de corps étrangers à bords aigus ou tranchants, les méthodes, dites de douceur, sont très dangereuses et qu'il faut d'emblée recourir à l'opération. Il faut faire une suture bien hermétique et placer une sonde à demeure qu'on peut laisser plusieurs jours.

M. Picqué demande à M. Richelot pourquoi il n'a pas fait radiographier son malade. Comme MM. Sebileau et Pozzi, il pense que dans ce cas il faut faire l'œsophagotomie externe immédiate et faire une bonne suture.

M. Tuffier rappelle qu'il y a deux ans la Société de chirurgie a été unanime, dans une discussion à ce sujet, à proclamer l'indication formelle de l'œsophagotomie externe immédiate. Il est vrai que la suture ne tient pas toujours, mais il faut toujours la faire.

C'est là aussi l'avis de M. Kirmisson, de M. Delbet, qui ne partage pas l'opinion de M. Pozzi sur la nécessité de la sonde à demeure, attendu que cette sonde n'assure pas le repos physiologique de l'œsophage, repos physiologique qui, au dire de M. Sebileau, est irréalisable.

M. Quénu, dans un cas de ce genre, a eu recours à la pharyngotomie latérale, qui lui a permis d'extraire facilement le corps étranger, un dentier. Le malade a été guéri après onze jours.

Il y a déjà eu, dans une discussion antérieure sur cette question, unanimité de la Société de chirurgie pour repousser, dans un cas, toute tentative d'extraction par les voies naturelles et pour recourir à l'œsophagotomie immédiate. Toutes les générations de chirurgiens, qui ont pris part à cette discussion, MM. Labbé, Segond, etc., ont été d'accord sur ce point.

M. Mauclair a récemment enlevé de l'œsophage un dentier qui y était resté vingt-cinq jours, sans déterminer d'accidents.

M. Richelot reconnaît le bien-fondé des observations qui lui ont été faites et, en principe, se déclare partisan, comme ses collègues, de l'œsophagotomie immédiate. Mais dans le cas actuel il s'est trouvé en présence de difficultés matérielles, manque d'instruments, fermeture des fabriques d'instruments de chirurgie le dimanche, etc., qui l'ont obligé à retarder son intervention. Toutefois on ne peut pas dire qu'une opération faite le troisième jour soit une opération bien tardive.

Plusieurs présentations ont été faites, mais le bruit des conversations particulières ne nous a pas permis d'en saisir un seul mot.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1906)

Epithélioma primitif du cerveau. — M. Cestan. Dans deux cas, l'auteur a trouvé, au voisinage du chiasma, deux tumeurs constituées par un épithélioma cylindrique avec cavités pseudo-kystiques, contenant un liquide muqueux. Il ne s'agit pas là d'épithéliomas d'origine hypophysaire : l'opinion de Ziegler qui rapporte un fait analogue et l'attribue au plexus choroïdes, ne semble pas fondée dans les deux cas de M. Cestan qui croit à un épithélioma primitif, né aux dépens des diverticules du troisième ventricule.

Lésions cellulaires produites par le sérum névrotoxique. M. A.-Delille. Des chiens tués par l'injection de sérum névrotoxique préparé en injectant dans le péritoine de cobayes des émulsions de cerveau de chien, présentent, outre de la dilatation vasculaire et de la diapédèse, une chromatolyse très intense, et même la désintégration moléculaire des cellules de l'écorce et surtout des noyaux moteurs du bulbe; ces lésions ne se retrouvent pas chez les animaux témoins ayant reçu simplement du sérum de cobaye.

Hémispasme facial momentanément guéri par la méthode de Schlösser. — MM. Levi et Baudoin. Le spasme durait depuis deux ans et demi et était permanent. Il a suffi de deux injections d'alcool à l'émergence du facial pour amener sa disparition complète. Ce résultat se maintient depuis plus d'un mois. On constate, actuellement, une ébauche de paralysie faciale.

Névralgie faciale ancienne et intense momentanément guérie par la galvanisation. — M. Babinski. Le malade porte de nombreuses cicatrices, provenant des opérations qu'il a subies depuis plusieurs années pour sa névralgie (avulsions dentaires, deux résections du nerf dentaire, résection du ganglion de Gasser). Les cicatrices ont empêché d'appliquer la méthode de Schlösser : l'auteur a obtenu un résultat remarquable par l'application de courants continus, avec une intensité allant jusqu'à 30 et 60 milliampères.

Deux cas de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. — M. Lejonne. Dans l'un de ces deux cas, il y a un symptôme anormal : la présence de douleurs à la pression des nerfs crural et sciatique. L'auteur ayant observé en quelques mois 4 cas de poliomyélite aiguë de l'adulte, se demande s'il ne s'agit pas là d'une recrudescence de fréquence de l'affection.

Amyotrophie généralisée. Résorptions osseuses. — M. Brumpt. Chez un nègre de quarante-cinq ans qui, à l'âge de sept ou huit ans, avait été atteint de « pian », on observe une amyotrophie généralisée, avec résorption des os des doigts. La peau est saine, les phalanges sont recroquevillées en lorgnette : une simple traction les ramène à leur longueur primitive.

Paralysie faciale au cours d'une polynévrite généralisée. — M. Mirallié. La paralysie faciale a rapidement guéri.

Le processus de régénération des nerfs sectionnés. — M. Médéa (de Milan). Les nombreuses expériences de l'auteur, faites à l'aide de la nouvelle méthode de Ramon y Cajal, montrent que le processus de régénération se fait tout entier aux dépens du bout central.

Accidents méningés deux ans après un traumatisme cranien. — M. Egger. Deux ans après avoir reçu un violent coup de bielle sur le pariétal gauche (perte de connaissance et signes de fracture probable), le malade fut pris, à la suite d'excès alcooliques, de signes de méningite de la base avec irradiations au plexus brachial gauche.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA PRÉSCLÉROSE

« Combattre dès le début l'hypertension artérielle dans sa cause par la prescription d'un régime alimentaire qui réduit au minimum la quantité des toxines, la combattre encore dans ses effets par la médication vaso-dilatatrice et hypotensive, favoriser de bonne heure l'élimination de ces toxines par le traitement rénal ou diurétique, tel est le problème à résoudre. »

Ainsi s'exprime M. le docteur Huchard dans sa récente édition des *Consultations médicales* (1906, p. 284). Il insiste, d'autre part, sur la nécessité qu'il y a d'activer la sécrétion

urinaire en s'adressant à un médicament qui n'augmente pas la tension sanguine, qui n'agisse point sur le nombre et la force des contractions cardiaques, qui influence uniquement les éléments sécréteurs du rein. C'est pourquoi il conseille systématiquement la *Santhéose*, diurétique rénal direct, qui doit à une pureté chimique irréprochable son efficacité constante et son innocuité absolue.

Aux artério-scléreux et aux cardio-scléreux on prescrira deux à quatre cachets par jour de Santhéose (ces cachets, dosés à 50 centigrammes, sont en forme de cœur et se présentent dans le commerce par boîtes de vingt-quatre). Au stade prémonitoire de la présclérose, une moindre dose peut suffire : on prescrira alors un ou deux cachets de Santhéose pure dosés seulement à 25 centigrammes (les cachets ainsi dosés se vendent en boîtes de trente-deux).

ANALYSES

CHIRURGIE

Pouvons-nous reconnaître les cas graves d'appendicite exigeant une opération immédiate? (Krecke. *Munch. med. Wochens.*, n° 15, 10 avril 1905, p. 695.) — Krecke n'envisage dans ce travail que les cas d'appendicite diagnostiqués pendant les quarante-huit premières heures; il s'élève contre la conduite généralement adoptée d'opérer toutes les appendicites diagnostiquées à ce moment, et pense qu'on peut nettement distinguer les unes des autres les appendicites simples et les appendicites destructives (suivant la division de Strümpel), les premières guérissant spontanément, les secondes exigeant une intervention immédiate.

Pour appuyer cette thèse il cite sa propre statistique qui comprend 47 cas, dont 34 ont été opérés et dont 7 ont guéri sans acte chirurgical. Il analyse soigneusement les symptômes révélant l'appendicite destructive.

La défense musculaire, même très localisée, est le signe le plus important; elle ne fait défaut qu'exceptionnellement et impose l'intervention d'urgence.

L'accélération du pouls au-dessus de 100 par minute, tout au moins chez les sujets âgés de plus de dix ans, est également un symptôme d'une valeur absolue.

Les vomissements acquièrent une très grande valeur quand ils sont fréquents dès le début, et surtout dans les cas où, après avoir cessé pendant quelque temps, ils reprennent avec une nouvelle intensité. Cette dernière circonstance est l'indice certain d'une appendicite destructive.

L'intensité des douleurs a une moindre valeur; pourtant elle doit rentrer en ligne de compte quand elle n'est aucunement diminuée par l'application de glace sur l'abdomen.

L'élévation de la température est un signe trompeur, elle peut manquer dans les cas les plus graves.

Les symptômes fournis par la respiration peuvent être précieux. Une respiration calme, costo-abdominale, ne préjuge rien; mais une respiration à type costal, même légèrement accélérée, est un indice certain de péritonite.

L'existence d'un seul symptôme en faveur d'une appendicite perforante, alors que tous les autres parlent pour une appendicite simple et légère, suffit pour imposer une intervention dans les deux heures. A. LEMIERRE.

Traitement des fractures de l'olécrâne par la ligature métallique sous-cutanée extra-articulaire. (John B. Murphy. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XLVI, n° 4, 27 janv. 1906, p. 257-258.) — C'est d'un cerclage de l'olécrâne, en tous points analogue au cerclage de la rotule, que Murphy veut parler. Il a été le premier à appliquer la technique suivante : incision d'un centimètre sur le bord externe du cubitus, à 12 millimètres au-dessous de la cavité glénoïde. Incision plus petite en un point correspondant du bord interne. Les deux incisions vont jusqu'à l'os. Celui-ci est perforé entre les deux incisions avec un perforateur double qui sert à passer un fil de bronze d'aluminium à travers l'os. Ce fil est porté en haut sous la peau jusqu'à la pointe de l'olécrâne où on a pratiqué une très courte incision cutanée, un ou deux millimètres, juste de quoi avoir l'extrémité du fil sous le contrôle de la vue. Lorsque le fil est arrivé au niveau de cette incision, on le passe transversalement de dedans en dehors à travers le tendon du triceps; on fait sortir l'extrémité du fil par une autre toute petite incision, puis on le ramène en bas sous la peau pour rejoindre son point de départ, où on le lie avec l'autre chef. Cette technique est simple, entièrement extra-articulaire et permet de commencer les mouvements passifs de suite. F. GARDNER.

La luxation récidivante de la rotule et son traitement. (Antoine Dupic. Th. de Paris, 1905; Henri Jouve, édit.) — L'auteur étudie sous ce titre non les récidives traumatiques d'une première luxation traumatique, mais les luxations dites spontanées ou pathologiques, mais sans lésion causale apparente. Après avoir étudié l'anatomie et la physiologie de la rotule, il passe aux lésions, allongement ou rupture de la capsule, effacement du condyle externe : ce sont là les lésions prédisposantes : la cause active de la luxation est la contraction musculaire. La symptomatologie est ébauchée. Dans son traitement, l'auteur étudie d'abord la réduction de la luxation, par les manœuvres de Valentin, de Mayo-Malgaigne, de Watson et sa contention immédiate. Il passe ensuite en revue les diverses interventions chirurgicales, osseuses (creusement d'une trochlée profonde), ligamenteuses (capsulorraphie ou résection capsulaire), ou mixtes. Il dit un mot des interventions possibles dans les luxations fixées, qui relèvent rarement de la chirurgie. CHEVRIER.

Le traitement conservateur dans les adénites cervicales tuberculeuses chroniques. (Loze. Th. de Paris, 1905; Rousset, édit.) — Toute adénite cervicale tuberculeuse chronique doit guérir sans cicatrices.

Ce résultat ne sera jamais obtenu par l'intervention sanglante. On devra donc toujours s'adresser, dès le début, au traitement conservateur.

Ce traitement devra être général et local :

Général, il sera celui de toute tuberculose;

Local, il se résumera en injections de naphtol camphré émulsionné. Le traitement des complications aura aussi pour but de réduire au minimum la tare d'une cicatrice inévitable. L. GAYARB.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 53. — MARDI 8 MAI 1906. 79e ANNÉE. MARDI 8 MAI 1906. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 4 mai 1906. — MM. Chevrier, 17; Baumgartner, 14; Grégoire, 13.

— Concours de l'Internat. — Les internes provisoires ont cette année une chance inaccoutumée.

Il y a quelques jours, cinq d'entre eux se trouvaient titularisés après la clôture du concours. Un sixième, M. Senlecq, vient d'être également titularisé pour combler une vacance.

A la suite de ces nominations MM. Collin, Saiget, Glénard, Portocalis, Pascalis, Jacob et Weill, externes des hôpitaux, ont été nommés internes provisoires.

— Concours d'ophtalmologiste des hopitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Dupuy-Dutemps et Poulard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Le jury comprend MM. Terrier, Poirier, Segond, Rieffel et Branca. Suppléants : MM. Auvray et Gosset.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nice. — A la suite de concours qui viennent de se terminer ont été nommés :

Médecin de l'hôpital Saint-Roch : M. le docteur Ardoin.

Chirurgiens : MM. les docteurs Schmid, Ch. Figuiera et Dominique Bensa.

Accoucheur : M. le docteur Ciaudo.

LE XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LISBONNE (avril 1906) a décidé que le prochain Congrès se réunirait en 1910 à Budapest.

COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Le Dentu). — M. le docteur Guisez recommencera son cours pratique d'oto-rhino-laryngologie le mardi 22 mai prochain, à trois heures trois quarts (amphithéâtre Chomel).

Le cours comprendra dix leçons essentiellement pratiques (diagnostic, examen des malades, petites interventions) et aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures trois quarts.

Prière de s'inscrire à la consultation de laryngologie de l'Hôtel-Dieu, les mardis et samedis, de cinq à six heures.

Droits d'inscription : 30 francs.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires en Italie.* — La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris comprenant dans son itinéraire Marseille et Milan, où ont lieu, d'avril à novembre 1906, d'importantes expositions.

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon, Lyon, Tarascon (ou Clermont-Ferrand), Nîmes, Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de diagnostic chimique, microscopique et parasitologique, par les docteurs Jules Guiart, docteur ès-sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de la Société zoologique de France, et L. Grimbert, docteur ès-sciences, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pharmacien en chef à l'hôpital Cochin. In-18 de 960 p., avec 500 fig. dans le texte et 3 pl. — Prix : cart., 15 francs.. — Paris, F. R. de Rudeval.

LES DÉMONSTRATIONS DERMATOLOGIQUES
DE L'HOPITAL BEAUJON

DES CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX

Par M. E. JEANSELME,
Agrégé, médecin des hôpitaux de Paris.

Cette expression, sans autre qualificatif, s'applique exclusivement au chancre infectant. Le chancre simple, il est vrai, peut se développer en dehors de la zone génitale, mais le fait n'est pas commun; certaines localisations, telles que le chancre mou céphalique, sont même si rares qu'elles peuvent être tenues pour négligeables.

Les chancres syphilitiques extra-génitaux sont au contraire d'une extrême fréquence, à tel point que, sur dix cas de syphilis, il y en a au moins un, en moyenne, dont l'accident primitif a un siège anormal.

Au point de vue étiologique, on peut diviser les chancres extra-génitaux en deux grandes classes : les uns sont d'origine vénérienne, les autres sont de cause accidentelle.

I

Il n'est pas rare d'observer, au voisinage des organes génitaux, sur le pubis ou la région de l'aine, des chancres *aberrants*. Souvent, ils sont masqués par une croûte entourée d'un liseré érythémateux. L'accident primitif ainsi défiguré peut être pris par un médecin non averti pour une pustule d'ecthyma; mais qu'on soulève la croûte qui recouvre ce chancre ecthymateux, et l'on constatera qu'il possède tous les caractères fondamentaux du chancre syphilitique : c'est une ulcération remarquablement indolente, superficielle, hormis le cas de complication, et reposant sur une induration aphlegmasique et sèche.

Le chancre de la région *anale*, qu'on dit être fréquent dans les pays du Levant où la sodomie est de pratique courante, ne m'a pas paru s'observer souvent en Extrême-Orient, ou tout au moins dans la presqu'île indo-chinoise. En Occident, il est exceptionnel; du reste il se dissimule aisément et exige une recherche attentive pour être dépisté.

Récemment, entrait dans mon service un jeune infirmier dont tout le tégument, y compris le visage, était couvert de syphilides maculo-papuleuses de nuance rose vif. Les conjonctives étaient injectées, de sorte que de prime abord l'idée de rougeole se présentait à l'esprit. Mais l'absence de fièvre, la longue durée de l'éruption, les érosions de la muqueuse buccale qui, à n'en pas douter, étaient des plaques muqueuses, des adénopathies indolentes disséminées un peu partout et enfin des douleurs ostéo-articulaires à recrudescence nocturne, ne permettaient pas un seul instant de révoquer en doute le diagnostic de syphilis à la période secondaire. Mais quel était le siège de l'accident primitif? Au milieu de la pléiade inguinale gauche, existait un ganglion plus volumineux que les autres, ayant tous les caractères d'un ganglion *direct*. Cependant, au niveau des organes génitaux, nulle trace de chancre. Mais ce ne sont pas seulement les lymphatiques de la verge et du scrotum qui se jettent dans les ganglions de l'aine, ceux de la région anale s'y rendent aussi.

Je dirigeai donc mes recherches de ce côté et, au fond de l'un des plis de la marge de l'anus, je découvris une fissure indurée et tout à fait indolente dont le malade ne soupçonnait pas l'existence. Ce chancre fissuraire siégeait à gauche, c'est-à-dire du même côté que le ganglion inguinal direct.

Il y a quelques années, venait me consulter un tout jeune homme, dont l'allure et les manières attirèrent tout d'abord mon attention. Ses doigts étaient surchargés de bagues, il portait un bracelet au poignet gauche et toute sa personne exhalait une forte odeur de patchouli. Cet adolescent était couvert de la tête aux pieds d'une éruption d'aspect rubéolique. Mais un ensemble de symptômes, que je crois inutile d'énumérer, permettait d'affirmer que l'éruption était de nature syphilitique. Cependant, je ne trouvais pas sur la verge ou dans son voisinage l'accident primitif ou quelques-uns des symptômes caractéristiques, tels que l'induration qui persiste plusieurs mois après cicatrisation. Dans ce cas, je n'avais pas pour me guider ce précieux indice révélateur, le ganglion *direct*. J'examinai donc méthodiquement les diverses régions où s'observent les chancres extra-génitaux et ne trouvant aucune trace d'un chancre des lèvres, de la langue, ou de l'amygdale, j'explorai l'anus. Je fus très surpris de voir sur la marge une longue cicatrice linéaire et de chaque côté d'elle des ponctuations symétriques indiquant des points de suture. A mes questions, le sujet répondit qu'il avait été opéré, deux mois auparavant, d'une petite tumeur dure et indolente qui durait depuis six semaines environ. Ce pseudo-néoplasme était certainement l'accident initial dont la nature avait été méconnue.

Tous les chancres de la région anale ne reconnaissent pas d'ailleurs une origine vénérienne, et l'on conçoit très bien que la canule non désinfectée d'un irrigateur puisse inoculer la syphilis au niveau d'une érosion de la muqueuse du conduit ano-rectal.

Le chancre du *mamelon* est presque toujours un accident d'origine professionnelle auquel sont particulièrement exposées les nourrices qui allaitent un enfant hérédo-syphilitique. Pourtant cette variété de chancre extra-génital peut s'observer à titre exceptionnel chez l'homme, il est alors d'origine vénérienne.

En voici un exemple :

Il y a quelques mois, je vis un homme dont les jambes œdématiées étaient maculées de taches purpuriques. Il se plaignait en outre d'une courbature très grande et de douleurs vagues dans les membres qui, à première vue, me suggérèrent l'idée d'un purpura rhumatoïde. Cependant, ce diagnostic me paraissait peu satisfaisant. La face était couverte de papules cuivrées et de petites ulcérations végétantes occupaient les commissures labiales et les sillons naso-géniens. Après avoir fait un examen complet du

malade, j'acquis la certitude que toutes les manifestations, éruptives et autres, dont souffrait cet homme, relevaient de la syphilis.

Restait à trouver la porte d'entrée. Point de chancre, en activité ou guéri, au niveau des organes génitaux, de l'anus et de la bouche; mais le mamelon gauche et son aréole étaient très infiltrés et constituaient une tumeur indolente et de consistance ferme ayant au moins le volume d'une noix. Le creux axillaire correspondant était comblé par un paquet ganglionnaire volumineux qui empêchait le bras gauche de se rapprocher du tronc. Renseignements pris, le malade me raconta que la tumeur mamelonnaire datait de trois mois, qu'elle avait été tout d'abord ulcérée, mais qu'il n'y avait prêté aucune attention parce qu'elle n'était point douloureuse.

Cet homme, marié d'ailleurs et père de famille, avait été mordu, au cours d'une orgie, un mois environ avant l'apparition du chancre, par une prostituée, et la plaie avait été assez profonde pour saigner abondamment. Ces chancres par *morsure* ne sont point exceptionnels, ils s'observent de préférence sur les parties en saillie et en particulier sur le nez.

Le véritable lieu d'élection du chancre extra-génital, c'est l'extrémité céphalique. Ils occupent parfois la paupière supérieure, l'orifice narinaire, la nuque, etc., mais presque toujours ils se cantonnent sur le pourtour de la bouche, ou sur la muqueuse bucco-pharyngée.

Vous voyez, sur cette jeune femme, un peu au-dessus de la commissure labiale droite, un plateau circulaire, sorte de disque chondroïde dont la surface est légèrement excavée en godet. Sur cette autre malade, vous observez une lésion presque identique, différant seulement de la première, en ce que la surface dénudée est plane, et non déprimée. Enfin, sur cette troisième malade, toute la portion libre de la lèvre inférieure est recouverte d'une nappe granuleuse de couleur rouge vif, ferme au palper, qui s'étend jusqu'au voisinage des commissures. Toutes ces ulcérations sont des chancres infectants escortés de leur bubon symptomatique, et les demi-aveux fournis par ces sujets ne laissent aucun doute sur l'origine de ces chancres extra-génitaux.

Voici un malade qui porte sur la lèvre inférieure, au voisinage de la commissure gauche, et sur la lèvre supérieure non loin de la commissure droite, deux croûtes rocheuses et noirâtres. Si vous regardez de près, vous voyez que ces surproductions croûteuses n'occupent que la portion de la muqueuse labiale exposée à l'air libre. Chacune d'elles masque une ulcération qui se montre à nu sur la portion des lèvres baignée par la salive. Il s'agit de deux chancres infectants, situés à cheval sur le bord libre des lèvres, de sorte que leur versant externe revêt l'aspect croûteux ou ecthymateux, tandis que leur versant interne et constamment humide offre tous les caractères du chancre syphilitique. Ces deux accidents primitifs sont apparus presque en même temps, à quelques jours de distance seulement. Ils évoluent, depuis un mois environ, sans s'accompagner d'autres douleurs que celles que provoque le contact des aliments.

Depuis la même époque, le malade souffre d'une dysphagie d'ailleurs très tolérable, strictement limitée au côté gauche de la gorge. Comme vous le voyez, un ganglion sous-angulo-maxillaire, du volume d'une noix, soulève la peau de la région cervicale supérieure gauche. Si vous explorez la gorge, ce qui est facile, car il n'y a pas de trismus, le voile apparaît coloré en rouge vermillon sur toute sa moitié gauche. L'amygdalite correspondante est énorme, elle émerge de sa loge, coiffée d'une membrane grisâtre. Cette lésion, c'est un *chancre de l'amygdale*, et quand vous l'aurez vu, vous comprendrez qu'elle soit assez souvent prise pour la diphtérie. Habituellement, comme vous le constatez sur ce malade, la région sous-maxillaire est soulevée par un amas de ganglions, ce qui accroît encore la similitude avec la diphtérie.

Le diagnostic est pourtant, sinon facile, du moins possible. La diphtérie n'affecte pas une allure chronique. Elle ne reste pas cantonnée pendant des semaines dans une loge amygdalienne; au bout de quelques jours, elle tapisse toute la surface de l'isthme du gosier. La fixité et l'unilatéralité de la lésion, voilà peut-être le trait le plus caractéristique du chancre de l'amygdale. Mais ce n'est pas tout, l'index porté au fond de la gorge perçoit au niveau de l'amygdale hypertrophiée une induration rénitente très manifeste; cette exploration est d'ailleurs facile, car la douleur est très modérée, et jamais la déglutition n'a été sérieusement gênée.

L'aspect du chancre amygdalien peut être tout différent. Une cavité anfractueuse tapissée d'un putrilage infect et limitée par des bords de consistance ligneuse peut, chez un sujet âgé, imposer l'idée d'un épithélioma. Mais, la rapidité du développement, l'absence d'hémorragie et de douleurs spontanées doivent faire éliminer le diagnostic de néoplasme.

Une gomme amygdalienne — localisation d'ailleurs exceptionnelle de la syphilis tertiaire — pourrait, à la période d'ulcération, être confondue avec un chancre infectant. Mais l'absence du bubon qui accompagne invariablement l'accident primaire ferait, en pareils cas, rectifier le diagnostic.

Il n'est pas rare que le chancre amygdalien soit masqué par des phénomènes inflammatoires relevant d'une affection secondaire, car le milieu buccal est riche en microbes. Alors, la dysphagie intense accompagnée d'irradiations vers l'oreille, la salivation, le trismus, la tuméfaction des glandes sous-maxillaires qui sont noyées dans une atmosphère œdémateuse, l'intensité de la fièvre, conduisent au diagnostic de phlegmon péri-amygdalien.

Un chancre peut se greffer sur un point quelconque de la doublure muqueuse de la bouche. Mais la région le plus souvent affectée, c'est la *langue*. Au niveau de la pointe et des bords, l'accident initial forme un noyau bien en saillie qui prend parfois un développement inusité, au point de faire penser un instant à une gomme syphilitique ou même à un épithélioma. Une erreur courante consiste à con-

fondre un chancre avec une glossite ulcéreuse chroniquement entretenue par un chicot dentaire, ou inversement. Averti de la possibilité de cette méprise, le médecin fera extraire la dent vulnérante, et s'il s'agit d'un simple accident traumatique, la plaie ne tardera pas à guérir.

Sur le dos de la langue, le chancre est aisément reconnu, car il offre l'aspect d'une plaque ovalaire non saillante, rouge et dépapillée, qui repose sur une induration papyracée. La face inférieure de l'organe est rarement intéressée. Cependant, j'ai vu récemment un homme qui portait un chancre à droite du frein. L'érosion ressemblait beaucoup à un aphte, et avait été prise pour tel. Mais l'indolence, l'induration et l'adénopathie me firent exclure d'emblée cette hypothèse.

Quel que soit leur siège, les chancres buccaux peuvent, comme ceux de l'amygdale, être dénaturés par des infections secondaires. Aussi l'état général est-il grave, la prostration et l'anémie sont-elles profondes, chez beaucoup de sujets affectés de chancre de la bouche. Des adénites suppurées, liées à ces infections surajoutées, ne sont point exceptionnelles.

Mais revenons à notre malade ; nous n'avons pas fini le dénombrement de ses chancres. Outre les deux chancres labiaux, outre le chancre de l'amygdale, il porte au niveau de la verge cinq chancres syphilitiques contemporains des chancres extra-génitaux. Très divers de taille, de forme et de siège, les uns en pleine activité, les autres en voie de cicatrisation, ces chancres constituent un ensemble très favorable à l'étude.

Voici d'abord sur le bord libre du prépuce un disque induré, dont le centre érodé est tapissé d'une croûte lamellaire. Ce chancre est très mobile, et l'on serait tenté d'en faire l'éradication, car elle n'infligerait au patient qu'une faible mutilation. Trois autres chancres sont groupés à la base du gland. L'un est fissuraire et tend à sectionner le frein ; il est sans doute consécutif à une petite déchirure traumatique survenue pendant le coït. Le second, situé non loin du premier, dans la rainure balano-préputiale, a le volume et la consistance d'un grain de plomb. C'est un chancre nain, surmonté d'une ulcération minuscule, qui a probablement pour point de départ une glande de Tyson. Un peu plus loin, toujours dans la rainure qui sépare le gland du prépuce, on voit un troisième chancre dont presque toute l'étendue est recouverte d'une cicatrice blanche, plane et lisse, tandis qu'une partie de la bordure est encore à l'état ulcéreux. Enfin, la muqueuse qui double le prépuce est soulevée par un petit disque lenticulaire à la surface duquel l'épiderme n'est point altéré. Suivant toute vraisemblance, c'est un de ces chancres abortifs qui accompagnent parfois les chancres infectants.

Pourquoi, me direz-vous, la syphilis dans ce cas a-t-elle eu de multiples portes d'entrée, alors que l'un des caractères du chancre infectant est d'être solitaire ? C'est la règle, en effet ; mais elle souffre des exceptions. En ce qui concerne les inoculations de la verge, il faut rechercher si la muqueuse balano-préputiale, avant le coït infectant, n'était pas atteinte d'une affection produisant des érosions multiples ; car des vésicules d'herpès, des sillons creusés par l'acare de la gale, sont autant de portes d'entrée ouvertes au virus syphilitique.

L'examen et l'interrogatoire du malade n'autorisent pas à faire ici cette hypothèse. Mais nous apprenons qu'au moment où les chancres de la verge sont apparus, cet homme avait la chaude-pisse depuis deux mois. L'écoulement était abondant et comme, chez ce sujet, le gland est entièrement recouvert par le prépuce, il est certain que le vernis épidermique était macéré par le pus blennorragique.

Ces chancres multiples ont-ils été simultanés ou successifs ? Si l'on en croit le patient, ils seraient tous apparus à la même époque, à deux ou trois jours d'intervalle, et l'on pourrait supposer qu'ils ont tous pour cause un seul et même coït infectant. Mais, si l'on s'en tient aux constatations matérielles qui semblent démontrer que les chancres sont d'âge différent, on est porté à admettre que les ensemencements ont été successifs.

Pour soutenir cette hypothèse, il faut admettre que la réinoculation est possible, soit que le malade s'expose de nouveau à la contamination syphilitique, soit parce que des autoinoculations se produisent, le premier chancre engendrant des accidents semblables à lui-même. Les expériences de M. Pontoppidan, celles plus récentes de M. Queyrat, les inoculations faites au chimpanzé par M. Metchnikoff, prouvent que la syphilis ne confère pas immédiatement l'état réfractaire. Entre le moment où le virus pénètre dans l'organisme et celui où l'immunité est acquise, il s'écoule un certain temps, peut-être parfois plus d'une semaine. Je vous ai montré tout récemment un fort bel exemple de chancre infectant par auto-inoculation. Le premier accident était situé au-dessous de l'aine gauche ; dans le triangle de Scarpa, il avait acquis un grand développement ; c'était une ulcération ovalaire dont le grand diamètre avait 4 centimètres ; il était apparu depuis quinze jours environ, quand le malade vit poindre sur le bord libre du prépuce un nouveau chancre, dont il put suivre toute l'évolution ; l'un et l'autre accident sont bien des chancres indurés, mais l'un paraît beaucoup plus jeune et tend à s'accroître, tandis que l'autre reste stationnaire. D'ailleurs, quand le malade se couche dans le décubitus latéral gauche, la verge est entraînée passivement vers l'aine et l'ulcération préputiale vient s'accoler au chancre inguinal.

II

J'arrive à la seconde classe de chancres extra-génitaux, aux chancres *accidentels*, qui sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement.

L'homme que je vous présente a été adressé à M. Hallopeau pour un anthrax de la face… diagnostic qu'on peut affirmer *à priori* être erroné. En effet, la lésion qui siège sur la joue droite, en dehors du sillon nasogénien, est une large dénudation du derme, plane et superficielle, recouverte d'un enduit diphtéroïde. L'indolence absolue, l'absence de réaction locale et générale, l'état de la surface qui n'est pas criblé de ces petits foyers purulents agminés si caractéristiques

de l'anthrax, font rejeter dès l'abord le diagnostic proposé; l'aspect de l'ulcération est bien celui d'un chancre. Du reste, un gros ganglion indolent et aphlegmasique soulève la région sous-maxillaire correspondante. Un seul signe paraît faire défaut, c'est l'induration. Elle existe en réalité, mais comme il s'agit d'une mince lame papyracée doublant une ulcération étendue, elle est souple et passe aisément inaperçue. Le visage de ce malade est habituellement couvert de pustules d'acné rosacée. Il y a près de trois mois, l'un de ces éléments a été excorié par le rasoir d'un coiffeur. Quatre semaines plus tard, apparaissait au point d'inoculation le chancre dont je vous ai donné la description. S'il subsistait encore quelques doutes dans votre esprit sur la nature de cet accident, il vous suffirait pour vous convaincre de jeter un regard sur les téguments de ce malade qui sont couverts de syphilides papuleuses d'aspect typique. Il n'existe d'ailleurs aucun accident primitif au niveau des organes génitaux.

Ces *chancres du rasoir* ne sont malheureusement point rares. L'année dernière, j'ai vu à ma consultation dermatologique de l'hôpital Tenon un jeune garçon de recettes, marié et père de famille, qui portait au niveau du menton, de part et d'autre de la ligne médiane, deux chancres ecthymateux. La saillie considérable du bubon sous-maxillaire médian simulait un double menton et donnait au malade un aspect étrange.

Cet homme venait de faire ses vingt-huit jours. Sa période achevée, il alla comme ses camarades se faire raser de frais. Il y avait affluence chez le barbier qui passait d'un client à l'autre sans prendre la précaution d'essuyer le rasoir. Dans sa précipitation, il fit à notre homme deux entailles, et comme le sang continuait à couler, il les frotta avec le « bloc hyalin » ou pierre d'alun, qu'emploient tous les coiffeurs en pareil cas. Un mois plus tard apparaissaient les deux chancres pour lesquels cet homme venait me consulter.

Voici un autre cas, dans lequel j'ai pu reconstituer l'histoire rétrospective d'un chancre extra-génital inoculé par le rasoir. Un homme d'une soixantaine d'années entrait dans mon service pour une angine accompagnée d'herpès des lèvres. Le diagnostic fut immédiatement rectifié. Sur le voile du palais et l'isthme du gosier s'étalait une nappe érythémateuse de nuance rouge vermillon, bien différente d'aspect de la rougeur érythémateuse des angines simples. Les prétendus éléments d'herpès étaient des plaques muqueuses. Ajoutez à cela une adénopathie généralisée qui intéressait même les ganglions épitrochléens. Donc, la syphilis était certaine, mais je ne trouvais aucune trace d'accident primitif à siège génital. Quelle était donc la porte d'entrée?

L'interrogatoire m'apprit que, six mois auparavant, cet homme étant chez le barbier, un petit bouton, situé au-dessous du sillon labio-mentonnier, fut excorié par le rasoir. Pour étancher le sang, le coiffeur se servit du bloc hyalin. Après un stade d'incubation dont le malade ne peut préciser la durée, mais qui n'excéda pas trois semaines, apparut au niveau de la blessure, depuis longtemps guérie, une ulcération indolente qui persista plus d'un mois. Au point indiqué par cet homme, je retrouvai une cicatrice circulaire blanche, plate et très souple, car l'induration s'était dissipée.

Les exemples de chancres extra-génitaux accidentels se pressent en foule dans ma mémoire. Je ne vous citerai que quelques faits tout à fait caractéristiques.

Deux fois j'ai vu un chancre induré situé au niveau du frein de la lèvre supérieure, au point précis où certaines gens ont la mauvaise habitude de placer la pièce d'argent qu'ils reçoivent avant de rendre la monnaie. Or, ces deux sujets étaient des conducteurs d'omnibus.

Certaines professions exposent plus spécialement aux chancres buccaux, à diverses époques de véritables épidémies ont sévi sur les souffleurs de verre qui se passaient le chalumeau de bouche en bouche. Le mécanisme de l'inoculation est alors identique à celui que j'ai observé, en Extrême-Orient, sur les fumeurs qui se passent la pipe à eau, à la ronde, dans les débits de thé. Il y a une quinzaine d'années j'ai vu, à l'hôpital Saint-Louis, un ouvrier verrier atteint d'un chancre labial professionnel. Comme il ne soupçonnait pas la nature de sa lésion, il avait contaminé sa femme et la plupart de ses enfants.

Parmi le monde des rôdeurs et des apaches, les plaies par morsures ne sont pas rares. Plusieurs fois j'ai vu la syphilis être inoculée par ce procédé au niveau des doigts, et des parties en saillie, tel les que le nez par exemple.

Les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, tout le personnel médical, en un mot, est exposé plus que tout autre à contracter accidentellement la syphilis. Le chancre siège alors habituellement au niveau de l'index droit, l'inoculation est favorisée par une de ces petites excoriations périunguéales auxquelles on donne le nom d'envie. La lésion est tout d'abord prise pour un panaris, car la douleur est souvent fort vive et l'induration, au lieu d'être nettement circonscrite, se poursuit insensiblement, et semble faire corps avec la phalange.

L'examen d'une gorge tapissée de plaques muqueuses n'est point sans danger pour l'observateur, et je pourrais citer le cas authentique d'un médecin qui, ayant reçu au visage de la salive virulente projetée par la toux, fut atteint de chancre de la paupière supérieure. Ces exemples sont à méditer.

Assurez-vous donc, avant de faire une exploration quelconque, que vos mains n'offrent aucune solution de continuité, et quand vous examinez une gorge, garez-vous, de manière à ne point recevoir les parcelles de salive projetées par la toux.

Le médecin qui ne désinfecte pas ses mains et ses instruments commet une négligence coupable, et peut par sa faute propager la syphilis dans sa clientèle.

Quand j'étais assistant à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, j'ai soigné un jeune homme pour une ulcération rebelle située sur la gencive infé-

rieure, à la hauteur d'une dent molaire qui avait été enlevée quelques semaines auparavant à l'aide de la clé de Garangeot. On trouve partout signalée l'épidémie de syphilis qui sévit sur les clients d'un spécialiste qui pratiquait le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Le médecin qui vaccine de bras à bras, ce qui heureusement devient fort rare depuis que l'on se procure facilement du vaccin de génisse, peut inoculer la syphilis à un nouveau-né, s'il ne s'est pas assuré au préalable de l'état de santé du vaccinifère. Le chancre apparaît au niveau de l'une des piqûres alors que l'évolution de la pustule vaccinale est achevée. C'est en général une ulcération profonde et de mauvais aspect, accompagnée d'une adénite assez douloureuse, car les affections secondaires sont fréquentes.

Un médecin qui confie à une nourrice un nouveau-né, sans s'être assuré que celui-ci ne porte aucun stigmate d'hérédo-syphilis et sans avoir fait une enquête sérieuse sur l'état de santé des parents, expose cette nourrice à prendre un chancre du mamelon. Quelle conduite faut-il donc tenir quand un enfant est reconnu atteint de syphilis héréditaire? Je dis que la mère *peut* et *doit* nourrir son enfant. Elle peut nourrir son enfant car, de par la loi de Colles, toute femme en apparence indemne de syphilis qui met au monde un enfant hérédo-syphilitique peut allaiter cet enfant sans courir le danger de contracter un chancre. Je dis que cette mère doit nourrir son enfant, car l'hérédo-syphilitique, né malingre, est voué aux infections léthifères, telles que la bronchopneumonie et la tuberculose. Il a donc besoin du sein maternel pour lutter efficacement contre les causes de mort qui l'assaillent.

Chaque fois que par sa négligence le médecin transmet la syphilis, il commet une faute lourde, et sa victime est en droit de lui demander réparation du préjudice qu'il lui a causé.

III

Au cours de cet exposé, j'ai signalé chemin faisant plusieurs des modes d'inoculation de la syphilis par voie extra-génitale. Il me reste à vous fournir sur la transmissibilité de la vérole, quelques notions indispensables dont vous trouverez l'application dans votre pratique. Ce que vous devez bien savoir, c'est que, pendant toute la période secondaire, le sang et les humeurs du syphilitique sont virulentes. N'oubliez pas d'avertir vos malades que la plaque muqueuse buccale est contagieuse au même titre que le chancre. Vous épargnerez ainsi la syphilis à bien des innocents.

Quand la cause de la transmission vous échappe, cherchez si elle ne s'est pas effectuée par voie indirecte. En Extrême-Orient, les bâtonnets qui servent à manger le riz, la pipe à eau qui passe de bouche en bouche sont souvent l'origine de chancres des lèvres.

Vous pourriez m'objecter que ces contaminations par des objets souillés de virus syphilitique sont, en somme, assez rares. A Saint-Louis par exemple, jusqu'ici on n'a jamais eu à déplorer d'accident, bien que les mêmes scarificateurs soient à l'usage des spécifiques et des malades atteints de dermatoses. De tout un ensemble de faits, il semble résulter que l'agent de la syphilis est très fragile et qu'il ne résiste pas à la dessiccation. Des expériences récentes faites à l'Institut Pasteur et en Allemagne prouvent en effet qu'un singe resté indemne après l'insertion de virus desséché peut devenir syphilitique quand on l'inocule de nouveau avec du virus frais.

IV

Avant de clore cette étude, je dois envisager une dernière question, celle du pronostic de la syphilis à porte d'entrée extra-génitale. Souvent la période secondaire m'a paru bruyante et riche en manifestations cutanées. Au lieu et place de la roséole, on observait déjà, quelques semaines après le chancre, des infiltrats dermiques notables, des syphilides papuleuses ou même papulo-tuberculeuses.

En outre, je ne serais pas éloigné de croire que le siège de l'inoculation commande jusqu'à un certain point la topographie des efflorescences secondaires, car au chancre céphalique, j'ai vu plusieurs fois succéder une éruption, sinon limitée à la partie sus-diaphragmatique du corps, du moins prédominante en cette région.

J'ignore si les accidents à échéance lointaine sont plus fréquents et plus graves dans la syphilis extra-génitale que dans la forme commune. L'histoire lamentable que je vais résumer tendrait à le prouver. Sur la lèvre inférieure d'un jeune homme, apparaît un chancre induré, bientôt suivi d'une adénopathie cervicale. La syphilis suit d'abord son cours normal, et la roséole se montre vers la cinquième semaine. Mais, dès le quatrième mois, un symptôme d'un fâcheux présage occupe le premier plan, c'est une céphalée violente à recrudescence nocturne. Peu après, les conjonctives s'injectent et un oculiste consulté, diagnostique une irido-choroïdite gommeuse de l'œil droit, puis des deux yeux. Vers la même époque, des syphilides miliaires lichénoïdes se disséminent sur tout le corps.

Tous ces accidents alarmants se sont déroulés en dépit d'un traitement énergique institué dès les premiers jours. Malgré l'iodure de potassium, les frictions, les injections de calomel, la vue s'affaiblit graduellement et, un an après le début de la syphilis, la cécité était complète. Heureusement les cas rebelles au traitement sont tout à fait insolites et d'ailleurs ils ne paraissent pas être plus communs dans la syphilis extra-génitale.

Pour apprécier le pronostic des chancres à siège insolite, il faut s'en rapporter non pas à des impressions mais à une statistique bien faite. Or, il résulte d'un nombre imposant d'observations dépouillées par M. Fournier que « proportionnellement à leur fréquence les chancres extra-génitaux ne fournissent pas un quotient supérieur à leur moyenne numérique ni comme accidents tertiaires, ni comme syphilis malignes précoces ou à tertiarisme prématuré, ni comme syphilis à localisations graves, notamment à localisations cérébrales ». Cependant le même auteur concède que certaines

syphilis extra-génitales se distinguent parfois par un cachet de malignité particulière. D'après lui, le siège de l'accident primitif importe peu, et si le chancre vaccinal chez le nourrisson, le chancre mammaire chez la nourrice, le chancre du doigt chez le médecin ont pour conséquence des véroles graves, c'est que ces divers sujets sont débilités ou surmenés, et par conséquent en état de moindre résistance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MAI 1906)

L'hypertension par rétention chlorurée et la cachexie cardio-rénale. — M. Louis Rénon. A l'appui de la communication de P. Bergouignan et des idées de MM. Ambard et Beaujard, M. Rénon rapporte un cas qu'il a observé où la relation causale entre l'hypertension et l'hyperchloruration était des plus nettes au cours de la néphrite interstitielle. L'alimentation très salée et la rétention manifeste des chlorures rendaient compte de l'élévation de la tension et de l'intensité de la dyspnée. La diète hydrique absolue, puis un régime achloruré vinrent rapidement à bout des accidents. En quinze jours la tension artérielle, qui était à 28, tomba à 23.

La notion de l'augmentation progressive de l'appétit et du poids observée pendant la déchloruration par les deux premiers auteurs leur a permis de trouver en une rétention chlorurée excessive la pathogénie de la cachexie cardio-rénale. C'est la vérification d'une hypothèse qu'il avait vérifiée en 1905 avec M. Verliac. L'auteur pense que la guérison de la rétention chlorurée sèche devait avoir une grande importance pour cette pathogénie, et il émet l'idée qu'il serait peut-être possible d'améliorer le pronostic de la cachexie cardio-rénale en déchlorurant largement l'organisme en état de rétention.

Symptômes œsophagiques et anévrisme de l'aorte thoracique. — MM. Edgard Hirtz et Henri Lemaire. Il s'agit d'un malade qui n'a comme troubles fonctionnels que des symptômes œsophagiques : régurgitations et réflexe œsophago-salivaire. Une première et violente hématémèse de 2 litres de sang pur permet de poser le diagnostic d'anévrisme de l'aorte comprimant l'œsophage et ouvert dans ce conduit. Le malade survit vingt-huit heures à l'hémorragie, ne meurt qu'à la suite d'une deuxième hématémèse. L'autopsie montre l'existence d'un gros anévrisme de l'aorte au niveau du diaphragme. L'ectasie communique avec l'œsophage. Le pneumo-gastrique gauche emprisonné entre le sac de l'anévrisme et le conduit digestif passe devant l'orifice de communication des deux organes.

A l'occasion de cette observation, les auteurs étudient la valeur séméiologique des symptômes œsophagiens dans l'anévrisme de l'aorte et rappellent les cas de longue survie après la rupture de ces tumeurs vasculaires dans l'œsophage.

A propos de la gangrène pulmonaire par submersion. — M. Antony communique l'histoire d'un malade absolument comparable au cas rapporté par M. Bergé à la dernière séance.

Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une immersion assez prolongée dans l'eau, fut atteint de gangrène pulmonaire à laquelle il succomba. M. Antony invoque la même pathogénie que M. Bergé pour expliquer de pareils faits.

M. Netter, en montrant le rôle prédominant du pneumocoque dans la pathogénie, ne croit pas qu'il faille attribuer une place prédominante à l'étiologie, c'est-à-dire à la submersion. Des gangrènes provoquées dans les conditions évoquées par MM. Bergé et Antony, ne diffèrent pas d'autres gangrènes par pneumocoques.

Névralgies faciales traitées par la radiothérapie. — MM. Béclère et Haret présentent un malade atteint de névralgie du trijumeau et sur lequel, avant son intervention, plusieurs tentatives de traitement chirurgical étaient demeurées sans effet. M. Quénu avait inutilement réséqué le nerf, M. Delbet avait pratiqué successivement la résection du ganglion de Gasser, puis du ganglion cervical supérieur, sans obtenir la cessation des douleurs.

L'application des séances de radiothérapie sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur amena rapidement leur sédation. Quatre séances suffisent pour déterminer chez le malade une guérison qui s'est maintenue depuis un an.

La succussion hippocratique dans le pyopneumothorax. — M. Chauffard. La succussion peut être constatée même dans le pyopneumothorax à gros épanchement, lorsqu'on a soin de la rechercher le malade étant couché ; si le malade est dans la position verticale, la succussion n'est observée que lorsque l'épanchement est peu abondant, ainsi qu'il est dit dans les traités classiques. Très souvent, on note après la cicatrisation d'une pleurésie purulente l'apparition de la succussion et l'on émet l'hypothèse qu'un pneumothorax s'est développé par un mécanisme mal connu ; l'auteur pense qu'il s'est agi alors d'un pyopneumothorax à grand épanchement et que la succussion n'était pas constatée au début parce qu'elle n'était pas recherchée dans la position horizontale. On ne l'observera qu'après la ponction, l'épanchement étant moins abondant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1906 [*fin*])

Influence du régime sur le microbisme intestinal au cours des gastro-entérites infantiles. — Pour M. Guillemot et M[lle] W. Szczawinska, sous l'influence de la diète hydrique suivie de diète au bouillon de légumes, le microbisme fécal des gastro-entérites infantiles communes subit peu de variations et cependant, dans la majorité des cas, on voit se produire une amélioration ou une guérison cliniques et cela en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Dans ces types de gastro-entérites, les microbes semblent donc se conduire surtout comme des agents de fermentation plutôt que comme des germes vraiment infectants. Avec la réalimentation, le microbisme change et se comporte de façon variable, selon sans doute la composition du milieu intestinal. Avec certains aliments très digestibles on peut voir apparaître trait pour trait le microbisme fécal de l'enfant normal alimenté au lait de femme. Ce microbisme caractérise donc un type de digestion commun à des substances alimentaires variées, mais très digestibles. En tout cas le fait de sa réapparition confirme les données de la clinique qui ont montré depuis longtemps l'efficacité du traitement diététique en matière d'entérites infantiles et cela en dehors de toute intervention chimique ou bactériologique.

Action précipitante du sérum sur le suc gastrique. — M. Iscovesco prouve que :

1° La partie liquide du sang contient des colloïdes qui forment avec les colloïdes positifs du suc gastrique des complexes instantanément précipitables dans un milieu privé de sels et lentement précipitables dans un milieu non dialysé ;

2° Le sang normal contient des précipitines pour le suc gastrique ;

3° Le mot « précipitine » ne signifie rien, à moins qu'on lui prête exactement le même sens qu'on lui donne lorsqu'on dit que l'acide oxalique est une précipitine pour le chlorure de calcium ou que l'hydrate de fer colloïdal constitue ou contient une précipitine pour l'albumine d'œuf.

Suc gastrique et sérum. — Pour M. Iscovesco, le sérum sanguin paralyse l'action digestive du suc gastrique. Cette action empêchante est due aux globulines négatives du sérum.

Gastro-cyto-lysine. — MM. G. Lion et Henri Français ont préparé une gastro-cyto-lysine permettant de réaliser chez le chien le tableau de l'apepsie. Ils ont isolé son action et montré qu'elle ne pouvait se confondre avec celle d'un sérum purement hémolytique.

(Séance du 5 mai 1906)

La déchloruration fécale. — MM. Javal et Adler ont observé un malade en état d'anasarque, atteint de néphrite tuberculeuse et de tuberculose intestinale qui présentait une diarrhée incoercible. Ce malade rendait par ses fèces beaucoup plus de chlorure de sodium que par ses urines et sa déchloruration fécale monta, certain jour, jusqu'à $9^{gr}51$.

Ils se sont demandé dans quelle mesure la diarrhée facilite en général l'élimination du chlorure de sodium par la voie intestinale, et ils ont comparé les selles diarrhéiques de différents sujets.

Leurs analyses leur ont montré que, lorsque les fèces sont diluées, soit par purgation, soit par diarrhée pathologique, les chlorures augmentent proportionnellement à la dilution. Ainsi ils ont vu que des fèces qui renferment de 80 à 90 p. 100 d'eau renferment couramment de 1 à 2 p. 1000 de chlorure de sodium. Dans les diarrhées extrêmement liquides qui renferment de 90 à 96 p. 100 d'eau on peut observer de 2 à 3 p. 100 de chlorure de sodium.

Les purgatifs augmentent donc la déchloruration fécale, mais ils ne donnent jamais des fèces aussi abondantes que celles qu'on observe dans certaines diarrhées pathologiques. C'est dans ces derniers cas seulement que la déchloruration fécale peut dépasser d'une façon permanente la déchloruration urinaire et il est indispensable d'en tenir compte lorsqu'on établit le bilan des chlorures.

Constituants colloïdes du sang. Globuline et fibrine. La coagulation. — Voici les conclusions de M. Iscovesco :

1° Le plasma contient des globulines positives et des globulines négatives ;

2° Le sérum ne contient que des globulines positives ;

3° La fibrine est un complexe formé par l'union de toutes les globulines négatives avec une partie des globulines positives du sang ;

4° La coagulation n'est que la précipitation d'un complexe colloïdal persistant dans le plasma et provoqué par différents agents physiques ou chimiques ;

5° Le complexe colloïdal qui est la fibrine constitue un pseudo-sel colloïdal.

Transmission de la rage par coup de griffe. — M. Remlinger communique 3 observations, dont 2 personnelles, d'individus qui ayant été non pas mordus mais simplement griffés par un chien enragé ont contracté la maladie et ont succombé. Le chien et le chat contaminent leurs griffes à la période d'incubation de la rage en se léchant les pattes. A la période d'état, la bave se répand à terre, d'où nouvelle cause de souillure. En griffant, l'animal met à nu de nombreux filets nerveux sur lesquels le virus s'ensemence. On agira donc sagement en conseillant aux personnes, griffées par un animal enragé ou suspect, de se soumettre aux inoculations pastoriennes.

Températures sous-vestiales et températures rectales chez le nouveau-né à terme. — Les conclusions de MM. Audebert et Maurel sont les suivantes :

1° Chez les nouveau-nés à terme la température sous-vestiale est sensiblement constante, et comme ces enfants vivent surtout dans le berceau, elle correspond à la température cubiliale de l'adulte, soit de 34 à 36 degrés ;

2° La température sous-vestiale suit la température rectale, et, dans les conditions normales, elle ne lui est inférieure que de 1 et au maximum de 2 degrés ;

3° Vu cette constance et ce parallélisme fréquent, la température sous-vestiale peut donner d'utiles indications sur la rectale ;

4° La connaissance de cette température sous-vestiale normale moyenne est utile, parce que c'est elle qui doit nous guider dans le nombre et la nature des vêtements et des couvertures de l'enfant.

Confirmation orthodiagraphique de la réduction par le bain carbo-gazeux du volume du cœur dilaté. — MM. E. Albert-Weil et A. Mougeot (de Royat) ont mesuré à l'aide de l'orthodiagraphe le volume du cœur avant et après l'administration du bain carbo-gazeux artificiel.

Leurs recherches démontrent d'une façon irréfutable, grâce à la précision absolue de cette méthode, que ce bain amène la rétraction du cœur hyposystolique dilaté, particulièrement de son bord droit.

Ce fait avait déjà été avancé par l'un d'eux, mais il avait besoin d'une confirmation, en raison des objections nombreuses et d'ailleurs rationnelles faites aux procédés chimiques de mensuration de l'aire cardiaque, seuls employés jusqu'ici.

Autres communications :

Passage du chloroforme dans le lait. — M. Nicloux.

Economie de l'amplitude des mouvements. — M. Féré.

Etude de l'action de la chaleur sur le sérum sanguin. — M. Patein.

Biologie du bacillus prodigiosus. — M. Delanoë.

Artério-sclérose par modification chirurgicale de la circulation. — MM. A. Carrel et Guthrie.

Lésions de la syphilis du cerveau. — M. Bosc.

Le bacille tuberculeux cultivé en milieu sucré. — M. Vaillant.

Dégénération collatérale des neurones radiculaires postérieurs dans le tabes. — M. Nageotte.

Inactivité du suc pancréatique dialysé vis-à-vis du maltose. — MM. Bierry et Giaja.

Influence de la saignée sur la teneur du sang en fibrine. — MM. Doyon, Morel et Kareff.

Digestion saline des oreillettes. — M. Arthus.

Pathogénie des grenouillettes. — M. Imbert.

Atrophie bilatérale non symétrique d'un métacarpien, — M. Collin.

Altérations sanguines dans le saturnisme expérimental. — MM. Simon et Spillmann.

ACTUALITÉS

LA REMISE DE LA MÉDAILLE AU PROFESSEUR SEGOND

Très touchante, la cérémonie qui a eu lieu samedi matin, à la Salpêtrière, pour la remise de la médaille offerte au professeur Segond par ses élèves et ses amis, à l'occasion de son entrée à la Faculté.

Dans les discours qui ont été prononcés, dominait une note de sincérité, de franchise, de bonté tout naturellement inspirée par le héros de la fête.

Notre vénéré maître, le professeur Guyon, qui paraît être le président de choix pour ces sortes de cérémonies, autant par la dignité de son caractère que par la haute situation qu'il occupe, s'est fait l'interprète des sentiments de tous, en rappelant que M. Segond possède bien réellement toutes les qualités requises pour le professorat, que son entrée à la Faculté y est un nouvel élément de force et d'action, qu'il est de ceux qui, en matière d'enseignement, savent se faire écouter et se faire comprendre, qu'il présente aussi toutes les aptitudes pour diriger et commander les collectivités, et que son double rôle de professeur et de chef de service se trouve ainsi merveilleusement rempli. M. Guyon ajoute, avec beaucoup de justesse, que tous ceux qui ont approché Segond, à un titre quelconque, maîtres, camarades, élèves, amis, malades lui sont restés attachés par la plus sincère affection; il termine en lui disant toute la joie qu'il éprouve à présider cette fête de famille, et il l'en remercie.

M. Pinard, qui a eu M. Segond comme collaborateur à Baudelocque pendant plusieurs années, laissant à d'autres le soin de louer le professeur, a tenu à rappeler le dévouement sans bornes, la bonté exquise qu'à tout moment, le jour comme la nuit, le chirurgien de Baudelocque venait prodiguer aux malheureuses n'ayant rien que leurs souffrances! Il quittait tout pour elles, et au moindre appel, accourait à leur chevet, les consoler, les remonter, les soulager, les opérer, les guérir. Aussi M. Segond a-t-il laissé dans cette maison de Baudelocque un souvenir ineffaçable, et c'est d'elle que sont venues les magnifiques fleurs qui, au début de la séance, ont été apportées à Mme Segond et à ses filles.

M. Nélaton, à titre d'ancien camarade, d'ancien compétiteur de M. Segond, rappelle cette heureuse période des concours où l'on trouvait en Segond un adversaire loyal, qui ne tardait pas à devenir l'ami de tous ses concurrents et qui l'est resté. Aussi tous, sans exception, ont-ils applaudi à ses succès. M. Nélaton rappelle la puissance de travail, la facilité d'élocution, toutes les qualités brillantes de son cher camarade. S'excusant de cette comparaison, qui caractérise d'un mot l'allure générale de Segond, M. Nélaton nous dit : « Il porte haut, il chante clair, c'est un coq. » Il termine en lui souhaitant pour lui-même et ses élèves, une longue et brillante carrière dans le professorat.

M. Potherat, dans un excellent discours rappelle que la Faculté ayant à nommer un professeur en chirurgie ne pouvait certes pas trouver une érudition plus complète, une compétence plus parfaite, une parole plus chaude, une main plus habile. Aussi, est-ce avec une unanimité toute spontanée que M. Segond a été élu. En agissant ainsi, la Faculté de médecine a bien mérité de la science et aussi de la France « cet objet constant de votre jaloux amour », dit M. Potherat; il rappelle l'époque où, chaque jour, il se trouvait avec Segond chez le regretté professeur Trélat. En évoquant le souvenir de cette grande figure chirurgicale, M. Potherat savait bien qu'il irait droit au cœur de Segond qui conserve un véritable culte pour la mémoire de ce maître préféré. M. Potherat termine très heureusement son discours en disant tout le plaisir qu'il éprouve à admirer cette médaille reproduisant les traits du maître aimé, mais qu'il demande à Dieu de permettre qu'il lui soit donné de considérer longtemps encore les traits eux-mêmes et son propre visage bien vivant.

Au nom d'une seconde génération d'élèves, M. Lenoir prend, à son tour, la parole, et dans un discours fort bien écrit, plein de cœur et de finesse, il rappelle toutes les brillantes qualités du professeur; et il ajoute : « Mais ce que nous savions, nous, ce que nous étions presque les seuls à savoir, car le temps a dispersé ceux qui assistèrent à vos triomphales leçons d'agrégé, c'est le beau talent professoral, tout entier de lumière et de vie, dont s'enrichissait l'École. C'est votre enseignement journalier, fait de causeries familières, qui nous a modelés et façonnés, nous imprimant à presque tous une marque dont nous sommes fiers.

Ce que nous avons vu aussi, mieux que tous, ayant à vos côtés vécu votre vie chirurgicale, c'est la bonté, tendre et profonde, avec laquelle vous soignez vos malades, calmant leurs angoisses d'un mot affectueux, leur donnant un peu de cette vie qui, puissante, rayonne de vous; c'est l'expression du bonheur qui se peint sur leurs figures quand vous approchez de leur lit, quand votre force se penche sur leur détresse. »

M. Segond se lève et dans une improvisation chaleureuse, pleine d'entrain et de spontanéité, fait à son tour l'éloge de ses louangeurs, de Pinard dont il vante, non seulement le talent, la science, mais aussi l'extrême bonté, l'amitié sûre et fidèle; de Nélaton, le camarade de concours, poussant le dévouement à ses amis jusqu'à se sacrifier pour eux et à se retirer quand il crut devoir leur porter préjudice, poussant la conscience et l'honneur jusqu'à se retirer aussi du concours quand, malgré un jury des plus favorables, il jugeait son épreuve insuffisante; de Potherat, cet élève et ami toujours fidèle qui a si heureusement rappelé le temps passé dans le service de Trélat, le maître toujours regretté; de Lenoir, cet élève préféré, cet « enfant chéri » si dévoué, si fier, si plein de cœur et de droiture, du professeur Guyon, enfin, qui a résolu ce problème difficile de ne pouvoir entrer nulle part sans qu'aussitôt tous les chapeaux s'abaissent, et dont la robe a conservé son hermine pure de toute tache.

En terminant, M. Segond a promis à ses élèves de leur conserver tout son dévouement, de leur consacrer tout ce qu'il lui restait de forces et de vie afin de mieux mériter les éloges dont il vient d'être comblé. Puis ce sont des embrassades et des serrements de mains qui n'en finissent plus. On sent que tout le monde est heureux d'avoir entendu de bonnes paroles et d'avoir écouté de braves gens.

Dr BROCHIN.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 54. — JEUDI 10 MAI 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 10 MAI 1906. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, 9 mai 1906.

Le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France adresse à M. le ministre de l'Instruction publique une longue lettre où il expose ses idées sur les réformes à apporter aux études médicales.

Les médecins praticiens, disent-ils, ont trop souffert « des lacunes de l'enseignement officiel » pour ne pas être appelés à donner leur avis dans les projets que l'on prépare. C'est « une réforme profonde de l'enseignement médical » qu'il faut faire. La plupart des cours faits par les professeurs sont « des cours de parade, et sans utilité ». L'étudiant, « arrivé grâce à l'indulgence bien connue des professeurs ou à la possession de son diplôme, » s'aperçoit que pour soigner dignement les malades il ne sait pas la moitié des choses qu'il lui est indispensable de connaître.

La science médicale s'est accrue d'une façon considérable, et le temps de scolarité tend de plus en plus à se réduire. Des Facultés de province parlent d' « improviser » des docteurs en quatre ans! Au lieu d'escamoter les programmes d'enseignement il conviendrait au contraire de « veiller à ce que la profession la plus périlleuse soit entourée des plus grandes garanties de savoir et d'habileté ».

La création de diplômes spéciaux destinés à « compléter les défectuosités de l'enseignement officiel » ne tendrait rien moins qu'à diminuer la valeur du diplôme de docteur et « le ravaler d'ici peu au rang d'un vague officiat ».

L'excessive indulgence aux examens est une honte. Toutes les « incapacités sont reçues pêle-mêle avec les capacités véritables ».

Voici les conclusions de cette longue lettre :

« Aussi venons-nous, en matière de conclusion, vous demander que l'étude de la réforme de l'enseignement médical soit discutée dans un esprit démocratique, qu'elle soit faite non d'une manière arbitraire, en choisissant au hasard parmi les vœux émanés des Facultés, consultées séparément, mais qu'elle soit le fruit d'un travail prolongé, d'un effort considérable et synthétique, émanant du corps médical dans son ensemble. Nous demandons que vous confiiez l'étude des réformes de l'enseignement médical à une Commission comprenant des membres du corps enseignant et, en nombre au moins égal, des membres désignés par les syndicats médicaux. Nous ne savons ce qui résultera des travaux de cette Commission; mais ce que nous savons bien, c'est que plus elle sera ouverte aux bonnes volontés, plus sérieux, plus prolongés seront ses efforts, plus vous aurez rendu service à la cause de l'enseignement national et aux intérêts de la santé publique. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 7 mai 1906. — MM. Iselin, 16; Guibé, 13.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-inspecteur Pierrot est promu commandeur de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Cruveilhier, chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien agrégé.

— Nous sommes heureux d'annoncer que M. le docteur Paul Bourgeois, député de la Vendée, dont nous avons annoncé la mort à la suite du *Temps*, ordinairement mieux informé, est en bonne santé. Le vénérable et sympathique doyen de la Chambre s'est simplement retiré des luttes politiques.

MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — M. le docteur Hallopeau reprendra, le jeudi 10 mai, à trois heures, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 5, mai 1906.) SHIGEMICHI SUZUKI : La guerre navale russo-japonaise en 1904-1905 (*fin*). — CHEVALIER : Trois observations de calculs vésicaux traités par la cystotomie hypogastrique suivie de suture totale de la vessie. — CHEVALIER et SEGUIN : Infection purulente du foie d'origine appendiculaire. — MACHENAUD : Double pied-bot congénital varus équin traité par le désossement du tarse (procédé de Lucas-Championnière). — TITI : Livret médical individuel dans la marine. — F. BRUNET : Etat actuel de l'opothérapie pulmonaire. — BARBE : Traitement du charbon. Un cas d'intoxication par l'alcool à brûler.

Archives générales de médecine. — (N° 18, 1er mai 1906.) P. RUDAUX : De la mort subite pendant la puerpéralité. — Marcel LE JEMTEL : Occlusion intestinale par torsion d'un segment de mésentère. — G. RAUZIER : Traitement de la migraine. — NEL (de Granville) : Les huîtres et la fièvre typhoïde. Les parcs aux huîtres de Granville.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 16, 19 avril 1906.) G. W. FITZ : Etude clinique et anatomique de la déformation appelée « épaules en avant » (avec 8 tableaux et 8 figures). — L. Vernon BRIGGS : Considérations sur le traitement des auto-intoxications et auto-infections qui sont l'origine de troubles mentaux. — Willard BARTLETT : Le secret des succès chirurgicaux des docteurs Mayo. — Lincoln DAVIS : Un cas mortel de tétanie d'origine gastrique.

Bulletin médical. — (N° 35, 5 mai 1906.) P. BERGER : Phlegmon de la gaine synoviale des fléchisseurs des doigts compliqué de suppuration des articulations du carpe. Guérison avec conservation des mouvements. Principes du diagnostic et traitement.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 17, 28 avril 1906.) PLESCH : Sur la réaction du diazobenzol dans la bile.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 26 avril 1906.) EICHHORST : Sur les expectorants. — BRAUER : Le pneumothorax thérapeutique. — KREHL : Quelques remarques sur le traitement des affections de l'appendice. — WOLLENBERG : Sur le moment psychique dans la neurasthénie. — AXENFELD : Sur l'immobilité traumatique réflexe de la pupille. — ARNETH : Recherches parallèles sur le sang et le suc gastrique dans la chlorose. — HOFMEIER : Sur les indications rares de l'interruption de la grossesse dans les maladies internes. — ROSTHORN et FRÄNKEL : Tuberculose et grossesse. — LOEWENTHAL : Recherches sur l'epithelioma contagiosum. — KORANYI : Action de l'iode sur la nécrose artérielle due à l'adrénaline.

Journal des praticiens. — (N° 18, 5 mai 1906.) RECLUS : L'eau chaude en chirurgie. — HUCHARD : Les conséquences de l'hypertension artérielle (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 18, 3 mai 1906.) A. TERSON : De l'état de l'angle irido-cornéen dans les luxations du cristallin accompagnées d'hypertonie.

Medical Record. — (Vol. LXIX, n° 12, 24 mars 1906.) Carl BECK : Le traitement moderne des fractures. — DICKINSON : L'utérus et l'ovaire dans la neurasthénie. — ISAACS : Appendicite ; étude d'une série de cent quarante-sept appendicectomies. — E. GILLETTE : Filtration de l'eau des services publics. — HARRINGTON : Filtration des eaux dans le Massachusetts. — (N° 13, 31 mars.) Sidney JACOBSON : Nouvel instrument pour mesurer tous les diamètres du bassin chez la femme vivante. — Edmund DOW : Traitement de la méningite méningococcique au « Bellevue Hospital » pendant l'été de 1905. — Smith Ely JULLIFFE : Deux observations curieuses d'épilepsie. — Sohier BRYANT : Technique opératoire et traitement post-opératoire dans la mastoïdite avec complications épidurales. — SEABROOK : Ulcère rongeant de Mooren. — (N° 14, 7 avril.) Beverley ROBINSON : Quelques points de la discussion concernant la prévention et le traitement de la pneumonie. — Coleman SAVIDGE : Médecine synthétique. — Richard Cole NEWTON : L'ère hippocratique dans la médecine. C. KEELER : Plaidoyer pour l'examen moins rapide des sujets suspectés de tuberculose pulmonaire. — L. GARRIGUES : Drainage intra-ligamenteux pour paramétrite non suppurée ; description de la technique. — W. Lee HOWARD : Foot-ball et santé morale. — A. ESHNER : La chorée et les quelques troubles qui la simulent. — (N° 15, 14 avril.) George M. GOULD : Clinique biographique sur Gustave Flaubert. — B. TODD : Les breuvages salins dans la fièvre typhoïde et leur action antifébrile. — A. BERG : Diagnostic des affections chirurgicales du rein. — Harrison GRIFFIN : Turbinotomie.

Montpellier médical. — (N° 17, 29 avril 1906.) VEDEL : Brousse, sa vie, son œuvre (*fin*). — VIGUIER : Les dentiers toxiques.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 1er mai 1906.) LEOPOLD : Ophtalmie des nouveau-nés et solution de nitrate d'argent à 1 p. 100. — KLIENEBERGER et ZŒPPRITZ : Sur la formation d'une leucotoxine spécifique dans le sang à la suite de la radiothérapie dans la leucémie, la pseudoleucémie et le lymphosarcome. — TRENTLEIN : Sur les maladies à protozoaires de l'homme et des animaux dans les Indes et l'Afrique orientale allemande. — ROSENBACH : Pourquoi et dans quelles limites les médicaments hypnotiques sont-ils actifs dans les processus inflammatoires. — OPITZ : Sur l'anesthésie lombaire par la novocaïne dans les opérations gynécologiques. — BERGER : Sur la coloration du spirochæte pallida. — SITTLER : Transmission de la diphtérie par une troisième personne. — SIMROCK : Dosage du sucre dans l'urine par une modification du procédé de Trommer. — MICHAELIS : Auto intoxication dans la sténose du pylore. — BITTORF : Sur la pneumonie cérébrale des enfants. — LOEB : Sur les pneumonies d'un jour. — SEELIGMANN : Sur l'hébotomie. — ARNETH : Les vibrations locales dans la pneumonie fibrineuse.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 17, 29 avril 1906.) STEIN : La question de l'alcool en Hongrie. — DONATH : Le médecin et la question de l'alcool.

Revue scientifique. — (N° 18, 5 mai 1906.) *Enquête* : L'orientation des réformes dans l'enseignement médical. — LE DOUBLE : L'évolution des os de la face. — Ernest COUSTET : La photochromie par décoloration.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 26 avril 1906.) KRAUS et RIBRAM : Sur la toxine staphylococcique et son antitoxine. — EISLER : Conservation des sérums précipitants sur papier. — PFEIFFER : Influence des connaissances biologiques sur la compréhension des choses médicales. — MATTANSCHECK : Appréciation de l'alcoolisme aigu au point de vue de la justice militaire. — MOLL : Technique de l'hyperémie de Bier pour le traitement de la mastite ; son application à l'excitation de la sécrétion du lait.

Tribune médicale. — (N° 16, 21 avril 1906.) MORESTIN : Arthrotomie. — Ch. ESMONET : Sur la pathogénie de l'entéro-colite. — G. MEILLÈRE : Indices et rapports urinaires.

ZONA ET TUBERCULOSE

Par le docteur CONOR,
Médecin-major de deuxième classe.

Le zona a été signalé depuis longtemps dans les maladies infectieuses.

Letulle l'a vu dans la scarlatine, dans la blennorragie, dans la septicémie puerpérale; Barthélemy, dans la grippe. Il a été rencontré dans la rougeole par Adenot et Vergely, dans la fièvre typhoïde, la variole.

Leudet a rapporté un cas de zona précédant un rhumatisme articulaire aigu.

Winfield montre la relation de cette éruption et de la malaria, et publie 25 cas de zona chez des paludéens.

On l'a décrit encore dans la syphilis, le tétanos, la lèpre. Curtin a publié 10 observations d'inflammations diverses des séreuses (pleurésie, arthrite, péritonite), dans lesquelles le zona s'est manifesté.

Pour Evans, il est fréquent dans la méningite cérébro-spinale épidémique, plus rare dans la tuberculose des méninges.

Dopter a signalé 3 cas de zona survenu à la suite d'angine, de troubles gastro-intestinaux, et Rouyer a récemment publié 5 observations analogues.

Le zona paraît avoir été observé surtout dans les affections pulmonaires. Dans la pneumonie, il peut se manifester soit au cours de la période aiguë (Talamon), soit avant (Hallopeau), soit dans la convalescence (Clément, Giraudeau). L'éruption peut, dans ces cas, affecter divers sièges : elle apparaît tantôt au thorax, tantôt sur un autre point du corps, tel qu'au membre inférieur, à la face.

Von Bœresprung est le premier qui ait, en 1863, signalé le zona dans la tuberculose pulmonaire.

Après lui, Mougeot, Bouchut, Perroud en rapportèrent de nouvelles observations.

En 1878, Leudet fait remarquer la relation entre ces deux affections et cite 17 cas à l'appui de son opinion. D'après cet auteur, le zona est dû à une action réflexe, comme les autres troubles nerveux que l'on constate dans la tuberculose pulmonaire, et se rencontre de préférence dans la forme à évolution lente de la maladie. Chandelut, Altemaire, Lesser signalent des faits semblables.

Barié, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, rapporte 3 observations de tuberculeux pulmonaires, chez lesquels l'éruption zostérienne s'était localisée au niveau de la région périnéo-génitale.

Leroux cite, dans sa thèse, 3 nouveaux cas et établit définitivement le rapport entre ces deux affections.

Depuis, d'autres observations ont été publiées. Nous citerons celles de Mongour et Michel, Féré, Laignel-Lavastine, Curtin, Mouton.

Néanmoins, le zona ne semble pas très fréquent chez les tuberculeux. Leudet ne l'a rencontré que 17 fois sur 2000 bacillaires, et Fabre (de Commentry) mentionne, dans sa monographie, 64 observations de zoster, dont aucune ne se rapporte à un tuberculeux.

Les faits que nous venons de rappeler ne concernent que des cas de tuberculose déjà avancée, et il semble que les auteurs précédents voient dans le zona une complication de la maladie survenant surtout à son dernier période.

Pourtant, en 1879, dans une leçon clinique faite à l'hôpital Necker, le professeur Potain déclare que « cette éruption paraît quelquefois comme le prélude de la phtisie pulmonaire ».

Lemonnier, Arnaud, Rendu, Ronzier-Joly publient des cas de zona survenus comme manifestation initiale de l'affection bacillaire. Enfin, dans sa thèse, Rouher rapporte 9 observations inédites dans lesquelles l'éruption zostérienne apparut comme symptôme prémonitoire de la maladie. Il conclut ainsi : « Lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet atteint de zona, il ne faut pas le considérer comme atteint d'une dermatose sans importance. On doit examiner l'état de ses poumons et réserver le pronostic s'il a des antécédents de tuberculose ou quelques petits signes prégranuliques. On conçoit quelle peut être l'utilité d'un pareil symptôme si, dans certains cas, il nous permet de dépister une tuberculose que rien ne faisait soupçonner, et, par suite, de la traiter avec des chances bien plus grandes de succès. »

Il est donc bien établi que le zona, comme nombre de phénomènes nerveux périphériques, peut se manifester soit pendant le cours, soit tout à fait au début d'une tuberculose pulmonaire, faisant ainsi partie des petits signes de l'infection bacillaire, du petit mal tuberculeux.

Mais cette dermato-névrose peut-elle survenir dans des cas de tuberculose dite chirurgicale?

Nous n'en avons trouvé que peu de cas dans nos recherches bibliographiques.

E. Wagner publie en 1870 une observation rapportée par Bouchut. Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans atteint de phtisie pulmonaire qui présenta, huit jours avant sa mort, une éruption de zona intercostal. A l'autopsie, on reconnut une tuberculose des six dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires.

Dans les archives de Virchow de 1884, Dubler cite une observation de zona chez un malade qui présentait de l'ostéite costale de nature tuberculeuse.

Lemonnier rapporte, dans son mémoire, le cas d'un homme de quarante ans, sans antécédents bacillaires, chez lequel on signale un peu d'éthylisme, et qui est atteint de zona du membre inférieur droit; à la suite de cette éruption se développe une tuberculose génitale.

Enfin, dans la thèse de Leroux, nous voyons un malade porteur d'une tuberculose pulmonaire avancée, être atteint de zona. En même temps, la tunique vaginale droite était le siège d'un épanchement « abondant, limpide et transparent ».

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer le cas suivant.

Il s'agit d'un soldat de vingt-quatre ans, dont le père rhu-

matisant est mort d'une affection cardiaque, et dont la mère est décédée par suite d'hémorragie cérébrale. Lui-même, exerçant avant son incorporation la profession d'ouvrier agricole, a eu la rougeole à quatorze ans, la fièvre typhoïde à dix-huit, affections qui ont guéri sans complications. Il avoue des habitudes alcooliques. Pas de syphilis. Depuis son arrivée au régiment, il n'a eu que des indispositions sans gravité.

Le 25 juin 1905, il est pris de douleurs du côté du testicule droit qui augmente de volume et rend la marche pénible. En même temps l'état général est mauvais, avec céphalée et vomissements.

On l'envoie à l'hôpital où nous constatons une tuméfaction du scrotum, surtout à droite, s'accompagnant de douleur et de rougeur. Le testicule et l'épididyme sont augmentés de volume et douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure où l'on sent de l'adhérence à la peau scrotale. Il existe aussi de la funiculite, se manifestant par de la douleur et de l'augmentation de volume au niveau du cordon.

Le malade nie tout antécédent blennorragique et nous n'avons d'ailleurs jamais constaté d'écoulement urétral. Il n'a pas subi de traumatisme sur le scrotum, n'a pas été atteint d'oreillons ni d'autre maladie infectieuse.

Malgré le repos au lit, l'immobilisation des bourses et l'application de compresses chaudes, les phénomènes ne s'amendent qu'au bout de quinze jours.

A ce moment, on constate, à la partie antéro-inférieure droite du scrotum, la présence d'une collection purulente qui donne issue à un pus crémeux, légèrement jaunâtre. La suppuration continue pendant six jours, puis la douleur et la tuméfaction diminuent, et le malade peut se lever le 20 juillet.

On aperçoit alors une cicatrice adhérente au niveau de la partie inférieure de l'épididyme qui est lui-même induré, bosselé et augmenté de volume. Le testicule droit est un peu plus gros que le gauche. La douleur a cessé complètement et le malade éprouve seulement une sensation de pesanteur du côté des bourses à l'occasion de la marche et de la station debout.

Le 27 juillet, notre malade se plaint, pendant la soirée et la nuit, de fourmillements et de sensation de picotement dans la région du mamelon droit. Le lendemain, on constate à ce niveau la présence d'une zone rouge d'environ 5 centimètres de rayon sur laquelle apparaissent quelques petites vésicules dont le nombre augmente dans la journée du 28.

Le 29 juillet, apparaît une éruption semblable dans le dos.

Cette éruption a tous les caractères du zona = rougeur, douleur, vésicules, topographie.

Au point de vue de la localisation, nous constatons qu'en avant les vésicules forment de petits groupes de 1 à 4 centimètres de diamètre situés entre les troisième et cinquième espaces intercostaux droits, sur une longueur d'environ 15 centimètres à partir du sternum.

En arrière, l'éruption s'étend dans la région du septième espace intercostal droit, sans dépasser la colonne vertébrale.

Les vésicules, reposant sur des plaques rouges irrégulières, sont perlées, transparentes, et la zone atteinte est douloureuse spontanément ou à la pression.

Au bout de quelques jours, ces vésicules se dessèchent, et l'on constate la présence de petites croûtelles sur un fond dont la rougeur commence à pâlir.

En même temps, il existe de l'adénite axillaire des deux côtés, mais plus accentuée à droite, non douloureuse.

L'état général laisse un peu à désirer. Le malade est maigre, il pèse 56 kilos pour une taille de 1m64. On découvre de petits ganglions dans les régions inguinale et sous-maxillaire. L'examen de l'appareil respiratoire permet de reconnaître de la laryngite chronique, une respiration nettement soufflante au sommet droit.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier du côté de la prostate ou des vésicules séminales.

Le malade présente un léger tremblement des doigts, dû probablement à ses habitudes éthyliques.

Il n'existe ni troubles de la sensibilité cutanée, ni anomalie des réflexes.

Enfin, l'analyse des urines donne les résultats suivants :

Glucose	néant.
Albumine	néant.
Acide phosphorique	0gr43 par litre.
Urée	13 grammes.
Phosphates	7g6.

Nous n'avons eu aucune hésitation à établir le diagnostic de zona.

Quant à la nature de l'orchite, nous avons procédé par exclusion. La tuberculose aiguë du testicule est en effet bien connue depuis les travaux de Duplay, tout en restant moins fréquente que la forme chronique. Notre malade n'a eu ni blennorragie ni syphilis, il n'a subi aucun traumatisme, il n'a pas été atteint d'oreillons ou d'infection ayant pu provoquer une inflammation testiculaire. Dans ces conditions, et en raison des signes constatés au sommet du poumon, de l'état général, des bosselures perçues au niveau de l'épididyme, nous nous croyons autorisé à admettre l'origine tuberculeuse de son orchite.

Le malade refusa toute intervention et fut réformé.

Nous avons prélevé, aussi aseptiquement que possible, de la sérosité de deux vésicules, dont nous avons ensemencé divers milieux. Nous avons obtenu la culture de deux germes différents dont les caractères sont les suivants :

Germe A. — Bacille mobile, quatre à cinq fois plus long que large ; se colore bien par les couleurs d'aniline et prend le Gram, ne se colore pas par la méthode d'Ehrlich. Il se présente, dans le champ du microscope, disposé en amas, et l'on remarque certains éléments où la couleur est localisée aux deux extrémités, la partie moyenne restant incolore.

Il pousse facilement sur bouillon et y forme un léger dépôt, sans voile. Au bout d'une semaine, le bouillon prend une teinte d'un brun foncé, presque noir.

Sur gélose, il se forme un enduit léger, et, après quelques jours, tout le milieu est coloré en brun.

Sur sérum, mêmes caractères et même coloration brune.

Sur pomme de terre, on constate un léger enduit jaune clair.

Enfin, le lait n'est pas coagulé, et le bouillon tournesolé reste bleu.

Germe B. — Il se présente sous la forme de microcoques souvent réunis en amas dans lesquels le groupement par deux semble le plus habituel, et qui restent colorés par le Gram ; dans le bouillon, ce germe donne un trouble léger, sans voile et sans changement de coloration.

Sur sérum, sur gélose, il pousse en un induit discret et incolore.

Sur pomme de terre, on aperçoit un léger enduit blanchâtre.

Enfin, il coagule le lait et fait virer au rouge le bouillon tournesolé.

L'injection de ces deux germes sous la peau de la cuisse de deux cobayes a donné un résultat négatif.

Des germes très différents ont été rencontrés dans le zona.

Les recherches d'Achard et Lœper, de Brissaud et Sicard, de Dopter, de Widal et L. Le Sourd, etc., ont révélé, soit la stérilité du liquide céphalo-rachidien, soit la présence de germes variés.

Pour Wasilewski, cette affection serait d'origine infectieuse, comme l'avait affirmé Landouzy, et il aurait retrouvé dans la peau le protozoaire déjà décrit par Pfeiffer.

Talamon a recherché sans succès le pneumocoque dans les vésicules de zona postpneumonique.

Follet et Sacquépée ont trouvé, dans le séro-pus d'une phlyctène, un long bacille, très peu pathogène pour le cobaye, cultivant sur gélose et pomme de terre, et ayant les caractères d'un leptothrix.

On admet d'ailleurs avec Brissaud que le zona n'est pas spécifique, qu'il est susceptible d'être provoqué par les microbes les plus divers, et qu'il peut survenir à la suite d'une infection quelconque dont il est une simple manifestation.

Dans la tuberculose en particulier, il est probable que cette éruption est le signe d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique — atteinte bien démontrée par les travaux de Pitres et Vaillard — par le bacille de Koch ou ses toxines.

Le zona serait ainsi souvent une forme de la tuberculose inflammatoire de Poncet et rentrerait dans la classe des petits accidents de la bacillose.

On peut admettre, comme hypothèse, que l'équilibre trophique de la peau étant rompu par suite de l'action des toxines microbiennes sur le système nerveux central ou périphérique, les germes de la flore cutanée, bien étudiée par Remlinger, peuvent dans ces conditions soit accroître leur virulence, soit trouver un milieu plus vulnérable. Ainsi s'expliquerait la formation des vésicules.

Notons enfin que le zona des tuberculeux se manifeste surtout chez les individus à tare neuro-arthritique. Dans notre cas, nous avons vu que le père de notre malade était rhumatisant. Lui-même avoue des habitudes alcooliques qui n'ont peut-être pas été étrangères à l'apparition de son zona.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Lœper. Soc. méd. des hôpit., 15 mars 1901. — Adenot. *Ann. de dermatol.*, 1891. — Altemaire. Th. de Paris, 1879. — Arnaud. *Marseille méd.*, 1893. — Barbe. Congr. de dermat., 1900. — Barié. Soc. méd. des hôpit., 13 mai 1887. — Barthélemy. *Arch. gén. de méd.*, 1890. — Bouchut. *Gaz. des hôpit.*, 1873, n° 11. — Brissaud. *Clinique des maladies nerveuses*, 1896. — Brissaud et Sicard. Soc. méd. des hôpit., 15 mars 1901. — Chandelux. *Arch. de physiol.*, 1879. — Clément. Th. de Paris, 1897. — Curtin. *Amer. Journ. of the med. sc.*, fév. 1902. — Dopter. *Revue de méd.*, mai 1901; — Soc. méd. des hôp., 19 juillet 1901. — Dubler. *Virchow's Archiv.*, XCVI, 1884, p. 195. — Evans. *British Journ. of dermat.*, 1900. — Fabio. *Gaz. med. ital.*, 1902, n° 16. — Fabre. *Le zona.* — Féré. Soc. méd. des hôpit., 1898. — Giraudeau. *Semaine méd.*, 24 mars 1897. — Hallopeau. Soc. méd. des hôpit., 15 fév. 1901. — Lemonnier. Soc. franç. de dermat., 8 mai 1890. — Leroux. Th. de Paris, 1888. — Lesser. *Arch. f. path. Anat.*, 1881, LXXXVI, p. 391. — Leudet. *Gaz. hebd. de méd.*, 1878, n° 39; — Assoc. pour l'avancement des sciences, 1878. — Mastri. *Riforma med.*, 4 déc. 1901. — Mongour et Michel. Soc. d'anat. de Bordeaux, 1898. — Mougeot. Th. de Paris, 1867. — Mouton. *Bull. méd. du Nord*, 1898. — Perroud. *Lyon méd.*, 1872, p. 15. — Pitres et Vaillard. *Revue de méd.*, 1886, p. 193. — Polam. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1879. — Remlinger. *Médecine mod.*, avril 1896. — Rendu. *Presse méd.*, 23 déc. 1893. — Ronzier-Joly. Th. de Montpellier, 1895. — Roulier. Th. de Paris, 1897. — Rouyer. *Bull. méd.*, 15 juin 1904. — Talamon. Soc. méd. des hôpit., 19 avril 1901. — Vergely. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903. — Von Bœresprung. *Ann. des Charite*, 1863, XI. — Wasilewski. *Ann. de dermat.*, 1893, p. 795. — Winfield. *New-York med. Journ.*, 2 août 1902.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1906)

Le professeur Chauveau fait une communication sur les **rapports simples des « actions statiques » du muscle avec l'énergie qui les produit.**

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 MAI 1906)

La syphilis. — M. Metchnikoff a fait à l'Académie une communication au sujet des expériences dont nous avons déjà relaté le début (voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 142, p. 1693).

MM. Metchnikoff et Roux ont pu inoculer la syphilis à un homme sans amener aucun accident. Ce n'est ni à l'aide d'un sérum, ni par un vaccin, ni au moyen d'un virus atténué que ce résultat a été obtenu. C'est uniquement par un moyen d'une simplicité extrême, par une friction mercurielle faite, dans certaines conditions (Cf. *Gaz. des hôpit.*, loc. cit.), au niveau même du point d'inoculation.

Quatorze chimpanzés ont d'abord été inoculés. Sur les uns, on a fait presque immédiatement après l'inoculation, et au point de cette inoculation, une friction pendant cinq minutes avec une pommade ainsi composée :

Calomel.................	10 grammes.
Lanoline................	30 —

Chez d'autres, on a fait cette friction quelques heures plus tard, sur une troisième catégorie on a laissé la syphilis évoluer. Il résulte de ces expériences que les singes chez lesquels on a fait la friction mercurielle une heure après l'inoculation n'ont présenté aucun accident syphilitique. Ces accidents ne surviennent que lorsque la friction n'est faite qu'après la vingtième heure consécutive à l'inoculation.

Il fallait que MM. Metchnikoff et Roux fussent bien sûrs

du résultat de ces expériences pour accepter ensuite le courageux dévouement à la science d'un jeune étudiant de vingt-cinq ans, qui se proposa pour l'expérience suivante :

Le 1er février de cette année, on lui fit sur le côté gauche du sillon balano-préputial quatre scarifications dans lesquelles fut introduit du virus syphilitique provenant d'un chancre induré d'un malade du service de M. Humbert. Une heure après cette inoculation, on fit sur le lieu même de l'inoculation des frictions pendant cinq minutes avec la pommade au calomel. Ce jeune homme n'a présenté aucun accident et, depuis quatre-vingt-seize jours il est resté complètement indemne de syphilis. Des singes témoins qui ont été inoculés avec le même virus, ceux qui n'ont pas eu de frictions ont présenté les accidents syphilitiques normaux. Après la vingtième heure, la pommade n'a plus d'action prophylactique. Les singes qui ont eu la friction mercurielle pratiquée en temps voulu ont tous été indemnes de syphilis.

M. Metchnikoff termine sa communication en donnant lecture des lettres de MM. Queyrat, Saboureau et Salmon qui viennent d'examiner le jeune homme et qui déclarent qu'il est absolument indemne de toute manifestation syphilitique. Voilà les faits dans leur brutale éloquence.

M. Hallopeau paraît avoir été l'interprète des sentiments de l'Académie en insistant sur le grand service que MM. Metchnikoff et Roux auront rendu à la science et à l'humanité et qui permet d'entrevoir un avenir où on ne verra plus de tabes ni de paralysies générales. Toutefois, M. Hallopeau rappelle que M. Netter a soulevé cette question au Congrès de Lisbonne et qu'il aurait eu des succès et des insuccès. Il ajoute que l'application de la pommade au calomel au tiers peut n'être pas sans inconvénient.

M. Metchnikoff répond à M. Hallopeau en donnant quelques explications complémentaires. Il faudrait savoir exactement comment a procédé M. Netter. Quoi qu'il en soit tous les singes arthropoïdes inoculés et frictionnés dans les conditions indiquées par M. Metchnikoff sont restés indemnes de syphilis. Un seul a présenté une petite éruption suspecte que les syphiligraphes ont déclaré n'avoir aucun caractère spécifique. Chez les singes inférieurs la friction mercurielle n'empêche pas l'éclosion des accidents primaires. Mais ils n'ont pas d'accidents secondaires. M. Metchnikoff a été lui-même griffé par un singe syphilitique. Il s'est immédiatement appliqué le traitement et n'a pas eu d'accidents.

M. Metchnikoff va au-devant d'un reproche que personne n'a songé à lui faire. Pour que notre expérience sur l'homme fût complète, dit-il, il faudrait pratiquer chez le jeune homme une seconde inoculation de virus syphilitique et ne pas faire la friction mercurielle après cette seconde inoculation. Mais M. Metchnikoff n'a pas insisté sur les raisons d'ordre moral qui s'opposent à une pareille expérience, d'autant que la première expérience faite a paru à quelques-uns d'entre nous déjà quelque peu audacieuse. N'insistons pas et contentons-nous de louer sans réserver le courage de ce jeune homme et les belles expériences de MM. Roux et Metchnikoff.

Le traitement des anévrismes. — Au début de la séance, M. Huchard a fait une très intéressante communication sur le traitement des anévrismes de l'aorte par la médication hypotensive.

Il cite 3 observations d'anévrismes de la région thoracique, avec examens radioscopiques, dans lesquels on a constaté une diminution considérable de la tumeur après la médication hypotensive. M. Huchard serait-il tombé sur une série heureuse ? Il ne le croit pas et c'est bien à la médication que, selon lui, a été due, dans ces cas, l'amélioration obtenue. Mais pour obtenir ce résultat, il faut que la tension artérielle reste toujours au-dessous de la normale.

Déjà depuis longtemps, plusieurs auteurs que cite M. Huchard, disaient que, dans les cas d'anévrismes de l'aorte, il fallait chercher à atténuer la tension artérielle. En 1878, un médecin avait imaginé un moyen de diagnostic de ces anévrismes consistant dans la compression des deux fémorales. L'un des malades chez lesquels fut employé ce procédé est mort vingt-quatre heures après par rupture du sac anévrismal.

L'augmentation de la tumeur par l'augmentation de la pression artérielle prouve bien l'efficacité de l'hypotension artérielle. De tout temps d'ailleurs, on a cherché à diminuer la tension artérielle. Hippocrate lui-même tirait du sang des mains de ses malades; les émissions sanguines, les purgations répétées ont été de tout temps prescrites. Dans le traitement des anévrismes, il ne s'agit pas seulement de favoriser la coagulation du sang dans la poche, il faut aussi agir sur la circulation. Il ne faut pas seulement s'occuper du contenu, il faut aussi s'occuper du contenant. En quoi consiste cette médication hypotensive ? Le repos, le régime alimentaire et les médicaments hypotenseurs ou vaso-dilatateurs. Le repos s'impose, il n'y a pas lieu d'insister; quant au régime, il est reconnu que les toxines résultant du régime carné augmentent la vaso-constriction. C'est donc au régime lacto-végétarien qu'il faut surtout avoir recours. Les médicaments hypotenseurs sont la trinitrine, le tétranitrol, l'iodure à petites doses. Il est bien entendu que la tension artérielle doit toujours rester au-dessous de la normale.

M. Huchard insiste beaucoup sur ce fait que, dans les anévrismes d'origine syphilitique, on abuse beaucoup trop des iodures et des frictions ou des injections mercurielles. Il faut songer au rein. Là est le danger. Le traitement rénal des aortiques s'impose, et ce qui leur convient le mieux, c'est le régime lacto-végétarien et la théobromine. Telle est la méthode de traitement à laquelle a recours M. Huchard chez les malades atteints d'anévrismes thoraciques. Tout n'y est pas nouveau, il y a même des idées très anciennes; mais la médecine n'est-elle pas un perpétuel recommencement et, comme dit Bacon, les modernes paraissent plus grands que les anciens en montant sur leurs épaules.

M. Couteaud, médecin en chef de la marine, a lu deux très intéressantes notes sur le traitement des **luxations récidivantes de l'épaule**, et sur un cas d'**hypertrophie compensatrice du péroné** dans une luxation ancienne.

ANALYSES

MEDECINE

Recherches sur l'élimination chlorurée dans l'albuminurie orthostatique. (Docteur Paula Philipson. *Jahrb. f. Kind.*, fév. 1906, p. 174-185.) — Dans l'albuminurie orthostatique, la situation du corps exerce une influence sur l'élimination chlorurée en ce sens que, dans l'orthostatisme, le chlore est éliminé en plus petite quantité que lorsque la malade est tranquille dans son lit. Mais ce caractère peut aussi s'observer dans certaines affections rénales. D'autre part, les malades atteints d'albuminurie orthostatique qu'a examinés Mlle Phi-

lipson réagissaient à l'administration d'une dose de sel donnée en une fois, tantôt par une élimination chlorurée retardée, tantôt par une élimination accélérée, tantôt par une élimination normale; ils présentaient donc des réactions analogues à celles qu'on observe dans les formes diverses des néphrites et aux phases diverses d'une même néphrite. Ces conclusions diffèrent sensiblement de celles qu'a émises Loeb dans le *Deutsch. Arch. f. klin. Mediz.*, vol. LXXXIII, cahiers 5 et 6.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin (rectum excepté). [CAVAILLON. Th. de Lyon, 1905; A. Stork, édit.] — Après avoir établi que le cancer du côlon, longtemps encapsulé, sans tendance à la généralisation, avec envahissement ganglionnaire tardif, est un cancer relativement peu malin et se prêtant bien aux interventions chirurgicales, l'auteur étudie les opérations palliatives et radicales. La laparotomie exploratrice, déjà sédative par elle-même, permet surtout le choix de l'intervention. L'anus iliaque dont il décrit la technique donnerait une survie de dix-neuf mois. Les anastomoses de diverses variétés, colo-colique, iléo-colique, iléo-sigmoïdostomie, iléo-rectostomie donnent, prises en bloc, une mortalité considérable (72 p. 100) et une survie assez brève (huit mois et demi). Parmi les exclusions, c'est à l'exclusion unilatérale que l'auteur donne la préférence; il croit qu'elle assure un isolement suffisant de l'anse isolée, et son pronostic est de plus très bénin. Dans le traitement radical par l'entérectomie, l'auteur croit que l'opération doit se faire en un temps pour le cæcum, mais en plusieurs temps pour le reste de l'intestin. Il décrit avec soin la technique des différentes méthodes. La survie après entérectomie serait en moyenne de trente-six mois, ce qui est très encourageant. Il étudie ensuite le traitement des complications, de l'exclusion surtout fréquente dans la moitié gauche du côlon, de l'invagination, apanage du cæcum et de l'anse sigmoïde, des accidents infectieux locaux, par perforation, dont le cæcum est le siège presque exclusif. Il termine par quelques indications thérapeutiques. De très nombreuses observations témoignent du soin qui a été apporté à la recherche des documents. L'ouvrage est un éloquent plaidoyer en faveur de la thérapeutique chirurgicale active.

CHEVRIER.

Un cas de gangrène de la vésicule biliaire, et un cas de rupture du canal cholédoque, avec un nouveau signe. (Joseph RANSOHOFF. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, vol. XLVI, n° 6, 10 fév. 1906, pp. 395-397.) — Le premier cas se rapporte à un homme de vingt et un ans, présentant des symptômes péritonéaux graves, chez qui le diagnostic d'appendicite aiguë, probablement gangréneuse, fut posé, et où, à l'opération, l'appendice fut trouvé sain. Mais l'incision ayant été prolongée, on trouva une vésicule biliaire fortement distendue, presque uniformément noire, et ayant complètement perdu son aspect brillant habituel. Cette coloration s'étendait jusqu'au col. Pas d'adhérences, pas de calculs. Incision et drainage de la vésicule. Le contenu de la vésicule n'avait pas d'odeur et des cultures sur sérum et sur agar-agar ne laissèrent rien pousser. Pendant cinq semaines après l'opération, il y eut écoulement abondant de bile, qui ne venait pas du drain placé à l'intérieur de la vésicule. Un jour la vésicule entière s'élimina par la plaie. La guérison fut alors rapide et complète.

Ce cas est le premier cas de gangrène de la vésicule non associée à la lithiase. La gangrène de la vésicule est une affection rare. Généralement, on trouve des calculs, et c'est à la pression de ces calculs sur l'artère cystique que l'on attribue la gangrène, car, à l'exception de quelques anastomoses insignifiantes le long de la face adhérente de la vésicule, l'artère cystique est une artère terminale. On a cité un cas de gangrène causé par la compression de l'artère hépatique par un cancer du pancréas. Ici, pas de calculs, pas de cancer, pas de microbes. L'étiologie est un point d'interrogation.

Le second cas est celui d'un homme de cinquante-trois ans, qui, à part quelques légers troubles digestifs, s'était toujours très bien porté jusqu'à un soir où il eut un violent frisson, avec douleur dans l'hypocondre droit. Pas d'autres symptômes. L'état alla en empirant pendant trois jours après lesquels il n'y avait pas plus de symptômes douloureux du côté de l'obdomen; mais le tympanisme et le facies ne laissaient plus aucun doute sur la péritonite. A l'hôpital, Ransohoff constate de plus un *ictère localisé péri-ombilical.* Comme le point de Mac Burney était fort douloureux, le diagnostic posé fut, ici encore, appendicite. A l'opération, on trouva la graisse sous-péritonéale fortement teintée en jaune, un litre de bile fut évacué; la vésicule biliaire était vide et rétractée. La bile venait du bord de l'épiploon gastro-hépatique, et le doigt perçut une déchirure de la paroi postérieure du cholédoque dans sa partie sus-duodénale. Pas de calcul. Comme il était impossible d'amener la déchirure à l'extérieur, de façon à pouvoir la suturer, l'opérateur établit simplement un large drainage lombaire et draina aussi par l'abdomen. Il y eut écoulement de bile pendant trois à quatre jours, puis la guérison survint sans incidents.

L'auteur pense que la rupture du cholédoque fut causée par un calcul, bien qu'on n'en trouvât point à l'opération. Il rappelle le pronostic ordinairement grave, quoi qu'on en ait dit, des ruptures des voies biliaires, surtout du cholédoque, et insiste sur l'ictère localisé de l'ombilic. Celui-ci était si marqué dans son cas qu'il est persuadé que ce signe a une certaine valeur pour le diagnostic des épanchements de bile dans le péritoine. Comme la graisse sous-péritonéale était, elle aussi, fortement teintée, il est vraisemblable que l'ictère cutané se produit par imbibition et se localise à l'ombilic parce que la paroi y est plus mince.

Il est possible aussi que, par suite des relations anatomiques, du ligament rond du foie au niveau du hile, il y ait reflux de bile vers l'ombilic par les vaisseaux lymphatiques; mécanisme analogue à celui qui produit la tête de méduse dans les cirrhoses.

F. GARDNER.

Kystes de l'ovaire et mélancolie. (Ernest A. HALL. *The Canada Lancet*, juin 1905, n° 10, vol. XXXVIII, p. 904.) — L'auteur rappelle que dans des travaux antérieurs il a démontré l'importance de l'examen chirurgical des aliénés, en particulier des femmes. Ces malades supportent bien les interventions et peuvent en tirer un bénéfice considérable.

Les quatre dernières femmes aliénées examinées par l'auteur présentaient des lésions : l'une un gros kyste parovarien, une un polype cervical avec un utérus fibreux, la troisième une déchirure du périnée, et la quatrième un kyste de l'ovaire. Trois furent opérées et guérirent de l'opération. De plus la malade au kyste de l'ovaire pendant sa convalescence vit disparaître tous ses troubles mentaux comme le montre son observation.

C'est une femme de trente-sept ans, sans hérédité, mère de trois enfants. Elle ne présente pas de maladie grave avant

la naissance du troisième enfant. Quatre mois avant que l'auteur la vît, elle présenta un abcès pelvien qui fut ouvert extérieurement. Durant sa convalescence elle présente des troubles dans sa conduite générale. Elle se désintéresse de sa maison et de ses soins domestiques. Elle présente du délire systématisé à forme mélancolique qui se développe tellement qu'on discute son internement dans un asile d'aliénés. Elle est examinée alors par Frank Hall qui trouve un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une orange avec de petites adhérences pelviennes. Après un retard considérable, Hall obtient l'autorisation de l'opérer. Il enlève la tumeur et les annexes des deux côtés. Après le réveil de l'anesthésie, la malade présente une amélioration nette de son état mental. Au bout d'une semaine le délire et la dépression ont disparu. Elle est guérie depuis.

M. LANCE.

OBSTETRIQUE

Indications, contre-indications et accidents de la version par manœuvres externes. (Louis Delacour. Th. de Paris, 1905; A. Michalon, édit.) — La version par manœuvres externes ne reconnaît comme indication absolue que la présentation de l'épaule diagnostiquée au cours de la grossesse.

Les présentations de la face et du siège, l'hydrocéphalie, les viciations pelviennes, les fibromes et plus rarement le placenta *prævia* peuvent, dans certaines circonstances, indiquer cette opération.

Le maintien de la nouvelle présentation est souvent d'autant plus difficile (multipares) que la version s'est effectuée plus aisément.

Les accidents de la version sont : le décollement placentaire, la mort du fœtus provoquée soit par les circulaires du cordon, soit par les hémorragies méningée et cérébrale, la provocation précoce du travail de l'accouchement.

Diverses circonstances contre-indiquent la version externe : elles proviennent : 1° *Du fœtus et de ses annexes*, ce sont la mort du fœtus, la brièveté et les circulaires du cordon quand le diagnostic en aura été fait au cours de la grossesse, la grossesse gémellaire, l'oligo-amnios, la rupture des membranes;

2° *De la mère*, ce sont un début franc de travail (au moins pour la présentation du siège), la tétanisation de l'utérus, les malformations utérines, la rupture utérine et toutes les affections abdominales qui nécessitent l'immobilité et le repos de l'utérus ou des organes abdominaux et pelviens. GAYARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Enorme hypertrophie de la prostate. (M.-R. Marie. *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, p. 815.) — Cette prostate, appartenant à un homme de soixante-quatorze ans, détient le record de l'hypertrophie, puisqu'elle pèse 410 grammes; celle de Thomps, la plus grosse connue jusqu'ici ne pesait que 300 grammes. Les déformations de l'urètre et du col vésical sont les mêmes que dans les cas habituellement observés : leurs proportions seules sont anormales. L. ALQUIER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

On a raison des chloro-anémies graves en donnant simultanément : artemisine (pour réveiller les fibres musculaires du tube digestif), quassine cristallisée (pour augmenter la sécrétion gastrique) et protoxalate de fer, qui n'agit bien qu'en présence des deux premiers.

Ces trois médicaments se trouvent réunis dans les Dragées Briss.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments d'électrothérapie clinique (1), par A. Zimmern, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface de J. Bergonié, professeur de physique biologique et étectricité médicale à l'Université de Bordeaux.

Devant les progrès incessants des applications de l'électricité à la médecine, le praticien, le pathologiste, ont quelque peine à se tenir au courant. Les indications, fort imprécises, du reste, que nous enseignent, de l'emploi de l'électricité en médecine, les traités de pathologie interne et externe, sont déjà vieilles de plusieurs années, et c'est à les mettre au niveau des acquisitions modernes de la science que s'est attaché M. Zimmern dans les *Eléments d'électrothérapie clinique*. Cet ouvrage est en quelque sorte le complément obligé des manuels de médecine et de chirurgie classiques.

L'auteur s'est gardé d'une trop longue incursion dans le domaine de la physique : c'est tout juste s'il rappelle au lecteur la loi d'Ohm; l'électrothérapie clinique n'exige d'ailleurs, selon lui, que les connaissances de physique élémentaire apprises au temps du P. C. N. et du restreint. Bien plus importante pour le médecin qui veut faire de l'électrothérapie, ou prescrire un traitement électrique, est la connaissance des *indications*, c'est-à-dire des affections où le traitement électrique donne des résultats supérieurs, ou au moins égaux, aux autres procédés thérapeutiques. Aussi M. Zimmern s'est-il attaché à préciser, avec le plus grand soin, ces indications, en s'appuyant pour cela, non pas sur des faits empiriques, mais sur les données de la physiologie et de la pathogénie. Toute la première partie de l'ouvrage intéresse particulièrement le neurologiste. On y trouve un exposé très clair de l'*électrodiagnostic*, une série de pages fort intéressantes sur le *vertige voltaïque*, puis le *traitement des paralysies*, des *névralgies*, etc. Dans le chapitre : *Electricité et psychothérapie*, l'auteur nous montre comment il faut comprendre le rôle de l'électricité « agent de suggestion » dans les névroses, et comment, pour être efficaces, doivent être faites les applications dans l'hystérie et la neurasthénie. Ce n'est pas en le mettant sur le tabouret d'une machine statique et en attendant les effets d'une suggestion hypothétique qu'on guérit un hystérique, c'est en aidant à la psychothérapie par les manifestations objectives des propriétés des courants électriques; par exemple dans les paralysies en sollicitant la contraction musculaire au moment de la suggestion verbale.

On trouve, dans la seconde partie de l'ouvrage, les applications de l'électrolyse, l'étude clinique du *traitement des arthrites* par l'introduction *loco dolenti* au moyen du courant électrique de substances médicamenteuses (lithium, salicylate de soude).

Le livre se termine enfin par l'étude des *courants de haute fréquence* de leurs propriétés physiologiques et de leurs applications thérapeutiques, en dermatologie particulièrement.

En ce qui concerne le manuel opératoire, l'auteur a tenu à être aussi clair et précis que possible.

D'excellentes figures schématiques, la plupart originales, facilitent du reste la compréhension des appareils et de la technique, et complètent heureusement un texte dont M. Bergonié a loué, ainsi qu'il convenait, l'éclectisme et l'originalité. L. BABONNEIX.

(1) Un vol. de 400 p. avec 8 pl. et 131 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de dissection (1), par le docteur ANCEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

L'auteur a eu pour but de guider le débutant dans l'étude du cadavre, il a essayé avec le nombre restreint de sujets que l'on met à sa disposition de lui permettre de disséquer tous les organes importants; c'est pourquoi il a divisé le cadavre en un certain nombre de régions arbitrairement établies. M. Ancel a cherché à prévenir les difficultés qu'un étudiant peut rencontrer, au cours de la dissection, et à lui donner le moyen de les vaincre; c'est pourquoi il lui indique minutieusement les lignes d'incision à employer, les artifices auxquels il devra recourir, chemin faisant, au cours de sa préparation.

Dans son introduction, l'auteur indique les régions que ces six ou huit élèves qui dissèquent sur le même sujet devront aborder en commençant pour ne pas se gêner; puis il énumère les instruments nécessaires pour l'étude pratique de l'anatomie.

Dans une deuxième partie sont exposés, les injections des cadavres, celles des articulations, des vaisseaux et leur technique; les procédés de conservation des pièces par la voie humide et par la voie sèche.

La troisième partie est consacrée à la dissection des régions.

M. Ancel passe successivement en revue le membre supérieur, le membre inférieur, l'abdomen, le thorax, la tête et le cou, enfin les organes des sens.

Dans tout le courant de ce précis, M. Ancel donne une série de conseils pratiques qui seront très utiles à l'étudiant.

ÉTIENNE LE SOURD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 MAI 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Claude, suppléant.

Mardi 16 mai, à une heure. — 4e, *Salle Béclard* (1re série) : MM. Raymond, Vaquez et Langlois; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Dupré; — *Salle Corvisart* (3e série) : MM. Robin, G. Ballet et Guiart; — M. Renon, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Guyon, de Lapersonne et Auvray; — (2e partie) : MM. Joffroy, Méry et Gouget; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 14 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Broussais* (1re série) : MM. Blanchard, Gaucher et Legry; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Brissaud, Teissier et Balthazard; — (1re partie), *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Déjerine, Claude et Macaigne.

5e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Gley et Desgrez; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 17 mai, à une heure. — 3e (2e partie, oral), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Guiart; — *Salle Broussais* (2e série) : MM. Joffroy, Gouget et Jeanselme; — *Salle Richet* (3e série) : MM. Robin, Bezançon et Carnot.

4e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Pouchet, G. Ballet et Vaquez.

3e, *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Gilbert, Gley et Dupré; — M. Malllard, suppléant.

Vendredi 18 mai, à une heure. — 4e, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Landouzy, Déjerine et Richaud; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Delens et Mauclaire; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Samedi 19 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Méry et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 16 mai 1906, à une heure. — M. GLOUMEAU. Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme. (MM. Pinard, président; Reclus, Lepage et Proust.) — M. MOUSNIER. Fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens. (MM. Reclus, président; Pinard, Lepage et Proust.) — M. TOURNIER. Vic-sur-Cère station hydro-minérale et climatique. (MM. Landouzy, président; Roger, Richaud et Marcel Labbé.) — M. DUPLANTIER. Contribution à l'étude de la pigmentation des muqueuses dans la mélanodermie phtyriasique. (MM. Roger, président; Gaucher, Richaud et Marcel Labbé.)

Jeudi 17 mai 1906, à une heure. — M. SOLIRÈNE. Les complications nerveuses des appendicites. (MM. Raymond, président; Hutinel, Chantemesse et Méry.) — M. GAUDEAU. Le pouvoir hémolytique du sérum sanguin et la résistance globulaire. (MM. Hutinel, président; Raymond, Chantemesse et Méry.) — M. DE GANDT. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire de la première enfance. (MM. Hutinel, président; Raymond, Chantemesse et Méry.) — M. DESDONITY. Colonies de vacances. (MM. Chantemesse, président; Raymond, Hutinel et Méry.) — M. GUILBERT. Des complications inflammatoires aiguës bénignes des ligaments larges dans les suites de couches pathologiques. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. DE LACOSTE. Contribution à l'étude des hémorragies qui ont leur source en dehors de la cavité utérine pendant et après l'accouchement. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. MONORY. Etude sur la mortalité infantile. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. LEFRANC. De la résection du col utérin dans les cervicites chroniques par le procédé de Podey. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. RALLIER. De l'origine périphérique de certaines paralysies oculaires. (MM. de Lapersonne, président; Poirier, Langlois et Marion.) — M. PANIER : Le facial et l'innervation motrice du voile du palais. (MM. Poirier, président; de Lapersonne, Langlois et Marion.) — M. PASQUIER. Des traumatismes de l'oreille dans les accidents du travail. (MM. Poirier, président; de Lapersonne, Langlois et Marion.)

(1) In-18 colomb., cart. toile, de 350 p., avec 71 fig. en noir et en couleur dans le texte (Collect. Testut). — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE [1]

SYMPTOMATOLOGIE. — Deux grandes formes, selon que les accidents articulaires sont *aigus* ou *chroniques.*

I. **Accidents aigus.** — Ils peuvent se localiser : α. aux articulations proprement dites; β. aux régions périarticulaires (synoviales, tendons, bourses séreuses, muscles, nerfs, périoste); γ. aux viscères.

1. RHUMATISME ARTICULAIRE. — *Siège.* — Les jointures le plus fréquemment prises sont, d'après les statistiques de Fournier : le genou, la tibio-tarsienne, les articulations des doigts et des orteils, la hanche. L'articulation sterno-claviculaire est souvent atteinte. D'après Fournier : 1° l'articulation du genou est, de beaucoup, la plus fréquemment prise; 2° les grandes articulations sont plus souvent affectées que les petites; 3° ces dernières sont assez souvent envahies, mais presque toujours secondairement; 4° le rhumatisme blennorragique est, le plus souvent, polyarticulaire.

FORMES. — A. L'HYDARTHROSE BLENNORRAGIQUE, fréquente, se localise presque toujours au genou (gonocèle de Swediaur), plus rarement à l'articulation tibio-tarsienne ou au coude; d'habitude elle est mono-articulaire, et constitue la seule manifestation du rhumatisme blennorragique. *Elle se traduit par les mêmes symptômes que l'hydarthrose vulgaire* : début insidieux, distension de l'article par une quantité assez considérable de liquide, déformation de la jointure, tuméfaction, fluctuation, etc., indolence presque absolue, absence de réaction locale et de troubles généraux. Elle présente souvent une lenteur remarquable à se résoudre, parfois même une *tendance désespérante à la chronicité.*

B. Dans l'ARTHRALGIE, on observe des douleurs articulaires vagues, ambulantes, parfois très persistantes et rebelles aux médications les plus variées; ces douleurs qui peuvent frapper les articulations les plus diverses (genou, poignet, épaule, métatarse, articulation temporo-maxillaire), peuvent exister soit à l'état aigu, et coïncidemment avec d'autres manifestations du rhumatisme, soit à l'état chronique, dans le cours de vieilles blennorrhées, et sans autres manifestations rhumatismales. Elles présentent ce caractère particulier que les *jointures douloureuses n'offrent rien que de normal à l'examen le plus minutieux* (Fournier).

C. ARTHRITE SUBAIGUË (forme *rhumatismale* ou *arthritique* de Fournier). Dans cette forme, les accidents se *rapprochent* du rhumatisme articulaire aigu par un ensemble de symptômes :

1. *Signes locaux* : Tuméfaction modérée d'une ou plusieurs jointures, douleurs spontanées, et surtout provoquées par les mouvements, la marche, la pression, d'abord très, puis modérément intenses; coloration rosée ou normale des téguments.

2. *Signes généraux* : fièvre, état gastrique, malaise, etc.

Ils s'en *éloignent* par les caractères suivants (Fournier).

1. *Le rhumatisme blennorragique ne se généralise pas au même degré que le rhumatisme ordinaire*;

2. *Il est moins mobile que le rhumatisme vulgaire*;

3. *Il n'offre pas non plus ces délitescences subites ou rapides, ni cette espèce de transport intégral d'une jointure à une autre, qu'il est assez fréquent d'observer dans le rhumatisme vulgaire*, mais aussi *il se résout plus difficilement que le rhumatisme vulgaire*, fait *capital*, et qui domine toute l'histoire du rhumatisme blennorragique;

4. *Il ne s'accompagne qu'exceptionnellement de sueurs*, qui sont de règle, comme on sait, dans le rhumatisme vrai, *il ne détermine aucune modification urinaire*, *il ne rend pas le sang couenneux* comme le rhumatisme articulaire aigu; *il ne se complique presque jamais d'accidents viscéraux* (endocardite, aortite, pleurésie, etc.).

Ces caractères, classiques depuis M. Fournier, peuvent être constatés d'habitude, mais non toujours. L'arthrite subaiguë, grave ou légère, seule ou associée à d'autres déterminations du rhumatisme blennorragique, se termine le plus souvent par la résolution simple. Elle peut aussi : α. laisser à sa suite des douleurs persistantes : β. aboutir à l'hydarthrose chronique; γ. à l'ankylose, parfois multiple, frappant surtout les petites jointures (Brandes); δ. à la tumeur blanche, terminaison exceptionnelle, et que l'on n'observe guère que chez les scrofuleux. On lui rattache aujourd'hui, nous l'avons dit, un certain nombre de cas de *rhumatisme puerpéral.*

D. L'ARTHRITE AIGUË a été décrite par Duplay et Brun. Souvent précédée de phénomènes arthralgiques, elle débute brusquement, la nuit, par une douleur violente qu'accompagne bientôt une tuméfaction locale. La douleur est très vive, plus aiguë la nuit; les mouvements provoqués, la pression l'exagèrent, mais le repos absolu ne la fait pas complètement disparaître. La tuméfaction atteint et dépasse rapidement les culs-de-sac synoviaux; elle est due à l'infiltration des tissus péri-articulaires, et aussi, en partie, au gonflement des extrémités osseuses. La peau est rouge, la température locale élevée, les mouvements du membre gênés.

Les accidents généraux sont, à très peu de choses près, les mêmes que dans les arthrites purement rhumatismales.

Arrivée à ce point, l'arthrite peut guérir ou aboutir à la destruction; plus souvent les lésions s'accentuent, le cartilage se détruit par places, les ligaments et les parties péri-articulaires s'infiltrent; des brides fibreuses se développent et limitent les mouvements de la jointure, qui s'ankylose progressivement (Gosselin), tandis que les muscles voisins s'atrophient. D'autres fois, après une ou plusieurs récidives, le rhumatisme passe à l'état chronique (v. plus loin).

E. Niée par les anciens auteurs, l'ARTHRITE SUPPURÉE est exceptionnelle, mais très grave et nécessite souvent l'amputation du membre. Elle aboutit parfois à la pyohémie. Elle a été étudiée surtout par Talamon.

II. RHUMATISME PARA-ARTICULAIRE. — A. SYNOVIALES. — Assez commun, il peut siéger sur les gaines des péroniers latéraux, des tibiaux, des extenseurs des doigts, etc., et se traduit par une tuméfaction étendue en longueur suivant le trajet du tendon affecté; une coloration rosée des téguments; une douleur très vive à la pression; une série de troubles fonctionnels en rapport avec les usages du muscle. Il se termine habituellement par résolution. M. Fournier l'a vu, dans quelques cas exceptionnels, prendre l'aspect du phlegmon circonscrit.

B. BOURSES SÉREUSES. — L'hygroma blennorragique est *très douloureux*; il affecte souvent les bourses rétro et sous-calcanéennes, d'où la douleur des talons, si fréquente dans la blennorragie.

C. MUSCLES. — Le rhumatisme musculaire prend, suivant les cas, l'apparence d'un torticolis, d'un lumbago, etc.

D. NERFS. — Fournier signale cinq cas de *sciatique* développée au cours de la blennorragie.

E. OS ET PÉRIOSTE. — On a parfois observé, à la suite de certaines arthrites blennorragiques aiguës, des hyperostoses et des périostites (J. Besnier, Jacquet), localisées aux articulations de la main et du pied. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 5r, p. 610.

Les phénomènes de réduction dans les organismes vivants, par M. Emm. POZZI-ESCOT, ingénieur-chimiste. In-16 de 96 p. (*Actualités chimiques et biologiques.*) — Prix : broché, 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 55. — SAMEDI 12 MAI 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 12 MAI 1906. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hopitaux.— *Épreuve de consultation écrite.* — Séance du 9 mai 1906 : MM. Ravaut, 19; Ramond, 18; Nobécourt et Pissavy, 16.

Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Épreuve de consultation écrite.* — Séance du 9 mai. — MM. Proust, 20; Mouchet, 18; Fredet, 16; Baumgartner, 14.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Boutié, médecin-major de première classe, est promu officier de la Légion d'honneur.

— Une médaille d'honneur en or est décernée, par M. le ministre de la Guerre, à M. le docteur Foubert, médecin-major de première classe.

LES DÉBOUCHÉS DE LA MÉDECINE. — L'administration sanitaire de l'Empire ottoman. — Un concours s'ouvrira à Constantinople le 10 juillet 1906 pour six places de médecin de l'Administration sanitaire de l'Empire ottoman. La langue officielle du concours est le français. Le jury est international. Les épreuves consistent en une composition écrite et en interrogation d'hygiène et d'épidémiologie et en un examen pratique de bactériologie. Les médecins reçus seront envoyés au lazaret de Camaran (mer Rouge) pendant les six mois que dure le pèlerinage de Hedjaz. Il leur sera attribué 600 francs d'appointements mensuels et une indemnité de voyage de 2000 francs. Après deux ou trois années, ils seront nommés dans un port du littoral de l'Empire. Leur appointement variera entre 300 et 1000 francs par mois selon l'importance du poste. Ils peuvent en outre faire de la clientèle. La limite d'âge du concours est de trente-cinq ans. Pour plus amples renseignements et pour obtenir le programme détaillé du concours, s'adresser à l'administration sanitaire de l'Empire ottoman à Galata (Constantinople).

PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de 1 200 francs chacun, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour 1906, le concours sera ouvert le lundi 3 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 13 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 13 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 22 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 29 mai 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les médecins au théâtre de l'antiquité au XIIe siècle, par le docteur G.-J. Witkowski. In-8° de 568 p. — Paris, A. Maloine.

Précis de psychiatrie, par E. Régis, professeur adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiâtrique. (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, 1887 et par l'Académie de médecine, 1895.) Troisième édition, entièrement refondue. 1 vol. in-18 colombier, cartonné toile, de 1 100 pages, avec 82 figures et 6 tracés dans le texte. (Collection Testut.) — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

L'iode et les iodiques, par G. Pouchet, membre de l'Académie de médecine, professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 136 pages avec tracés dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

LES VOIES DE LA SENSIBILITÉ

DANS LA MOELLE DE L'HOMME[1]

Par le docteur J. GRASSET,
Professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier.

I

Principes fondamentaux et méthodes d'étude. — 1. L'observation de l'*homme*, et de l'homme *vivant*, peut *seule* donner des conclusions précises et définitives sur le trajet des voies sensitives dans la moelle.

L'expérimentation chez les *animaux* peut fournir des renseignements utiles. Mais en cas de conflit entre les conclusions pour les animaux et les conclusions pour l'homme il n'y a pas à hésiter : les conclusions basées sur l'expérience *humaine* sont seules bonnes.

La spécialisation des fonctions dans le système nerveux va toujours en croissant, au fur et à mesure qu'on s'élève dans la série animale. On comprend donc que chez l'homme il y ait, pour la sensibilité dans la moelle, des *voies spécialisées* qui ne sont pas les mêmes chez les animaux.

2. Cliniquement, il est *certain* que chez l'homme le passage des impressions sensitives dans la moelle n'est pas *habituellement* quelconque et indifférent et que l'expérience de van Deen ne lui est pas applicable.

Dans cette expérience, on fait une hémisection de la moelle (droite par exemple) en un point de la moelle dorsale et une autre hémisection (gauche) complémentaire à la région cervicale. Tous les faisceaux de la moelle sont interrompus dans un point ou dans un autre et cependant la sensibilité persiste dans les membres postérieurs de l'animal, même si l'une des deux hémisections dépasse un peu la ligne médiane.

Chez l'homme, il n'en est certainement pas de même, puisque la lésion de certaines parties de la moelle (syringomyélie, tabes) altère la sensibilité de certaines parties du corps, tandis que la lésion d'autres parties de la moelle (atrophie musculaire progressive, sclérose latérale amyotrophique) laisse cette sensibilité absolument intacte, et puisque, dans une hémiparaplégie spinale croisée, une seconde lésion complémentaire double le syndrome de Brown-Séquard, qui devient bilatéral.

Donc, chez l'homme, le passage de la sensibilité dans la moelle n'est pas quelconque et indifférent, au moins *habituellement*, dans la vie normale et *physiologique*. Car, dans certaines circonstances *pathologiques*, il peut se faire des *suppléances* et alors de nouvelles voies sensitives se créent dans la moelle. C'est ce qui était arrivé chez le tabétique guéri par Erb, qui, à sa mort douze ans après, avait toujours la sclérose de ses cordons postérieurs constatée par Schultze.

Avec la formule adoptée plus haut (qui contient les mots *habituellement* et *physiologique*, la contradiction n'est plus absolue, des cliniciens avec les physiologistes, quand ceux-ci disent (Vulpian) que, pour la transmission médullaire des impressions sensitives, « il n'y a pas de route *indispensable, exclusive.* » Il suffit pour le clinicien qu'il y ait une route *habituelle, dont l'interception pathologique crée le symptôme anesthésie.*

3. Comme la méthode *expérimentale* chez les animaux, la méthode *anatomique* donnera des renseignements, mais pas définitifs. L'étude de l'histologie normale, qui a fait tant de progrès pour la technique de coloration, l'étude du développement embryologique (notamment par la méthode de Flechsig), l'étude si féconde des dégénérescences consécutives à une lésion ne permettent pas de dire si les faisceaux sensitifs s'entrecroisent ou non dans la moelle et si les conducteurs thermiques sont les mêmes que les conducteurs tactiles.

En définitive, il n'y a qu'une méthode précise et absolue, c'est l'étude de l'*homme vivant* à l'état physiologique et à l'état pathologique, c'est la *méthode physiopathologique* qui utilise les documents anatomocliniques (Charcot), met en regard le fonctionnement de l'homme sain et le fonctionnement de l'homme que la maladie a mis en expérience, puis constate à l'autopsie la partie du système nerveux qui était détruite chez le second et en déduit la fonction de cette région.

4. Pour la question particulière que j'étudie ici, en fait et en clinique, il existe des *anesthésies médullaires*, c'est-à-dire des cas dans lesquels une lésion médullaire entraîne de l'anesthésie. Et ce qui rapproche, entre eux, ces divers cas de lésion médullaire avec anesthésie, ce n'est ni la *nature anatomique*, ni la *nature nosologique* de la maladie, c'est uniquement le *siège* de l'altération.

Donc, l'application de la méthode physiopathologique à ces cas d'anesthésie médullaire permettra de déduire la *topographie des voies sensitives dans la moelle de l'homme.*

II

Étude anatomoclinique des anesthésies médullaires. — Il y a particulièrement quatre groupes d'anesthésie médullaire, qui permettent de construire le schéma des voies sensitives dans la moelle de l'homme.

Ce sont : 1° les anesthésies radiculaires; 2° les anesthésies segmentaires : 2° les anesthésies dissociées; 4° les anesthésies croisées[1].

1° Anesthésies radiculaires. — Pour comprendre la distribution radiculaire[2] de la sensibilité sur un membre et l'opposer à la distribution segmentaire (que nous étudierons dans le paragraphe suivant), il faut placer l'homme à quatre pattes, en mettant les membres dans leur position primitive, c'est-à-dire en les faisant tourner chacun de 90 degrés et en plaçant en avant le gros orteil et le pouce. Les diverses régions sensitives (à distribution radiculaire) sont alors représentées par une série de bandes *parallèles* entre elles et *à l'axe des membres*, perpendiculaires par suite à la colonne vertébrale, l'ordre de ces bandes périphériques, d'arrière en

[1] Avant de commencer la publication de notre compte rendu du Congrès de Lisbonne, nous avons tenu à donner *in extenso* le remarquable rapport de M. le professeur Grasset, que les circonstances n'ont pas permis de discuter.

[1] Pour tous les documents et pour toutes les indications bibliographiques, qui étaient parvenus à ma connaissance avant l'année qui vient de s'écouler, voir : *Les centres nerveux, Physiopathologie clinique*, Paris, J.-B. Baillière, 1905. — Toutes les indications bibliographiques ultérieures sont à la fin du rapport.

[2] Au sens français du mot ; car les Allemands appellent ce mode de distribution : *segmentaires*.

avant, étant le même que l'ordre des centres ganglionnaires (protoneurones sensitifs).

Dans le travail de Déjerine du *Traité de pathologie générale de Bouchard*, on trouvera une série de documents sur ces centres à distribution radiculaire.

En voici de plus récents.

Pick (1) de Prague a noté ce mode de distribution pour les troubles subjectifs des *acroparesthésies*. Déjerine et Egger (2) ont confirmé l'observation et ajouté que dans ces cas on observe aussi des hyperesthésies également radiculaires. Ils en concluent que l'acroparesthésie « apparaît comme une lésion irritative des *racines postérieures dans leur trajet intra-médullaire* [1] ». Baup (3) a présenté une malade identique [voir aussi la thèse de Trombert (4) et le cas de Roasenda (5)].

Mirallié (6) a constaté la même topographie des troubles objectifs de la sensibilité dans la *maladie de Maurice Raynaud*. Seulement le cas peut servir de transition entre les radiculaires et les segmentaires (pseudométamérique) : la lésion doit être déjà plus haut dans la moelle.

Dans le *tabes*, on observe fréquemment des paresthésies à distribution radiculaire, le plus souvent dans le bord postérieur de la main (signe du cubital), d'autres fois dans la partie antérieure de la main (position indiquée plus haut). Or, le tabes répond à une lésion du protoneurone sensitif (ganglionnaire) [voir André Thomas et Georges Hauser (7)] et de ses prolongements dans les cordons postérieurs de la moelle (Brissaud, de Massary).

Déjerine et Gauckler (8), Raymond et Georges Guillain (9) ont publié des faits d'hématomyélie avec des anesthésies radiculaires (au moins pour une partie de leurs localisations).

De ces faits et de bien d'autres on peut conclure que le vrai centre sensitif radiculaire type est le ganglion (protoneurone sensitif inférieur). Mais ce n'est pas le seul. Les racines, en pénétrant dans la moelle, y rencontrent des centres nucléaires, dont le domaine de distribution périphérique est radiculaire, comme celui des ganglions.

2° Anesthésies segmentaires. — Je prends le mot « segmentaire » au sens français, c'est-à-dire au sens de segments *de membres* [2], séparés les uns des autres par des lignes (d'amputation ou de désarticulation) perpendiculaires à l'axe du membre.

En 1880, j'observais des anesthésies corticales segmentaires et les rapprochais des observations de Munk et d'autres qui admettent, dans l'écorce cérébrale, des zones répondant précisément aux grands segments sensitifs que je décrivais. En 1884, Allen Starr cite des monoanesthésies brachiales et crurales (avec superposition de paralysies motrices) par lésion corticale du cerveau. Charcot dit en 1885 : « Cette disposition par segments géométriques que délimitent des lignes circulaires déterminant un plan perpendiculaire au grand axe du membre représente vraisemblablement, du moins pour les membres, le type des anesthésies de cause corticale, quelle que soit la lésion qui les produit. » En 1883, Déjerine publie une observation remarquable dans laquelle il y a, pour ainsi dire, une monoplégie d'un membre au double point de vue moteur et sensitif, par lésion corticale constatée à l'autopsie. Dans un important travail sur les anesthésies d'origine cérébrale, Verger (1900) cite trois autres observations dans lesquelles les troubles sensitifs étaient exactement limités à un membre et conclut que « les zones dont la destruction produit des troubles sensitifs sont séparées pour chaque membre... et que ces zones correspondent topographiquement à la zone excitable qui préside aux mouvements des membres ».

Le faisceau sensitif, qui a une distribution radiculaire au niveau du ganglion et à son entrée dans la moelle, change donc quelque part et a une distribution segmentaire à son arrivée dans le cerveau à ses centres corticaux.

Où se fait cette transformation? Dans la moelle elle-même, puisqu'il y a des anesthésies segmentaires d'origine médullaire.

C'est chez les *syringomyéliques* qu'on a décrit tout d'abord les anesthésies segmentaires médullaires (en brodequins, chaussettes, caleçons, gants, épaulières, etc.), complètes ou dissociées et partielles. Brissaud (1895) cite d'abord un fait de Gilles de la Tourette et Zaguelmann (1889) et un de Parmentier (1890) de thermanesthésie. Debove, Souques en ont également observé.

On trouve aussi cette distribution d'anesthésie dans la pachyméningite cervicale hypertrophique, les myélites (traumatique, transverse), certains cas de tabes, les compressions de la moelle, le mal de Pott : Chipault (1866) a décrit des anesthésies pottiques en bottines, en bas longs (jusqu'à mi-hauteur des cuisses), en caleçon (jusqu'à l'ombilic) et une hyperesthésie jusqu'à mi-cuisse par commotion médullaire.

Brissaud, qui a créé et fait cette question entière, a très nettement montré que cette distribution segmentaire correspond toujours à une altération médullaire de la substance grise. Gilbert Ballet est arrivé, en même temps que Brissaud, à des conclusions très analogues.

Déjerine croit au contraire qu' « il n'y a pas lieu d'admettre en clinique l'existence d'une anesthésie à topographie segmentaire relevant d'une lésion de la substance grise centrale de la moelle épinière ». Cette anesthésie segmentaire n'existe pas plus, d'après le même auteur, dans les lésions des autres parties des centres nerveux et, quand on la rencontre, en clinique, il faut toujours penser à une association d'hystérie.

Cela me paraît un peu exagéré. Les faits d'anesthésie radiculaire très bien observés par Déjerine (et que j'ai cités plus haut) ne renversent pas les faits, non moins bien observés par d'autres auteurs, d'anesthésie segmentaire avec autopsie et lésion médullaire, sans hystérie.

Il y a d'abord des faits publiés comme anesthésie radiculaire qui pourraient, au moins partiellement, être interprétés comme anesthésie segmentaire ; puis d'autres sont bien démonstratifs.

Quand la limite supérieure d'une anesthésie des membres inférieurs est sur le tronc, la distribution segmentaire se confond avec la distribution radiculaire. C'est ce que l'on voit sur le schéma du fait de Déjerine, de 1903 (10) : radiculaire au bras droit, l'anesthésie pourrait être dite segmentaire sur le tronc à droite et à la taille à gauche.

Il en est de même dans l'observation de Déjerine

---

[1] Brissaud a d'ailleurs fait remarquer avec raison que, dans ces cas, il y a paresthésies plutôt qu'*acro*paresthésies.

[2] Les Allemands parlent toujours de segment *de moelle* et alors la distribution de chacun de ces segments de moelle est radiculaire.

et Gauckler (8) : radiculaire au bras droit, l'anesthésie peut aussi bien être dite segmentaire à gauche (voir les figures 3 et 4 de ce travail). Et ce qui prouve que cette interprétation n'a rien de forcé, c'est que dans le cas de Raymond et Guillain (9), très semblable à celui de Déjerine et Gauckler, la délimitation de l'anesthésie à gauche *en arrière* est indiscutablement segmentaire (fig. 4 du travail).

Chez le malade de Déjerine et Roussy (11), les troubles de la sensibilité superficielle et profonde « présentent, eux aussi, aux membres supérieurs une distribution *en segments* et sur les cuisses une distribution radiculaire ». Les auteurs ne parlent que de névrite ; mais comme il n'y a pas d'autopsie, j'ai le droit de retenir ce cas ici, étant donnée la solidarité bien connue des diverses parties d'un neurone.

Dans le cas de Roasenda (5), les troubles de la sensibilité objective (dans l'acroparesthésie) ont, à première vue, une disposition segmentaire ; il faut un examen plus attentif pour reconnaître une distribution radiculaire. Il est probable qu'on peut dès lors rapprocher ce fait (dont je n'ai pas le détail), de celui de Mirallié, déjà cité comme anesthésie radiculaire, que l'auteur appelle « pseudométamérique », mais pour lequel les figures 1 et 2 du travail original indiquent une distribution segmentaire avec des renforcements ou des diminutions à distribution radiculaire.

Ces faits paraissent être en réalité des superpositions d'anesthésies radiculaires et d'anesthésies segmentaires, et peuvent par conséquent être retenus comme documents pour établir l'existence de l'un et l'autre groupes.

Je citerai enfin le cas de Bouchaud (12) pour lequel il n'y a pas de discussion.

Je peux donc maintenir l'ancienne conclusion qu'il y a des anesthésies segmentaires d'origine médullaire comme il y a des anesthésies radiculaires ; que par suite, il y a dans la moelle des *groupements de neurones* à distribution périphérique segmentaire. Ce sont ces groupements de neurones que j'appelle *centres supranucléaires* sensitifs de la moelle, par analogie avec les centres supranucléaires, que Parinaud a décrits dans le mésocéphale pour expliquer les paralysies oculaires associées et dont je discute d'ailleurs l'existence dans un travail récent que j'ai présenté, avec Gaussel, au Congrès de Liège [1].

La distribution radiculaire s'arrêterait dans les centres nucléaires de la moelle et la distribution segmentaire commencerait aux centres supranucléaires de la moelle, se continuant jusqu'aux centres corticaux supérieurs de la sensibilité.

3° ANESTHÉSIES DISSOCIÉES. — C'est dans la syringomyélie qu'on a d'abord observé la dissociation suivante des sensibilités : analgésie et thermanesthésie avec conservation de la sensibilité tactile.

Kahler et Schultze (1882), les premiers, diagnostiquent une syringomyélie par ce symptôme. La chose devient classique. Avec Roth (1887) et Déjerine (1889), on inféode complètement ce syndrome à cette lésion et on donne à cette dissociation des sensibilités le qualificatif de « syringomyélique ». On en arrive à faire de ce symptôme un signe absolu de syringomyélie, supérieur à la constatation même du fait anatomique. Ainsi Déjerine conteste à Joffroy qu'il ait observé une syringomyélie vraie (quoiqu'il y ait eu autopsie), uniquement parce que le malade n'avait pas présenté la dissociation dite syringomyélique.

Je crois avoir été des premiers à protester (1889) contre cette manière de voir, qui renversait tout ce que l'on sait sur la séméiologie du système nerveux : tous les symptômes connus sont en rapport avec le *siège* de l'altération ; seul, celui-là aurait exprimé, non le siège, mais la *nature anatomique* de l'altération. C'était invraisemblable ; et de fait, ce n'est pas vrai.

En effet :

1° *La syringomyélie peut exister sans le syndrome dissociation.* En 1889, j'ai cité un fait personnel, observé avec mon collègue Carrieu. Puis, sur les 66 cas, avec observation clinique et autopsie, relevés dans la thèse d'Anna Baumler (1887), j'en ai trouvé 55 dans lesquels il n'y avait ni le syndrome complet, ni aucun des éléments constitutifs de ce syndrome (et ce sont aussi bien des faits de gliomatose que des faits de myélite lacunaire). A ces premières preuves cliniques se joignent : l'observation de Joffroy et Achard (1890) de syringomyélie démontrée par l'autopsie et anesthésie totale sans aucune dissociation ; deux cas de Rosenblath (1893) de syringomyélie avec autopsie sans troubles de la sensibilité ou au moins sans dissociation, un cas de Préobrajenski (1894) de syringomyélie non gliomateuse avec anesthésie totale sans dissociation ; un cas de Dimitroff (1896) sans troubles de la sensibilité ; un autre semblable de Déjerine et Thomas (1897).

Dans la grande monographie de Schlesinger (1895), on trouvera de nombreux détails sur ces types anormaux de syringomyélie et enfin Raymond (1896 et 1897) a beaucoup insisté sur le polymorphisme clinique de cette maladie. Ce dernier auteur montre notamment la fréquence de l'anesthésie totale (sans dissociation) dans la syringomyélie et cite les faits de Miura (1878), Rumpf (1889), Hochhaus (1891), Roth (1887-89), Critzmann et Asmus (1893), Homen (1894), Oppenheim (1893), Schuppel. Il cite aussi des faits de syringomyélie à forme de sclérose en plaques (Brutton, Rosenblath), d'autres à forme de tabes spasmodique : Strümpell (1880), Kahler (1882), Reisinger et Marchand (1884), Schlesinger, Raymond (1893).

2° De même, *ce syndrome dissociation dite « syringomyélique » peut exister sans syringomyélie.*

A l'appui de cette idée, je ne pus citer en 1889 que le cas de maladie de Morvan, autopsié par Gombault et Reboul (1889), dans lequel il y avait dissociation et on ne trouva aucune lacune médullaire.

Depuis lors, cette même dissociation sans syringomyélie a été signalée : dans l'hystérie (Charcot, 1889) ; dans la lèpre (Leloir, Babinski, Thibierge) ; dans la compression de la moelle (Charcot, 1891) ; dans l'hématomyélie traumatique (Minor, 1893) ; dans la sclérose en plaques (Freund, 1891) ; dans les compressions et sections des troncs nerveux (Letievant, Weir Mitchell, Richet, Chaput, Blum, Jean Charcot, 1892, Cavazzani et Manca, 1895) ; dans les maladies de la peau (psoriasis, eczéma).

En 1895, Brissaud peut dire : « La clinique nous a édifiés sur la valeur prétendue pathognomonique de la dissociation syringomyélique. Les beaux jours sont passés. Cette dissociation de la sensibilité n'appartient plus en propre à une seule maladie. » Et il cite un cas de dissociation croisée, guéri par le traite-

[1] Voir aussi le récent livre de Gaussel sur *Les nerfs oculogyres*.

ment antisyphilitique et par conséquent sans syringomyélie.

De nouveaux faits de dissociation « syringomyélique » sans syringomyélie ont été encore publiés par Max Laehr (1896), qui en rappelle de plus anciens de Müller (1871), Charcot et Gombault (1873), Gowers (hémorragie traumatique), Beevor (tumeur syphilitique), Steeland Williamson (1893); par Schlesinger (1896): tumeur intramédullaire sans syringomyélie; par Hanot et Meunier (1896): gomme syphilitique; par Piatot et Cestan (1897) : méningomyélite syphilitique; par David Edsall (1897) : mal de Pott; par James Hendric Lloyd (1894) : traumatisme de la moelle; par Vines (1898) : différentes myélites chroniques; par Déjerine et Thomas (1898): pachyméningite gommeuse hypertrophique; par van Gehuchten (1898) : compressions et traumatismes de la moelle; par Riche et Gothard (1899) : tabes; par Long et surtout Chatin (1901) : lésions de l'écorce cérébrale.

Et Raymond proclame que cette dissociation n'a plus de « signification pathognomonique », qu'on l'observe « dans des circonstances pathologiques très variées » et considère « comme une chose toute naturelle », cette proposition qui, en 1889, était littéralement hérétique.

Donc, la dissociation dite « syringomyélique » des sensibilités n'a aucune valeur séméiologique pour la *nature anatomique* de la maladie (syringomyélie, gliomatose). C'est un signe de *siège* de lésion. Quel est ce siège dans la moelle ?

Ce n'est pas la lésion des cordons postérieurs qui entraîne cette dissociation des sensibilités. Si on l'observe dans le tabes (Riche et Gothard), c'est exceptionnellement et par complication. Dans le tabes il y a en général anesthésie totale (des diverses sensibilités ou, s'il y a dissociation, c'est l'anesthésie tactile et surtout musculaire qui domine, avec persistance, souvent même exagération, de la sensibilité à la douleur. C'est donc la dissociation inverse, en quelque sorte complémentaire, de la dissociation dite syringomyélique. Du reste, dans plusieurs observations avec dissociation « syringomyélique » très nette, l'intégrité des cordons postérieurs est notée et dans des observations de syringomyélie avec anesthésie totale, on a au contraire noté la participation des cordons postérieurs à la lésion.

Dans tous les cas de dissociation « syringomyélique », l'altération porte sur les *cornes postérieures* de la substance grise.

On a bien cité des cas dans lesquels la dissociation paraissait répondre à une lésion des nerfs périphériques. Mais il est permis de supposer, d'après ce que nous savons de la solidarité des diverses parties du neurone, que dans ces cas la lésion névritique avait retenti sur les centres médullaires. On pourrait dire aussi qu'il « existe à la surface de la peau des points distincts pour la sensibilité tactile et pour la sensibilité thermique » (Hédon, d'après Goldscheider). Mais pour l'étude des voies sensitives médullaires que je poursuis ici, il suffit de pouvoir dire que, *quand elle répond à une lésion médullaire, la dissociation dite syringomyélique répond à une altération des cornes postérieures de la substance grise.*

C'est la loi *clinique* que je posais en 1889. *Physiologiquement*, la question est moins avancée.

Je n'ai pu citer autrefois qu'une expérience célèbre, mais non reproduite, de Schiff : il sectionne la moelle dorsale d'un lapin, en totalité, sauf les cordons postérieurs; l'animal conserve la sensibilité tactile très nette et perd complètement la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur.

Holzinger (1894), chez Bechterew, sectionne chez des chiens la moelle dorsale, au niveau des troisième et quatrième paires, et note : 1° pour la sensibilité à la douleur, *a.* hyperesthésie transitoire (quelques jours), bilatérale par la section d'une moitié latérale de la moelle; *b.* rien par la section simultanée des cordons postérieurs, ni par la section de la moitié antérieure de la moelle, c'est-à-dire des cordons antérieurs et de la partie antérieure des cordons latéraux avec une partie des cornes antérieures; *c.* analgésie de toute la région du corps audessous, par la section des deux cordons latéraux ou par la section de la moitié postérieure de la moelle; seulement, dans ce dernier cas, il faut que la section porte un peu en avant des faisceaux pyramidaux; — 2° pour la sensibilité tactile et musculaire : anesthésie quand les cordons postérieurs sont détruits (et alors il y a aussi ataxie).

Des résultats analogues, confirmatifs des mêmes conclusions, paraissent avoir été obtenus par Münzer et Wiener (1895).

Tchoudnowsky (13) conclut de ses expériences que les sensations des poils se transmettent par les cordons latéraux de la moelle et, apparemment, principalement par les faisceaux fondamentaux du cordon antérolatéral et peut-être par les fibres des faisceaux voisins.

De l'ensemble de ces documents *physiologiques*, et surtout *cliniques*[1], il semble bien résulter qu'il y a, dans la moelle de l'homme, des voies spéciales pour les sensibilités thermique et douloureuse.

Ces conducteurs pénètrent par les racines postérieures et immédiatement dans la corne postérieure *du même côté* : de là, l'anesthésie thermique et à la douleur dans certains cas de lésion limitée des cornes postérieures, du même côté que la lésion (fait de Déjerine et Sottas avec autopsie, 1892).

Nous verrons dans le paragraphe suivant que ces conducteurs passent ensuite du côté opposé (par une commissure); de là, l'analgésie croisée quand la lésion siège plus haut que le centre de la région devenue insensible. Après leur entrecroisement, les conducteurs cheminent dans la substance grise et très probablement passent bientôt dans les faisceaux sensitifs des cordons antérolatéraux, notamment dans le faisceau de Gowers.

Quant aux impressions tactiles et musculaires, elles ne passent pas *obligatoirement* par le premier neurone de relais des cornes postérieures de la région. Quand ce neurone est détruit, elles continuent soit par les neurones de relais plus élevés, soit par la seule substance blanche postérieure.

La dissociation « syringomyélique » serait due, d'après Marinesco (1896), à l'interruption du contact utile entre les collatérales et certains neurones de la corne postérieure, ce phénomène d'addition et de renforcement n'ayant plus lieu quand la corne postérieure est détruite. En fait ce symptôme indique une altération de la substance grise postérieure, du

[1] Morat rejette l'hypothèse localisatrice de Brown-Séquard et de Schiff. Mais il reconnaît que « les observations cliniques établissent d'une façon indubitable le fait de la dissociation des sensibilités ».

premier neurone de relais (deuxième neurone sensitif) dont les corps cellulaires sont dans les cornes postérieures et dont les prolongements cylindraxiles sont dans le cordon latéral et surtout dans le faisceau de Gowers du côté opposé. Ce sont les conclusions de van Gehuchten en 1899.

Cette manière de voir, défendue aussi par Brissaud, a été combattue par Déjerine (1899) dont l'argument principal est celui-ci : le faisceau de Gowers aboutit au cervelet et rien ne prouve l'intervention du cervelet dans la transmission des impressions douloureuses et thermiques. Morat, admet cependant encore que le faisceau de Gowers se rend, au moins partiellement, à l'écorce cérébrale, en s'accolant au ruban de Reil (après interruption par un noyau bulbaire).

Ingelrans et Descarpentries (14) ont récemment observé un cas dans lequel une dissociation « syringomyélique » ne peut s'expliquer que par la lésion, constatée, du faisceau de Gowers. Et Mai (15) conclut d'un cas d'anesthésie dissociée *alterne* (plutôt que croisée) de la face à droite et des membres à gauche que « l'on peut considérer avec certitude le tractus antérolatéral ascendant (faisceau de Gowers) comme voie de conduction des impressions douloureuses et thermiques du côté opposé ».

Quoi qu'il en soit, on peut maintenir, comme conclusion ferme de ce paragraphe, que chez l'homme [1], habituellement, les impressions tactiles d'une part, les impressions thermiques et douloureuses de l'autre, ne suivent pas les mêmes voies dans la moelle : *les impressions tactiles passent plutôt par les cordons postérieurs et les impressions thermiques et douloureuses plutôt par la substance grise postérieure et ensuite peut-être par les faisceaux de Gowers et des fibres ascendantes disséminées dans le reste du faisceau fondamental du cordon antérolatéral.*

Max Laehr (1896) arrive aux mêmes conclusions, en admettant qu'après la substance grise les faisceaux thermiques et douloureux sont réunis « peut-être dans les cordons latéraux ». Il semble même résulter d'un travail, déjà cité, de Chatin (1901) que les fibres dissociées pour la sensibilité thermique remontent jusqu'à l'écorce cérébrale.

4° Anesthésies croisées. — Brown-Séquard a montré que la lésion d'une moitié de la moelle entraîne le syndrome suivant (hémiparaplégie croisée) qui a gardé son nom : 1° *du côté de la lésion*, paralysie motrice, état normal ou exagération des diverses sensibilités, zone d'anesthésie dans la partie supérieure au voisinage de la lésion et souvent zone d'hyperesthésie au-dessus, hyperthermie et paralysie du sympathique, arthropathies, atrophie musculaire ; 2° *du côté opposé à la lésion*, conservation des mouvements volontaires et du sens musculaire, anesthésie dans tous ses modes, quelquefois zone d'hyperesthésie au-dessus (les troubles sensitifs croisés montant un peu moins haut que ceux du côté de la lésion), escares.

Le syndrome est d'ailleurs atténué ou incomplet, quand la destruction n'est pas complète ou quand la lésion, non exactement limitée à une moitié de moelle, est seulement plus marquée dans une moitié de la moelle que dans l'autre. Dans ce cas, la paralysie motrice et l'anesthésie sont bilatérales ; seulement, la paralysie est plus marquée du côté de la lésion et l'anesthésie plus marquée du côté opposé. Ainsi réduit, le syndrome est relativement fréquent et est un bon signe pour établir l'origine médullaire d'une paralysie.

Car, complet ou incomplet, le syndrome de Brown-Séquard est toujours un très bon signe du siège *médullaire* de la lésion. En dehors de la moelle, il faudrait *deux* lésions différentes et distinctes pour le réaliser.

La maladie qui détruit la moitié de la moelle est d'ailleurs indifférente : lésions traumatiques (fractures, luxations, hémorragies, balles de revolver ou instruments tranchants), arthrites vertébrales (dans le mal de Pott, le syndrome prouve qu'il n'y a pas seulement compression radiculaire, mais lésion médullaire), méningites rachidiennes (avec complication médullaire), foyers hémorragiques (intramédullaires), myélites diffuses, syringomyélie, tumeurs, diverses localisations syphilitiques (syphilomes, myélites, méningites gommeuses).

A partir du moment (1849) où Brown-Séquard établit l'existence de ce syndrome, les cliniciens ont admis que les fibres sensitives s'entrecroisent *sur toute la hauteur* de la moelle, dès leur entrée dans cet organe, ou plutôt après leur passage dans les cornes postérieures (c'est le premier neurone de relais qui envoie ses prolongements de l'autre côté vers le deuxième).

Brown-Séquard a lui-même admis, au début, cette manière de voir, l'appuyant à la fois sur les faits cliniques et sur l'expérience suivante : l'anesthésie des membres postérieurs se produit après une double hémisection pratiquée, l'une à la région dorsale, l'autre à la région cervicale, ou après une section longitudinale séparant en deux moitiés latérales toute la longueur de la région lombaire de la moelle (expérience de Galien refaite par Fodera, 1823, qui avec Schops, 1827, avait entrevu le syndrome de Brown-Séquard). La même expérience à la région cervicale entraîne l'anesthésie complète des deux membres antérieurs avec conservation de la sensibilité dans les membres postérieurs.

A cette théorie les physiologistes ont fait et font encore de nombreuses objections, depuis Vulpian (1874), d'après lequel la lésion produit de l'hyperesthésie du même côté et par balancement ou dépression corrélative l'anesthésie croisée. Voici quelques arguments de ces adversaires de l'entrecroisement intramédullaire des voies sensitives (Déjerine et Thomas).

1° Chez les animaux, après l'hémisection de la moelle, si l'hyperesthésie est la règle (Fodera, Vulpian), l'anesthésie croisée est, au contraire, « un phénomène très variable d'intensité, d'un animal à l'autre, et elle n'est généralement pas absolue. » — 2° L'hémisection a d'autant moins d'influence sur les membres postérieurs qu'elle est faite à une plus grande distance de la région lombaire (Vulpian). — 3° Dans l'expérience de van Deen (hémisection de la moelle vers la partie postérievre de la moelle dorsale et autre hémisection complémentaire à la région cervicale) les deux membres postérieurs restent sensibles, même si l'une des deux hémisections dépasse un peu la ligne médiane (chien : Vulpian; la-

[1] Chez les animaux, les choses paraissent se passer différemment. Ainsi Herzen (de Lausanne) a montré (1885) que, chez les animaux, la sensibilité au froid doit être séparée de la sensibilité au chaud, celle-ci n'existant pas et se confondant avec la sensibilité à la douleur.

pin : Schiff). — 4° La section longitudinale du renflement lombaire sur la ligne médiane n'amène qu'une simple diminution de la sensibilité (Oré). — 5° Plus récemment Mott est arrivé à des conclusions analogues pour le singe : les impressions douloureuses et thermiques peuvent être conduites par les deux côtés de la moelle; mais les impressions tactiles et de pression seraient surtout conduites par le même côté; il y aurait un retard assez considérable dans la transmission des impressions reçues par le côté paralysé et des erreurs de localisation. En résumé, chez le singe l'anesthésie est surtout directe. — 6° Gotch et Horsley ont recherché les modifications électriques qui se produisent dans divers faisceaux de la moelle dorsale quand on excite électriquement le nerf sciatique ou les racines postérieures du plexus lombaire; ils mesurent en quelque sorte par l'intensité de cette modification électrique, la quantité d'énergie nerveuse qui passe dans les faisceaux de moelle quand le nerf en question est excité. Chez le chat et le singe, le courant dans la moelle est surtout unilatéral et du même côté dans la proportion de 80 p. 100 et principalement par la colonne postérieure[1]. Plusieurs mois après l'hémisection de la moelle, la modification électrique au-dessus de l'hémisection est trois fois moins forte que si l'excitation porte du côté opposé.

« En résumé, concluent Déjerine et Thomas (1888), en groupant les données de la physiologie expérimentale[2], on pourrait conclure que l'entrecroisement des voies sensitives n'est pas total dans la moelle; qu'il existe vraisemblablement un entrecroisement partiel; que, chez certains animaux, les fibres entrecroisées sont plus nombreuses que les fibres droites; chez d'autres animaux (le singe et le chat) c'est le contraire. »

Morat conclut aussi à un entrecroisement partiel et variable d'une espèce animale à l'autre.

Impressionné par toute cette argumentation, Brown-Séquard lui-même a, à la fin de sa vie (1894), abandonné sa première théorie. Il rappelle que la piqûre du cordon postérieur d'un côté peut produire le syndrome; qu'après une première hémisection cervicale avec hémianesthésie consécutive, si on fait une deuxième hémisection dorsale, l'hyperesthésie remplace l'hémianesthésie consécutive à une hémisection de la moelle peut disparaître après l'élongation du sciatique du côté anesthésié. Et alors, pour lui, l'anesthésie dans son syndrome devient un fait l'inhibition et d'hyperesthésie, un fait de dynamogénie.

Cette opinion, si nettement arrêtée, des physiologistes a un peu ébranlé les cliniciens. Et, si Brissaud (1893) a continué à défendre et à représenter dans un schéma l'entrecroisement des fibres sensitives sur toute la hauteur de la moelle, Raymond (1896-1898) paraît disposé à se rattacher à la dernière opinion de Brown-Séquard, et Déjerine et Thomas, tout en reconnaissant qu'elle est formulée en « termes bien vagues », sont tentés cependant « de prendre en considération la dernière opinion de Brown-Séquard, déjà soutenue d'ailleurs par Vulpian ». Et ils ajoutent : « Quoi qu'il en soit, il est impossible actuellement d'appuyer sur des bases solides une théorie quelconque du syndrome de Brown-Séquard, surtout quand on laisse de côté les schémas[1] pour se placer devant les faits. »

Il me semble que la question peut encore être présentée d'une manière moins décourageante.

Sans diminuer en rien la valeur des constatations accumulées par la physiologie expérimentale, il est permis de faire remarquer que toutes ces expériences peuvent établir une *seule* chose : le mode de transmission intramédullaire, les impressions sensitives *chez les animaux*; de plus, elles établissent que ce mode de transmission n'est pas le même dans toutes les espèces animales. Donc, il n'est pas déraisonnable d'admettre que *chez l'homme* les choses puissent se passer différemment. C'est dire que les *faits cliniques*, s'ils sont assez nombreux et bien observés, gardent leur valeur, à côté et en face des *faits physiologiques*. Or, les faits cliniques me paraissent constituer ici un groupe absolument éloquent.

Aux 24 observations réunies par Brown-Séquard dans son Mémoire de 1863 sont venus s'ajouter un très grand nombre de faits nouveaux dont plusieurs récents et avec autopsie; tous établissent la réalité du syndrome de Brown-Séquard.

Voici l'indication de quelques-uns parus dans ces dernières années :

Peugniez (16) : traumatisme, autopsie. — Raymond (17) : pas d'autopsie. — Luce (18) : Pott, autopsie. — Robert Lerch (19) : pas d'autopsie. — Alfred Schuttenhelm (20) : traumatisme. — Wilhelm Fürnrohr (21) : traumatisme. — Meyer (22) : fibrosarcome, autopsie. — Karl Petren (23) : syphilis. — Bregman (24) : pas d'autopsie. — Jolly (25) : syndrome bilatéral, que l'auteur rapproche des faits de Brissaud (1897), Londe (1898) et Oppenheim; autopsie : foyer de sclérose. — Borzymowski et Kopcynski (26) : traumatisme. — Jean Lépine (27) : syphilis, autopsie. — Déjerine et Gauckler (11) : hématomyélie, pas d'autopsie. — Egger (28) : syringomyélie, pas d'autopsie. — Raymond et Georges Guillain (12) : hématomyélie, pas d'autopsie. — Le *Neurologisches Centralblatt* (1904, p. 877) signale en outre : Sciamanna (Brown-Séquard d'origine réflexe), Sforza [Brown-Séquard traumatique (29)].

Voilà donc une conclusion que la *clinique* impose à la *physiologie : il faut admettre l'entrecroisement intramédullaire* (*sur toute la hauteur*) *des conducteurs sensitifs chez l'homme*.

Les conducteurs de la sensibilité *thermique* et *à la douleur* s'entrecroisent de la même manière. Car souvent l'anesthésie croisée est dissociée et présente le type « syringomyélique ».

La chose avait été déjà notée dans certaines des observations réunies au début par Brown-Séquard, notamment celle de Viguès.

Tels sont encore les faits de Brissaud, Laehr, Piatot et Cestan, Hanot et Meunier, etc.

L'entrecroisement ne paraît d'ailleurs pas s'effectuer à la même hauteur pour les diverses fibres, thermiques et algésiques de la même région; car;

[1] Il serait utile d'établir que, chez ces animaux, l'excitation électrique est comparable, pour les voies de conduction intramédullaire, à l'excitation venue des organes sensitifs périphériques.

[2] Voir aussi les expériences de Bottazzi (1896).

[1] Le *schema*, qui est un moyen indispensable d'enseignement, ne me paraît pas si dangereux, tant qu'il reste ce qu'il devrait toujours être, non un moyen de démonstration, mais seulement un résumé et une exposition synthétiques, toujours revisables, des faits observés. On ne doit donc jamais pouvoir opposer un schéma à un fait, puisque le schéma est basé sur le fait.

pour une lésion limitée des cornes postérieures, les deux zones périphériques d'anesthésie ne se superposent pas nécessairement. Il y a parfois de la thermanesthésie seule.

Les conducteurs *kinesthésiques* (sens musculaire) ne s'entrecroisent pas, comme les conducteurs sensitifs, dans la moelle, mais seulement au niveau des pyramides ou du bulbe (comme les voies motrices). Car, dans le syndrome de Brown-Séquard, si le sens musculaire est aboli, il l'est du même côté que la paralysie motrice et que la lésion; les troubles kinanesthésiques sont directs, tandis que les troubles anesthésiques sont croisés.

III

Conclusions. Schéma des voies sensitives dans la moelle de l'homme. — Les neurones sensitifs sont réunis en quatre groupes : le groupe des neurones inférieurs, le groupe des premiers et des seconds neurones de relais et le groupe des neurones supérieurs.

A ne considérer que les corps cellulaires des neurones, le deuxième groupe (premiers neurones de relais) est seul intramédullaire; mais les autres groupes appartiennent à la moelle par leurs prolongements.

Les corps des *protoneurones* sensitifs (neurones inférieurs ou périphériques) sont réunis dans les *ganglions* spinaux sur les *racines postérieures*. Les prolongements protoplasmiques (centripètes) sont la fin des nerfs sensitifs périphériques. Les prolongements cylindraxiles (centrifuges) forment les racines postérieures et pénètrent dans la moelle par le sillon collatéral postérieur. Ces *fibres radiculaires postérieures* traversent la zone de Lissauer, s'incurvent et se dirigent les uns en bas, les autres en haut.

Les fibres descendantes, toutes courtes, cheminent dans le faisceau de Burdach et se jettent dans les *cornes postérieures*. Les fibres ascendantes se divisent en courtes, moyennes et longues : les courtes et les moyennes forment le faisceau de Burdach et se jettent, à des hauteurs diverses, dans les cornes postérieures.

Les fibres longues se jettent peu à peu en dedans, vers le sillon médian postérieur, forment (loi de Kahler et Pick), le faisceau de Goll, qui grossit ainsi en s'élevant, de tout ce qu'il reçoit sans rien émettre et se termine dans les noyaux de Goll et de Burdach, terminaison bulbaire des colonnes grises postérieures.

Dans les cornes postérieures de la moelle, les prolongements cylindraxiles ganglionnaires entrent par leurs arborisations, en connexion avec les prolongements protoplasmiques des neurones des cornes postérieures de la moelle.

C'est là le deuxième groupe des neurones sensitifs, *premiers neurones intermédiaires ou de relais*.

Les neurones ganglionnaires sont *directs* (par rapport à la périphérie) et à distribution *radiculaire*, c'est-à-dire en bandes *parallèles* à l'axe des membres. Les premiers neurones de relais, situés dans la substance grise postérieure, sont, les uns (à l'entrée des fibres radiculaires postérieures) *directs* et *radiculaires*, eux aussi (ce sont les centres *nucléaires* de la moelle); les autres, plus élevés, sont *croisés* (par rapport à la périphérie et par rapport aux ganglions) et à distribution *segmentaire*, c'est-à-dire en segments séparés les uns des autres par des lignes (de désarticulation ou d'amputation) *perpendiculaires* à l'axe des membres (ce sont les centres *supranucléaires* de la moelle).

L'entrecroisement des fibres sensitives se fait sur toute la hauteur de la moelle, sauf pour les voies kinesthésiques, qui ne s'entrecroisent qu'au bulbe, en même temps que les voies motrices. Les diverses fibres, thermiques et algésiques, de la même région, ne s'entrecroisent pas à la même hauteur.

Il y a d'ailleurs dissociation intramédullaire des conducteurs des diverses sensibilités et spécialement des conducteurs de chaleur et de douleur d'une part, des conducteurs de tact et de contact de l'autre.

Les premiers pénètrent dans la substance grise (centro-postérieure), s'entrecroisent, continuent dans la substance grise, et *très probablement* passent bientôt dans les faisceaux sensitifs des cordons antérolatéraux (notamment dans le faisceau de Gowers).

Quant aux impressions tactiles et musculaires, elles ne passent pas nécessairement par les cornes postérieures de la région. Elles peuvent continuer soit par des neurones de relais plus élevés, soit par la seule substance blanche postérieure.

D'après van Gehuchten, il y aurait aussi des voies sensitives *indirectes*. Même trajet que les précédentes entre le nerf périphérique et la substance grise de la moelle. Mais entre le premier et le second neurone de relais (protubérantiel et basilaire) des voies principales, s'interpose, pour les voies indirectes, un autre neurone de relais, le neurone cérébelleux. D'après le même auteur, les prolongements des cellules de la colonne de Clarke (substance grise centro-postérieure) forment le faisceau cérébelleux direct de Flechsig, vont de là dans le pédoncule cérébelleux inférieur; une partie des prolongements des noyaux de Goll et de Burdach arrive au même endroit. Le tout se termine en se mettant en connexion avec les prolongements des cellules du cervelet...

BIBLIOGRAPHIE[1]

(1) Pick (de Prague). Remarques sur la pathologie des acroparesthésies, *R. N.*, 1903, p. 12.

(2) Déjerine et Egger. Les troubles objectifs de la sensibilité dans l'acroparesthésie et leur topographie radiculaire, *S. N.*, 7 janv. 1904; *R. N.*, 1904, p. 54.

(3) Baup. Acroparesthésie des extrémités avec troubles à topographie radiculaire et dissociation de la sensibilité, *S. N.*, 7 janv. 1904; *R. N.*, 1904, p. 98.

(4) Louis Trombert. *Contribution à l'étude des troubles de la sensibilité objective dans l'acroparesthésie*, Th. de Paris, 1905, nº 144; *R. N.*, 1905, p. 338.

(5) Roasenda. Pour la casuistique des acroparesthésies. Recherches sur la sensibilité objective, *Arch. di Psychat.*, *Neuropathol. Anthropol. crim. e. Med. leg.*, 1904, t. XXV; *R. N.*, 1905, p. 339.

(6) Mirallié. Maladie de Raynaud. Troubles de la sensibilité à topographie radiculaire (pseudométamérique), *S. N.*, 11 mai 1905; *R. N.*, 1905, p. 564.

(7) André Thomas et Georges Hauser. Altérations du ganglion rachidien dans le tabes, *S. N.*, 3 mars 1904; *R. N.*, 1904, p. 326.

[1] R. N. *Revue neurologique.* — N. C. *Neurologisches Centralblatt.* — S. N. *Société de neurologie de Paris.* — D. Z. N. *Deutsche Zeitschrift fur Nervenheilkunde.* — A. P. N. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten.*

(8) Déjerine et Gauckler. Contribution à l'étude des localisations motrices dans la moelle épinière. Un cas d'hémiplégie spinale à topographie radiculaire dans le membre supérieur avec anesthésie croisée et consécutif à une hématomyélie spontanée, *S. N.*, 2 mars 1905; *R. N.*, 1905, p. 313.

(9) Raymond et Georges Guillain. Hématomyélie ayant déterminé une hémiplégie spinale à topographie radiculaire dans le membre supérieur avec thermanesthésie croisée. Contribution à l'étude des connexions du faisceau pyramidal avec les segments médullaires. Étude de mouvements réflexes spéciaux de la main, *R. N.*, 1905, p. 697.

(10) Déjerine. Contribution à l'étude des localisations sensitives spinales, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1903, p. 657.

(11) Déjerine et Roussy. Un cas de névrite périphérique avec topographie spéciale des troubles moteurs et sensitifs, *S. N.*, 2 juin 1904; *R. N.*, 1904, p. 619.

(12) Bouchaud. Un cas d'acroparesthésie avec troubles de la sensibilité objective à topographie segmentaire, *R. N.*, 1904, p. 826.

(13) Tchoudnovsky. Contribution à l'étude des voies conductrices de la sensibilité des poils, *Revue* (russe) *de psychiat., de neurol. et de psychol. expérim.*, 1904, p. 851; *R. N.*, 1905, p. 725.

(14) Ingelrans et Descarpentries. Hétatomyélie cervicale traumatique. Paralysie des membres gauches et du membre supérieur droit. Thermanesthésie et analgésie de la moitié droite du corps. Myosis bilatéral. Abolition des réflexes tendineux avec conservation des réflexes cutanés. Autopsie, *S. N.*, 6 avril 1905; *R. N.*, 1905, p. 468.

(15) Ernst Mai. Ueber gekreutze Lähmung des Kältesinnes, Beitrag zur Physiologie der Hautsinnesbahnen, *A. P. N.*, 1904, t. XXXVIII, p. 182, et *R. N.*, 1904, p. 534.

(16) Peugniez. Hémisection de la moelle par coup de couteau. Syndrome de Brown-Séquard, *XVe Congrès de chirurgie*, 1902, *R. N.*, 1903, p. 218.

(17) Raymond. Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation de la sensibilité; signe d'Argyll-Robertson. Hématomyélie ou syringomyélie, *Bulletin méd.*, 1903, p. 555; *R. N.*, 1903, p. 1057.

(18) Luce. Fall von Spondylitis cervicalis tuberculosa mit Brown Sequardschem Symptomencomplex, *Aerztltcher Verein zu Hamburg*, 24 fév. 1903; *N. C.*, 1903, p. 380.

(19) Robert Lerch. *Zwei Falle von Querschnittserkrankungen des Halsmarks*, Inaug. Dissertation 1902; *N. C.*, 1903, p. 76.

(20) Alfred Schittenhelm. Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks (Brown Sequardscher Lähmung) mit besondere Berücksichtigung des Localisationsver mögens, *D. Z. N.*, 1902, t. XXII, p. 1.

(21) Wilhem Furnrohr. Ein Fall von Brown Sequardscher Halbseitenlähmung nach Stichverletzung des Rückenmarks, *D. Z. N.*, 1902, t. XXII, p. 15.

(22) Meyer. Zur Kenntniss der Rückenmarkstumoren, *D. Z. N.*, 1902, t. XXII, p. 232.

(23) Karl Petren. Kliniska Studier öfver akut myelit och ryggmärsgssyfilis, jämte et bidrag till fragan om förloppet of hudsinnenas banor liom ryggmärgen, *Hygiea*, 1901, p. 232; *N. C.*, 1903, p. 538. Observation III et Contribution à la la question du trajet des voies de la sensibilité cutanée dans la moelle épinière, *Skandinavisch. Archiv fur Physiologie*, 1902, p. 9; *R. N.*, 1903, p. 432.

(24) Bregman. Ein Fall von Haematomyelie Brown Sequardscher Typus, *Pamietnik towarzystwa lekarskiego* (polonais). (*Jaresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie*, 1904, p. 1 168).

(25) Jolly. Sur quelques cas rares de lésions transverses de la moelle. Un cas de Brown-Séquard bilatéral, *A. P. N.*, 1903, t. XXXVII; *R. N.*, 1904, p. 172.

(26) Borzymowski et Kopcynski. Ein Fall von Brown Sequardscher Lähmung, *Medic. Gesells. in Warschau*, 19 nov. 1901; *N. C.*, 1903, p. 501.

(27) Jean Lépine. Syndrome de Brown-Séquard et syphilis spinale, *Revue de méd.*, 1903, t. XXIII, p. 1 015.

(28) Egger. Un cas de syringomyélie unilatérale avec le syndrome de Brown-Séquard. Hémianesthésie croisée de la face et du corps, étude sur le parcours des vasomoteurs dans la moelle, *S. N.*, 8 juin 1905; *R. N.*, 1905, p. 653.

(29) Voir aussi Schmidt. Auffallende Störung des Lokalisationsvermögens in einem Falle von Brown Sequardscher Halblähmung, *D. Z. N.*, 1904, t. XXVI, p. 323.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 9 mai 1906)

M. le président annonce la mort de M. Cruveilhier et propose de lever la séance en signe de deuil. Cette proposition est adoptée; toutefois la parole est donnée à M. Ombrédanne pour la lecture d'un travail sur l'amputation totale du sein pour néoplasme avec restauration par un nouveau procédé d'autoplastie.

Luxation du poignet. — M. Couteaud, de passage à Paris, a également la parole pour la lecture d'une observation de luxation du poignet avec issue des os de l'avant-bras et fracture du radius.

Kyste du cou. — M. Walther présente une pièce anatomique; il s'agit d'un kyste du cou qu'il a extrait chez un homme de soixante-huit ans. La tumeur était très volumineuse et occupait la partie latérale gauche du cou. Le larynx, le cartilage thyroïde étaient très déviés. Le malade portait cette tumeur depuis six ans. Il présentait un mauvais état général, de la glycosurie. M. Walther fit d'abord une injection de stovaïne, incisa le kyste et évacua de près d'un litre de liquide; cela fait, le larynx ayant repris sa place par suite de la décompression, le malade fut endormi au chloroforme et M. Walther put assez facilement extraire toute la poche qui n'avait pas de pédicule vasculaire; il n'eut pas une ligature à faire.

Le liquide évacué était entièrement hématique. L'examen histologique de la poche montra qu'il s'agissait d'un angiome.

FORMULAIRE

POUDRE DENTIFRICE

Carbonate de magnésie........	10	grammes.
Carbonate de chaux...........	10	—
Essence de menthe...........	X	gouttes.

(Carle et Pont.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 56. — MARDI 15 MAI 1906. 79e ANNÉE. MARDI 15 MAI 1906. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Épreuve de consultation écrite.* — Séance du 11 mai 1906 : MM. Alglave, 18; Schwartz, 16; Alexandre, 15; Chevrier, 14.

CONCOURS POUR LA NOMINATION DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Épreuve de consultation écrite.* — Séance du 11 mai : MM. Jousset, 20; Guillemot, 18 ; Clerc, 16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Questions posées pour l'épreuve écrite : 1° « Tiers supérieur du fémur »; 2° « Physiologie du périoste ».

Lecture des copies. — Séance du 10 mai. — MM. Picot, 27; Cossard, 26; Guimbellot, 25; Rouhier, 24; Poupardin, 23.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe de la marine démissionnaire Petit est nommé au grade de médecin de deuxième classe de réserve.

PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1906, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix biennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 15 décembre 1906, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante.

Conformément à l'article 5 du décret du 8 novembre 1902, les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée de l'exposé de leurs titres dans un délai de quinze jours expirant le 31 mai.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Allard (de Grenoble), et Servier, médecin principal en retraite (de Lyon).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Deny reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche 20 mai, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION NATIONALE COLONIALE A MARSEILLE. — Pour faciliter aux voyageurs la visite de l'Exposition coloniale, qui doit avoir lieu à Marseille d'avril à novembre 1906, la Compagnie P.-L.-M. délivrera pour Marseille, dans toutes ses gares, jusqu'au 15 novembre 1906, des billets d'aller et retour individuels et des billets de famille, à prix très réduits, valables 10 jours, avec faculté de prolongation de deux périodes de cinq jours moyennant supplément.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La lutte antituberculeuse en France, par le docteur R. Dehau et M. R. Ledoux-Lebard. Petit in-8 de XXVI-271 p. — Prix : broché, 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Aide-mémoire de chimie physiologique, par le professeur Schultz, traduit et annoté par le docteur F.-X. Gouraud, chef du laboratoire à l'Hôtel-Dieu. In-18 jésus. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique, par le docteur Louis Rénon, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

XV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[LISBONNE, AVRIL 1906 (1)]

LES CONSÉQUENCES DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

Résumé du rapport de M. H. Huchard.

Pour montrer l'importance de la tension artérielle dans les malades, et particulièrement dans les maladies du cœur, M. Huchard a eu soin, dès la première édition de son *Traité des maladies du cœur* paru en 1889, et surtout dans la troisième édition terminée il y a une année environ, de faire précéder l'étude des cardiopathies par d'assez longues considérations sur la tension artérielle. « Question importante, disait-il au début même de ce livre, elle s'impose à l'attention dans un grand nombre d'affections disparates; elle est la clé de la pathologie cardiaque, la source féconde d'indications et de succès thérapeutiques, puisque l'action du cœur est souvent liée à la pression sanguine. »

En 1883, au sujet de l'angine de poitrine, M. Huchard a noté quelqnes modifications de la tension artérielle au cours de ce syndrome en s'inspirant toutefois d'abord de ses devanciers et surtout de Lauder-Brunton sur cette question. Depuis cette époque, dans plus de vingt mémoires et dans de multiples communications il n'a cessé de montrer que cette étude est une de ses préoccupations constantes. Il y a quelques années encore paraissait une leçon sur « les trois hypertensions » : *pulmonaire*, *portale*, *aortique*. « Nous sommes outillés, disait-il, contre la première, plus puissants contre la seconde, fortement armés contre la troisième, au sujet de laquelle j'ai plus particulièrement insisté, parce que la lutte engagée contre elle devient une médication *préventive* de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles, dont j'ai fait la démonstration suivante, ainsi formulée à l'Académie de médecine de Belgique et à l'Académie de médecine de Paris :

Dans les maladies du cœur, et même dans des états morbides divers, l'insuffisance cardiaque ne vient pas seulement du moteur central ni de ses lésions dégénératives ou de sa faiblesse; elle est encore souvent en rapport avec les obstacles périphériques que le myocarde parvient difficilement à surmonter, et il suffit de détendre le frein vasculaire trop serré pour faire disparaître l'imminence d'accidents redoutables. Alors, au moyen de la médication hypotensive, réalisée par le régime alimentaire, par le massage et certaine gymnastique musculaire, par les éthers nitriques, parmi lesquels la trinitine et le tétranitrol occupent la première place, peut-être par l'organothérapie, le cœur périphérique vient au secours du cœur central, après en avoir troublé et entravé le fonctionnement. »

M. Huchard étudie d'abord les conséquences physiologiques de l'hypertension artérielle, puis passe en revue les conséquences pathologiques : l'artério-sclérose, les cardiopathies de la ménopause, les troubles cardiaques de la puberté, la migraine, les anévrismes, les syncopes locales, les accidents du saturnisme, de la goutte, du diabète, le glaucome, les hémorragies, les maladies vaso-motrices, les sciatiques, les névralgies, l'hyposystolie et l'asystolie, l'angine de poitrine, les conséquences cérébrales de l'hypertension, les cardiectasies des maladies infectieuses.

L'hypertension artérielle peut-elle être regardée parfois comme un phénomène salutaire? W. Watson (de Bristol) le croit avec raison (1898), surtout pour la néphrite interstitielle, puisque cette hypertension compensatrice — analogue à l'hypertrophie compensatrice du cœur pour les affections valvulaires — a pour but de surmonter un obstacle à la circulation. Mais M. Huchard pense que cette hypertension, comme l'hypertrophie compensatrice du cœur, est déjà un phénomène pathologique.

Conséquences thérapeutiques de l'hypertension artérielle. — L'étude des conséquences pathologiques de l'hypertension artérielle a une importance considérable au point de vue des conséquences thérapeutiques. Si, dans quelques cas assez rares, l'hypertension artérielle doit être respectée parce qu'elle est un moyen de défense de l'organisme contre divers accidents, il n'en est pas moins vrai que, le plus ordinairement, elle doit être combattue sans trêve ni relâche par des moyens divers : hygiéniques et médicamenteux.

L'hygiène a une importance capitale surtout en ce qui concerne le *régime alimentaire* et la proscription absolue de toutes les causes d'hypertension ou de vaso-constriction, parmi lesquels l'abus ou même l'usage du tabac. L'alimentation lactée et lacto-végétarienne, l'hypochloruration alimentaire sont les vrais moyens capables d'abaisser une tension artérielle permanente ou passagère. Le régime lacto-végétarien est supérieur au régime simplement déchloruré parce qu'il réalise deux effets thérapeutiques : d'une part la diminution de la pression par la diète des toxines alimentaires vaso-constrictives et l'élimination des toxines par la diurèse.

En tous cas, ces deux régimes, lacto-végétarien et hypochloruré, se prêtent un mutuel appui. M. Huchard passe sur les moyens physiques : massage, électricité, certaine gymnastique, l'emploi des eaux minérales, parmi lesquelles on peut citer particulièrement en France, Bourbon-Lancy dont l'action anti-uricémique, si bien mise en relief par son ancien interne M. Piatot, a fait largement ses preuves, et les eaux d'Evian qui réalisent si bien le traitement rénal des cardiopathies artérielles, traitement qui a été bien exposé dans la thèse de M. Bergouignan.

Quant au traitement médicamenteux, M. Huchard ne fait que le mentionner, renvoyant pour une étude plus complète au long développement qu'il lui a consacré à l'Académie de médecine de Paris et de Belgique, dans ses deux volumes de *Consultations médicales* et dans son *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*. Les divers médicaments ont tous un inconvénient que n'a pas le régime alimentaire : ils abaissent assez rapidement la tension artérielle, ce qui est un

(1) Notre collaborateur Maurice Faure (de Lamalou) dit d'autre part tous les efforts qui ont été faits pour rendre l'organisation matérielle de ce Congrès aussi parfaite que possible.

Une lacune doit cependant être signalée dans le service de la presse qui a été abandonnée un peu trop à ses propres ressources. Si l'on ajoute qu'un certain désarroi a régné dans les sections par suite de l'absence d'un grand nombre de rapporteurs, on comprendra combien est rendue difficile la tâche de la presse parisienne aux prises, d'autre part, avec les difficultés matérielles entraînées par la grève des typographes.

Il en résulte une impossibilité absolue pour nous de donner un aperçu d'*ensemble* des travaux d'un Congrès où l'on procéda « en tirailleurs ».

Nous avons déjà donné quelques-uns de ces travaux, notamment le rapport magistral de M. le professeur Grasset. Nous continuerons la publication des documents qui nous paraissent devoir être retenus.

avantage ; mais cet abaissement ne dure pas, ce qui est un inconvénient.

Donc, ce serait se leurrer que de croire à une action prolongée et continue à l'aide des drogues.

Parmi les médicaments hypotenseurs, il convient de citer : le nitrite d'amyle en inhalations, la trinitrine, le tétranitrate d'érythrol, le nitrite de soude. Quant aux iodures, ils abaissent certes la tension artérielle, mais d'une manière très peu accusée, contrairement à l'opinion généralement reçue et conformément aux expériences faites au Collège de France avec Eloy en 1888, expériences dont les résultats ont été en grande partie confirmés par les recherches de Prévost et Binet (de Genève). Ce fait explique la raison pour laquelle M. Huchard ne cesse de répéter que dans le traitement de la *présclérose* ou de la *sclérose confirmée*, comme dans celui des maladies du cœur ou des reins, on abuse singulièrement de la médication iodurée.

Dans le traitement de l'hypertension artérielle, il ne faut pas chercher seulement à agir directement par le régime alimentaire ou les moyens médicamenteux sur cette tension, mais il faut aussi agir indirectement par le *traitement rénal*, par l'élimination urinaire des toxines vaso-constrictives ou autres. C'est pour cela que l'administration presque continue de la théobromine ou de la santhéose (cette dernière étant de la théobromine purifiée), à la dose de 25 à 50 centigrammes tous les jours, pendant vingt jours par mois, produit d'excellents effets. Il est également bon d'associer souvent, surtout chez les uricémiques, le quinate de lithine à la théobromine (parties égales de chacun).

Outre les eaux minérales exerçant une action hypotensive des plus manifestes, il existe d'autres eaux trop minéralisées et trop chargées d'acide carbonique qui ont produit, comme M. Huchard l'a démontré il y a quelques années à l'Académie de médecine, des effets réellement désastreux en déterminant une augmentation brutale et rapide de la tension artérielle.

Il y a là un grand danger pour les cardiopathies artérielles caractérisées déjà par un état d'hypertension plus ou moins accentuée.

L'organothérapie (qu'on appelle si improprement opothérapie) peut rendre des services : par exemple dans les cas d'aortite ou d'artério-sclérose de la ménopause, lésions dues principalement à la disparition du frein hypotenseur de l'ovaire normal, l'adrénaline est tout à fait contre-indiquée et il convient de prescrire des préparations d'extrait ovarien.

Ayant voulu étudier rapidement dans une vue d'ensemble les dangers et conséquences de l'hypertension artérielle, il arrête ici la question des indications thérapeutiques et du traitement. Notons qu'il ne partage pas la confiance de beaucoup de médecins dans l'emploi du calomel qui serait capable, à petite dose, de réduire considérablement la tension artérielle, ou encore dans l'emploi de certain sérum antiscléreux dont les propriétés thérapeutiques très exagérées n'ont qu'une importance théorique, nullement sanctionnée par la pratique.

RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX MULTIPLES DU TUBE DIGESTIF (ESTOMAC ET INTESTIN)

Par MM. R. Bensaude et G. Okinczic.

Les auteurs ont observé chez un homme ayant présenté les signes d'une sténose du pylore, un cancer infiltré de toute la région pylorique avec six rétrécissements secondaires de même nature étagés le long de l'intestin grêle et du gros intestin. Ces rétrécissements infiltraient les couches profondes de l'intestin en laissant la muqueuse intacte. On trouve dans la science un certain nombre d'observations tout à fait analogues. Ces cancers multiples de l'intestin ont le plus souvent leur point de départ dans un cancer primitif de l'estomac. Il ne s'agit pas d'une forme quelconque du cancer stomacal, mais le plus souvent d'une linite cancéreuse. Ces rétrécissements de l'intestin se présentent avec les mêmes caractères, dans certains cas, de linite plastique simple avec généralisation intestinale. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de plus en plus admise, que la linite plastique simple n'est qu'un cancer infiltré. Pour des raisons probablement d'ordre histologique, ce cancer localisé à l'estomac engendre la linite cancéreuse ; localisé à l'intestin il donne lieu à des cancers multiples ou encore à ces faits décrits sous le nom de rétrécissements fibreux multiples ; localisé à l'estomac et à l'intestin, il produit une forme particulière de cancer gastro-intestinal.

Cliniquement il y a tantôt symptômes d'obstruction intestinale, tantôt signes de sténose pylorique prédominants, tantôt enfin, une phase gastrique suivie après un temps plus ou moins long d'une phase intestinale.

SUR LE TRAITEMENT DU TABES

Par M. Maurice Faure (de Lamalou).

I. Médications générales. — Parmi toutes les médications générales qui ont été dirigées contre le tabes, deux sont à retenir :

A. *Hygiène. Régime. Diététique.* — Il faut, dès le début, avertir le tabétique de la nature de sa maladie et lui faire prévoir les accidents qui peuvent survenir, s'il ne se soumet pas à une ligne de conduite sévère. Il n'y a pas à hésiter sur le diagnostic, dès qu'on a constaté le signe d'Argyll, l'abolition du réflexe patellaire, quelques troubles de la miction et de la sensibilité. C'est une idée fausse que de cacher au malade le diagnostic, pour lui éviter des angoisses. Cette idée est basée sur la croyance à l'incurabilité du tabes et à l'inutilité de la thérapeutique. Or, le tabes à ce degré est curable et la thérapeutique est efficace. Il ne s'agit donc point d'éviter au malade des angoisses passagères, mais d'obtenir qu'il s'observe longtemps et se soigne sérieusement. Pour cela, le meilleur moyen est de lui dire la vérité.

Ceci fait, le tabétique devra renoncer à tous les surmenages, éviter toutes les occasions d'intoxication ou d'infection, s'alimenter avec précaution, si possible renoncer aux affaires difficiles, aux préoccupations continues, et prendre de longues périodes de vacances, de repos et de cure d'air. Il est inutile de renoncer à l'exercice de la profession, au moins au début de la maladie, mais pendant deux ou trois ans, il faudra n'en accepter les obligations qu'avec réserve.

L'examen des urines, le pesage régulier, la surveillance méthodique et prolongée fournissent, dans chaque cas, les indications nécessaires pour régler le modus vivendi et le régime alimentaire, qui ne sont pas les mêmes pour tous.

B. *Traitement antisyphilitique.* — Ce traitement consiste en injections mercurielles de sels variés. On choisira le sel dans chaque cas. Le calomel convient aux sujets robustes et qui n'ont que peu ou point de douleurs (dose moyenne : 5 à 10 centigrammes pour six à dix jours). Le benzoate et le biiodure, en injections quotidiennes, conviennent à presque tous les malades (dose moyenne : 3 centigrammes par jour). L'hermophényl, le levurargyre, l'énésol, conviennent aux

sujets susceptibles chez lesquels la médication peut amener des crises violentes de douleurs (dose moyenne : 3 à 6 centigrammes par jour). Enfin, chez les sujets anémiés, déprimés, le cacodylate iodo-hydrargyrique (combinaison de cacodylate mercurique et d'iodure de sodium) rendra des services, à cause de l'arsenic qu'il contient (dose moyenne : 6 centigrammes par jour).

Il ne faut pas considérer le tabes comme une lésion syphilitique qui rétrocède devant la médication, sous les yeux mêmes de l'opérateur. D'autres facteurs que la syphilis interviennent dans la production des accidents tabétiques. Ce qu'il faut demander à la médication mercurielle, c'est l'arrêt de l'évolution du tabes, l'atténuation de certains accidents, le retour lent et progressif de la santé générale et de l'activité. Mais il est des symptômes dont la lésion est, sans doute, devenue cicatricielle, et qui ne rétrocèdent pas. Quelques-uns d'entre eux n'offrent, d'ailleurs, pas d'importance pour le malade (abolition du réflexe patellaire, signe d'Argyll).

Il faut se souvenir qu'une médication hydrargique faite à dose trop forte, à des moments mal choisis, ou chez des malades très susceptibles, peut amener une aggravation brusque du tabes, parce que l'intoxication mercurielle amène des troubles digestifs et des altérations des fonctions rénales et hépatiques, quelquefois durables, et retentissant toujours fortement sur l'état général et les accidents du tabétique. Il n'y a donc point de prescription unique et pouvant convenir à tous les malades : il faut savoir adapter la thérapeutique à chaque cas.

C. Les injections de *nitrite de soude*, qui ne semblent pas agir de la même façon que les injections mercurielles doivent, cependant, en être rapprochées par l'action favorable qu'elles exercent chez certains tabétiques. Il faudra y avoir recours lorsque les injections mercurielles auront échoué (dose moyenne : 3 centigrammes par jour).

II. Médications spéciales. — Les médications spéciales au cours du tabes sont très nombreuses. Voici les principales :

A. *Médications de la douleur.* — Certaines, comme l'emploi des analgésiques au cours des crises de douleurs fulgurantes, sont très connues. S'il est parfois nécessaire et légitime d'y avoir recours, il ne faut pas oublier qu'à côté de l'effet spécial favorable, ces médications exercent un effet général qui, à la longue, est désastreux. *Les tabétiques meurent plus de leurs médicaments que de leurs maladies.*

Il est préférable, pour traiter les accidents douloureux, d'avoir recours aux agents physiques qui sont inoffensifs.

a. *Contre les douleurs localisées.* — L'action des rayons X, du radium, des compresses chaudes ou froides *loco dolenti*, peuvent être utiles.

b. *Contre les crises douloureuses à siège variable.* — L'hydrothérapie générale rend les plus grands services. Il faut se souvenir que le tabétique ne supporte bien ni l'eau froide, ni l'eau chaude, et qu'on devra s'adresser, par conséquent, à l'eau tempérée (32 à 35 degrés), généralement sous forme de balnéation générale. En demi-bain, ou en affusion rapide, on pourra employer des températures plus élevées ou plus basses, mais avec précaution.

B. *Troubles moteurs.* — L'incoordination est justiciable des exercices méthodiques pratiqués selon la méthode de Frenkel ou selon la nôtre. Les effets de ces exercices sont certains, à la condition qu'on emploie une bonne technique et qu'on y consacre assez de temps. On peut, parfois, obtenir la disparition complète de l'ataxie. Nous avons démontré, dans des travaux antérieurs, que l'incoordination des muscles du tronc (thorax, abdomen, périnée) était l'origine des troubles de la respiration, de la miction, de la défécation, que l'on observe chez presque tous les tabétiques, et que, par suite, ces troubles pouvaient être corrigés, dans une large mesure, par les exercices que nous avons réglés. Pour les mêmes raisons, on peut agir aussi sur la constipation, les accidents laryngés, etc.

IMPRESSIONS SUR LE XV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Le Congrès est achevé. Il est temps de chercher à dégager, parmi les impressions multiples et confuses qui se sont heurtées dans nos cerveaux, pendant ces six journées de réceptions, de travaux, de discours ininterrompus, les quelques constatations définitives dont il est bon de garder l'enseignement.

La première et la plus nette est celle-ci : « Un Congrès international peut être tout entier organisé avec méthode et s'accomplir jusqu'au bout dans un ordre parfait. » Pour simple qu'elle est, cette constatation, venant après les mémorables cohues que firent certains Congrès internationaux, n'est pas inutile.

A quoi est dû ce succès qui, s'il n'est pas sans précédents, n'a pas eu, probablement, beaucoup d'égaux (1)?

En première ligne, aux qualités exceptionnelles du secrétaire général, Miguel Bombarda, qui est, physiquement et intellectuellement, un des plus beaux spécimens de la race latine, dont il possède toutes les qualités maîtresses : l'intelligence méthodique, la vision claire et rapide de toutes choses, qui situe les objets sur des plans différents, embrasse l'ensemble, sans laisser aucun détail dans l'obscurité ; l'affabilité, la bonne grâce qui dissimulent un effort exceptionnel dans le sourire habituel... Peut-être pourrait-on trouver, ailleurs, autant de méthode et d'esprit d'organisation. Mais l'unir à cette facilité apparente, à cette élégante simplicité, cela est une qualité latine, et c'est précisément elle qui a donné à ce Congrès une physionomie particulière. De son bon ordre et de la facilité avec laquelle il semblait obtenu, a résulté pour tous un plaisir exceptionnel.

---

(1) Notons cependant, les inévitables difficultés avec les Compagnies françaises de chemins de fer. Alors que nous avons traversé l'Espagne et le Portugal sans coup férir, avec des billets à demi tarif qui nous étaient délivrés sur la simple présentation de la carte d'identité ; en France, il fallait, bien qu'ayant reçu du Congrès un billet spécial, portant trois coupons et des recommandations longues et contradictoires, demander au chef de gare un second billet, au moins cinq jours à l'avance, et faire apposer, en cours de route, sur le premier billet, cinq timbres et deux signatures. Résultat : les congressistes et les chefs de gare n'ont rien compris, et les intentions des compagnies n'ont pu être exécutées. Pour ma part, j'ai été en contact avec trois chefs de gare (La Malou, Bordeaux, Hendaye), qui m'ont donné trois interprétations contradictoires de ce que j'avais à faire et que je n'ai pu faire par conséquent. Je ne signale ces faits que pour mémoire, car je n'ai jamais assisté à un Congrès sans qu'il en fût ainsi et je suis absolument convaincu que les Compagnies françaises, continueront comme par le passé, à rendre inutilement très compliquée ou même inexécutable, la formalité très simple et nécessaire de l'identification du voyageur qui, jouissant d'un tarif de faveur, doit pour le mériter, se rendre au Congrès et pas ailleurs.

Mais quelles que soient les qualités exceptionnelles de Miguel Bombarda, il est cependant probable qu'il faut tenir compte, pour l'appréciation d'un pareil succès, de deux circonstances favorables. La première, c'est la diminution sensible du nombre des congressistes. Dans les trois Congrès précédents : à Moscou, Paris, Madrid, nous fûmes, dit-on, 6000 à 7000. A Lisbonne, le jour de l'ouverture, il n'y avait pas 2 000 médecins inscrits. En y joignant les personnes qui les accompagnaient et les retardataires qui se firent inscrire les premier et deuxième jours du Congrès, nous arriverons, sans doute, au chiffre de 3 500. Pourquoi cette diminution considérable?

1° Parce que le précédent Congrès ayant été tenu à Madrid, beaucoup de médecins avaient déjà visité, il y a trois ans, tout ce qu'ils jugeaient intéressant dans le sud de la péninsule ibérique. Or, la perspective de visiter des pays nouveaux représente bien 50 p. 100 de l'attraction d'un Congrès international. Mais nul doute qu'au suivant Congrès, cet attrait de la nouveauté géographique ne se présente intact. En effet, quatre villes se sont disputé, à la réunion des délégués, l'honneur de nous recevoir en 1909 : Tokio, dont les représentants reviennent à la charge à chaque session avec une constance digne d'un meilleur sort. Mais il faudrait deux mois et demi au moins pour aller faire un Congrès à Tokio! Combien reculeront devant cette difficulté! Cependant, les Japonais méritent à tous égards d'entrer dans le concert scientifique mondial. Souhaitons qu'ils réussissent à nous emmener à Tokio : le Congrès sera moins nombreux, sans doute, mais il aura consacré un louable effort de décentralisation!

New-York, Budapest, Athènes ont fait aussi leur offre. C'est Budapest qui l'a emporté.

2° La deuxième raison, qui explique le nombre relativement restreint des congressistes, c'est que la cohue au précédent Congrès avait laissé craindre à beaucoup que le travail ne fût à peu près impossible à Lisbonne, comme à Madrid. Ceux-là aussi seront rassérénés en apprenant qu'il n'en a rien été.

Enfin il est un troisième motif : la difficulté des moyens de communication. Un seul train permet d'aller assez commodément à Lisbonne: c'est le Sud-Express ; encore met-il plus de vingt-quatre heures depuis la frontière française, alors qu'il ne lui faut qu'une dizaine d'heures pour aller de Paris à ladite frontière. Or, le Sud-Express ne voyage que trois fois par semaine, dans la direction de Lisbonne, et il ne renferme qu'une trentaine de places qui toutes étaient retenues plusieurs semaines d'avance. Les compagnies, sur la demande du Comité français, avaient bien organisé un train spécial contenant 150 places. Mais le Comité français, suivant en cela une tradition respectable, avait négligé d'instruire les congressistes de cette décision et avait oublié lui-même de se rendre au Congrès. De sorte que le train spécial transporta exactement douze congressistes, qui s'y rencontrèrent par hasard!

Il y a une autre raison au succès de M. Bombarda : c'est qu'il a pu s'entourer de collaborateurs intelligents, actifs, et parlant plusieurs langues. Et cela nous amène à parler du peuple portugais. Sans doute, nous l'imaginions bien comme une race à part, mais sur laquelle nous n'avions que des données tout à fait imprécises. Cette visite — pourquoi ne pas l'avouer? — a été pour nous une révélation. Lisbonne est une ville active où circule une population affairée. La constitution physique du Portugais est tout à fait différente de celle de l'Espagnol : le crâne est plus large et moins long, la taille plus élevée, le thorax beaucoup plus développé, la musculature plus puissante. Par contre (et ceci est le corollaire des dons précédents), les femmes portugaises sont beaucoup moins belles que les Espagnoles. En Portugal, pas de paresse, pas de nonchalance méridionale, pas d'éternelle cigarette accompagnant d'interminables palabres; visiblement, les gens travaillent, leur esprit est alerte et renseigné.

Voici maintenant, une réflexion ethnologique : j'avais été frappé de la ressemblance physique du Portugais et de l'auvergnat, et j'étais porté à attribuer cette ressemblance simplement à ceci, qu'ils étaient l'un et l'autre des Celtes et des montagnards. Mais, à la fête qui nous fut donnée par la Société de géographie, nous eûmes l'extrême surprise de reconnaître, dans les chants et les danses populaires qui nous furent présentés par les montagnards du nord du Portugal, la bourrée auvergnate, donnée sans aucune modification, et accompagnée d'un air, non pas semblable, mais très analogue. Et qu'on ne dise pas que tous les chants et toutes les danses des montagnards ressemblent à la bourrée! J'ai entendu ceux des paysans tyroliens et piémontais, ceux de l'Allemagne du sud et de la Suisse allemande, j'ai vu les danses espagnoles à Madrid et à Séville, la fête des vignerons à Vevey. Rien de tout cela ne ressemblait à la bourrée de l'Auvergne et du Limousin que les gars et les filles des bords du Minho chantèrent devant nous, mardi à Lisbonne. Un membre de la Société de géographie, sans que nous lui eussions fait part de nos réflexions, nous dit que les arvernes étaient venus en Portugal, mais quand? comment? il n'en savait rien, et nous non plus.

En tout cas (et cela suffit à nous intéresser particulièrement) il y a certainement, entre les Portugais et nous, des sympathies, des affinités de races, en dehors des liens formés par la culture classique, beaucoup plus développée, d'ailleurs, que nous ne le supposions. Quand nous fûmes en Russie, quand nous fûmes en Espagne, on nous avait dit que nous trouverions à parler français. Nous y fûmes si bien déçus que, pour ma part, j'étais parti sceptique à Lisbonne et armé de lexiques, de manuels de conversation, etc. Cette fois, ce fut inutile. Ce n'est pas seulement parmi les classes lettrées de la population parmi lesquelles il y a beaucoup d'industriels et de commerçants français, que l'on trouve à parler couramment notre langue; c'est encore dans les hôtels, les magasins, voire dans la rue. Toutes les fois que j'ai dû m'arrêter pour demander, en français, un renseignement au premier venu, il s'est toujours trouvé quelqu'un, parmi les passants, pour répondre à ma question. J'ai visité deux libraires, j'ai trouvé chez eux toute notre littérature, depuis les mémoires de Dumas père et le dernier roman de Willy, jusqu'aux collections scientifiques et philosophiques de Masson, Doin, Alcan, Reinwald, etc. J'ai vu des écoliers acheter des livres classiques et choisir indifféremment parmi les français et les portugais. Un enfant de dix ans m'a montré le carton qu'il emportait : il y avait plus de livres français que de portugais.

Les médecins connaissent notre littérature aussi bien, sinon mieux que nous. Beaucoup parlent élégamment notre langue, tous la comprennent. Il y a, parmi les professeurs des Facultés portugaises, des hommes remarquablement intelligents et instruits qui, visiblement, ne seraient nullement déplacés dans une chaire de Faculté française.

Si l'on veut aller au fond des choses, on ne peut trouver à reprendre que ceci : les médecins portugais manquent d'enseignement technique et pratique dans plusieurs spécialités. Mais cela est tout naturel. En effet, le Portugal, grand par son histoire et par son rôle de première colonisatrice (ce

petit pays a couvert le Brésil, l'Angola, le Mozambique, etc.), ne renferme que 5 millions d'habitants. Lisbonne en a 300000 à 400000. On s'explique aisément qu'il ne soit pas possible, dans ces conditions, de réunir les éléments d'un enseignement aussi perfectionné, aussi complet dans sa spécialisation que celui de l'hôpital Saint-Louis, de Necker, ou de la Salpêtrière, par exemple, où affluent la plupart des cas cliniques spéciaux d'une ville de 3 millions d'habitants, et beaucoup d'exceptions remarquables, collectionnées dans un pays de 38 millions d'habitants et dans ses colonies. Il faut donc retenir seulement que, dans la culture médicale générale, les médecins portugais sont aussi développés que nous et qu'ils le sont avec nous, par nous pour ainsi dire, au même titre, au même degré que s'ils faisaient partie intégrante de notre enseignement scientifique. Je ne crois pas qu'on puisse trouver cela dans une autre nation.

On comprend que ce que nous venons de dire ait eu pour résultat de rendre ce Congrès exceptionnellement agréable pour nous, Français. La reine dona Amelia est Française et petite-fille de Louis-Philippe. Or, cette reine, comme beaucoup des membres de la famille d'Orléans (les ducs de Chartres, d'Aumale, le prince de Joinville, par exemple), possède des dons physiques exceptionnels, qui s'allient à merveille avec son rôle social : une haute taille, une majesté naturelle, des proportions harmonieuses, une physionomie infiniment distinguée et sympathique, tout cela attire l'attention sur elle et la retient, au point que, là où elle est, tous les regards convergent et que tout le reste pâlit. Le roi lui-même, qui fut, d'ailleurs, plein de tact et a su nous recevoir et nous parler en évitant toute banalité et en nous donnant la meilleure impression, le roi lui-même semble placé par la nature à un degré hiérarchique moins élevé que la reine! Et nous avons pris un grand plaisir à voir cette femme, exemple remarquable de belle et bonne race, qu'une sélection séculaire a armée de tant de supériorités, remplir son rôle difficile avec une souplesse, une habileté et un charme infinis.

De tout cela, résulte la confirmation des choses qui ont été souvent dites, mais qu'il ne faut pas se lasser de répéter. Notre langue a un pouvoir d'expansion considérable. Nous avons en matière littéraire, artistique et scientifique, une situation acquise et une maîtrise incontestée. En conséquence soyons très sévères pour nos publications et songeons, en les imprimant, que des milliers de lecteurs inconnus commenteront notre prose, et compareront notre enseignement à ceux de puissances étrangères. Ne laissons pas déprécier notre marque en couvrant de mauvais produits!

Il y a bientôt dix ans, au Congrès de Moscou, une préparation insuffisante nous donna un instant l'impression d'une submersion imminente. Depuis, les Congrès internationaux furent meilleurs pour nous. Continuons d'y venir en nombre et d'y apporter des travaux bien préparés que nous exposerons *modestement*, mais avec clarté et précision, parce que ce sont là les qualités qu'on aime à retrouver dans notre enseignement et que nous possédons plus que d'autres. J'ai dit *modestement* à dessein, parce qu'il vaut mieux présenter, d'un ton modéré, un fait intéressant, que d'annoncer à son de trompes qu'on va apporter quelque chose qu'on n'apporte pas (un sérum antituberculeux, par exemple).

Et puis, soignons notre thérapeutique. N'oublions pas que le malade, qui vient de fort loin consulter en France, tient beaucoup moins à savoir le nom de sa maladie (fût-il grec), qu'à savoir ce qu'il doit faire pour en guérir. N'oublions pas que nous avons en France une gamme de climats, de stations, d'eaux minérales, qui nous permettent de parer, aussi bien ou mieux qu'ailleurs, à toutes les indications. N'oublions pas que le scepticisme thérapeutique, qui sévissait comme un snobisme dans les hautes sphères médicales françaises, il y a quelques années, a eu pour premier et plus remarquable effet, l'émigration en masse des malades cosmopolites, et même de beaucoup de malades français, vers des consultants mieux avisés. Et c'est pour avoir mieux utilisé, dans le sens thérapeutique, des ressources quelquefois moindres, que ces consultants retinrent ces malades et que nous ne les revîmes plus.

Sans doute, il n'est pas niable que bien des installations étrangères ont été, à certains moments, plus confortables et mieux développées que les installations françaises correspondantes. Mais ce qui était vrai ne l'est plus, parce que de très grands efforts ont été faits en France, depuis quelques années, il n'existe nulle part au monde, si ce n'est aux Etats-Unis, des hôtels aussi confortables, aussi luxueux que ceux qu'on a construits sur la Riviera française, de 1895 à ce jour. Les nouveaux établissements thermaux de Vichy, d'Evian, etc., égalent — s'ils ne dépassent — pas ce que l'on peut trouver d'analogue à l'étranger. Inutile de continuer cette énumération, car si nous avions l'air de penser et de dire que ce qui est français a, par définition, une supériorité mondiale, nous n'éviterions pas le ridicule où d'autres sont tombés. Nous n'avons pas l'intention d'empêcher personne de prendre « ein platz an der Sonne » surtout si elle est méritée. Mais point n'est besoin, pour prendre ladite place, d'écraser nos pieds et de s'asseoir sur nos genoux.

Nous avons, nous aussi, une place au soleil et même à l'ombre, que nous tenons du travail de nos pères : nous y sommes bien assis, restons-y tranquillement, en ayant pour les autres la politesse et les égards qu'ils auront pour nous, ni plus, ni moins.

MAURICE FAURE (de La Malou).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 MAI 1906)

Le docteur OLIVER (de Newcastle), membre correspondant de la Société, traite la question de l'**emploi des caissons pour les travaux de ponts et des maladies causées par l'air comprimé.** Il fait passer des projections montrant comment on utilise les caissons, et expliquant leur construction et leur emploi, sous des pressions qui varient avec la profondeur des travaux au-dessous du niveau de l'eau. Il montre de quelle manière les ouvriers sont soumis à la compression et à la décompression et examine le point de savoir à quelle cause sont dus les symptômes de la maladie des caissons. Pour sa part le docteur Oliver est disposé à les rattacher aux effets de la viciation de l'air dans le caisson et de la décompression trop rapide. De ces deux causes la décompression trop rapide est sans doute prépondérante, mais il ne faut pas exonérer complètement la viciation. Il fait passer des vues de projection montrant les résultats de ses expériences sur les animaux, notamment des coupes de foie et de cerveau contenant de larges bulles d'air. Il montre aussi des modifications pathologiques dans la moelle épinière d'un homme mort de la maladie des caissons avec complications.

Migraine thyroïdienne. — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild. A propos de sept cas de migraine améliorés par le traitement thyroïdien, les auteurs décrivent la forme thyroïdienne de la migraine.

Elle se fonde sur l'efficacité du traitement thyroïdien, les signes d'hypothyroïdie qu'on relève chez les sujets atteints de migraine, sur l'action auto-thérapique de la grossesse, sur l'influence de la vie sexuelle féminine dans l'apparition de la maladie (puberté) et de ses crises paroxystiques (menstrues) et dans sa disparition (auto-thérapie de la ménopause).

La migraine thyroïdienne ne diffère pas par ses signes de la migraine commune. Elle est précoce ou tardive, héréditaire ou acquise, unilatérale ou bilatérale, parfois complémentaire. Elle dure quelques heures ou se prolonge quelques jours, mais elle est toujours paroxystique. La céphalée s'accompagne de vomissements et nécessite le repos au lit. Elle peut, comme dans le cas de Consiglio, concerner une migraine ophtalmique. Inversement, d'autres variétés de céphalée sont aussi favorablement influencées par le traitement thyroïdien. L'étude de la migraine thyroïdienne permet de préciser la théorie générale de la maladie.

Valeur diagnostique des signes physiques, du bruit de flot, en particulier au cours de l'hydro-pneumothorax. — A propos de la communication de M. Chauffard (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 53, p. 632), M. Vaquez étudie la valeur du bruit de flot. Ses expériences le conduisent aux conclusions suivantes :

1° La succussion hippocratique peut donner un résultat négatif dans les hydropneumothorax les plus légitimes. Il ne suffit pas, en effet, pour produire le bruit de flot qu'il y ait dans la plèvre un épanchement hydro-aérique, il faut encore que la tension du gaz intra-pleural soit dans un rapport donné avec la quantité du liquide épanché. D'une façon générale on peut dire qu'il faut, pour produire le bruit, une tension d'autant plus faible qu'il y a moins de liquide ;

2° La succussion hippocratique doit toujours être recherchée dans la position couchée ;

3° L'existence d'un souffle amphorique ne nécessite pas celle d'une fistule bronchique. Ce bruit peut accompagner un pneumothorax fermé. Par contre, la constatation du tintement métallique indique comme très vraisemblable la persistance de la fistule.

Fièvre hystérique chez l'enfant. — M. Comby rapporte une observation de fièvre hystérique chez une fillette de treize ans, observation qui lui paraît typique et à l'abri de toute supercherie. Le thermomètre monta parfois à plus de 44 degrés. Des cas semblables nous montrent qu'il ne faut pas trop s'émouvoir en présence d'un phénomène aussi insolite, quand ce phénomène est isolé et qu'il ne coïncide avec aucun trouble grave de la santé générale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 12 mai 1906)

Cytologie des liquides d'ascite dans les cirrhoses. — MM. A. Gilbert et M. Villaret communiquent les résultats de vingt-huit examens cytologiques pratiqués systématiquement sur divers liquides d'ascite. Ils y trouvent un nouvel argument en faveur de la théorie mécanique qui attribue l'ascite des cirrhotiques au syndrôme d'hypertension partale. Si la lymphocytose est en effet presque pure dans l'ascite tuberculeuse dite essentielle, la formule mécanique par contre est constante si on s'adresse à des cirrhoses au début ou du moins à des liquides d'origine hépatique vierges de toute ponction. La prédominance des placards endothéliaux s'atténue d'ailleurs à mesure que les ponctions se renouvellent et que l'affection causale évolue, c'est-à-dire à mesure que les chances d'infection péritonéale ou de tuberculose surajoutée augmentent pour faire place à une lymphocytose plus ou moins assurée. Ces constatations expliquent pourquoi certains auteurs ont émis des doutes sur la valeur diagnostique et pathogénique de la cytologie des ascites ; si la formule leur a paru variable c'est que peut-être ils s'étaient adressés indifféremment à des épanchements récents ou anciens, stériles ou déjà infectés.

Syndrôme de Landry et rage paralytique. — Pour M. Remlinger il existe une forme de rage paralytique dans laquelle la paralysie débute par les membres inférieurs, gagne la vessie et le rectum, s'étend aux membres supérieurs puis aux nerfs bulbaires et réalise par conséquent de façon complète le tableau clinique de la maladie de Landry. L'hydrophobie se réduit à quelques spasmes pharyngés nullement caractéristiques qui se produisent au passage des liquides pendant les dernières heures de la vie. Le seul moyen de diagnostiquer cette forme de rage consiste à demander au malade si quelques semaines ou quelques mois auparavant, il n'a pas été mordu ou léché par un animal enragé ou suspect. Cette question a absolument besoin d'être posée, car le malade ne songera nullement à attirer l'attention du médecin sur ce point. A l'autopsie, on prélèvera un peu de substance bulbaire et on l'inoculera sous la dure-mère d'un lapin. Le syndrôme de Landry peut encore être réalisé par la toxine rabique renfermée dans les émulsions vaccinantes, au cours du traitement pastorien. Bien qu'ici encore il s'agisse d'un processus de myélite et non de polynévrite, la guérison est la règle tandis que la mort est fatale dans le cas précédent. On peut en tirer la conclusion que la guérison d'un cas de maladie de Landry ne prouve pas de façon absolue sa nature polynévritique.

Hypothyroïdie et auto-infection périodique. — MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild, rapportent l'observation d'un enfant de quatre ans et demi, hypothyroïdien, atteint pendant sept mois d'amygdalite à répétition avec vomissements, délire, hyperthermie. A la suite du traitement thyroïdien pendant trois mois, les crises se suspendent cinq mois, puis une crise réapparaît atténuée au sixième mois suivant, alors que le sujet a suspendu le traitement deux mois et demi et qu'il a contracté, dans l'intervalle, varicelle et rougeole.

Ce fait qui réalise une sorte d'expérience chez l'homme montre l'influence d'un terrain déterminé sur l'apparition d'auto-infection.

Par la périodicité, les crises auto-infectieuses observées se rapprochent de la migraine qui est souvent thyroïdienne. L'hypothyroïdie facilite, d'autre part, les auto-infections périodiques.

De toutes façons, en présence d'une auto-infection à répétition (telle qu'amygdalite, érysipèle menstruel) il y a lieu de rechercher le trouble endocritique (souvent thyroïdien) et d'appliquer l'opothérapie appropriée.

Des réactions fournies par les éléments figurés du sang, à la suite de l'administration de bains carbogazeux. — M. Jean Heitz (de Royat) a noté chez vingt-deux sujets une

diminution du nombre des globules rouges dans les régions vasodilatées sous l'influence immédiate du bain. Après toute une série de bains : du côté des globules rouges, l'augmentation du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire, moins régulièrement du chiffre des hématies ; du côté des globules blancs, dans 80 p. 100 des cas, une leucocytose doublant en moyenne le chiffre initial, avec rupture de l'équilibre leucocytaire au profit des éléments mononucléés, et léger accroissement des éosinophiles.

L'augmentation de l'hémoglobine s'accentue dans les semaines qui suivent; le chiffre des hématies reste stationnaire; les modifications leucocytaires s'effacent à peu près complètement.

Etude bactériologique de 45 cas d'oreillons. — MM. Pierre TEISSIER et Charles ESMEIN ont, depuis la fin de l'année 1904, examiné, tant au bastion 29 qu'à l'hôpital Claude-Bernard, le sang, plus récemment la salive et quelques liquides et produits normaux ou pathologiques de malades atteints d'oreillons. Le sang était recueilli par le procédé de Straus, la salive était recueillie par cathétérisme aseptique du canal de Sténon. Sang défibriné ou non, salives et autres liquides, étaient mélangés en très faibles proportions aux divers milieux de culture et maintenus à l'étuve.

Les ensemencements du sang prélevé chez 45 malades ont donné, exception faite de 8 résultats négatifs susceptibles d'interprétation, 37 résultats positifs qui sont : 33 fois présence d'un microcoque obtenu 30 fois à l'état de pureté, 2 fois associé à une variété de streptocoque, 1 fois à un bacille; 3 fois présence d'un coccobacille à nombreux éléments cocciens rappelant le précédent (forme d'involution possible); 1 fois un bacille long et fin qui ne fut jamais retrouvé.

Les ensemencements de la salive parotidienne, plus récents, ont porté sur 10 malades; 9 fois le résultat fut positif, décelant 6 fois le même microcoque à l'état de pureté, 3 fois le microcoque associé au streptocoque de la bouche. Enfin ce microcoque fut retrouvé à l'état de pureté dans l'enduit d'une angine pultacée et d'une stomatite de même nature, dans le pus visqueux de furoncles et abcès de la fesse, observés au cours d'une forme prolongée (un mois) d'oreillons; dans le liquide céphalo-rachidien d'un oreillard atteint de méningite cérébro-spinale bénigne. Le microcoque issu de ses diverses origines présente des caractères morphologiques, biologiques, et après exaltation de virulence, des effets pathogènes, qui permettent de les ranger parmi les microcoques tétragènes septiques et le rendent absolument comparable à la variété étudiée dès 1893 par l'un de nous. Il paraît de plus devoir être identifié avec le microcoque de MM. Laveran et Catrin (1892) et celui retrouvé par MM. Mecray et Walsh (1896), Michealis et Bein (1897), Carrière (1902). Les caractères différentiels qui ressortent de l'étude des faits sont insuffisants, et dus à ce que les expérimentateurs, n'ayant point cherché à quelle espèce microbienne ils avaient affaire, n'ont pas poursuivi assez longtemps, et aussi longtemps que nous, leur observation.

Se basant sur leurs observations et expériences (examens bactériologiques, cultures en série, séro-agglutination, les auteurs sont amenés à considérer que le microcoque trouvé par eux, et ainsi identifié, joue un rôle important dans la pathogénie des oreillons, et à voir dans cette maladie le résultat d'une infection tétragénique (septicémie atténuée). Cette dernière interprétation n'est nullement invraisemblable, à tenir compte du caractère si spécial de certaines épidémies d'infections tétragéniques, et de cette notion classique que le tétragène ou certaines de ses variétés donnent le plus souvent naissance à des inflammations locales simples ou suppurées soit au niveau des orifices naturels (où le tétragène vit souvent à l'état latent), soit dans des régions ou organes en rapport direct ou de contiguité ave cces orifices.

Sur l'épreuve de l'alcool en pathologie gastrique. — M. P. CARNOT préconise une nouvelle épreuve susceptible de renseigner sur la valeur sécrétoire de l'estomac : elle consiste à provoquer, par l'ingestion, une petite quantité d'alcool, une sécrétion gastrique et à analyser le suc ainsi sécrété, retiré par tubage après un quart d'heure.

Les estomacs normaux réagissent à peu près de la même façon à une pareille excitation : parmi les estomacs pathologiques, les uns réagissent avec excès, et l'épreuve de l'alcool fournit une sécrétion hyperacide ou hyperseptique. D'autres (cirrhose atrophique, cancer de l'estomac, etc.) ne réagissent en aucune façon et le liquide retiré n'est ni acide, ni doué d'activité peptique. Dans d'autres cas (gastrite éthylique surtout), on observe une dissociation fonctionnelle, la sécrétion n'étant pas acide, mais étant susceptible de digérer l'albumine après acidification.

Enfin, d'autres estomacs réagissent à l'alcool par la sécrétion d'une très grande quantité de mucus. Il semble que cette épreuve, très simple, puisse renseigner assez exactement sur l'état des glandes gastriques.

A propos des colloïdes. — Pour M. H. ISCOVESCO : 1° La fibrine est un complexe colloïdal, qui, redissous dans l'eau salée, prend une charge positive.

2° Les complexes formés d'albumines de signes opposés, lorsqu'ils sont redissous, prennent un signe électrique variable suivant la nature du complexe et du solvant.

3° Un complexe binaire albuminoïde se comporte dans certaines conditions comme un pseudo-sel.

4° Un complexe binaire redissous et ayant une charge, peut former un complexe tertiaire avec un colloïde simple de signe opposé, et peut-être est-ce de cette manière qu'il faudra s'expliquer la constitution si compliquée des corps albuminoïdes.

Autres communications :

Culture aérobie du bacille d'Achalme. La mensuration de l'anaérobiose, par M. ROSENTHAL.

Méthode de recherche de petites quantités de fer. — M. MOUNEYRAT.

Le caractère physiologique du sexe est l'état électrique des colloïdes des cellules sexuelles. — M. KUCKUCK.

Propriétés préventives du sérum de deux malades atteints de trypanosomiase humaine. — M. THIROUX.

Dosages comparatifs de la fibrine. Teneur du sang sus-hépatique. — MM. DOYON, MOREL et KAREFF.

Action de la répartition du vêtement sur la distribution de la graisse. M. BERGONIÉ.

Réaction odontoblastique. — MM. COYNE et CAVELIE.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de chirurgie d'urgence (1), 5e édition, par le docteur LEJARS.

Il n'est guère besoin de présenter l'excellent livre qu'est la chirurgie d'urgence du docteur Lejars. Le succès qui nous vaut la cinquième édition en moins de sept ans, est une preuve que le public médical le connaît et l'apprécie. Cette édition cependant est encore un pas en avant : l'auteur a ajouté les chapitres de la jéjunostomie et de la décapsulation des reins, opérations d'actualité et qui sont bien du cadre de l'urgence. Il a remanié les traumatismes des membres et du rachis, et en particulier les fractures et il décrit longuement dans ses fractures du bras et de la jambe les nouveaux appareils d'Heitz Boyer avec tubes, attelles, extenseurs, qui bien qu'un peu compliqués dans leur application semblent donner du moins d'excellents résultats. D'autres petites additions nombreuses et scrupuleuses passent inaperçues. L'illustration s'est encore enrichie de nombreuses gravures, et l'ouvrage, grâce au soin de l'éditeur, parle beaucoup à l'œil. C'est un livre essentiellement pratique et qui, selon le vœu de l'auteur, pourra être utile à tous.

CHEVRIER.

Manuel pratique pour le choix des verres de lunettes et l'examen de la vision (2), par le docteur SCRINI, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société de thérapeutique, et le docteur Fortin, médecin oculiste.

Cet ouvrage, guide pour l'examen de la vision et la prescription des verres de lunettes, s'adresse aussi bien aux spécialistes qu'aux praticiens.

Dans un premier chapitre, après une brève introduction sur la nature des verres employés en oculistique, les auteurs abordent — sans entrer dans les grandes considérations mathématiques — la question des diverses propriétés des verres sphériques, cylindriques, prismatiques, toriques et de leur puissance. Ils décrivent ensuite les différents moyens de déterminer la nature et la force d'une lentille donnée.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'œil ramené schématiquement à un appareil dioptrique très simple, du mécanisme de l'accommodation, des états tels la presbytie, l'aphakie, etc., qui entraînent son affaiblissement ou sa suppression et à la définition des amétropies de l'œil : l'hypermétropie, la myopie, l'astigmatisme.

L'exposition simple des méthodes pratiques — tout spécialement de la skiascopie et de l'ophtalmométrie — pour la recherche et la détermination des états amétropiques de l'œil et de leur degré, fait l'objet du troisième chapitre complété par un autre où les docteurs Scrini et Fortin étudient la vision binoculaire, la correction des amétropies et la prescription des verres.

Le dernier chapitre passe en revue les différentes sortes de montures des verres avec leurs indications spéciales.

L. GAYARD.

(1) Gr. in-8 de VIII-1144 p., illustré de 904 fig. d'après nature, dont 417 dessinées par le docteur E. Daleine, et 141 fig. originales, avec 20 pl. hors texte. — Prix : relié toile, 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-18 Jésus, cartonné avec 24 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 MAI 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Mauclaire; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 22 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Joffroy, Renon et Carnot; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 23 mai, à une heure. — 3e (1re partie, oral) : MM. Reclus, Lepage et Cunéo.

4e : MM. Gaucher, Richaud et Macaigne; — M. Desgrez, suppléant.

(2e partie), *Laënnec* (1e série) : MM. Landouzy, Déjerine et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Roger, Teissier et Balthazard; — M. Legueu, suppléant.

Vendredi 24 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Déjerine et Gley; — (2e série) : MM. Joffroy, Desgrez et Macaigne; — (3e série) : MM. Landouzy, Richaud et Balthazard; — M. Proust, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Lepage, Wallich et Potocki; — M. Legry, suppléant.

Samedi 25 mai, à une heure. — 4e : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Robin, Gouget et Bezançon; — M. Jeanselme, suppléant.

THÈSES

Mercredi 23 mai 1906, à une heure. — M. NIEWENGLOWSKI. Les mathématiques et la médecine. (MM. Gariel, président; Brissaud, André Broca et Legry.) — M. MOREAU. Du suicide chez les enfants. (MM. Brissaud, président; Gariel, André Broca et Legry.) — M. LEBRET. Paralysie générale et psychoses dans la syphilis acquise. (MM. Brissaud, président; Gariel, André Broca et Legry.) — M. HAYEM. Etude clinique de la pneumonie chez l'enfant. (MM. Pouchet, président; Kirmisson, Claude et Proust.) — M. DELFOSSE. De l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du radius. (MM. Kirmisson, président; Pouchet, Claude et Proust.)

Jeudi 25 mai 1906, à une heure. — M. KAMINKA. Contribution à l'étude du traitement de la dyspepsie dans les pays chauds. (MM. Debove, président; Berger, Hutinel et Auvray.) — M. VERRIER. Le phlegmon et son traitement par le procédé en « Chevalet de violon » de V. Thébault, chez les accidentés du travail. (MM. Berger, président; Debove, Hutinel et Auvray.) — M. MARCELOT. Radiographie et diagnostic clinique des fractures. (MM. Berger, président; Debove, Hutinel et Auvray.) — M. HOURS. Contribution à l'étude des métrorragies de la puberté. (MM. Hutinel, président; Debove, Berger et Auvray.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 57. — JEUDI 17 MAI 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 17 MAI 1906. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Épreuve de consultation écrite.* — Séance du 14 mai : MM. Gallois, 20; Grenet et Hallé, 19; Kahn, 16.

CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Epreuve de consultation écrite.* — Séance du 14 mai. — MM. Labey, 20; Grégoire et Kendirdjy, 17; Marcille, 16.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 11 juin 1906, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saint-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, jusqu'au samedi 26 mai inclusivement.

— Un concours pour la nomination : 1° à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévanes (Seine-et-Oise); 2° à une place d'interne en médecine aux fondations Chardon-Lagache et Rossini, pour entrer en fonctions le 1er juillet 1906, sera ouvert le lundi 18 juin 1906, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saint-Pères, 49. Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (service du personnel) jusqu'au jeudi 31 mai, de onze heures à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Lecture des copies.* — Séance du 13 mai 1906. — MM. Mocquot, 29; Sauvé, 28; Barbier, 26.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 27 et 28 mai prochain, à 2 heures précises, dans la salle des concours de l'Assistance publique (ancienne Académie de médecine), rue des Saints-Pères, 49.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. Brouardel, président;

2° Lecture du procès-verbal de la dernière Assemblée générale;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Blache, trésorier général;

4° Rapport sur la gestion financière du trésorier, par MM. Hallopeau et Périer;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1905, par M. Lereboullet, secrétaire général.

6° Election du trésorier général, d'un secrétaire et de sept membres du Conseil général. — Candidats présentés par le Conseil général : Trésorier général, M. Blache, trésorier général sortant, arrivé au terme de son mandat; — Secrétaire, M. G. Lepage, membre du Conseil général, proposé pour secrétaire; — MM. Champetier de Ribes, Créquy, Gassot, Hallopeau, Langlet et A.-J. Martin, membres sortants, arrivés au terme de leur mandat; — M. Darras, membre de la Commission administrative de la Société centrale, en remplacement de M. Lepage, proposé pour secrétaire;

7° Rapport de M. Rist, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée;

8° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1906;

9° Rapport de M. A.-J. Martin, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés unies à la prise en considération de l'Assemblée générale;

10° Examen et discussion du projet de contrat avec l'Association amicale pour l'indemnité-maladie et la caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

A 7 heures et demie précises, le banquet aura lieu au palais d'Orsay.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Louis Rénon reprendra ses conférences sur les maladies du cœur et des poumons le vendredi 17 mai, à dix heures.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES
A DATER DU 15 MAI 1906

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy ; chef de clinique : M. Loeper ; chef de clinique adjoint : M. Gaultier ; interne : M. Nathan ; externes : MM. Cavaroz, Schneider, Séjournet, Rabinowici, Wolfromm, Béchaux.

2. Médecin : M. Muselier ; interne : M. Halphen ; externes : MM. Lehucher, Sonnié-Moret, Frenkel, Thibaut, Thehoaride.

3. Médecin : M. Brissaud ; interne : M. Tanon ; externes : MM. Garsaux, Thibault, Corret, Fouquiau.

4. Médecin : M. Faisans ; interne : Claret ; externes : MM. de Vaugiraud, Monnot, Dournay, Lecœur.

5. Médecin : M. Ballet ; interne : MM. Maillard ; externes : Mlles Joffe, Hervé, MM. le Roy des Barres, Velter, Weil, (Pierre), Genil-Perrin, Boivin, Huyghes de Beaufond,

6. Médecin : M. Petit ; interne : M. Milhit ; externe : MM. Saison, Fenestre, Francey, Lasnier.

7. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu ; chef de clinique : M. Labey, internes : MM. Dupont, Eliot, Lyon-Caen, Moyrand ; externes : Mlle Vasseur, MM. Marmier, Morestin, Lelièvre, Defaix, Jouquan, Salmon, Lemuet.

8. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne ; chef de clinique : M. Monthus ; chefs de clinique adjoints : MM. Landolt, Cantonnet ; internes : MM. Cerise, Coutelas ; externes : MM. Deslions, Giraudeau, Canque, Delbarre, Tücker, Raoulx, Haas (Emile).

9. Chirurgien : M. Guinard ; internes : MM. Lafosse, Brésard ; externes : MM. Loubeyre, Plée, Perron, Sédillot, Desvaux de Lyf, Milan.

Consultation. — 10. Médecin : M. Enriquez ; suppléant : M. Audistère ; interne provisoire : M. Davesne ; externes : MM. Raulot-Lapointe, Gazagnaire, Hayes, Chataing.

11. Chirurgien : M. Marion ; suppléant : M. Cottu ; externes : MM. Blanc, Roux (Etienne), Miser.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Legry ; interne provisoire : M. Martin ; externes : MM. Demonchy, Fassou, Vergne, Pakowski.

2. Médecin : M. Lamy ; interne provisoire : M. Cléret ; externes : MM. Miginiac, Roux (Georges), Vilbort, Mallet.

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes ; assistant : M. Bouffe de Saint-Blaise ; interne : M. Daversin ; externes : Mlle Grunspan, MM. Maurat, Beauduin.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski ; interne : M. Vincent (Clovis) ; interne provisoire : M. Pérol ; externes : MM. Baisoüi, Minaud, Trocmé, Ménard (Pierre), Lévy (Jules).

2. Médecin : M. Dalché ; interne : M. Roy, externes : MM. Chevallier, Goldenstein, Mlle Tretchenkow, MM. Lévêque, Lesbroussart, Mora.

3. Médecin : M. Lion ; interne : M. Moreau ; externes : MM. Lévy (Georges), Fenard, Miegeville, Nachmann, Brocq.

4. Médecin : M. Rénon ; interne : M. Delille ; externes : MM. Delagenière, Boutin, Léger, Tanzi, Chibret, Dreyfus.

5. Médecin : M. Claisse ; interne : M. du Castel ; externes : MM. Le Savoureux, Mairesse, Serbource, Gouguet de Girac, Douay.

6. Médecin : M. Thiroloix ; interne : M. Gimbert ; externes : MM. Gastinel, Philip, Malègue, Ramadier.

7. Chirurgien : M. le professeur Terrier ; chef de clinique : M. Alglave ; adjoint : M. Desjardins ; internes : MM. Guimbellot, Filhoulaud, Küss ; externes : MM. Bloch (André), Lafont (Paul), Maintenon, Dubois (Robert), Bugeaud, Poisson, Mlle Kronoff, M. Quioc.

8. Chirurgien : M. Walther ; internes : MM. Naudrot, Perreaux, Gruget ; externes : MM. Béclère, Bion (Georges), Hassan, Philbert, Haller, Abbas, Horne.

9. Accoucheur : M. Lepage ; interne : M. Duvoir ; externes : MM. Rouyer, Courdouan.

Consultation. — 10. Médecin : M. Auclair ; suppléant : M. Mauté ; externes : MM. Darnaudpeys, Rousseaux, Malterre.

11. Chirurgien : M. Robineau ; suppléant : M. Alexandre ; externes : MM. Maréchal. Cagninacci, Sicard.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : Mlle Maugeret ; externes : MM. Combault, Simon, Duval (G.), Schatzmann, Falin.

2. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Parturier ; externes : MM. Leblanc, Gazel, Chevassu-Perrigny, Doucet.

3. Médecin : M. Oulmont ; interne : M. Silbert ; externes : MM. Soubies, Fortin, Chopin, Bonneau-Lavaranne.

4. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Bénard (René) ; externes : MM. Dugast, Philipon, Chabbert, Salès.

Service temporaire de médecine. — 5. Externe : M. Coustère.

6. Médecin : M. Toupet ; interne : M. François ; externes : MM. Allée, Darricau, Massonié, Jacquemin.

7. Médecin : M. Roger ; interne : M. Bloch ; externes : MM. Astruc, Croissant, Minot, Bignon.

8. Chirurgien : M. le professeur Reclus ; chef de clinique : M. Marcille ; chef de clinique adjoint : M. Piquand ; internes : MM. Dreyfus, Cottard (G.), Roux ; externes : MM. Aubry, Lévy (Edm.), Mlle Bernchtein, MM. Petit (Ch.), Caillé, Villechaise, Chevalier (Jean).

9. Chirurgien : M. Campenon ; internes : MM. Lemeland, Chastagnol, Marsan ; externes : MM. Ameuille, Rousseau (Em.), Cotillon, Manville.

10. Accoucheur : M. Maygrier ; interne : M. Barbier ; externes : MM. Vaillant, Debonnelle, Gauthereau, Nicolas.

Consultation. — 11. Médecin : M. Josué ; suppléant : M. Lippmann ; externes : MM. Lamoureux, Marquet.

12. Chirurgien : M. Cunéo ; suppléant : M. Schwartz ; externes : MM. Leveuf, Tarrade.

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem ; chef de clinique : M. Ghika ; internes : MM. Krantz, Dobrovitch ; externes : MM. Prevel, Ferry, Alexandre (D.), Monin, Maillet.

2. Médecin : M. Siredey ; interne : M. Tinel ; externes : MM. Harpey, Libert, Tronc, Landau.

3. Médecin : M. Lermoyez ; assistant : M. Bellin ; chef de clinique adjoint : M. Laurens ; interne : M. Molimard ; externes : MM. Sinaud, Bourlier, Gagnier, Huchot, Payet.

4. Médecin : M. Béclère ; interne : M. Bornait-Legueule ; externes : MM. Demarquest, Vinçon, Mazingarbe, Guillon, Maingot, Labande.

5. Médecin : M. Thoinot ; interne : M. Francoz ; externes : MM. Merle, Baldini, Ducamp, Bayé.

6. Médecin : M. Vaquez ; interne : M. Esmein ; externes : MM. Foy, Perrier, Bollach, Molard, Bouhoure.

7. Médecin : M. Jacquet ; interne : M. Néel ; externes : MM. Boulongne, Maleplate, Luzoir, Chamard.

8. Médecin : M. Le Noir ; interne : M. Raymond ; externes : MM. Thiel, Versepuech, Didier, Prieur, Toulant, Mlle Tchebotarewsky.

9. Médecin : M. Mosny ; interne : M. Harvier ; externes : MM. Faure-Beaulieu, Boquet, Meyer-Heine, Roullier.

10. Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Chenot, Lasnier, Chazarain ; externes : MM. Guillermond, Deniau, Matéias, Mlle Margoulis, MM. Vernière, Butterlin.

11. Chirurgien : M. Lejars ; internes : MM. Senéchal, Merry, Deniker ; externes : MM. Petit (Jacques), Perdoux, Debelut, Giraud (Georges), Mlle Vigor, M. Bergeret.

12. Accoucheur : M. Bar; assistant : M. Brindeau; interne : Mlle Giry ; externes : MM. Chevallier, Cier, Houlmann, Maigret.

Consultation. — 13. Médecin : M. Macaigne ; suppléant : M. Raoul Labbé ; interne provisoire : M. Stévenin ; externes : MM. Graziani, Lenoir.

14. Chirurgien : M. Launay ; suppléant : M. Baumgartner ; externes : MM. Rouyé, Danton, Mion, Blondin.

F. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Huchard ; interne : M. Amblard ; externes : MM. Israël, Trotain, Baudry, Vinchon.

2. Médecin : M. Barth; interne : M. Ameuille; externes : MM. Budin, Bith, Brac, Gauthier (Louis), Chaperon.

3. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Simon; externes : MM. Regnard, Hébrard, Wunschendorff, Jacques, Mornard.

4. Médecin : M. X... ; interne : M. Fayolle; externes : MM. Philippon, Pruvost, Prost, Lepel-Cointet.

5. Chirurgien : M. le professeur Berger ; chef de clinique : M. Guibé; chef de clinique adjoint : M. Léo ; internes : MM. Liné, Barbier, de Fourmestraux; externes : MM. Chabert, Roullier, Cabre, Vialay, Tzanch, Gheorghiu, Petit (Pierre).

6. Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Cathelin ; chef de clinique adjoint : M. Iselin; internes : MM. Pappa, Claeys, Papin ; externes : MM. Palazzoli, Vignal, Haas (François), Musset, Nogier, Gautier (G.), Pimpaneau, Montet.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Kauffmann, Germain; externes : MM. Pont, Buc, Rougier, Voillez, Besnard (J.).

Consultation. — 8. Médecin : M. Sergent; suppléant : M. Oppenheim; externes : MM. Mignard, Lehmann, Rivière.

9. Chirurgien : M. Gosset ; suppléant : M. Wiart; externes : Mlle Braoudé, M. Gaillard (Ph.).

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard ; interne : M. Rendu (H.) ; externes : MM. Richet, Delval, Hirtz, Bax, Marie.

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. Philibert, Gougerot: externes : MM. Blocq, Vidal, Ausset, Vaucher, Voillemot, Josset-Mourre, Lévy (Pierre), Denancé, Sloog.

3. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Poupardin, Siegel; externes : MM. Camboulives, Clermont, Poirot-Delpech, Fabre de Parrel, Mlle d'Argent, M. Malet.

4. Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Cauchois, Mathieu, Rouhier; externes : MM. Ferté, Gougelet, Avezou, Lechevallier, Gautier (Claude), Gendron, Larue.

5. Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Faix, Rais; externes : Mlle Gunsbourg, MM. Escallier, Rebaud, Roux (Armand).

Consultation. — 6. Médecin : M. Claude ; suppléant : M. Ribierre; interne provisoire : M. Brisset; externes : MM. Rogery, Maillard.

7. Chirurgien : M. Riche; suppléant : M. Duclaux; externes : MM. Pironneau, Balland, Blacque, Douzé.

H. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Chené; externes : MM. Courcières, Lutaud, Collet, Parrot.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Pinard ; externes : MM. Berger (Eug.), Boutin (G.), Dessaix, Viel, Doré.

3. Médecin : M. Humbert; interne : M. Cawadias; externes : MM. Baille, Guignard, Rellier, Perron.

I. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Ferrand; chef de clinique adjoint : M. Rathery; interne : M. Leenhardt; externes : MM. Vignes, Cheurlot, Bertier (H.), Gauducheau, Lerat (G.), Bossoriel.

2. Médecin : M. Troisier; interne : M. Brulé; externes : MM. Guéniot, di Chiarra, Magnin, Duroeux.

3. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Troisier; externes : MM. Maynier, Parrical de Chaminard, Gaillard (G.), Huguet.

4. Médecin : M. le professeur Robin; chef de clinique : Michel ; chef de clinique adjoint : M. Bertherand; interne : M. Gy; externes : MM. Sourdel, Clarac, Odoul, Molina.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. David (L.), Bazy; externes : MM. Girou, Rousselot, Lomon, Reilly, Cadoul, Boutet, Roy (Eugène).

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Bailly; externe : M. Roudergues.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Sauvé, Jardry; externes : MM. Lemaire (G.), Durand (J.), Fourrière, Lataillade, Zaepffel.

8. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Rigollot-Simonnot, Rendu (A.); externes : MM. Chauveau, Bruneau, Vernier, Alexandre (Pierre), Ollé.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes ; chef de clinique : M. Le Lorier; chef de clinique adjoint : M. Raoux.

Consultation. — 10. Médecin : M. Bruhl ; suppléant : M. Sainton ; interne provisoire : M. Fernet; externes : MM. Wolf, Potelet, Streletski.

11. Chirurgien : M. Herbet; suppléant : M. Géraud; externes : MM. Girauld, Bajon, Espinet.

J. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Landrieux; interne : M. Sauphar; externes : MM. Moutrier, Gaujoin, Smolizansky, Streiff, Josephson, Hubert.

2. Médecin : M. Tapret; interne : M. Bory; externes : MM. Magrou (André), Garcin, Pellot, Colibert, Ducros.

3. Médecin : M. Brault; interne : M. Broc ; externes : MM. Rousselot (Ch.), Seron, Aine, Savouré, Mlle Faerstein, M. Mornet.

4. Médecin : M. Galliard; interne : M. Caron; externes : MM. Delpech, Parel, Faux, Beaujeu, Le Grand, Burgard, Marquis.

5. Médecin : M. Le Gendre ; interne : M. Deglos; externes : MM. Ymonet, Verdoux, Fabignon, Périneau, Murit, Stepowski, Pageot.

6. Chirurgien : M. Reynier ; assistant : M. Savariaud; internes : MM. Durand (Gaston), Ehrenpreis, Garipuy ; externes : MM. Ferrand, de Saint-Genois de Grand-Breucq, Wallmann, Lœvy, de Cumont, Fronty, Chuchmanian.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Lemoine; externes : M. Pillot, Mlle Koch, M. Okynczye.

8. Chirurgien : M. le professeur Poirier; internes : MM. Picot, Magitot, Dézarnaulds; externes : MM. Guillaume (M.), Fontorbe, de Rocca Serra, Barré, Mondor, Baufle.

9. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. David (Ch.), Planson; externes : MM. Zacharopoulos, Toussaint, Mlle Sabin, MM. Delort, Meunier, Parent.

10. Chirurgien : M. Hartmann; assistant : M. Lebreton; internes : MM. Hautefort, Hérisson; externes : MM. Magniel, Kemhadjian, Parès, Monod, Léon, Darget, Caudrelier, Mascarenhas.

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Grivot; adjoint : M. Gibert; interne : M. Baldenwech; externes : MM. Dufourmentel, Juin, Arifeff, Albert, Budan, Dequidt.

12. Ophtalmologiste : M. Morax ; assistant : M. Béal; adjoint, M. Druais; internes : MM. Blanluet, Chevalier; externes : MM. Yuzbachian, Harriet, David (Victor).

13. Accoucheur : M. Bonnaire ; interne : M. Vézard; externes : MM. Gosselin, Chenet, Charroppin, Clappier.

Service d'électrothérapie. — 14. Médecin : M. Hischmann; internes : MM. Darriaux, Philippon.

Consultation. — 15. Médecin : M. Gouget; suppléant : M. Legroux; interne provisoire : M. Robert; externes : MM. Boulland (Léon), Bruel, Hartmann, Manne.

16. Chirurgien : M. Souligoux; suppléant : M. Frédet; externes : MM. Duru, Vincent (René), Tchohadjicht.

K. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Achard; interne : M. Demanche; externes : MM. Lévy-Bruhl, Boulay, Ballet, David (Moïse), Brenac.

2. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Clunet; externes : MM. Lemarignier, Picot, Diagoesco, Gaudelet.

Service temporaire de médecine. — 3. Externes : MM. Vosy, Houdé.

4. Médecin : M. Launois; interne : M. Claude; externes : MM. Presbéanu, Goupil, Weissenbach, Bion.

5. Médecin : M. Klippel; interne : M. Chabrol; externes : MM. Pottier, Séguinot, Gallais, del Saz Caballero.

6. Médecin : M. Florand; interne : M. Pater; externes : MM. Berger, Taubmann, Schlissinger, Gras.

7. Médecin : M. Jeanselme; interne : M. Barbé; externes : MM. Chédeville, Thibout, Lalanne, Bouchaud.

8. Médecin : M. Caussade; interne : M. Joltrain; externes : MM. Bouchey, Daufresne, Tison (Marcel), Richard, Mlle Bouteil.

9. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Dénéchau; externes : MM. Duclos, Delmasure, Bernard, Ronnaux, Rol.

10. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. Saissi, Combier, Lebras; externes : MM. Finot, Jean, Crozet, Serée, Renault (Ch.), Lissonde.

11. Chirurgien : M. Legueu; internes : MM. Sourdille, Berthaux, Morel; externes : MM. Dufour, Regnard, Thyébault, Mary, Hernette, Triller.

12. Chirurgien : M. Faure; internes : MM. Baudoin, Cléret; interne provisoire : M. Coryllos; externes : MM. Alexandresco, Champ, Bompart, Mitrany.

13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Eschbach; externes : MM. Delozière, Bourrouillou, Faugeron.

Consultation. — 14. Médecin : M. G. Brouardel; suppléant : M. Voisin; interne provisoire : M. Cesbron; externes : MM. Jullien, Canu.

15. Chirurgien : M. Lapointe; suppléant : M. Katz; externes : MM. Leroy, Chaigneau, Gelma.

L. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; chef de clinique : M. Lortat-Jacob; chef de clinique-adjoint : M. Laignel-Lavastine; interne médaille d'or : M. Laederich; interne : M. Renaud; externe : MM. Le Muet (Paul), Dupuy, Thomas, Sigwalt, Bachy.

2. Médecin : M. Merklen; interne : M. Bénard; externes : MM. Lévy (Alfred), Girode, Blechmann, Plivart.

3. Médecin : M. Barié; interne : M. Lian; externes : MM. Martineau, Barthélemy, Madre, Ménard (Louis).

4. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Laurence; externes : MM. Nadal, Samson, Hue, Lusseau.

5. Chirurgien : M. Delbet; internes : MM. Macquot, Maugeais, Caraven; externes : MM. Vivicorsi, Géry, Lévy (Isaac), Mlle de Pfeffel, MM. Miriel, Morienne.

Consultation. — 6. Médecin : M. Labbé; suppléant : M. Hauser; externes : MM. Violle, Cotoni.

7. Chirurgien : M. Lenormant; suppléant : M. Dupuy; externes : MM. Boé, Dupuylatas de Lavergne.

Premier service temporaire de médecine. — 8. Médecin : M. Belin; interne provisoire : M. Basset; externes : MM. Buizard, Gauthier (Emile), Lafont.

Deuxième service temporaire de médecine. — 9. Médecin : M. Hudelo; interne provisoire : M. Laroche; externes : MM. Pastel, Decourtieux, Pujol.

M. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Morero; externes : M. Jumon, Sourdeau, Bruslé, Gillet.

2. Médecin : M. Martin; interne : M. de Brunel de Serbonnes; externes : MM. Loiseau, Chanal, Grapin, Deséglise.

3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Labarrière, Villandre; externes : MM. Mosqueron, Allard, Boissière, Mock, Boulakia, Girard, Le Noble, Dinnematin.

Consultation. — 4. Médecin : M. Laffitte; suppléant : M. Simon; interne provisoire : M. Rousseau-Langwelt; externes : MM. Labrunie, Fichot.

5. Chirurgien : M. Baudet; suppléant : M. Vivier; externes : MM. Chamard-Bois, Willette.

N. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert; interne : M. Ribot; externes : MM. Vaury, Jullien, Martingay, Gérard.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Fiessinger; externes : MM. Rafinesque, Zislin, Ali-Khan, Guinoiseau, Martignon.

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Bonvoisin, Marre; externes : MM. Brissot, Pontico, Guitton, Viel, Collignon, Desquiens.

Consultation. — 4. Médecin : M. Carnot; suppléant : M. Herscher; externes : MM. Bijou, Gillot.

5. Chirurgien : M. Auvray; suppléant : M. Leuret; externes : MM. Rousseau, Grivot.

O. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Landowski; interne provisoire : M. Lagane; externes : MM. Levrat, Lerat (H.), Toupet, Cloquet, Latil, Mlle de Jong, MM. Marcou, Lutaud (Louis).

2. Chirurgien : M. Nélaton; assistant : M. Ombrédanne; internes : MM. Herbinet, Chénier; externes : MM. Breteau, Carrié, Saint-Girons, Besnard (G.), Ancibure, Roche, Canhapé, Marsan.

3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Desmoulins; externes : MM. Fourcade, Guénot (Louis), Crépin.

Consultation. — 4. Médecin : M. Bezançon; suppléant : M. Poulain; interne provisoire : M. Roudinesco; externes : MM. Ducourneau, Périer.

5. Chirurgien : M. Michon; suppléant : M. Blandin; externes : MM. Auguste, Hillion, Lefèvre, Patry.

P. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher; chef de clinique : M. Sabatié; chef de clinique adjoint : M. Rostaine; internes : MM. Malloizel, Lévy-Franckel; externes : MM. Laffont, Jousset, François (René), Cottard, Bouche.

2. Médecin : M. Hallopeau; internes : MM. Macé de Lépinay, Baudet; externes : MM. Dupuy, Quertant, Ciuciu, Paoli, Duhamel.

3. Médecin : M. Danlos; interne : M. Pathault; externes : MM. Minot, Baudoin, Bédrunes, Ghys, Mesnager.

4. Médecin : M. Balzer; interne : M. Poisot; externes : MM. Berthaud, Brodin, Maurios, Morant, Fortier.

5. Médecin : M. de Beurmann; internes : MM. Grandchamp, Reubsaët; externes : MM. Veteau, Audibert, Guilhaume, Roucayrol, Jumentié.

6. Médecin : M. Brocq; interne : M. Fages; externes : MM. Berger (Jean), Vernes, Guerrero, Nicaud, Jonquières.

7. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Lutaud, Chochon-Latouche, Matry; externes : MM. Cardot, Prélat, Riou, Ferry, Lecat, Bloch (Marcel).

8. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. de Martel, Favreul, Bodolec; externes : MM. Barillet, Cunnac, Diverres, Bonnier, Pierret, Boulard.

9. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Rabinovitch, Dubois, Cottard (E.); externes : MM. Armanet, Lemière, Blanche, Bougon, Biétrix, Marchal.

10. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Picquet; externes : MM. Maymou, Triqueneaux, Journée, Vermorel.

Consultation. — 11. Chirurgien : M. Guillemain; suppléant : M. Kendirdjy; externes : MM. Legal, Bader, Roy (Jean).

Service d'enfants convalescents. — 12. Médecin : M. Apert; interne provisoire : M. Dubosc; externes : MM. Carnot, Vigneras, Guillaume (Gabriel), Petit (Paul).

Service de chirurgie de l'hôpital Hérold (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — 13. Chirurgie : M. Arrou; internes : MM. Durand, Lew, Giret; externes : MM. Crémer, Dumas (René), Quartier, Weil (André), Ribo, Hugot, Théry.

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Bord; externes : MM. Bourdeau de Fontenoy, Lascou, Vouzelle, Steinmetz, Duchazeaubeneix, Faure, Ponselle.

2. Médecin : M. Darier; interne : M. Ferrand; externes : MM. Pérou, Delivet, Queuille, Béchade, Ménard (Pierre), Rannes, de Quemper de Lanascol, Guiard, Dubus, Malate.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Dartigues; chef de clinique adjoint : M. Lœvy; internes : MM. Pottet, Deverre, Hovelacque; externes : MM. Panciulesco, Thibault (Paul), Bruslon, Véron, Paintaud, Marty, Patenostre.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Vouters; externes : MM. Wilhelm, Renaud (Albert), Rouget, Rabourdin, Weber.

2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Baudon; externes : Roussel, Gauchery, Liébault.

3. Chirurgien : M. Albarran; internes : MM. Flurin, Monsaingeon; externes : MM. Dufour, Couton, Bobrie, Gastal, Ghéorgiu, Lelongt.

4. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Hamel, Petiteau, Olivier; externes : MM. Bellin du Coteau, Mar, Maurel, Pinchon, Béranger, Farah, Meyer, Leibovici.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Terrien; chef de clinique adjoint : M. Armand-Delille; interne : M. Burgaud; externes : MM. Salin, Halmagrand, Ageorges, Lucas, Dauge, Mlle Feldmann.

2. Médecin : M. Moizard; interne : M. Moncany; externes : MM. Durand (René), Crétaux, Mlle Montreuil, M. Moranée.

3. Médecin : M. Comby; interne : M. Brissy; externes : MM. Bienvenu, Laroche (Ed.), Wojlanski, Langlais.

4. Médecin : M. Variot; interne : M. Leconte; externes : MM. Lagrive, Lacheny, Juillard, François (Raymond), Mégerette.

5. Médecin : M. Richardière; interne : M. Lemaire; externes : MM. Lutembacher, Colombe, Tixier, Bilhaut, Denet.

6. Médecin : M. Marfan; interne : M. Baudouin (Alph.); externes : MM. Lemaire (Jean), Louvrier, Roblin, Magrangeas.

Crèche. — 7. Interne provisoire : M. Houzel.

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Tridon; chef de clinique adjoint : M. Auffret; internes : MM. Trèves, Sourdat, Perrin; externes : MM. Boulet, Even, Mlle Rathbone, M. Gervais, Mlle Bour, MM. de Rouville, Tridon, Oudar.

9. Chirurgien : M. Broca; assistant : M. Mouchet; internes : Mlle Debat-Ponsan, M. Lemarchal; interne provisoire : M. Sorrel; externes : Mlle Neveux, MM. Peigney, Perillat-Bretonnet, Lubin, Sigwalt, Demonchy, Mlle Le Scornet, M. Forsy.

Service ophtalmologique. — 10. Médecin : M. Rochon-Duvignaud; assistant : M. Auffray; interne : M. Carlotti; externes : MM. Monnet, Derouet.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Israël de Jong; externes : MM. Ekmekdjian, Mlle Déchaux, MM. Vanel, Nachmias, Larrouy, Mlle Loeser.

2. Médecin : M. Guinon; interne : M. Vieillard; externes : MM. Chaperon, Dupuy, Mlle Boirivant, MM. Flandin, Binet du Jassonneix, Woimant.

3. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Le Mée, Vincent, Billaudet; externes : MM. Bridoux, Judet, Mutel, Cottu, Lenoble, Duché, Boucaut.

Service de la diphtérie. — 4. Interne provisoire : M. Burnier; externe : M. Pépin.

Consultation. — 5. Médecin : M. Renaut : suppléant : M. Decloux; interne provisoire : M. Touraine; externes : MM. Sidoun, Labouré, Caron.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; internes : MM. Rivet, Tixier; externes : MM. Sevestre, Levant, Pignerol, Fouchet, Schreiber.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Pillet, Trouvé; externes : MM. Duprey, Mlle Bridaux, MM. Parlitch, Cadeau, Pujos, Brüker, Engel.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu; internes : MM. Faroy, Tournay; externes : MM. Bourquelot, Baltarazian, Lamy, Morellet, Gautier (Jean), Maisons.

Consultation. — 2. Médecin : M. Sicard; suppléant : M. Delamare; externes : MM. Bénazet, de Bon.

X. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; interne : M. Moutier; interne provisoire : M. Deroide.

2. Chirurgien : M. Villemin; internes : MM. Moulu, Burcker, Jeannel.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Féré; interne : M. Cotard (L.); interne provisoire : M. Boudol.

4. Médecin : M. Séglas; interne : M. Garban; interne provisoire : M. Pascalis.

5. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Debré; interne provisoire : M. Portocalis.

6. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Lévy-Valensi; interne provisoire : M. Vuillet.

Y. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Lejonne; chef de clinique adjoint : M. Dreyfus-Rose; internes : MM. Descomps, Chartier, Oppert; externes : Mlle Landrieu, MM. Pellissier, Schmiergeld, Fourmaud, Chataing.

2. Médecin : M. le professeur Déjerine; internes : MM. Camus, Sézary; externes : MM. Chaudron, Réchad, Pernet, Heuyer, Mlle Gourilew.

3. Chirurgien : M. le professeur Segond; internes : MM. Caldaguès, Le Jemtel; externes : MM. Fabre (G.), Chauvet, Paris, Mlle Auchère.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. Schæffer; externes : M. Bourgeois, Mlle Lévy.

5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Marcorelles; externes : MM. Bénard, Detay.

6. Médecin : M. Deny; interne : Mlle Landry; externes : M. Bedel, Mlle Dreyfus.

Consultation. — 7. Chirurgien : M. Duval; suppléant : M. Lance; externe : M. Kahn.

Z. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Deshayes; externes : MM. Le Cointe, Lafontaine, Tison, Casteran, Gendreau, Touchy.

2. Médecin : M. Josias; interne : M. Gaillard; externes : MM. Labourdette, Rousselot, Jollivet, Corpechot, Blain, d'Halluin.

3. Chirurgien : M. Félizet; internes : MM. Duverger, Guyader, Vigneron d'Heucqueville; externes : MM. Peraldi, Chauveau (C.), Copreaux, Sassani, Borde, Meurice.

Aa. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Souques; interne : M. Aynaud; interne provisoire : M. Stroehlin; externe : M. Bello y Rodriguez.

2. Chirurgien : M. Thiéry ; internes : MM. Merle, Senlecq ; externe : M. Laden.

Ab. Hôpital de la Maternité. — 1. Médecin : M. Charrin ; interne : M. Monier-Vinard ; externe : M. Verrier.
2. Accoucheur : M. Porak ; assistant : M. Macé ; accoucheur-adjoint : M. Potocki ; internes : MM. Chirié, Renaudin.

Ac. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier ; interne : M. Huchet ; externes : MM. Ferran, Beuzart, Cabirau, Jais, Feuillette, Dubs.
2. Médecin : M. Lesage ; interne : M. Clément ; externes : MM. Simonin (Georges), Le Mière, Metzger, Hennon, Duranton.
Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis (voir P.)
3. Pour assurer le service de la garde et la sélection : internes provisoires : MM. Cruet et Porée.

Ad. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Méry ; internes : MM. Feuillé, Abrami, Brissaud ; externes : MM. Chiray, Coupur, Ségard, Frick.
2. Médecin : M. Dufour ; interne : M. Foix ; externes : MM. Laux, Jorrand, Garnier de Felletans, Robin.

Ae. Hôpital de la Clinique d'accouchements. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin ; chef de clinique : M. Guéniot ; chef de clinique adjoint : M. Coudert ; externes : MM. Railliet, Bertier (F.), Dupont, Cascazas de Saint-Martin, Seigneuret.

Af. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard ; chef de clinique : M. Sauvage ; chef de clinique adjoint : M. Mouchotte ; externes : MM. Chevillotte, Detri, Monnier (Ch.), Crémieu, Petel.

Ag. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Wurtz, interne : M. Daury ; interne provisoire : MM. Duchet-Suchaux ; externe : M. Fournier.

Ah. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Brin.

Ai. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Chantemesse ; interne : M. Kahn ; externes : MM. Durand (Louis), Stern, Archontakis, Lenormand.

Aj. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Aviragnet ; internes : M. Rembert.

Ak. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1 Médecin : M. Dupré ; interne : M. Giroux ; externe : M. Tissier.

Al. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard ; internes : MM. Hubert, Frogé, Lamy, assistant : M. Calvé.

Am. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. R. Marie ; interne : M. Bezançon.

An. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Joffroy ; chef de clinique : M. Juquelier ; chef de clinique adjoint : M. Vurpas.

Ao. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Bourneville ; interne : M. Deroye.

Ap. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Aq. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino : internes : MM. Anger, Delapchier.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° Chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations) ; 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements) ; 3° internes titulaires ; 4° internes provisoires ; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Vincent, C-1 = C. Hôpital de la Pitié, 1. Service de M. Babinski.

MÉDECINS

et assistants de consultations de médecine.

CHIRURGIENS

et assistants de consultations de chirurgie.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Auvard, P-10.
Bar, E-12.
Boissard, K-13.
Bonnaire, J-13.
Bouffe de Saint-Blaise, B-3.
Brindeau, E-12.
Budin, Ae-1.
Champetier de Ribes, B-3.
Doléris, O-3.
Lepage, C-9.
Macé, Ab-2.
Maygrier, D-10.
Pinard, Af-1.
Porak, Ab-2.
Potocki, Ab-2.
Ribemont-Dessaignes, I-9.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Audistère, A-10.
Decloux, T-5.
Hauser, L-6.
Herscher, N-4.
Labbé (Raoul), E-13.
Legroux, J-15.
Lippmann, D-11.
Mauté, C-10.
Oppenheim, F-8.
Poulain, O-4.
Ribierre, G-6.
Sainton, I-10.
Simon, M-4.
Voisin, K-14.

CHIRURGIE

Alexandre, C-11.
Baumgartner, E-14.
Blandin, O-5.
Cottu, A-11.
Duclaux, G-7.
Dupuy, L-7.
Frédet, J-16.
Géraud, I-11.
Kendirdjy, P-11.
Lance, Y-7.
Leuret, N-5.
Schwartz, D-12.
Vivier, M-5.
Wiart, F-9.

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Ferrand, I-1.
Ghika, E-1.
Juquelier, An-1.
Lœper, A-1.
Lortat-Jacob, L-1.
Michel, I-4.
Sabatié, P-1.
Terrien, S-1.

Adjoints.

Armand-Delille, S-1.
Bertherand, I-4.
Gaultier, A-1.
Laignel-Lavastine, L-1.
Laurens, E-3.
Rathery, I-1.
Rostaine, P-1.
Vurpas, An-1.

CHIRURGIE

Alglave, C-7.
Cathelin, F-6.
Dartigues, Q-3.
Guibé, F-5.
Labey, A-7.
Lejonne, Y-1.
Marcille, D-8.
Monthus, A-8.
Tridon, S-8.

Adjoints.

Auffret, S-8.
Desjardins, C-7.
Druais, J-12.
Dreyfus-Rose, Y-1.
Gibert, J-11.
Iselin, F-6.
Landolt, A-8.
Léo, F-5.
Lœvy, Q-3.
Piquand, D-8.

ACCOUCHEMENTS

Guéniot, Ae-1.
Le Lorier, I-9.
Sauvage, Af-1.

Adjoints.

Coudert, Ae-1.
Mouchotte, Af-1.
Raoux, I-10.

INTERNES

Abrami, Ad-1.
Amblard, F-1.
Ameuille, F-2.
Anger, Aq-1.
Aynaud, Aa-1.
Bailly, I-6.
Baldenweck, J-11.
Barbé, K-7.
Barbier, F-5.
Barbier (André), D-10.
Baudoin, K-12.
Baudouin (Alph.), S-6.
Bazy, I-5.
Bénard, L-2.
Bénard (René), D-4.
Berthaux, K-11.
Bezançon, Am-1.
Billaudet, T-3.
Blanluet, J-12.
Bloch, D-7.
Bodolec, P-8.
Bonvoisin, N-3.
Bord, Q-1.
Bornait-Legueule, E-4.
Bory, J-2.
Boudet, P-2.
Boudon, R-2.
Brésard, A-9.
Brin, Ah-1.
Brissaud, Ad-1.
Brissy, S-3.
Broc, J-3.
Brûlé, I-2.
Brunel de Serbonnes (de), M-2.
Burcker, X-2.
Burgaud, S-1.
Caldaguès, Y-3.
Camus, Y-2.
Caraven, L-5.
Carlotti, S-10.
Caron, J-4.
Cauchois, G-4.
Cawadias, H-3.
Cerise, A-8.
Chabrol, K-5.
Chartier, Y-1.
Chastagnol, D-9.
Chazarain, E-10.
Chené, H-1.
Chenier, O-2.
Chenot, E-10.
Chevallier, J-12.
Chirié, Ab-2.
Chochon-Latouche, P-7.
Claeys, F-6.
Claret, A-4.
Claude, K-4.
Clément, Ac-2.
Cléret, K-12.
Clunet, K-1.
Combier, K-10.
Cotard (L.), X-3.
Cottard, P-9.
Cottard (G.), D-8.
Coutelas, A-8.
Daversin, B-3.
David (Ch.), J-9.
David (L.), I-5.
Debat-Ponsan (Mlle), S-9.
Debré, X-5.
Deglos, J-5.
Delapchier, Aq-1.
Delille, C-4.
Demanche, K-1.
Denéchau, K-9.
Deniker, E-11.
Deroide, X-1.
Deroye, Ao-1.
Descomps, Y-1.
Deshayes, Z-1.
Desmoulins, O-3.
Deverre, Q-3.
Dézarnaulds, J-8.
Dobrovitch, L-1.
Doury, Ag-1.
Dreyfus, D-8.
Dubois, P-9.
Du Castel, C-5.
Dupont, A-7.
Durand (Gaston), J-6.
Durand, P-13.
Duverger, Z-3.
Duvoir, C-9.
Eliot, A-7.
Eschbach, K-13.
Esmein, E-6.
Fage, P-6.
Faix, G-5.
Faroy, V-1.
Favreul, P-8.
Fayolle, F-4.
Ferrand, Q-2.
Feuillée, Ad-1.
Fiessinger, N-2.
Filhoulaud, C-7.
Flurin, R-3.
Foix, Ad-2.
Fourmestraux (de), F-5.
François, D-6.
Francoz, E-5.
Frogé, Al-1.
Gaillard, Z-2.
Garban, X-4.
Germain, F-7.
Giret, P-13.
Giroux, Ak-1.
Giry (Mlle), E-12.
Gougerot, G-2.
Grandchamp, P-5.
Gruget, C-8.
Guimbellot, C-7.
Gimbert, C-6.
Guyader, Z-3.
Gy, I-4.
Halphen, A-2.
Harvier, E-9.
Hamel, R-4.
Hautefort, J-10.
Herbinet, O-2.
Hérisson, J-10.
Hovelacque, Q-3.
Hubert, Al-1.
Huchet, Ac-1.
Israëls de Jong, T-1.
Jardry, I-7.
Jeannel, X-2.
Joltrain, K-8.
Kahn, Ai-1.
Kauffmann, F-7.
Krantz, E-1.
Küss, C-7.
Labarrière, M-3.
Laederich, L-1.
Lafosse, A-9.
Lamy, Am-1.
Landowski, O-1.
Landry (Mlle), Y-6.
Lasnier, E-10.
Laurence, L-4.
Lebras, K-10.
Leconte, S-4.
Leenhardt, I-1.
Le Jemtel, Y-3.
Lemaire, S-5.
Lemarchal, S-9.
Le Mée, T-3.
Lemeland, D-9.
Lévy-Franckel, P-1.
Lévy-Valensi, X-6.
Lew, P-13.
Lian, L-3.
Liné, F-5.
Lutaud, P-7.
Lyon-Caen, A-7.
Macé de Lépinay, P-2.
Magitot, J-8.
Maillard, A-5.
Malloizel, P-1.
Marcorelles, J-5.
Marre, N-3.
Marsan, D-9.
Martel (de), P-8.
Mathieu, G-4.
Matry, P-7.
Maugeais, L-5.
Maugeret (Mlle), D-1.
Merle, Aa-2.
Merry, E-11.
Milhit, A-6.
Mocquot, L-5.
Molimard, E-3.
Moncany, S-2.
Monier-Vinard, Ab-1.
Monsaingeon, R-3.
Moreau, C-3.
Morel, K-11.
Moulu, X-2.
Moutier, X-1.
Moyrand, A-7.
Nathan, A-1.
Naudrot, C-8.
Néel, E-7.
Norero, M-1.
Olivier, R-4.
Oppert, Y-1.
Papin, F-6.
Pappa, F-6.
Parturier, D-2.
Pater, K-6.
Pathault, P-3.
Perreaux, C-8.
Perrin, S-8.
Petiteau, R-4.
Philibert, G-2.
Picot, J-8.
Picquet, P-10.
Pillet, U-1.
Pinard, H-2.
Planson, J-9.
Poisot, P-4.
Pottet, Q-3.
Poupardin, G-3.
Rabinovitch, P-9.
Rais, G-5.
Raymond, E-8.
Rembert, Aj-1.
Renaud, L-2.
Renaudin, Ab-2.
Rendu (Albert), I-8.
Rendu (Henri), G-1.
Reubsaët, P-5.
Ribot, N-1.
Rigollot-Simonnot, I-8.
Rivet, U-1.
Rouhier, G-4.
Roux, D-8.
Roy, C-2.
Saissi, K-10.
Sauphar, J-1.
Sauhé, I-7.
Schæffer, J-4.
Sénéchal, E-11.
Senlecq, Aa-2.
Sézary, Y-2.
Siegel, G-3.
Silbert, D-3.
Simon, F-3.
Sourdat, S-8.
Sourdille, K-11.
Tanon, A-3.
Tinel, E-2.
Tixier, U-1.
Tournay, V-1.
Trève, S-18.
Troisier, I-3.
Trouvé, U-2.
Vézard, J-13.
Vieilliard, T-2.
Vigneron d'Heucqueville, Z-3.
Villandre, M-3.
Vincent, T-3.
Vincent (C.), C-1.
Vouters, R-1.

INTERNES PROVISOIRES

Basset, L-8.
Boudol, X-3.
Brisset, G-7.
Burnier, T-4.
Cesbron, K-14.
Cléret, B-2.
Coryllos, K-12.
Cruet, Ac-3.
Deroide, X-1.
Duchet-Suchaux, Ag-1.
Dubosc, P-12.
Fernet, I-10.
Houzel, S-7.
Lagane, O-1.
Laroche, L-9.
Lemoine, J-7.
Martin, B-1.
Pascalis, X-4.
Pérol, C-1.
Porée, Ac-3.
Portocalis, X-5.
Robert, J-15.
Roudinesco, O-4.
Rousseau-Langwelt, M-4.
Sorrel, S-9.
Stévenin, E-13.
Strœhlin, Aa-1.
Touranie, T-5.
Vuillet, X-6.

EXTERNES

Abbas, C-8.
Ageorges, S-1.
Albert, J-11.
Alexandre (P.), E-1.
Alexandre (Pierre), I-8.
Alexandresco, K-12.
Ali-Khan, N-2.
Allard, M-3.
Allée, D-6.
Ameuille, D-9.
Ancibure, O-2.
André, J-2.
Anie, J-3.
Archontakis, Ai-1.
Argent d' (Mlle), G-4.
Ariffef, J-11.
Armanet, P-9.
Astruc, D-7.
Aubry, D-8.
Auchère (Mlle), J-3.
Audibert, P-5.
Auguste, O-5.
Ausset, G-2.
Avenier, G-1.
Avezou, G-5.
Bachy, L-1.
Bader, P-11.
Baille, H-3.
Baisoïu, C-1.
Bajan, I-11.
Baldini, E-5.
Balland, G-7.
Ballet, K-1.
Baltharazian, V-1.
Barillet, P-8.
Barré, J-8.
Barthélemy, L-3.
Baudoin, P-3.
Baudry, F-1.
Baufle, J-8.
Baulland (Léon), J-15.
Baurlier, E-3.
Bax, G-1.
Beauduin, B-3.
Beaujeu, J-4.
Bechade, Q-2.
Bechaux, A-1.
Béclère, C-8.
Bedel, J-6.
Bédrunes, P-3.
Bellin du Coteau, R-4.
Bello y Rodriguez, Aa-1.
Bénard, J-5.
Benazet, V-2.
Béranger, H-4.
Berger (Jean), P-6.
Berger (Eug.), H-2.
Berger, K-6.
Bergeret, E-11.
Bernard, K-9.
Bernchtein, (Mlle), D-8.
Berthaut, P-4.
Bertier, Q-2.
Bertier (H.), I-1.
Bertier (F.), Ae-1.
Besnard (G.), O-2.
Besnard (J.-F.), F-7.
Beuzart, Ac-1.
Bienvenu, S-3.
Biétrix, P-9.
Bignon, D-7.
Bijon, N-4.
Bilhaud, S-5.
Binet du Jassonneix, T-2.
Bion, K-4.
Bion (G.), C-8.
Bith, F-2.
Blain, Z-2.
Blacque, G-7.
Blanc, A-11.
Blanche, P-11.
Blechmann, L-2.
Blocq, G-2.
Bloch (André), C-7.
Bloch (Marcel), P-7.
Blondin, E-14.
Bobrie, R-3.
Boé, L-7.
Boirivant (Mlle), T-2.
Boissière, M-3.
Bollach, E-6.
Bompard, K-12.
Bon (de), V-2.

LIVRES NOUVEAUX

Analyse spectrale des urines normales ou pathologiques : Sensitivo-colorimétrie (1), par le docteur Henri Parmentier.

L'analyse des urines a acquis une telle importance en clinique que tous les procédés nouveaux ou tous les perfectionnements apportés aux procédés anciens doivent être les bienvenus. Le docteur H. Parmentier, qui depuis plusieurs années s'est livré à des recherches sur l'analyse spectrale, expose les résultats auxquels il est arrivé en particulier pour l'étude des urines. Il fait ressortir les avantages de ce procédé dont la sensibilité n'est atteinte par aucune autre méthode, et qui pour l'étude des spectres d'absorption présente le grand avantage de n'exiger que peu de matière et d'en respecter l'intégrité.

Après une étude succincte des spectres d'émission fournir par les composés salins qu'on peut rencontrer dans les urines, l'auteur examine les phénomènes d'absorption que peuvent présenter les urines normales ou pathologiques et les composés introduits dans l'organisme et qu'élimine le rein.

L'auteur termine en présentant un appareil inventé par lui, qu'il appelle sensitivo-colorimètre, qui permet de doser presque automatiquement les matières colorantes les plus diverses.

A. Gaullieur l'Hardy.

Le péril vénérien (2), par MM. les docteurs H. Labit et H. Polin, médecins principaux de l'armée, lauréats de l'Académie de médecine.

On ne craint plus, aujourd'hui, de parler tout haut des maladies vénériennes que, naguère, encore, un préjugé suranné qualifiait de honteuses et entourait de mystère au grand préjudice de ceux qui avaient le malheur et non la honte de les contracter. On a reconnu l'avantage, dans toute tentative prophylactique, de dévoiler le mal qu'on se propose de combattre, au lieu de le tenir soigneusement caché aux yeux de ceux qui sont principalement intéressés à le connaître. Contribuer à la diffusion des notions indispensables au sujet des maladies vénériennes, tel est le but de ce livre qui est, tout à la fois, un aide-mémoire pour le médecin et un guide précieux pour l'homme, quel qu'il soit, désireux de s'instruire.

L. Gayard.

(1) In-8° de 11-160 p. avec 38 schémas spectraux en 4 pl. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

(2) Petit in-8° de 192 p. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE [1]

III. Rhumatisme viscéral (2). — A. Au cours du rhumatisme blennorragique, on peut observer diverses localisations cardiaques : α. *péricardite exsudative*, habituellement secondaire à une myo ou à une endocardite ; β. *myocardite*, très rare ; et surtout *endocardite* débutant de la troisième à la cinquième semaine, siégeant à l'orifice aortique, habituellement maligne ; ces diverses localisations sont dues au gonocoque lui-même, ou (rhumatisme puerpéral) à une infection mixte.

B. Parmi les localisations vasculaires, les *artérites* sont exceptionnelles ; les *phlébites*, plus fréquentes, sont habituellement bénignes.

C. Localisations respiratoires. — La *pleurésie* blennorragique se traduit par les signes classiques ; elle est unilatérale, exsudative, à liquide séreux contenant le gonocoque.

D. Localisations cutanées. — La coexistence du rhumatisme blennorragique et d'*exanthèmes divers* a été signalée par plusieurs auteurs (Paulsen, Audry, Barbiani, Achard et Ramond, Prochaska) ; de même, la coexistence du rhumatisme et d'*abcès sous-cutanés*, surtout périarticulaires, quoique indépendants de l'articulation.

E. Localisations oculaires. — L'*ophtalmie rhumatismale* de M. Fournier peut affecter trois localisations différentes : α. *aquo-capsulite* ; β. *iritis* ; γ. *conjonctivite* ; par sa bilatéralité, son évolution rapide, sa tendance aux récidives, et surtout sa coïncidence avec les accidents articulaires, elle s'oppose à l'*ophtalmie de contagion* du même auteur.

F. V. pour les autres localisations, Faure-Beaulieu et Lemierre, loc. cit. Ajouter la *chorée blennorragique*, dont il existe quelques cas indiscutables.

En résumé : le rhumatisme blennorragique, dans ses formes aiguës, peut être rapproché à la fois du rhumatisme articulaire aigu vrai et des pseudo-rhumatismes. Comme le premier, il peut se compliquer d'endopéricardite, de pleurésie, d'ophtalmie, de chorée (3). Comme les seconds (purpura rhumatoïde, érythème noueux), il se caractérise souvent par l'association, aux phénomènes articulaires, d'éruptions cutanées. Il est, dans tous les cas, l'expression d'une infection générale (Balzer, Souplet), d'une *septico-pyohémie gonococcique*, le plus souvent atténuée, parfois, au contraire, extrêmement maligne, cette dernière éventualité s'observe surtout chez le nouveau-né (v. Hutan, *loco citato*).

II. **Accidents chroniques.** — Extrêmement fréquents, surtout de vingt à quarante ans, ils peuvent affecter *trois formes* (v. Teissier et Roques, *Traité Brouardel-Gilbert*, 2e édition, fascicule VIII, p. 126).

A. Rhumatisme ankylosant oligo-articulaire succédant immédiatement au rhumatisme aigu. — C'est l'*arthrite ankylosante plastique* de Gosselin que nous avons déjà signalée. Elle se localise surtout au genou et au coude, quelquefois aux articulations temporo-maxillaire et sterno-claviculaire, et devient rapidement incurable. C'est à cette forme qu'appartient le *pied plat blennorragique* (Fournier et Jacquet).

B. Rhumatisme noueux, déformant. — Il se localise aux mains et aux pieds. Au début, les arthrites présentent un type spécial : les doigts sont tuméfiés en fuseau, en rave ou en radis (*dactylite pseudo-phlegmoneuse* de Fournier et de Amaral) ; après une ou plusieurs récidives (v. Pelisse, Th. de Paris, 1899), les arthrites finissent par s'établir définitivement à l'état chronique, et par prendre tous les caractères du rhumatisme noueux. Leur marche lente, leur bilatéralité, les troubles trophiques qui fréquemment les accompagnent ont souvent fait admettre l'origine nerveuse de cette variété de rhumatisme blennorragique (Lannois).

C. Spondylose rhizomélique. — La blennorragie en serait la cause la plus fréquente ; dans la spondylose gonococcique, les accidents succèdent à des atteintes multiples de blennorragie, évoluent avec une extrême lenteur, et aboutissent, finalement, à l'ossification ligamenteuse.

Diagnostic. Pronostic. — Le diagnostic essentiel se fonde sur : α. les éléments que nous avons déjà signalés (antécédents de blennorragie urétrale, vulvaire, conjonctivale) ; localisation fréquente à certaines articulations déterminées ; évolution particulière des accidents, qui restent toujours subordonnés, dans leur évolution, à la maladie causale, etc.), et β. l'examen bactériologique du liquide articulaire ou même du sang (v. Faure-Beaulieu et Lemierre, loc. cit.).

Le **diagnostic différentiel** est à faire avec : α. le *rhumatisme articulaire aigu*, qui est indépendant de tout état pathologique de l'urètre, survient souvent à la suite du froid, donne lieu à des phénomènes réactionnels très accusés, très étendus, mais très mobiles, se complique rarement aux phases ultérieures d'hydarthrose, s'accompagne de sueurs, de modifications urinaires et sanguines spéciales, et, presque toujours, de complications cardiaques, respecte habituellement les régions péri-articulaires [sauf les synoviales (v. Fournier, loc. cit., p. 239)] ; β. les *pseudo-rhumatismes scarlatin, ourlien, tuberculeux, diphtérique*, etc. En principe, « on doit toujours penser au gonocoque lorsque, en présence d'un état infectieux déterminé, avec prédominance du côté des articulations, on peut écarter le rhumatisme articulaire aigu » (Faure-Beaulieu et Lemierre).

Diagnostic de la forme et des complications. — Il se fait d'après les considérations invoquées plus haut.

Le **pronostic**, souvent bénin, est à réserver dans bien des cas, que l'on se trouve en présence d'une arthrite suppurée, cas exceptionnel, ou que, ce qui est beaucoup plus fréquent, on ait affaire à une forme ankylosante plastique, ou à des arthrites tendant vers la chronicité. Il varie encore selon l'âge, les conditions où se trouvent les malades (puerpéralité), l'existence ou l'absence de complications, etc.

Traitement. — **Prophylactique.** — C'est un traitement local de la blennorragie aussi précoce et aussi énergique que possible (Balzer).

Curatif. — Le salicylate de soude est le moins mauvais de tous les médicaments internes. Comme *traitement local*, immobilisation chirurgicale dans une bonne position pendant toute la période aiguë (Brun), application de glace ou, au contraire, de compresses très chaudes.

Dès que la période aiguë est passée, afin d'éviter l'ankylose, essayer prudemment la mobilisation, à laquelle on adjoindra : la révulsion locale, les massages, l'électrisation (Delherm).

Dans les formes chroniques, stations sulfureuses (Aix-les-Bains), ou chlorurées sodiques (Bourbonne, Wiesbaden, Saint-Gervais, Evaux, Baden, Bourbon-Lancy, Luxeuil, Salino-Moutiers, etc.).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 51, p. 610, et n° 54, p. 646.

(2) Pour plus de détails, v. Faure-Beaulieu et Lemierre, *Gaz. des hôpit.*, nos 20 et 23, 1906.

(3) L'existence d'un *rhumatisme cérébral* d'origine blennorragique n'est pas encore démontrée.

Les sérums immunisants, par le professeur Pozzi-Escot. In-8, 110 p. (Actualités chimiques et biologiques). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 58. — SAMEDI 19 MAI 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 19 MAI 1906. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Epreuve de consultation écrite.* — Séance du 16 mai. — MM. Veau, 20; Guibé, 19; Lecène, 17; Wiart, 16, Iselin, 15.

La prochaine séance — épreuve opératoire — aura lieu le lundi 21 mai, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

CONGRÈS POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Le Congrès s'ouvrira à Paris le lundi 28 mai sous la présidence de M. le professeur Brouardel. Il se tiendra dans la salle des examens de l'Assistance publique, 40, rue des Saints-Pères; il y aura deux séances par jour.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours pratique de bactériologie médicale. — M. le professeur Roger, assisté de MM. les docteurs Josué et Garnier, chef et préparateur du laboratoire et de M. Trémolières, moniteur, commencera un cours de bactériologie médicale, au laboratoire de pathologie expérimentale et comparée (École pratique, escalier A), le lundi 28 mai 1906.

Le cours aura lieu tous les jours à trois heures. Il comprendra trente leçons, suivies de démonstrations et exercices pratiques. Les personnes inscrites seront exercées à la technique bactériologique, à la culture et à l'inoculation des principales bactéries pathogènes.

Des certificats d'études pourront être délivrés aux personnes qui en feront la demande.

Programme des trente leçons. — 1, 2. Technique générale. — 3. Bacille de charbon. — 4. Streptocoque. — 5. Staphylocoque. Tétragène. — 6. Pneumocoque. — 7. B. Prodigiosus. B. pyocyanique. — 8. Colibacille et paracolibacilles. — 9, 10. B. typhique et b. paratyphiques. — 11. Microbes de la dysenterie. — 12. B. du choléra. — 13. B. de la diphtérie. — 14. Diagnostic des angines. — 15, 16. B. de la tuberculose. — 17. B. de la lèpre. — 18, 19. Microbes des pseudo-tuberculoses. Streptothricose. Actinomycose. Aspergillose. Oïdiomycose. — 20. B. de la morve. — 21. Gonocoque. B. du chancre mou. — 22. Méningocoque. — 23. B. de la grippe. — 24. B. de la peste. — 25, 26. B. anaérobies. B. du tétanos, de la gangrène gazeuse. — 27. Les spirolloses. La syphilis. — 28. Microbes divers. — 29, 30. Technique des analyses bactériologiques.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatif à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 1er juin, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 7 juin 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le secret médical et la syphilis, par le docteur L. Stévenard, avocat à la Cour d'appel de Paris. In-18. — Prix : 3 francs. — Paris, Jouve.

L'acide formique et la force musculaire, par le docteur Clément, médecin des hôpitaux de Lyon. In-18 jésus avec 21 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

LE MAL DE POTT SANS SIGNES RACHIDIENS
ET AVEC TROUBLES NERVEUX

Par L. ALQUIER,
Chef des travaux anatomiques à la Clinique des maladies nerveuses.

Dans l'immense majorité des cas, le diagnostic du mal de Pott est rendu facile grâce à la constatation des signes rachidiens caractéristiques : *gibbosité anguleuse*, dont le sommet est occupé par les apophyses épineuses des vertèbres malades, ou, tout au moins à son défaut, une *douleur osseuse* localisée aux segments cariés du rachis : réveillée par la pression et la percussion des apophyses épineuses correspondantes, par tous les heurts et mouvements de la ou des régions lésées, calmée par le décubitus, cette douleur donne au pottique un aspect particulier, en raison de la contracture des muscles moteurs du rachis et des précautions que prend le malade pour immobiliser autant que possible sa lésion, pendant la station assise ou debout, la marche, les divers mouvements du tronc.

Mais, aussi bien que la gibbosité, la douleur osseuse est le fait de l'*effondrement des corps vertébraux atteints* et peut faire défaut, dans certains cas, tout au moins, lorsque cet effondrement ne se produit pas. De l'avis unanime de ceux qui ont étudié la question, cette éventualité, très rare chez l'enfant, est moins exceptionnelle chez l'adulte, dont les vertèbres, formées d'un tissu plus compact, plus résistant, se laissent moins facilement que celles de l'enfant détruire par le tubercule. Au récent Congrès de la tuberculose, M. Achard (1) disait ceci : « Chez l'adulte, il faut une grosse lésion pour produire la gibbosité, qui est plus rare que chez l'enfant. De plus, le rachis étant bien moins souple que dans le jeune âge, on ne saisit pas aussi bien un signe précoce, très important chez l'enfant, et qui est le contraste entre la rigidité de la région malade et la flexibilité des régions saines du rachis. A plus forte raison, le diagnostic est-il malaisé quand la lésion siège en une région presque immobile à l'état normal, comme l'est la région dorsale moyenne. »

Lorsque la déformation rachidienne manque, et que la douleur osseuse et ses conséquences : contracture, immobilisation de la partie malade, font défaut ou ne se présentent pas avec leur netteté habituelle, le mal de Pott se révèle par l'un des deux ordres d'accidents qui, d'ordinaire, viennent, plus ou moins rapidement, s'adjoindre aux signes osseux : *les abcès par congestion* ou *des troubles nerveux du côté de la moelle et des racines rachidiennes.*

Les cas se révèlant par un abcès par congestion appartiennent surtout à la *forme fongueuse superficielle* bien connue des chirurgiens et sont décrits dans tous les traités classiques; nous ne nous en occuperons pas. Au contraire, s'il y a dans la littérature médicale d'assez nombreuses observations de *mal de Pott sans signes rachidiens ou avec signes rachidiens peu nets, s'étant révélés par des troubles nerveux,* cette variété, qui mérite cependant d'attirer l'attention des praticiens, en raison des erreurs de diagnostic qu'entraînent, trop souvent, les faits de ce genre, ne figure pas encore dans les descriptions classiques, qui ne lui accordent qu'une brève mention. Cette forme fruste à signes nerveux précoces n'est, d'ailleurs pas une rareté, au moins pour les neurologistes, puisque sur 20 cas de mal de Pott chez l'adulte, le docteur Touche [de Brévannes] (1), en comptait 9 sans gibbosité.

De même que pour la forme fongueuse superficielle, la variété qui nous occupe est due à ce fait que la tuberculose osseuse n'atteint qu'une partie de l'épaisseur des corps vertébraux. Mais ici, au lieu de se localiser à la superficie des corps vertébraux, la carie occupe leur face postérieure, s'ouvrant d'emblée dans l'espace épidural, vers lequel l'inflammation tuberculeuse se propagera rapidement. Ainsi que l'ont montré Sicard et Cestan (2), la dure-mère lui oppose le plus souvent une barrière efficace et la « péri-pachyméningite » ou « l'épiduralite » tuberculeuse s'étend vers les côtés, et ne tarde pas à atteindre les racines, le long desquelles elle remonte souvent, jusqu'aux méninges molles. La moelle est tantôt comprimée à travers la dure-mère par le foyer tuberculeux épidural, ou bien atteinte de congestion, d'œdème, de sclérose, de myélomalacie, comme dans la forme commune du mal de Pott; aussi n'insisterons-nous pas sur l'anatomie pathologique du mal de Pott sans signes rachidiens, dont la seule particularité est la localisation habituelle de la tuberculose, à la face postérieure des corps vertébraux.

Suivant que les progrès de la lésion osseuse détermineront ou non l'effondrement ultérieur, deux éventualités pourront se produire : 1° les signes nerveux ne font que précéder la gibbosité, qui finit par apparaître après des mois ou des années; 2° la gibbosité ou même tous les signes rachidiens peuvent faire défaut pendant toute la durée de la maladie.

Sans vouloir faire l'historique de la question, rappelons que les premiers faits de ce genre ont été signalés par Ollivier (d'Angers); un certain nombre ont été réunis par Charcot (3), Brissaud (4), Ménard (5), Papazian (6), Triot (7), Grognot (8), etc.

Nous-mêmes avons tout récemment repris un certain nombre des observations les plus intéressantes éparses dans la littérature, en y ajoutant 5 cas personnels avec autopsie (9).

(1) Achard. *Congrès de la tuberculose*, Paris, oct. 1905, 1re section.

(1) Touche. *Travaux de neurologie chirurgicale*, 31 mars 1901.
(2) Sicard et Cestan. Soc. méd. des hôp., juin 1904.
(3) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 1877.
(4) Brissaud. *Lecons sur les maladies du système nerveux*, Paris 1893-94.
(5) Ménard. *Etude sur le mal de Pott*, Paris 1900.
(6) Papazian. Th. de Paris, 1875.
(7) Triot. Th. de Paris, 1879.
(8) Grognot. Th. de Paris, 1897.
(9) Alquier. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1906, p. 1-29, avec 4 planches.

Mais l'étude d'ensemble que nous esquissons dans ce travail est loin d'être complète. Ainsi, pour les paralysies flasques permanentes dont nous n'avions pas d'exemple personnel, nous nous sommes borné à citer brièvement un cas de Lannois (de Lyon). On trouvera le résumé de plusieurs cas analogues, dans l'excellente thèse de Rose (1). Depuis, la thèse de Mousseaud, faite sur notre conseil (2), a ajouté quelques documents relatifs au diagnostic et au pronostic. Mentionnons enfin le tout récent travail de MM. Dupré et Camus (3), apportant une intéressante observation suivie d'autopsie.

Nous voudrions aujourd'hui faire œuvre de vulgarisation et présenter l'état actuel de la question, surtout au point de vue clinique, dans une étude d'ensemble destinée aux praticiens, renvoyant, pour la bibliographie, aux ouvrages que nous venons de citer.

I

Symptômes et variétés cliniques. — Les accidents nerveux du mal de Pott en général, et de la forme qui nous occupe, en particulier, présentent la plus grande variabilité d'allures, se modifiant non seulement d'un malade à l'autre, mais encore chez le même sujet et de façon tout à fait irrégulière. Aussi ne peut-on esquisser qu'un schéma général, dans lequel nous nous efforcerons de mettre en lumière tout ce qui peut être utile au diagnostic ou au pronostic.

Au cours du mal de Pott sans signes rachidiens, comme dans la forme commune, les troubles nerveux évoluent d'ordinaire successivement en deux phases distinctes : 1° une phase prodromique ; 2° une phase de compression radiculo-médullaire.

1° PHASE PRODROMIQUE. — Elle est essentiellement caractérisée par des *douleurs d'origine radiculaire*, dont les allures sont malheureusement des plus variables. D'ordinaire bilatérales, mais non toujours symétriques, elles présentent souvent les principaux caractères qui distinguent des névralgies véritables, provenant des nerfs périphériques, les « pseudo-névralgies radiculaires », c'est-à-dire, la diffusion dans tout un membre sans localisation précise le long d'un tronc nerveux, l'intensité, l'intermittence avec des paroxysmes analogues à ceux que présentent, par exemple, les douleurs des tabétiques : le caractère fulgurant, qui, au dire de beaucoup de neurologistes, a une valeur séméiologique considérable, est souvent noté, ainsi que des sensations de fourmillements, d'engourdissements, etc.

Mais, à ce tableau, que de variations ! Un des malades dont nous rapportons l'observation dans notre précédent travail (p. 13) a souffert atrocement, pendant des mois, de douleurs continues, nuit et jour, que rien ne calmait et qui ont certainement contribué pour une large part à hâter le dénouement. Souvent, les nerfs sont douloureux à la pression, spécialement aux points de Valleix, comme dans les névralgies de cause périphérique ; ceci est vrai en particulier pour les douleurs des membres inférieurs, qui peuvent parfaitement simuler une sciatique double ; parfois enfin (cas de Triot, cas de Raymond et Huet), les signes étaient ceux d'une sciatique unilatérale, ce qui est bien fait pour dérouter le clinicien.

On ne saurait donc trop compter sur les caractères « radiculaires » dont l'existence seule a de l'importance, leur absence ne permettant nullement d'exclure une lésion radiculaire. Mais, on ne saurait trop insister sur un signe auquel bien des chirurgiens attachent avec raison une importance extrême : *presque toujours les douleurs sont au moins atténuées, souvent calmées complètement par le décubitus,* et *exaspérées par la station debout prolongée* ; *l'épreuve du lit constitue un signe diagnostique de premier ordre.*

Lorsqu'on recherche la cause de ces douleurs, en comparant les indications de la clinique aux constatations anatomiques, on est souvent frappé de la discordance qui peut exister entre le siège des douleurs et celui des lésions : par exemple, dans le cas personnel dont nous parlions plus haut, l'autopsie montra une tuberculose des deuxième et quatrième sacrées, avec compression limitée aux racines de la queue de cheval, et cependant, le malade accusait nettement des douleurs en ceinture. Or, les racines lombaires supérieures, absolument saines histologiquement, étaient simplement le siège d'une congestion légère. Il faut donc retenir, avec Mousseaud, que les douleurs ne peuvent pas toujours servir à indiquer le siège de la lésion, leur topographie n'étant pas toujours celle qui correspondrait à la localisation du foyer tuberculeux. Autour de ce foyer, en effet, peuvent se développer des phénomènes de congestion et d'œdème, parfaitement susceptibles de déterminer des douleurs à distance.

Mais ces douleurs prémonitoires ont, en raison de leur précocité, une grande importance au point de vue du pronostic : elles marquent, en effet, le début *clinique* de l'affection, et *la durée plus ou moins longue du laps de temps écoulé entre leur apparition et l'adjonction à ces douleurs, des troubles que nous allons maintenant étudier, permettra d'évaluer la marche plus ou moins rapide de la maladie.*

2° PHASE DE COMPRESSION RADICULO-MÉDULLAIRE. — Le plus souvent, la compression atteint, simultanément, les racines et la moelle, et nous avons vu, dans notre précédent travail (p. 2), qu'il est actuellement à peu près impossible d'établir une classification *anatomique* des symptômes, et de les diviser en « radiculaires » et « médullaires ». Nous savons seulement que « la spasmodicité avec exaltation des réflexes, le signe de Babinski et la rétention des réservoirs indiquent une lésion médullaire. Il en est de même pour l'anesthésie étendue à toute la partie du corps sous-jacente au point de compression ». Par contre, on est fondé à assigner une origine radiculaire à une anesthésie ou à des troubles moteurs (surtout s'il y a de l'atrophie) nettement

(1) ROSE. Th. de Paris, 1905.
(2) MOUSSEAUD. Th. de Paris, 1906.
(3) DUPRÉ et CAMUS. *Revue neurol.*, p. 1-6, 1906, avec figures.

localisés dans le territoire de quelques racines, ou d'une seule.

Troubles moteurs. — A la phase de compression radiculo-médullaire, les troubles moteurs prédominent habituellement sur les troubles sensitifs, ce que bien des auteurs (Charcot, Brissaud, Fickler, etc.) expliquent par la situation antérieure du foyer tuberculeux qui atteindrait, de préférence, la partie antérieure de la moelle et des racines. Nous aurons donc en vue, principalement, les troubles moteurs, et, d'après leurs variations, nous décrirons successivement :

a. Des paralysies spasmodiques;
b. Des paralysies flasques;
c. Une paralysie flasque aux membres supérieurs, spasmodique aux inférieurs;
d. Des paralysies variables, alternativement flasques et spasmodiques.

a. *Paralysies spasmodiques.* — Malgré leur fréquence, nous ne ferons qu'indiquer leurs principaux caractères, d'ordinaire très nets.

D'ordinaire la paraplégie est limitée aux membres inférieurs qui peuvent présenter tous les degrés de la contracture : on constate l'exaltation des réflexes tendineux, le signe de Babinski, souvent du clonus; enfin un degré variable de rétention des réservoirs, rétention surtout vésicale.

Bien que le mal de Pott soit, en pareil cas, dorsal ou dorso-lombaire, on peut observer l'exagération des réflexes tendineux aux membres supérieurs, fait d'une certaine importance pour le diagnostic.

Dans quelle mesure et avec quelle fréquence peut-on observer la paralysie spasmodique des quatre membres? Nous ne saurions le dire, n'en ayant pas observé d'exemple par nous-même, ni trouvé, dans la littérature, rien de bien précis à cet égard.

b. *Paralysie flasque.* — La compression *isolée* des racines donne lieu à une paralysie flasque avec possibilité d'atrophie musculaire, dont la topographie répond à la distribution musculaire des racines comprimées; d'autre part on sait que la compression de la moelle, en particulier dans sa région cervico-dorsale, peut déterminer une paraplégie flasque de toute la partie du corps sous-jacente à la compression. Il y aurait un intérêt de premier ordre à pouvoir différencier ces deux ordres de paralysies flasques, au cours du mal de Pott, mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la compression étant d'habitude radiculo-médullaire, il est, le plus souvent, extrêmement difficile, ou même, tout à fait impossible, de faire la distinction.

Cependant, lorsque la tuberculose atteint les vertèbres sacrées ou lombaires inférieures, on peut observer une paraplégie ayant les caractères des paraplégies radiculaires par compression de la queue de cheval. Voici, à titre d'exemple, le résumé d'un cas de Cestan et Babonneix (1) :

Une femme de trente-sept ans commença à ressentir, quelque temps après une chute sur le siège, des douleurs au sacrum irradiées le long des deux sciatiques. Un an après, troubles sphinctériens et paraplégie flasque, six ans plus tard, on constatait une paraplégie complète des membres inférieurs, avec seulement conservation des mouvements de flexion, et, à un moindre degré, d'abduction des cuisses, flasque avec abolition des réflexes tendineux et cutané plantaire. L'atrophie musculaire remontait jusqu'aux fessiers, inclusivement. Incontinence et légère rétention des urines avec constipation opiniâtre. A l'autopsie, carie tuberculeuse du sacrum avec pachyméningite comprimant les nerfs de la queue de cheval

(1) Cestan et Babonneix. *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 169.

On serait tenté d'attribuer à la compression radiculaire le fait suivant de M. Broca (1), que nous citons à cause de la difficulté de son interprétation :

Chez un enfant de huit ans ayant eu, trois ans auparavant, une tumeur blanche du genou, apparurent tous les signes d'un mal de Pott cervical, avec une paralysie flasque des deux membres supérieurs : atrophie rapide de certains groupes musculaires : deltoïde interosseux, éminence thénar, notamment; intégrité des membres inférieurs; par moments, inégalité pupillaire. Mais l'auteur note une ébauche de dissociation syringomyélique de la sensibilité : le sujet prenant pour une piqûre le contact avec un objet chaud, au membre supérieur gauche; à droite, rien de semblable. Or cette dissociation n'indique-t-elle pas une lésion médullaire, plutôt que radiculaire?

Quant aux paralysies flasques permanentes par compression cervico-dorsale, elles ne sont guère fréquentes au cours du mal de Pott. En voici un exemple aussi résumé que possible :

Marinesco (2). Un jeune homme de quinze ans et demi éprouve de la céphalalgie avec douleurs occipitales. Les ganglions cervicaux hypertrophiés dans l'enfance augmentent de nouveau de volume, puis surviennent de la gêne de la respiration et des douleurs de nuque gênant les mouvements de la tête. Au sixième mois de la maladie, douleurs spontanées dans les quatre membres; impossibilité de maintenir la tête dans la position verticale. Puis, en quelques jours, paralysie complète du membre supérieur gauche : le droit se paralyse un mois plus tard; la paralysie semble avoir débuté par les extrémités. Au bout d'un autre mois, paralysie des membres inférieurs. Au neuvième mois de la maladie, l'examen montrait une paralysie complète et flasque des quatre membres avec abolition des réflexes tendineux et cutanés. L'état de torpeur empêche l'examen de la sensibilité. Difficulté de la miction avec rétention d'urine. Atrophie de la langue avec quelques contractions fibrillaires. Mort quinze jours après l'entrée du malade à l'hôpital. A l'autopsie : carie superficielle de l'atlas et de l'axis; « pachyméningite » (épaississement du tissu épidural?) de la première à la septième racine cervicale, englobant les racines. *Mais au microscope, ni les racines ni la moelle ne présentent de lésions dégénératives.*

Il convient de rapprocher de ce cas le fait observé par Babinski (3) :

Paraplégie des membres inférieurs avec réflexes tendineux faibles, amyotrophie diffuse, légère incontinence des urines et matières; faiblesse des membres supérieurs; quatre jours

(1) Broca. *Gazette hebd. de méd.*, 1900, n° 125.
(2) Marinesco. *Revue neurol.*, 1904, p. 210, Obs. II.
(3) Babinski. *Arch. de méd. expérim.*, 1891, Obs. II.

avant la mort, difficulté de la respiration et de la déglutition. A l'autopsie pachyméningite purulente, étendue des quatrièmes aux septièmes racines cervicales. Rien aux vertèbres. Intégrité histologique de la moelle.

Notre précédent travail contient (p. 8, Obs. III) un exemple de paraplégie flasque des membres inférieurs, avec affaiblissement des réflexes tendineux et orteil en flexion, dont l'interprétation est aussi difficile que celle des deux faits précédents ; la carie atteignait les corps des septième et huitième vertèbres dorsales, avec foyer tuberculeux épidural, comprimant les septième à dixième racines dorsales. La moelle présentait une myélite transverse incomplète.

c. *Paralysie flasque aux membres supérieurs, spasmodique aux inférieurs.* — Cette éventualité est la plus fréquente dans les maux de Pott cervicaux. Voici comment s'exprime, à ce sujet, M. le professeur Raymond (1) : « La paralysie des membres supérieurs est généralement flasque; tôt ou tard elle se double d'un certain degré d'atrophie musculaire; quand la compression s'exerce sur la moelle, il en résulte une paralysie des quatre membres et du tronc, les réflexes sont exaltés aux inférieurs; il peut survenir de la contracture... Pour ce qui est des troubles de la miction et de la défécation, ils peuvent manquer dans les cas de compression limitée au segment cervical de la moelle; quand ils existent, ils se réduisent généralement, du côté de la miction, à de simples besoins impérieux, et, du côté du rectum, à une constipation opiniâtre... Rarement ils vont jusqu'à l'incontinence, proprement dite, des urines et des matières. »

Dans notre précédent travail (2), nous résumons un fait de Touche et un autre personnel, remarquables par l'existence de paralysie flasque avec atrophie musculaire aux membres supérieurs et de paralysie spasmodique nette des inférieurs. Même tableau symptomatique chez le malade de Long et Machard, avec cette différence que le membre supérieur droit est resté indemne plusieurs mois, alors que les trois autres étaient plus ou moins paralysés.

Enfin, dans ce même travail (p. 25), nous citons en quelques lignes le fait de Lannois : brusque paraplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens, clonus du pied, anesthésie complète, rétention permanente des sphincters, par carie tuberculeuse des septième cervicale à troisième dorsale, et, audessous, foyer de myélomalacie.

d. *Paralysies variables* (alternativement flasques et spasmodiques). — Ici comme dans la forme commune du mal de Pott, la compression radiculaire lorsqu'elle est légère et sans lésions irréparables peut déterminer, au début, des paralysies, ou, plus souvent, de simples parésies flasques qui, ensuite, font place à la contracture, quand la moelle vient à être touchée.

De plus la question se pose, comme pour toutes les compressions lentes de la moelle, de savoir si la phase de contracture est ou n'est pas précédée par une première phase de flaccidité. Le plus souvent, il est impossible de se prononcer, soit en raison du manque de renseignements, soit à cause de la difficulté qu'il y a, même en examinant le malade avec le plus grand soin, à faire la part de ce qui revient aux racines et à la moelle : or, la compression est d'ordinaire radiculo-médullaire.

Pratiquement, il suffit de retenir que la contracture peut être précédée de paralysies ou parésies flasques, plus ou moins nettement localisées et souvent variables d'un examen à l'autre, chez le même malade.

Au contraire, la constatation d'une paraplégie flasque succédant à une paraplégie spasmodique est très importante pour le pronostic; *elle peut faire craindre une myélite,* à en juger d'après les trois faits résumés dans la thèse de Rose (1).

Voici, à titre d'exemple, le résumé rapide du cas de Westphal :

Femme de cinquante-trois ans. Début par des douleurs et raideur de nuque avec raideur et sensibilité de la colonne cervicale; douleur dans les bras. Puis, en quinze jours, paralysie complète des extrémités et du tronc, puis aphonie sans signes au laryngoscope : paralysie du diaphragme et des sphincters, décubitus; analgésie superposée aux troubles moteurs. Réactions électriques d'abord normales, puis réaction partielle de dégénérescence. Réflexes tendineux, d'abord forts; puis, tantôt existants, tantôt absents, finalement, ils sont définitivement abolis. Mort deux mois après l'entrée de la malade à l'hôpital. A l'autopsie, carie vertébrale du quatrième segment cervical; pachyméningite tuberculeuse. Foyers de myélite tuberculeuse disséminée avec dégénérescence des faisceaux pyramidaux. Chromatolysedes cellules des cornes antérieures de la moelle dans toutes les régions dorsale, lombaire et sacrée. Conservation des cellules de la colonne de Clarke. Nerfs normaux. Lésions dégénératives dans les muscles examinés.

Tels sont les divers aspects des paralysies au cours du mal de Pott sans signes rachidiens; ajoutons qu'elles sont loin d'être toujours symétriques : enfin, pour en finir avec les troubles moteurs, signalons l'*ataxie* qui est mentionnée, notamment, dans les deux observations de M. Dupré (2).

ANESTHÉSIE. TROUBLES VASO-MOTEURS ET TROPHIQUES — L'anesthésie est un symptôme fréquent, bien qu'on ne puisse donner à cet égard des chiffres bien précis, beaucoup d'observations ne contenant aucun renseignement sur l'état de la sensibilité.

Dans certains cas, il est possible de rapporter à la compression *radiculaire* une anesthésie limitée au territoire d'une ou plusieurs racines.

Au contraire, l'anesthésie *médullaire*, souvent limitée supérieurement comme l'anesthésie radiculaire, se distingue de celle-ci en ce qu'elle s'étend à toute la partie sous-jacente du corps. Cela n'est vrai, cependant, qu'au bout d'un certain temps chez cer-

(1) RAYMOND. *Semaine méd.*, 1902, p. 91.

(2) *Iconographie de la Salpêtrière,* loc. cit., p. 16 et suiv.

(1) BISCHOFF. *Wien. klin. Wochens.*, 1896. — A. WESTPHAL. *Arch. f. Psychiat.*, 1898. — BARTELS. *Neurolog. Centralbl.*, 1902.

(2) DUPRÉ. *Revue neurol.*, 1903, p. 733, et 1906, n° 1.

tains malades, qui, avant de présenter l'une des deux modalités que nous venons d'indiquer, peuvent n'offrir que des zones irrégulières, diffuses, dont les limites, souvent indécises, ne correspondent à aucune distribution anatomique.

De même que les douleurs, l'anesthésie est loin d'indiquer avec certitude, dans tous les cas, le siège de la lésion ossause; en parcourant les observations on est frappé de la discordance qui existe fréquemment entre les résultats de l'examen clinique et les constatations anatomiques (1), cela se comprend aisément, l'anesthésie étant due à de nombreuses causes : compression des racines et de la moelle par le foyer épidural, la myélomalacie, etc., qui peuvent remonter bien au-dessus de la carie osseuse ou ne se rencontrer qu'au-dessous.

Tous les modes de la sensibilité peuvent être atteints, aussi bien les sensibilités profondes que les superficielles. Assez souvent, au contraire, la sensibilité est *dissociée;* tantôt, comme dans la syringomyélie, la sensibilité thermique, et, à un moindre degré, la sensibilité à la douleur sont atteintes, la sensibilité tactile étant plus ou moins complètement respectée; tantôt la dissociation se fait suivant un autre mode (2).

La dissociation syringomyélique de la sensibilité appartenant surtout aux lésions destructives de la moelle, semble donc d'un fâcheux pronostic.

Pour ce qui est des *troubles vaso-moteurs et trophiques*, les observations mentionnent assez souvent l'existence d'œdèmes parfois volumineux, de cyanose, d'escares souvent multiples; notons que tous ces troubles peuvent guérir. Un malade de M. Brissaud avait vu son escare sacrée se répéter trois fois, après s'être refermée complètement à deux reprises. L'atrophie musculaire s'observe, elle aussi, fréquemment, et souvent progresse avec une rapidité remarquable; beaucoup d'auteurs disent l'avoir vue guérir complètement.

II

Principaux aspects cliniques. Evolution et pronostic. — Les différents symptômes que nous venons de passer en revue varient à l'extrême : d'un malade à l'autre, suivant le siège et l'intensité des compressions nerveuses et, chez le même malade, aux diverses phases de la maladie.

Suivant le siège, on verra se produire les différentes variétés habituelles des compressions de la moelle; nous ne ferons qu'indiquer brièvement les plus fréquemment observées.

Compression du cône terminal et de la queue de cheval. — Tantôt (cas personnel) compression légère des racines, se traduisant presque uniquement par des douleurs radiculaires atroces.

Ou bien, si la compression est plus intense (cas de Cestan et Babonneix), la symptomatologie est celle des affections de cette région : paralysie flasque, atrophie musculaire, anesthésie pour tous les modes, dans le domaine du plexus sacré : troubles sphinctériens variables. Il est, le plus souvent, impossible de dire si la compression s'exerce uniquement sur les racines ou atteint aussi le cône terminal.

Compression cervicale. — Le plus souvent, paralysie flasque aux membres supérieurs, spasmodicité fréquemment légère aux inférieurs : troubles sphinctériens variables. Lorsqu'à ces symptômes s'ajoute de l'amyotrophie à topographie plus ou moins nettement radiculaire, avec une anesthésie qui peut être dissociée comme celle de la syringomyélie, la ressemblance est grande avec cette affection, comme chez un de nos malades.

Nous n'insisterons pas sur les troubles bulbaires du mal sous-occipital, ils n'ont rien de particulier, qu'il y ait ou non des signes rachidiens nets. D'ailleurs, en raison de la mobilité de la colonne cervicale supérieure qui est plus facile à explorer que la colonne dorso-lombaire, il paraît difficile qu'un examen minutieux ne puisse révéler aucun signe rachidien.

Compression dorsale ou dorso-lombaire. — Paraplégie spasmodique des membres inférieurs atteignant rarement le degré extrême de la contracture, avec rétractions tendineuses. Fréquemment, troubles sensitifs consistant en anesthésie plus ou moins complète, pouvant être dissociée, de toute la partie inférieure du corps, limitée en haut par une ligne plus ou moins horizontale, remontant plus ou moins haut sur le tronc, et au-dessus de laquelle on constate parfois une bande d'hyperesthésie. Troubles sphinctériens variables, le plus souvent rétention.

Aux membres supérieurs, on peut observer l'exagération des réflexes tendineux.

L'*évolution de la maladie* détermine, chez le même sujet, les mêmes variations que dans la forme commune du mal de Pott. Aux douleurs névralgiformes qui marquent la phase de compression radiculaire peuvent s'ajouter des paralysies flasques avec atrophie musculaire et troubles objectifs de la sensibilité à topographie radiculaire, indiquant une compression radiculaire plus intense.

Puis apparaissent, si la compression est cervicale,

(1) Verger et Laubie. *Progrès méd.*, 27 janv. 1900. Cliniquement : anesthésie remontant jusqu'aux plis des aines avec, au-dessus, zone d'hyperesthésie ; anatomiquement : carie des septième-neuvième dorsales. — Alquier. *Iconograph. de la Salpêtrière*, 1906, n° 1, p. 8, hypoesthésie limitée en haut par une zone d'hyperesthésie circulaire, à hauteur de la colonne lombaire; carie des sixième et septième dorsales. — *Ibid.*, Obs. III : hypoesthésie sur la partie antérieure des genoux et des cuisses; bande d'hyperesthésie en ceinture, haute de 5 à 6 centimètres, étendue de la douzième dorsale à la quatrième lombaire; carie des septième-dixième dorsales. — *Ibid.*, p. 17. Dissociation syringomyélique de la sensibilité : conservation de la sensibilité tactile, thermo-anesthésie de toute la partie inférieure du corps, limitée en haut par une horizontale passant, à droite, au-dessous du sein, et remontant un peu plus haut à gauche, hypoesthésie à la douleur remontant moins haut que la thermo-anesthésie. Carie des quatrième-septième cervicales.

(2) Dissociation syringomyélique : Brissaud et Brécy. *Revue neurol.*, 1902, p. 170. — Alquier. Loc. cit., p. 17. — Dissociation inverse : Bischoff. *Wien. klin. Wochens.*, 1896, anesthésie sans analgésie. — Chez un malade de Habel. *Arch. f. Psychiat.*, Obs. IV, l'analgésie coïncidait avec la conservation des sensibilités thermique et tactile.

dorsale ou dorso-lombaire, les signes médullaires affectant l'une des modalités que nous venons d'indiquer. Les troubles moteurs apparaissent d'abord, peu marqués, et peuvent disparaître plus ou moins complètement, quelquefois à plusieurs reprises, avant de s'installer définitivement. D'autres fois, la paraplégie s'établit en quelques jours, voire même du jour au lendemain.

Au cours de cette évolution la paraplégie flasque peut remplacer la spasmodicité habituelle de différentes façons :

1° On ne saurait dire si, d'une manière générale, la spasmodicité est ou n'est pas précédée d'une période initiale de flaccidité, qui pourrait être très brève;

2° Nous avons vu que, parfois, la paraplégie est et demeure flasque (fait de Marinesco, par exemple), particularité rare, encore inexpliquée. D'habitude, la flaccidité n'est pas complète; elle s'accompagne tout au moins d'exagération des réflexes rotuliens (cas de Lannois);

3° Quelquefois enfin, la flaccidité succède à la spasmodicité, ce qui doit faire craindre, nous l'avons dit, une myélite.

Au point de vue du *pronostic*, le mal de Pott sans signes rachidiens semble, comme l'indique Mousseaud, présenter une gravité spéciale : d'une manière générale, le délai qui sépare l'apparition des premières douleurs (début clinique) de la terminaison fatale, semble plus bref que dans la forme commune du mal de Pott, ce qui se comprend, les accidents nerveux qui sont l'un des facteurs les plus importants de gravité de la maladie, étant à peu près constants et apparaissent de bonne heure dans cette variété.

Peut-être aussi le pronostic est-il assombri par la difficulté du diagnostic, qui empêche d'instituer, aussi tôt qu'il le faudrait, le traitement convenable, ou même, conduit à des erreurs préjudiciables aux malades : par exemple l'application du traitement antisyphilitique qui, trop souvent, semble avoir accéléré la marche des accidents.

Il est impossible d'évaluer par des chiffres le nombre des cas curables; cependant nous connaissons personnellement deux malades, semblant atteints de mal de Pott sans signes rachidiens, dont l'un paraît guéri, la seconde, une jeune fille, restant avec une paraplégie spasmodique légère, stationnaire; cet état se maintient chez tous deux, depuis plusieurs années.

Comme le fait remarquer M. Brissaud dans ses leçons, l'absence de troubles de la sensibilité est un signe de bon augure, faisant espérer que la moelle n'est pas profondément touchée. Charcot avait, enfin, justement remarqué que les pottiques qui guérissent sont ceux dont l'état général est demeuré satisfaisant.

III

Diagnostic. — 1° Diagnostic différentiel. — L'attention du malade et du médecin étant attirée uniquement par les troubles nerveux, on aura à faire le diagnostic avec un certain nombre d'affections du système nerveux, diagnostic qui est loin d'être toujours facile : la plupart des observations publiées en font foi. Souvent même, le mal de Pott sans signes rachidiens n'est reconnu qu'à l'autopsie. Aussi est-il très important de bien préciser tout ce qui peut aider à éviter les erreurs.

Les *douleurs radiculaires* du début sont, le plus souvent, prises pour des névralgies. Si la douleur présente nettement les caractères « radiculaires » (1) décrits plus haut, et surtout si elle est bilatérale, il faudra penser à une compression des racines et diriger l'examen dans ce sens. On commence, il est vrai, à connaître des « névralgies radiculaires » relevant de la compression des racines par les méninges enflammées. Mais alors, la ponction lombaire montrera la présence de leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien; il n'en contient pas, dans le mal de Pott.

Si la douleur n'a pas nettement les caractères radiculaires, si elle est unilatérale, le diagnostic devient beaucoup plus difficile. Par exemple, dans plusieurs observations de mal de Pott inférieur, il est question d'une véritable névralgie sciatique, avec douleur à la pression sur le trajet du nerf, signe de Lasègue, etc.

Même dans ces cas embarrassants, il reste encore deux signes distinctifs : les injections anesthésiantes sur le trajet du nerf supposé malade procureront une accalmie momentanée bien plus considérable, si la cause des douleurs est périphérique, que si elle est radiculaire; hâtons-nous d'ajouter que ce signe n'a, croyons-nous, qu'une valeur très relative. Au contraire on doit attacher une grande importance aux résultats fournis par l'*épreuve du lit*; les douleurs du mal de Pott ayant ce caractère spécial d'être très exagérées par la station verticale, tous les heurts, chocs, trépidations, etc., et calmées par le décubitus. Mais ce signe lui-même peut manquer, témoin notre cas de mal de Pott sacré, dans lequel le repos au lit ne modifiait nullement les douleurs.

Les deux signes que nous venons d'indiquer éloigneront également l'idée d'une *polynévrite*, erreur souvent commise et notée dans les observations publiées. D'ailleurs, la douleur n'est généralement pas, comme dans les névrites, exaspérée par la pression et le ballottement des masses musculaires; que les troubles moteurs soient représentés par une simple parésie flasque, ou qu'il s'y adjoigne de l'atrophie musculaire, ils seront diffus sans prédominance aux extrémités, comme dans les névrites. Nous ne dirons rien de l'examen électrique, qui, pratiqué soigneusement par M. Huet chez plusieurs malades observés par nous, n'avait pas permis d'éviter l'erreur. Enfin, les troubles objectifs de la sensibilité, lorsqu'ils existent, ou bien sont diffus, ou bien présentent la topographie radiculaire, mais ne correspondent pas à la distribution des nerfs périphériques. D'ailleurs, il ne faut pas oublier de rechercher l'existence des douleurs lombaires, en ceinture, etc., qui, à peu près constantes, détourne-

(1) Lortat-Jacob et Sabaréanu. Sciatique avec troubles sensitifs radiculaires, *Revue de méd.*, 1905, p. 997.

ront l'attention des nerfs périphériques, et feront remonter au rachis.

Dans un certain nombre de cas, l'atrophie musculaire pouvait faire penser à une *myopathie*. Mais la localisation n'est pas absolument la même, les muscles préférés par la myopathie, pouvant être respectés dans le mal de Pott (cas de Raymond et Huet); la marche rapide de l'amyotrophie ne cadre guère avec l'idée d'une myopathie, non plus que les douleurs.

En présence des signes d'une compression radiculo-médullaire, ou de la queue de cheval, il faut penser aux autres causes pouvant produire cette compression (tumeurs de la moelle, etc.). Seule l'évolution et surtout la recherche des signes positifs que nous énumérerons dans un instant, permettront ce diagnostic, d'ailleurs parfois extrêmement délicat.

Parmi les compressions radiculo-médullaires, celles que peuvent produire les *traumatismes* peuvent induire en erreur. Le mal de Pott post-traumatique est loin d'être rare et peut se présenter de façon variable, ainsi que le montrent les exemples suivants :

Wirk (1) : Un matelot eut, à la suite d'une chute qu'il fit d'un mât, une paraplégie améliorée au bout de onze mois. Après une seconde chute, nouvelle aggravation. Mort trois ans après le début. A l'autopsie, pas de fracture nette, pachyméningite étendue de la deuxième vertèbre dorsale à la première lombaire, myélomalacie de toute la partie sous-jacente de la moelle.

Touche (2) : Un homme de trente-cinq ans reçoit, sur la nuque, un sac de farine pesant 325 livres. Tout se réduit à un peu de gêne des mouvements du cou, pendant deux mois, insuffisante pour obliger le malade à interrompre son travail. Un mois plus tard, atrophie et paralysie du membre supérieur, puis inférieur gauche, puis des deux membres opposés, etc. A l'autopsie, fracture et mal de Pott.

Or, il faut bien savoir que les accidents post-traumatiques n'évoluent pas fatalement d'une manière progressive, à partir de l'accident, témoin le cas tout récent de Rose (3). Après commencement d'écrasement des reins par un ascenseur, la malade avait eu une paraplégie qui s'était améliorée pour s'aggraver ensuite progressivement, sans cause apparente. Cette deuxième étape des accidents aurait pu faire croire à un mal de Pott post-traumatique. L'autopsie montra l'existence d'une méningo-myélite chronique banale, sans mal de Pott.

Une autre cause d'erreur très fréquemment relevée dans la littérature est la *myélite syphilitique*. Nous ne nous attarderons pas à discuter les nuances : cliniquement, la constatation du signe d'Argyll indiquera que le malade est syphilitique; dans la syphilis, les douleurs ne sont pas exaspérées par la station verticale et tous les traumatismes, ni calmées par le décubitus comme dans le mal de Pott; la ponction lombaire donne un signe distinctif de premier ordre : lymphocytose dans la syphilis, résultat négatif dans la tuberculose, différence qui s'explique par ce fait que, dans la syphilis, l'inflammation débute par les méninges molles, et d'une façon diffuse; dans la tuberculose, au contraire, les leptoméninges ne sont prises que tard, et toujours avec symphise (Sicard et Cestan). Le malade peut, d'ailleurs, quelquefois avoir à la fois, un mal de Pott et la syphilis. Rappelons les effets, souvent désastreux, du traitement spécifique sur le mal de Pott; d'ailleurs cette épreuve du traitement ne saurait être considérée comme une pierre de touche infaillible, puisque le traitement antisyphilitique est loin d'avoir toujours une action décisive sur la syphilis nerveuse.

La *syringomyélie* peut fort bien être confondue avec le mal de Pott, en l'absence des signes rachidiens. La dissociation syringomyélique de la sensibilité n'est pas une rareté dans le mal de Pott. Rappelons que nous avons publié un cas de mal de Pott cervical, ayant donné lieu au tableau symptomatique habituellement observé dans la syringomyélie, et, d'autre part, nous résumions (*Iconographie*, p. 23), une observation de syringomyélie anormale, simulant le mal de Pott dorsal. La pression des apophyses épineuses était, dans ce cas, douloureuse, de la troisième à la sixième dorsale. Le diagnostic ne peut être fait que par les signes positifs propres au mal de Pott.

Enfin, le diagnostic des *myélites tuberculeuses* et des *myélites chez les tuberculeux* est à peu près complètement impossible.

2° Diagnostic positif. — Il repose sur deux ordres de symptômes : *a*. signes de tuberculose; *b*. signes de lésion rachidienne.

a. Les *signes de tuberculose*, sans valeur, si le sujet est par ailleurs manifestement un tuberculeux, acquièrent une importance beaucoup plus grande, si l'examen clinique n'a permis de découvrir aucune lésion tuberculeuse, en dehors du rachis.

Les signes généraux de la tuberculose en général (asthénie, amaigrissement, fièvre, sueurs) ont une grande importance quand, survenant chez un sujet en bonne santé, ils ne précèdent que de peu de temps les accidents nerveux du mal de Pott.

Nous n'insisterons pas sur l'épreuve de la tuberculine, qui, souvent utile, ne saurait être prise comme critérium dans tous les cas [Coquelin (1)]. Le sérodiagnostic d'Arloing et Courmont, est négatif dans la majorité des lésions osseuses [Pellegrini (2)].

b. Quant aux *signes rachidiens*, il faut les rechercher avec le soin le plus minutieux; en particulier, il faut, autant que possible, s'assurer de la mobilité du rachis, ce qui, nous l'avons vu, est bien difficile, chez l'adulte, à la région dorsale. La *douleur osseuse*, signe de premier ordre, pathognomonique quand elle a nettement les caractères que nous indiquions au début de cette revue, n'a aucune signification

(1) Wirk. *Wien. med. Wochens.*, 8 sept. 1899 (Obs. II).
(2) Touche. *Revue neurol.*, 1900, p. 460, et pour les résultats de l'autopsie, *Ibid.*, 1901, p. 708.
(3) Rose. *Arch. de neurol.*, janv, 1906.

(1) Coquelin. *Diagnostic de la tuberculose de l'axe cérébro-spinal*, Th. de Bordeaux, 1902-03.
(2) Pellegrini. *Clinica moderna*, 1905, nos 27 et 28.

si elle est diffuse; une semblable douleur pouvant appartenir à d'autres affections.

Mousseaud a essayé personnellement de se faire une opinion sur la valeur de la *radiographie*, qui n'a rien donné de net chez deux pottiques avec gibbosité, et de la *perception des vibrations osseuses produites par le diapason*. D'après certains auteurs, toute lésion osseuse distinctive, gênant la transmission osseuse des vibrations, pouvait être reconnue par ce moyen. Or, chez des pottiques évidents, Mousseaud, malgré une étude minutieuse et attentive, n'a rien pu obtenir de concluant.

En somme le diagnostic du mal de Pott sans signes rachidiens présente les plus grandes difficultés, dans un trop grand nombre de cas, quand il n'est pas tout à fait impossible. Et cependant, un diagnostic précoce serait nécessaire, pour appliquer à cette affection, le plus souvent susceptible d'amélioration, sinon de guérison, un traitement rationnel.

IV

Traitement. — C'est celui du mal de Pott en général, avec en moins les indications spéciales de la gibbosité.

D'assez nombreuses interventions chirurgicales ont été pratiquées dans le mal de Pott sans signes rachidiens. Elles ont souvent donné des résultats immédiats fort brillants ; malheureusement, les résultats éloignés en sont tellement déplorables, qu'elles sont aujourd'hui presque universellement abandonnées. Au récent Congrès de la tuberculose, le docteur Calot [de Berck] (1) venait dire que lui-même, jadis interventionniste, proscrivait actuellement les opérations chirurgicales au cours du mal de Pott en raison des résultats déplorables à distance de ses propres interventions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 MAI 1906)

Traitement de la syphilis. — A propos du procès-verbal, M. METCHNIKOFF déclare s'être procuré les travaux et les observations de M. Neisser (et non pas Netter comme nous l'a fait dire, dans le dernier compte rendu, une erreur typographique). Il fait observer que le procédé employé par M. Neisser dans ses expériences diffère de celui qu'il a fait connaître, en ce sens que M. Neisser a fait des scarifications beaucoup plus profondes : malgré cela, il a encore obtenu 50 p. 100 de succès, ce qui est déjà un chiffre suffisant pour confirmer les conclusions de M. Metchnikoff.

M. POUCHET signale un point historique intéressant :

En 1848, un médecin, Pfeiffer, préconise l'application immédiate d'un savon à base de mercure sur les points d'inoculation de la syphilis. Dorvault, en rappelant ce fait, ajoute que, quelque intéressante que soit cette application, il ne faut pas trop s'y fier et qu'il est prudent de recourir en même temps au traitement classique.

(1) CALOT. *Congrès de la tuberculose*, Paris 1905, 3e section.

Rapports de l'état sanitaire de l'armée avec l'habitation du soldat. — Sous ce titre, MM. G.-K. LEMOINE et J. SIMONIN, professeurs au Val-de-Grâce, communiquent un travail dont voici le résumé :

Une enquête portant sur 134 casernes renfermant un effectif de 95 000 hommes démontre que le mode de construction des casernes n'a qu'une influence de second ordre sur l'état sanitaire des troupes. La propagation des affections épidémiques et contagieuses dans les régiments semble bien plus être la conséquence du chiffre de l'agglomération militaire, qui, d'autre part, subit l'influence prépondérante de l'état sanitaire des villes au milieu desquelles les casernes sont placées. Les fièvres éruptives et la diphtérie, par exemple présentent une morbidité moins élevée dans les vieilles casernes que dans les neuves, parce que les premières contiennent en moyenne de 4 à 500 hommes, tandis que les secondes abritent des groupes de 900 à 1 000 hommes. Ces mêmes affections sont d'autant plus fréquentes que la ville de garnison présente un plus grand nombre d'habitants, quelle que soit la caserne occupée par la troupe.

La fièvre typhoïde semble aussi bien plus en rapport avec les ressources des villes en eau de boisson de bonne qualité. Le mode d'habitation ne paraît jouer aucun rôle dans sa genèse et sa propagation. Enfin, si la tuberculose pulmonaire est plus fréquemment observée dans les vieilles casernes, c'est que celles-ci se trouvent, pour la plus grande part, situées dans les grandes villes où les fatigues du service sont beaucoup plus considérables, de sorte qu'il est difficile d'attribuer encore à l'habitation, le chiffre relativement élevé de sa morbidité.

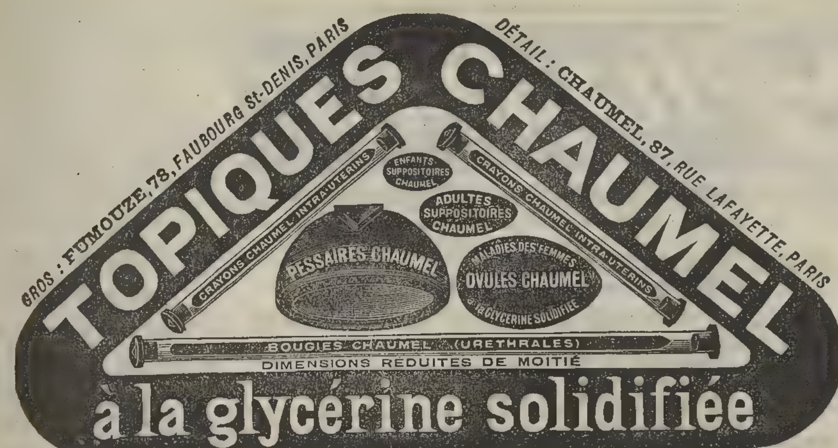
Cette enquête, par les éléments qu'elle a permis de rassembler, autorise donc à conclure, que si l'autorité militaire doit s'appliquer à desserrer les rangs dans les chambres, à construire de préférence de petites casernes, n'abritant que des effectifs relativement restreints, l'amélioration du régime hygiénique de la population urbaine doit être regardée comme la base de la prophylaxie des maladies épidémiqnes qui atteignent le soldat.

Vaccine. — M. KELSCH lit un extrait du rapport annuel sur la vaccine dont, à notre grand regret, nous n'avons pas entendu un mot.

Présentations. — M. LAVERAN analyse un travail de M. Matignon sur la meilleure boisson du soldat en campagne. D'après les observations qui ont été faites dans l'armée japonaise au cours de la guerre russo-japonaise, ce serait l'eau bouillie et surtout l'infusion de thé qui aurait donné les meilleurs résultats.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



LES SERINGUES "OLA" EN VERRE STÉRILISABLE
sont les seules parfaites.
Dépôt à Paris, 12, rue de la Chaussée-d'Antin.

TERPINE-COCA MARIANI
Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

AFFECTIONS CARDIAQUES

CONVALLARIA MAIALIS
LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NEVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médication Phosphorée
PAR L'
OVO-LÉCITHINE BILLON

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :
Celles du ***Phosphore métalloïde*** et du ***Phosphure*** de **Zinc** :
NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, SURMENAGE
ANÉMIE CÉRÉBRALE, CONVALESCENCE, etc.
Efficacité plus grande que celle du ***Phosphore métalloïde***. — Danger nul.

DRAGÉES à 0 gr. 05 cgr. — DOSE : 6 par jour, en 3 fois, un peu avant les repas. (Enfants : 2 à 4 dragées.)
GRANULÉ à 0 gr. 10 cgr. par cuillerée à café. — DOSE : 3 cuillerées à café par jour. (Enfants : 1 à 2 cuil. à café.)
AMPOULES à 0 gr. 05 cgr. par centimètre cube. — DOSE : 1 injection intramusculaire tous les deux jours.

Ces doses ont été établies **pour l'homme** *par les physiologistes qui ont fait l'expérimentation sur les animaux.*
Elles ont été reconnues **suffisantes** *par les cliniciens qui en ont vérifié les applications thérapeutiques.*

Ne pas confondre la *Médication phosphorée* avec la *Suralimentation phosphatée*, celle-ci pouvant se faire par le simple choix d'aliments tels que les jaunes d'œufs, les graines de céréales, etc.

Pharmacie **BILLON**, 46, Rue Pierre Charron, Paris (8e Arrt) *TÉLÉPH.* 517-12.

ANESTHÉSIE PARFAITE
de la **BOUCHE**,
de la **GORGE**, du **LARYNX**
de l'**ESTOMAC**
PAR LES
PASTILLES DE STOVAÏNE BILLON

Aucun Accident toxique
à redouter.

PHARMACIE **BILLON**
46, Rue Pierre-Charron, 46, PARIS (8e Arrt)
TÉLÉPHONE 517-12

SUC GASTRIQUE NATUREL extrait de l'estomac du porc vivant, par le Dr HEPP, anc. interne des Hôpit. de Paris.
DYSPEPTINE HEPP
64, rue Taitbout, PARIS, et ttes phies.

N° 59. — MARDI 22 MAI 1906. 79e ANNÉE. MARDI 22 MAI 1906. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Larmoyez, Lombart, Bourgeois, Lesage et Mauclaire.

L'ACADÉMIE DES SCIENCES, ARTS ET BELLES-LETTRES DE CAEN décernera en 1907 un prix de 2000 francs (prix Lesauvage) au meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Le lait des vaches tuberculeuses. — Preuves expérimentales de sa nocuité. — Mesures préventives contre la contagion bovine et humaine. »

Les travaux des concurrents devront être envoyés, au plus tard, le 30 juin 1907, au secrétaire de l'Académie, M. Henri Prentout, professeur à l'Université.

Chaque travail devra porter une devise, laquelle sera répétée dans un pli cacheté, qui contiendra le nom de l'auteur.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — COURS ET EXERCICES TECHNIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE RÉGIONALE, sous la direction de M. Pierre Sebileau, avec l'assistance de MM. les docteurs Chifoliau et Chevrier, prosecteurs.

Opérations sur les organes de la tête et du cou, par M. Pierre Sebileau, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, et M. E. Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours commencera le mercredi 6 juin. — Il aura lieu à trois heures et demie.

I. Généralités. Ligature dss gros troncs artériels du cou. Ligature et découverte de la veine jugulaire interne. Bec de lièvre et fissures palatines. — Mercredi 6 juin.

II. Chirurgie du conduit, de la membrane, des osselets. Antrotomie. Trépanation mastoïdienne. Ecartement du pavillon. Fermeture des orifices de trépanation mastoïdienne. — Vendredi 8 juin.

III. Les pharyngotomies. L'œsophagotomie externe. L'amputation de la langue. — Lundi 11 juin.

IV. Evidement pétro-mastoïdien. Le labyrinthe, le sinus latéral, le golfe jugulaire, le nerf facial. — Mercredi 13 juin.

V. Trépanation cérébrale. Fractures du crâne. Epanchements sanguins. Tumeurs cérébrales. Abcès encéphaliques. Abcès d'origne otique. — Vendredi 15 juin.

VI. Trachéotomie. Laryngotomie. Laryngectomie. Suture trachéale. Prothèse laryngée. — Lundi 18 juin.

VII. Trépanation du sinus frontal. Voie d'accès sur l'ethmoïde, le sphénoïde. Opérations radicales contre les suppurations des cavités annexielles. Prothèse du sinus frontal. — Mercredi 20 juin.

VIII. Ouverture et drainage du sinus maxillaire. Résections partielles et totales du maxillaire supérieur. Les rhinotomies. Voies d'accès dans le cavum. — Vendredi 22 juin.

IX. Opérations sur la cloison et les cornets. Endoscopie respiratoire et digestive. Rhinoscopie. Bronchoscopie. Œsophagoscopie. Recherche et extraction des corps étrangers. — Lundi 25 juin.

X. Résections partielles et totales sur la mâchoire inférieure. Voies d'accès sur l'expansion du trijumeau. Gassérectomie. Sympathectomie. Anastomose spino et hypo-glosso-faciale. — Mercredi 27 juin.

Les élèves répéteront les opérations sous la direction des prosecteurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs.

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres ; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres ; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[LISBONNE, AVRIL 1906 (1)]

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

Par le docteur Paul GASTOU.

CONCLUSIONS. — Ainsi qu'il ressort des différents travaux parus en ces dernières années sur la descendance des syphilitiques : l'hérédité syphilitique en créant des maladies, des troubles de nutrition ou de développement, des malformations, en un mot la plupart des tares de dégénérescence, tend à envahir et à englober toute l'hérédité morbide.

Cet envahissement résulte de la confusion qui est faite entre les deux expressions : syphilis héréditaire et hérédité syphilitique que l'on emploie indifféremment et à tort l'une pour l'autre. Cette confusion est elle-même la conséquence de l'usage abusif et non justifié du mot stigmates, qui est tantôt significatif de symptôme spécifique, tantôt désigne le reliquat d'un symptôme ou a bien le sens banal de tare ou dégénérescence d'origine quelconque.

Par définition et d'après le sens des mots, il ne saurait en être ainsi : la syphilis héréditaire indique la transmission directe en nature de la syphilis des parents aux enfants et se manifeste par des symptômes, des signes ou stigmates spécifiques.

L'hérédité syphilitique indique seulement le trouble qu'apporte la syphilis des parents dans l'évolution normale du produit de la conception ; elle est caractérisée par des tares, des dystrophies et des dégénérescences.

Les accidents de la syphilis héréditaire sont toujours de nature syphilitique, les modifications que produit l'hérédité syphilitique sont simplement d'origine syphilitique. La syphilis héréditaire donne des lésions spécifiques dont la spécificité tend à se démontrer de plus en plus par l'existence du spirochète ou spironème de Schaudinn et, à défaut de l'agent pathogène, par l'aspect clinique, les modifications anatomiques et surtout l'évolution pathologique. L'hérédité syphilitique produit des tares organiques ou fonctionnelles, des troubles de nutrition ou de développement, sans aucun caractère spécifique et tel que les produit l'hérédité morbide en général. Mais si toute la question de la descendance des syphilitiques repose, d'une part, sur la distinction entre la nature et l'origine des accidents, elle ne peut être comprise, d'autre part sans la connaissance des diverses modalités de l'hérédité morbide.

En premier lieu : l'hérédité morbide est liée intégralement à la conception, elle dépend tout entière de l'état des parents, avant, au moment et après la conception.

En second lieu : l'hérédité morbide est variable dans ses effets suivant qu'elle provient du père, de la mère ou des deux.

En troisième lieu : l'hérédité morbide est sous la dépendance directe de l'état maternel consécutif à la conception, ce qui entraîne un rôle beaucoup plus considérable de la mère que du père dans l'évolution embryonnaire et fœtale du produit.

Il y a donc lieu, dans toute question relative à la descendance, d'étudier chez les parents l'état morbide anté-conceptionnel, conceptionnel et post-conceptionnel, d'envisager séparément le rôle de chaque géniteur isolé : paternel, maternel, associé, conjugal, de faire une recherche complète des conditions maternelles post-conceptionnelles en étudiant les conditions du milieu intra-utérin pendant la gestation, morbidité intra-utérine.

En procédant ainsi on arrive à définir ce que comporte la notion d'hérédité : c'est-à-dire la contagion, la transmission, l'évolution embryonnaire et fœtale in-utero.

Ce que le père, la mère ou les deux procréateurs possèdent au moment de la conception et donnent à leur produit constitue l'hérédité proprement dite ou hérédo-transmission qui se caractérise par la transmission d'un état organique d'une prédisposition d'une maladie en évolution. Ce que le père, la mère, ou les deux possèdent au moment de la conception, ils le transmettent en nature par une véritable contagion : c'est l'hérédo-contagion.

Après la conception le père ne peut transmettre au produit que par l'intermédiaire de la mère. Il n'y a plus alors seulement transmission ou contagion, mais modification de la nutrition embryonnaire ou fœtale intra-utérine ; il n'y a plus hérédité proprement dite quoi que par analogie on puisse grouper l'ensemble des modifications du produit sous le nom d'hérédo-morbidité congénitale ou mieux d'hérédo-morbidité gestative, gravide, intra-utérine ou obstétricale. Ce dernier mode d'hérédité jusqu'ici peu étudié joue un grand rôle dans la production des tares que l'on a appelées dystrophies.

Cette conception des trois modes d'hérédité : hérédo-transmission, hérédo-contagion, hérédo-gestation, permet d'établir une méthode rationnelle pour l'étude de l'influence de la syphilis des ascendants sur les descendants ;

Cette méthode consiste à établir d'abord dans chaque observation : 1° Si la syphilis paternelle, maternelle ou conjugale existait avant, au moment ou après la conception ;

2° Si cette syphilis était virulente ou contagieuse, récente, ancienne, latente se déterminant en particulier par des accidents nerveux ;

3° A relever avec soin tous les signes, symptômes, stigmates, dystrophiques ou tares notés chez les descendants ;

4° A établir le rapport existant entre l'origine, l'âge, la période, la nature et la forme des accidents syphilitiques des parents et les modifications de l'état normal apparues chez les descendants.

C'est cette méthode qui a été utilisée pour étudier les descendants provenant de familles syphilitiques dont l'histoire m'a servi à établir ce rapport et permis d'émettre les conclusions suivantes uniquement basées sur la statistique.

1° Que quelle que soit l'origine de la syphilis paternelle, maternelle ou conjugale, celle-ci manifeste son influence sur la descendance par deux ordres d'accidents de fréquence égale, des symptômes ou accidents de nature syphilitique des modifications organiques ou fonctionnelles auxquelles on a donné le nom de dystrophies ;

2° Que la mortalité des descendants est un des signes capitaux de la syphilis des ascendants, la moitié des grossesses aboutissant à l'avortement, à la fausse-couche, à la naissance des prématurés, de mort-nés, à la mort immédiate ou rapide après la naissance ;

3° Que la syphilis d'origine paternelle, maternelle ou conjugale, semble être également mortelle pour l'enfant, mais qu'elles ne le sont pas de la même façon, et aux différentes périodes de cette syphilis. Cela résulte de la recherche faite parallèlement, de la mortalité infantile, du nombre d'enfants sains, syphilitiques ou dystrophiés comparés à l'âge, à l'ori-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 46, p. 663.

gine, anté-conceptionnelle, conceptionnelle ou post-conceptionnelle, à la virulence ou non-virulence des accidents qui caractérisent la syphilis des parents.

L'influence de la syphilis des ascendants sur les descendants ayant été étudiée dans les conditions énumérées ci-dessus à travers les générations successives, voici les résultats donnés par des descendants de première génération.

4° La syphilis d'origine paternelle de première génération donne une mortalité à peu près égale à toutes ses périodes d'autant plus forte cependant que la syphilis est plus virulente.

Les accidents de nature syphilitique sont d'autant plus fréquents chez l'enfant que la syphilis est plus virulente, ils diminuent avec l'ancienneté de la syphilis, et sont rares lorsque le père est atteint de syphilis nerveuse. Ces accidents se manifestant chez le quart environ des enfants et à égale proportion sous forme de syphilis précoce ou tardive.

Le nombre des enfants dystrophiés est égal à celui des infectés de syphilis, les dystrophies augmentent chez les enfants avec l'ancienneté de la syphilis paternelle.

Les enfants nés sains sans syphilis ni dystrophies sont en nombre d'autant plus grand que la syphilis paternelle s'est manifestée par des accidents nerveux ou est plus ancienne. Une contradiction apparente de la statistique semble indiquer que plus la virulence de la syphilis est manifeste, plus l'enfant a chance de naître sain : en réalité la contradiction traduit l'influence préservatrice du traitement. Plus le syphilitique est virulent plus il a tendance à se soigner et plus les enfants ont de chances de naître sains. Nous retrouverons partout l'influence heureuse du traitement.

5° La syphilis d'origine maternelle, le père étant sain, est essentiellement grave pour l'enfant, aucun n'échappe à la mort, à la syphilis ou à la dystrophie. Lorsque la syphilis est anté-conceptionnelle on ne trouve aucun enfant sain cela est la conséquence directe de l'absence complète de traitement due le plus souvent à l'ignorance de l'existence de la syphilis. D'ailleurs dans la syphilis d'origine maternelle, la mortalité infantile est totale alors qu'elle n'est que des deux tiers dans la syphilis maternelle conjugale conceptionnelle ou post-conceptionnelle toujours à cause de l'influence du traitement.

La syphilis en nature d'origine maternelle chez l'enfant est fréquente, d'apparition précoce. Mais il en est de l'existence de celle-ci comme des dystrophies ou des enfants sains : on en voit peu, car la syphilis maternelle est essentiellement destructive de la descendance, toujours par absence de traitement ;

6° Il est à noter que la syphilis du père provoque de préférence les avortements précoces et les fausses couches, tandis que la syphilis de la mère donne des prématurés, des mort-nés, des morts immédiates et rapides après la naissance ;

7° La syphilis conjugale est moins destructive que la syphilis maternelle. La mortalité est toujours de moitié : les syphilis en nature sont moins nombreuses que dans la syphilis maternelle, les dystrophies sont fréquentes et multiples. Mais ici on peut faire encore une constatation des plus importantes dès que la virulence de la syphilis conjugale diminue ou que celle-ci vieillit la mortalité et la syphilis infantile augmente, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Ce résultat est encore la conséquence de ce fait, que les parents n'ayant pas eu d'accidents visibles ou sans accidents depuis longtemps ne se soignent pas ou plus.

L'absence de traitement explique également la rareté des enfants sains au début de la syphilis conjugale ;

8° Dans la syphilis de deuxième génération, les influences paternelles, maternelles ou conjugales sont plus difficiles à préciser.

Il y a lieu, en effet, de faire intervenir un facteur nouveau, qui est l'action d'une syphilis acquise chez les descendants de syphilitiques. Or cette syphilis peut survenir chez des sujets qui n'ont jamais eu d'accidents de nature syphilitique, ou chez des sujets ayant eu la syphilis en nature : dans le premier cas il s'agit d'une nouvelle modalité de syphilis que le professeur Tanowsky décrit sous le nom de syphilis binaire, que M. Ed. Fournier considère comme une syphilis virulente de deuxième génération; dans le second cas, il s'agit d'une réinfection, comme l'a dit le professeur Gaucher.

De toutes façons, il y a lieu de conclure que la syphilis des parents n'entraîne pas une immunité absolue chez les descendants.

9° La syphilis de deuxième génération donne une mortalité à peu près égale pour l'origine paternelle, maternelle ou conjugale.

La syphilis en nature existerait assez fréquemment pour M. Ed. Fournier, mais il y a lieu de se demander s'il n'y a pas eu réinfection du père ou de la mère, la question reste en suspens. Les dystrophies sont nombreuses, plus fréquentes dans la syphilis d'origine conjugale. Le nombre des enfants sains est plus élevé quand la mère est indemne de toutes tares syphilitiques acquises ou héréditaires.

10° De l'ensemble des faits énoncés ci-dessus, il résulte que la syphilis des parents manifeste son action sur la descendance :

1. D'une façon négative;
2. Par la mort;
3. Par des accidents syphilitiques;
4. Par des dystrophies.

11° Comme il n'est pas douteux que la mort du produit soit imputable à la syphilis en nature, comme la constatation du spirochète a déjà permis de le faire, il s'ensuit qu'elle caractérise, avec les accidents de nature syphilitique, la syphilis héréditaire.

En est-il de même des dystrophies ? Celles-ci sont-elles de nature syphilitique ou doivent-elles servir à former un groupe uniquement en rapport avec la syphilis et constituer une hérédité spéciale presque spécifique dite : hérédité syphilitique.

12° De l'étude clinique et anatomique, détaillée des accidents que produit la syphilis, de la recherche du spirochaète, il résulte que logiquement la mortalité par avortements, fausses couches, naissance prématurée, mort-nés, mort immédiate, peut être rattachée à la syphilis en nature ; que la plupart des lésions osseuses, oculaires, nasales, dentaires, cutanées dites dystrophiques ne sont que les reliquats, les stigmates de manifestations de nature syphilitique associés ou non à des infections ou intoxications surajoutées, tous accidents, signes ou stigmates caractérisant la syphilis héréditaire, précoce ou tardive;

13° De l'étude clinique, anatomique, pathogénique et étiologique de l'hérédo-toxi-infection morbide et en particulier de l'hérédo-tuberculose, de l'hérédo-alcoolisme, de l'hérédo-saturnisme, de l'hérédité nerveuse démontre que les dystrophies et tares sont aussi fréquentes dans la descendance des toxi-infectés que dans celles des syphilitiques.

14° L'étude de l'hérédo-morbidité intra-utérine gravide montre que la plupart des modifications dystrophiques ou tératologiques et un grand nombre de lésions ou affections dites congénitales ont leur origine dans un trouble intra-utérin antérieur ou concomitant à la grossesse.

De ces faits il faut rapprocher l'hérédité de certains stigmates ou tares de dégénérescence signalés par M. Féré dans la famille névropathique et l'hérédité des malformations maxillaires et dentaires à propos desquelles M. Galippe a depuis longtemps attiré l'attention.

15° De ce que la plupart des signes ou stigmates dystrophiques se rencontrent dans l'hérédo-morbidité en général, il résulte donc nettement que l'hérédité syphilitique n'a aucun caractère spécifique qui lui soit propre et rentre dans l'hérédo-toxi-infection.

Elle est simplement dystrophique à sa manière, ainsi que le dit M. Ed. Fournier, au même titre que le sont l'hérédo-tuberculose et l'hérédo-alcoolisme.

Elle l'est peut-être plus que celle-ci parce qu'elle est plus fréquente, elle l'est au maximum parce qu'elle s'associe à toutes les hérédo-morbidités toxiques ou infectieuses.

16° Les conséquences prophylactiques et thérapeutiques de la distinction entre la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique sont considérables.

L'idée de l'hérédité syphilitique implique la tare fatale chez les descendants et la négation de tout traitement.

La notion de la syphilis héréditaire montre au contraire qu'il est impossible d'empêcher la répercussion de la syphilis chez les descendants par un traitement approprié.

La conception actuelle de l'hérédité syphilitique a comme conséquence la défeuse du mariage pour le syphilitique et la destruction morale et physique de la famille; cette notion en effet implique l'inutilité de tout traitement actif.

Il n'en est pas de même de la conception de la syphilis héréditaire telle qu'elle a été établie par le professeur Fournier, conception que confirme l'influence heureuse du traitement sur la descendance et permet d'émettre les propositions suivantes :

1. La syphilis, quelle que soit son ancienneté, sa forme, son origine paternelle, maternelle ou conjugale est toujours et également dangereuse pour la descendance ;

2. La syphilis se transmet en nature, tue l'enfant ou le fait naître taré, dégénéré ou dystrophié ;

3. La syphilis agit comme maladie spécifique ou comme maladie toxi-infectieuse ;

4. La syphilis, maladie spécifique, se transmet sous forme de syphilis héréditaire, se caractérise soit par des accidents ou des stigmates de nature syphilitique, soit par des stigmates dystrophiques en rapport avec des accidents syphilitiques ayant évolué in-utero ;

5. La syphilis, maladie toxi-infectieuse, agit au même titre que l'hérédité morbide, en général dénommée dans cette action : hérédo-syphilis, elle n'a dans ses manifestations aucun caractère qui lui soit propre ;

6. La conception actuelle de l'hérédité syphilitique, au même titre que celle de la para-syphilis, entraîne un déterminisme de fatalité contraire à toutes interventions thérapeutiques ;

7. La notion de syphilis héréditaire implique au contraire un traitement préventif des procréateurs, prophylactique de la transmission en même temps que curatif de la maladie héréditaire ;

8. Le traitement mercuriel stérilise la syphilis et détruit son action nocive sur la descendance ;

9. Le traitement spécifique mercuriel étant chez le syphilitique, quelle que soit la forme ou l'ancienneté de la syphilis, la sauvegarde de la famille, il en résulte que :

10. Tout syphilitique ancien sans tares individuelles ou héréditaires, organiques ou fonctionnelles, dont la syphilis n'a pas été maligne ou grave, peut après traitement d'environ trois ou quatre ans être autorisé après examen médical à fonder une famille.

Tout syphilitique avant de procréer doit subir un traitement mercuriel actif.

Toute femme qui procrée du fait d'un syphilitique virulent ou non récent, ancien ou latent, qu'elle ait présenté ou non des accidents syphilitiques, doit être traitée dès le début et pendant tout le cours de la grossesse.

Quel que soit le caractère d'absolutisme de cette proposition, je la maintiens formellement. D'autres l'ont émise avant moi ; elle a, je crois, l'appui du professeur Pinard, elle est en tout cas une sauvegarde pour l'enfant à naître, une garantie pour la descendance, un espoir réconfortant pour le malade et le médecin.

COMMENT FAUT-IL TRAITER LES HÉMIPLÉGIQUES ?

Par M. le docteur Maurice FAURE (de Lamalou).

I. Le traitement des hémiplépiques peut être inspiré par le désir d'agir sur la cause même de l'hémiplégie — on a même essayé d'agir sur la lésion cérébrale avec des courants électriques ! Mais, lorsque l'hémiplégie est constituée, l'accident cérébral est déjà définitivement accompli, et les procédés usuels de révulsion aux membres inférieurs et de dérivation intestinale ne donnent guère de résultats. Le traitement de l'état comateux devra, d'ailleurs, être conduit de façon différente, suivant les cas.

De cette tendance à diriger la thérapeutique sur le cerveau, sont nées deux prescriptions utiles : la première, qui consiste en lois générales d'hygiène et de régime destinées à éviter es lésions vasculaires et les troubles de la circulation encéphalique, s'applique à tous les hémiplégiques ; la deuxième s'adresse à ceux chez lesquels une syphilis antérieure est soupçonnée ; c'est le traitement iodo-hydrargyrique.

II. Mais à côté de ce *traitement pathogénique*, on peut se préoccuper aussi d'agir directement sur la paralysie même : c'est une *thérapeutique symptomatique* que l'expérience montre être très active et très efficace. Dès que l'hémiplégie est constituée, il faut, de suite et sans perdre vingt-quatre heures, mobiliser toutes les articulations, longuement, minutieusement, plusieurs fois par jour, et masser les muscles. Ainsi, on évitera l'arthrite de l'épaule qui se manifeste dès les premiers jours, — toutes les autres arthrites qui la suivent bientôt, — les atrophies musculaires réflexes qui se développent si rapidement au pourtour des arthrites, — les douleurs, qui sont la conséquence des arthrites, des myosites, des névrites, — les contractures, qui sont causées par la douleur, — enfin, les attitudes vicieuses et les rétractions irréparables, qui résultent des atrophies, contractures, et de l'immobilité.

Tous les accidents que nous venons d'énumérer sont évitables, dans une large mesure, rien que par le mouvement passif, méthodique et progressif. Lorsque les facultés psy-

chiques seront bien revenues et que la fatigue cérébrale ne sera pas trop rapide, on soumettra, en outre le patient à une rééducation méthodique des mouvements volontaires d'abord élémentaires, ensuite de plus en plus compliqués, en réduisant au minimum les dépenses de force musculaire et, autant que possible, l'effort d'attention.

Le résultat de ce traitement est, d'abord, de conserver la souplesse des membres paralytiques, la force et le volume des muscles; puis d'aider au retour des mouvements volontaires; mais ceux-ci ne se reconstituent, généralement, qu'avec lenteur et d'une manière très incomplète, surtout dans le membre supérieur, dont les mouvements sont, normalement, plus nombreux, difficiles et différenciés, que ceux du membre inférieur.

Ces résultats permettent de penser que beaucoup des troubles moteurs des hémiplégiques, que l'on est habitué à considérer comme l'œuvre d'une évolution fatale de la lésion cérébrale, ne sont, en réalité, que des complications évitables de la paralysie. La pathogénie des arthrites, des atrophies, des contractures, chez les hémiplégiques, semble ainsi devoir être, en partie, remaniée.

III. Il est de règle d'observer, chez les hémiplégiques, des troubles respiratoires et digestifs dus à l'hémiparésie des muscles du thorax et de l'abdomen. Dans ce cas, des exercices spéciaux devront être indiqués, qui permettront d'éviter la congestion pulmonaire, la stase stercorale, et les infections qui en peuvent résulter. Sans préjudice des règles d'hygiène ou des autres médications locales ou générales, les exercices méthodiques, commencés de bonne heure chez les hémiplégiques, contribueront donc au maintien de la santé générale.

IV. Lorsque le malade n'est pas soigné à temps et que les exercices ne sont commencés qu'après l'établissement des contractures, des raideurs, des atrophies, des attitudes vicieuses les résultats sont alors médiocres, et exigent beaucoup de temps et de patience.

V. Le traitement électrothérapique des hémiplégiques est discuté, bien que d'un usage courant. Nous pensons qu'il peut servir d'adjuvant utile contre certaines atrophies musculaires localisées dans des muscles flasques, mais qu'il ne faut point en faire un emploi général et imprudent dans tout le côté hémiplégié, ainsi qu'on le fait trop souvent.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES DARTRES DU VISAGE (Brocq).

1° Avant de se coucher appliquer la pommade :

Borate de soude................	0g50
Teinture de benjoin............	xv gouttes.
Oxyde de zinc..................	2 grammes.
Cérat sans eau ou vaseline pure Cheesebrough...............	18 —

2° Si cette pommade est insuffisante, la remplacer par la suivante :

Tanin..........................	2 grammes.
Calomel........................	1 —
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre de Price..............	30 —

(Cette préparation est instable et doit être renouvelée tous les huit jours.)

3° Au réveil enlever la pommade avec des boulettes de ouate et ensuite faire le lavage nasal. Après quoi on lotionnera deux à trois fois dans la journée avec :

Borate de soude...........	5 à 10 grammes.
Glycérine neutre de Price.......	50 —
Eau de roses..................	500 —

(*Nouv. Remèdes.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MAI 1906)

Recherches sur le blanchiment hivernal des poils et des plumes. — M. Elie METCHNIKOFF. Au début de ses recherches sur le mécanisme de la vieillesse, M. Metchnikoff s'est mis à étudier le phénomène du blanchiment des poils. Dans un travail publié il y a cinq ans, il faisait connaître que la perte du pigment des cheveux et des poils est due à l'action de certaines cellules qu'il a désignées sous le nom de *chromophages*. Cette théorie était en parfait désaccord avec la théorie régnante du blanchiment des cheveux, d'après laquelle ce phénomène serait dû à une pénétration de l'air.

Les observations de M. Metchnikoff lui ont montré que les cheveux, les poils, les plumes, renferment bien les *chromophages*, éléments vivants, sensibles aux influences venues du dehors, capables de se mouvoir et de saisir les grains de pigment, c'est-à-dire de manifester les fonctions les plus élevées d'une cellule. Leur existence explique ce fait incontestable que sous l'influence de fortes émotions un homme peut blanchir dans une nuit. Sous l'influence de quelque excitant violent les chromophages peuvent devenir particulièrement actifs.

Puisque le blanchiment résulte de l'activité vitale des cellules amiboïdes, il doit être rapproché du changement de coloration des vertébrés inférieurs (rainettes, caméléons).

Dans tous ces cas la loi générale est la même : elle met en jeu la sensibilité et la mobilité des cellules amiboïdes dont le changement de la coloration a été établi depuis longtemps; pour les oiseaux et les mammifères il ne tardera pas à être généralement accepté.

L'étude du blanchiment hivernal des mammifères et des oiseaux par la méthode expérimentale permettra sans doute d'établir les influences qui dirigent ce phénomène et facilitera par cela l'étude du blanchiment des cheveux des vieillards et du problème de la vieillesse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MAI 1906)

Traitement de la dysenterie par le kho-sam. — MM. MATHIEU et LEMOINE font tous deux une communication sur le kho-sam employé dans le traitement de la dysenterie.

Le kho-sam, graine oléagineuse à amande, est employé d'une façon courante par les médecins annamites et chinois

contre les hémorragies. Le docteur Mougeot (de Saïgon), ayant à soigner une métrorragie rebelle chez une malade atteinte de dysenterie, prescrivit l'emploi du kho-sam pour arrêter la métrorragie qui cessa dans les vingt-quatre heures; il ne fut pas peu surpris de constater qu'au bout de deux jours la dysenterie était complètement guérie. Depuis cette époque M. Mougeot a traité par le kho-sam 1263 cas de dysenterie, dont 879 purent être suivis de très près. Il obtint chez ces derniers une guérison radicale dans 96 p. 100 des cas.

Employé depuis 1901 par M. Mathieu sous forme de dragées contenant un extrait hydro-alcoolique ou sous forme de comprimés correspondant chacun à une graine, ce médicament a donné des résultats remarquables; quatre cas de dysenterie ont été ainsi traités. Dans un cas de dysenterie coloniale très grave, qui avait déterminé auparavant un abcès du foie, une rechute fut améliorée dans les vingt-quatre heures.

M. Lemoine, dans un cas de dysenterie chronique amibienne, contractée au Tonkin, a administré le kho-sam sous la forme de l'amande en nature. Dès le troisième jour, le malade, qui n'avait pas eu de selle normale depuis un an vit sa diarrhée cesser et être remplacée par l'émission d'une seule selle moulée en vingt-quatre heures.

Statistique des cas de cancer de l'œsophage, de cancer et d'ulcère de l'estomac observés à l'hôpital Andral du 1er janvier 1900 au 1er mars 1906. — MM. A. Mathieu et Debrovici. Sur 5380 malades, 58 étaient atteints de cancer de l'œsophage, 123 de cancer de l'estomac et 181 d'ulcère simple. Il résulte de ces chiffres que, sur 181 cas de cancer, 58, c'est-à-dire environ 30 p. 100, siégeaient à l'œsophage, ce qui présente pour cette localisation une fréquence relativement considérable et inattendue.

Ulcère chronique de l'estomac. Estomac triloculaire; polyadénome implanté sur le bord de l'ulcus chronique. — MM. A. Mathieu et Debrovici ont trouvé à l'autopsie sur un homme atteint d'ulcus chronique perforant une déformation curieuse et rare. L'ulcus chronique avait creusé une poche au dehors de l'estomac, dont le pancréas sclérosé occupait le fond. D'autre part, la rétraction cicatricielle des parois avait amené la production d'une poche gastrique supérieure ou cardiaque et une poche inférieure ou pylorique. Les deux poches communiquaient entre elles presque uniquement par l'intermédiaire de la cavité ulcéreuse. Sur le bord de l'ulcère chronique se trouvait implanté un polyadénome polypeux.

Pleurésie purulente à entérocoques. — M. Ménétrier communique une observation de pleurésie purulente due à la présence unique de l'entérocoque de Thiercelin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 16 mai 1906)

Corps étrangers de l'œsophage. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Richelot, M. Mauclaire rapporte l'observation d'une femme qui avait avalé son râtelier et qu'il n'a vue pour la première fois que vingt-trois jours après. Après s'être rendu compte du siège du corps étranger par la radiographie, M. Mauclaire fit une tentative modérée d'extraction à l'aide du panier de Graefe. Cette tentative ayant échoué, il pratiqua l'œsophagotomie externe et put facilement extraire le râtelier. Cette malade a guéri sans accidents.

Traumatisme du poignet. — M. Delbet, à l'occasion du travail de M. Couteaud sur ce sujet, fait connaître les résultats de ses recherches personnelles et de ses propres observations. Il passe en revue les diverses lésions qu'on peut rencontrer au poignet.

C'est d'abord la simple fracture du scaphoïde. Cette fracture ne se produit pas par le mécanisme de l'écrasement. On peut voir, en effet, sur des pièces présentées par M. Delbet, que le scaphoïde ne présente aucune trace d'écrasement. La fracture de cet os se produit toujours au même point, au niveau de son col, c'est donc une fracture par arrachement. Tel est le premier degré de ces sortes de lésions.

A un second degré, il y a luxation : le grand os passe en arrière du semi-lunaire, mais celui-ci reste dans ses connexions normales. On a donc eu tort de désigner cette lésion sous le nom de luxation du semi-lunaire. C'est, en réalité, le grand os qui est luxé. Le scaphoïde suit le grand os. Le pyramidal le suit également. C'est de cette lésion complexe qu'il s'agissait dans le cas de M. Couteaud. Ce second degré constitue la lésion la plus caractéristique. C'est en somme une luxation complète avec fracture du scaphoïde.

Les lésions peuvent être encore plus importantes : le grand os est porté en arrière et vient au contact du radius; le semi-lunaire est complètement culbuté et présente sa concavité en avant. Le gros faisceau constitué par le ligament radio-semi-lunaire n'est nullement déchiré. Il y a aussi des cas dans lesquels la culbute du semi-lunaire est encore plus complète; l'os a fait un demi-tour complet et sa concavité regarde en haut.

Telle est la série des lésions traumatiques du poignet. Il est bien important de les connaître, sans quoi elles peuvent être mal traitées et les malades restent impotents de leur poignet, avec des douleurs atroces, souvent, causées par la compression du médian. Ces lésions sont parfois confondues avec des fractures du radius. Il importe de savoir les distinguer; le dos de fourchette, déformation caractéristique de la fracture du radius, existe dans ces lésions du poignet, mais elle se trouve beaucoup plus bas. Dans les lésions localisées au carpe, celui-ci est épaissi et ramolli; la main est en extension, les doigts sont légèrement fléchis; il existe généralement des douleurs très vives dans le territoire du médian et enfin, dans les cas anciens, on observe des troubles trophiques.

Que peuvent dans ces cas les tentatives de réduction manuelle? Quand le semi-lunaire est basculé, la réduction manuelle est impossible et il faut recourir à l'intervention sanglante. Il faut inciser en avant, arriver sur l'articulation et, quand le semi-lunaire est basculé, il vaut mieux le réséquer. Il faut ensuite ramener le grand os en avant, ce qui est facile après la résection du semi-lunaire. M. Delbet a eu recours à ce mode d'intervention dans trois cas et il a obtenu, dans ces trois cas, de bons résultats fonctionnels.

M. Kirmisson s'associe aux remarques de M. Delbet relatives à la nomenclature des affections traumatiques du poignet. La dénomination de luxation du semi-lunaire est une mauvaise dénomination, puisque c'est le grand os et non le semi-lunaire qui est luxé.

M. Segond fait observer que le sujet traité par M. Delbet est un sujet complexe, mais cependant bien connu depuis la radioscopie. Nous avons, dit-il, des notions plus précises sur

les fractures du radius et celles du poignet. On peut dire que 95 fois p. 100 les fractures du radius sont mal soignées, parce qu'on a recours plutôt au massage qu'à la réduction. Quant aux fractures ou luxations des os du poignet, elles ont été étudiées de plus près dans ces derniers temps et M. Delbet vient de mettre la question au point. L'opinion qu'il vient de défendre diffère de l'opinion classique en ce sens que jusqu'ici, dans les lésions traumatiques du poignet, c'était plutôt le pyramidal que le semi-lunaire qui restait attaché au radius.

Parmi les symptômes de ces lésions, M. Segond signale la suppression absolue des mouvements de la jointure; en outre les déformations, le dos de fourchette, s'observent plus bas que dans les fractures du radius, au-dessous du cou du poignet. Quant au traitement on peut recourir à des tentatives de réduction très modérées; mais le traitement de choix est l'ablation des os qui ont été énucléés.

M. Nélaton partage l'avis de M. Delbet sur ce fait que ces fractures du poignet ne sont pas des fractures par écrasement. Dans un cas récemment observé, M. Nélaton a constaté une luxation du scaphoïde, sans fracture du radius chez un chauffeur d'automobile qui s'était fait cette luxation en tournant sa manivelle. Le semi-lunaire et le scaphoïde étaient arrachés et le pyramidal fracturé. En présence de ces lésions, le traitement de choix eût été l'extirpation des os luxés ou fracturés. Mais, même après cette intervention, obtient-on toujours un retour complet des mouvements, une guérison parfaite? M. Nélaton conserve, à ce point de vue, quelques doutes et c'est pourquoi, en raison des difficultés de toutes sortes qui auraient pu survenir par la suite, il préféra s'abstenir, et s'en tenir aux massages. Après deux mois de massage, cet homme pouvait conduire de nouveau son automobile. Le résultat n'est pas parfait, mais il est acceptable.

M. Segond fait observer que c'est là un cas exceptionnellement heureux, mais il est bien certain qu'après les résections des os luxés ou fracturés, on obtient un retour complet des mouvements et la cessation des douleurs résultant de compressions nerveuses.

M. Delbet ajoute quelques explications à sa communication. Il a eu surtout pour but de montrer que ces lésions traumatiques du poignet peuvent être comprises dans un même ensemble qui en rend l'étude plus nette et plus précise. Il persiste à penser qu'avec l'expectation on n'a, dans ces cas, qu'un poignet supprimé. Les résultats de la résection sont tout autres et incomparablement plus avantageux.

Kyste du cou. — M. Jalaguier, à l'occasion de la présentation faite dans la dernière séance par M. Walther, rappelle une observation qu'il a présentée à la Société, il y a dix-huit ans, le 6 septembre 1887. Il s'agissait d'un homme de soixante-douze ans qui portait sur la région latérale du cou une tumeur volumineuse, M. Jalaguier fit une incision de 6 centimètres, trouva une poche kystique qu'il évacua, qu'il libéra assez facilement, et qu'il put réséquer. Le point de départ de cette poche paraissait être l'os hyoïde. La guérison a été parfaite. L'examen histologique de la poche diffère quelque peu de celui de la tumeur présentée dans la dernière séance par M. Walther.

Restauration du sein. — M. Nélaton fait un court rapport sur une communication faite dans la dernière séance par M. Ombredanne. M. Ombredanne enlève le sein par une incision circulaire; cette incision, arrivée au niveau de l'aisselle, est prolongée vers celle-ci, de facon que l'aisselle puisse être débarrassée des ganglions qu'elle peut contenir. Cette incision étant ainsi faite, il reste un lambeau de peau à la partie supérieure entre le sein et l'aisselle. M. Ombredanne taille alors, au-dessous du sein, un lambeau qui vient rejoindre le premier lambeau en recouvrant la plaie résultant de l'ablation du sein.

C'est là un procédé élégant et ingénieux, mais avec M. Reclus, nous pensons qu'il a le grand inconvénient de laisser trop de peau voisine du siège du cancer.

Laminectomie. — M. Faure présente un malade qui avait reçu deux balles dans la région cervicale. L'une de ces balles avait pénétré dans le canal rachidien. Il y avait une paralysie complète. M. Faure pratiqua la laminectomie, pénétra dans le canal rachidien et put extraire la balle. La paralysie disparut.

M. Mauclaire s'est trouvé en présence d'un cas analogue, mais dans ce cas la moelle n'était pas seulement comprimée, elle était sectionnée complètement. M. Mauclaire fit une laminectomie, sutura la moelle. Mais le blessé succomba.

Blessure du foie. — M. Moty présente un jeune soldat, qui a reçu une balle ayant blessé le foie à la partie supérieure. La balle fut retirée, et le blessé guérit très bien.

Anévrisme. — M. Nélaton présente un jeune homme qu'il a opéré d'un anévrisme de creux poplité. Ce malade avait été traité sans succès par les injections gélatineuses. Le résultat a été nul, et M. Nélaton pratiqua l'extirpation qui fut facile et suivie d'un bon résultat.

Prothèse du maxillaire. — M. Sebileau présente un malade chez lequel il fait une résection du maxillaire supérieur, pour un sarcome. Ce malade porte un appareil prothétique très ingénieux.

Anévrisme. — M. Walther présente un cas d'anévrisme traumatique circonscrit de l'artère cubitale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 19 mai 1906)

Action précoce du chloroforme sur le parenchyme hépatique. — M. Noël Fiessinger présente le résultat de ses expériences sur l'action du chloroforme sur le foie. Comparant les lésions obtenues par inhalation, injections intraportales et injections sous-cutanées, il arrive à ces conclusions : le chloroforme présente une action des plus toxiques sur le foie, mais à condition d'être employé à doses suffisantes. Les lésions apparaissent rapidement (entre une demi-heure et une heure) après injection intra-portale, et ne se retrouvent pas après les inhalations, comme le constatent d'ailleurs MM. Tuffier, Mauté et Auburtin. Les lésions débutent au niveau des zones péri-portales, consistent en une nécrose de coagulation avec pyknose et dégénérescence graisseuse. C'est au centre sus-hématique que paraît se régénérer le lobule malade, tel que le démontrent la fréquence des karyokinèses et le grand nombre des cellules jeunes retrouvées sur certaines préparations.

Etude expérimentale de l'action pathogène du microcoque constaté dans les oreillons. — MM. P. Teissier et Ch. Esmein ont étudié expérimentalement l'action pathogène du microcoque constaté par eux chez les malades atteints d'oreillons. Leurs recherches, qui se poursuivent encore sur le singe et le rat blanc, ont été réalisées surtout sur le cobaye (réactif de choix) et sur le lapin (peu réceptif) par les voies sous-cutanée, intra-péritonéale, gastrique, veineuse. Les inoculations de doses insuffisantes (1 centimètre cube à 1 centi-

mètre cube et demi) du microcoque, peu virulent au début, déterminent une légère réaction locale, avec état de souffrance passager de l'animal. Les inoculations de doses plus fortes (2 centimètres cubes et demi à 4 centimètres cubes) d'un microcoque de virulence exaltée, provoquent des abcès, des suppurations visqueuses caractérisées des séreuses, de la congestion des viscères abdominaux (intestin, foie, rate, pancréas surtout). Ayant inoculé 7 cobayes mâles dans le péritoine, ils ont obtenu 4 fois un gonflement testiculaire évident, vérifié à l'autopsie, et dû microscopiquement à un état de congestion œdémateuse de l'organe, microscopiquement, à un état d'hypergenèse active. Dans les abcès, dans les séreuses malades, ou les organes congestionnés, le même microcoque existait à l'état de pureté (frottis et cultures). Toutes ces lésions reproduisent fortement celles de la septicémie tétragène expérimentale, et aussi celles produites dans certaines septicémies humaines de même nature. Les lésions histologiques des viscères (nodules infectieux du foie et de la rate, état congestif du pancréas) sont à rapprocher des constatations faites par MM. Lemoine et Lapasset à l'autopsie d'un malade mort au cours des oreillons. Si rien de l'évolution de cette septicémie expérimentale n'est comparable à la septicémie ourlienne de l'homme, il convient toutefois de noter ces derniers faits. Il reste que les effets pathogènes du microcoque trouvé par MM. Teissier et Esmein chez des malades atteints d'oreillons, rapprochés des caractères objectifs déjà décrits, permettent de la ranger parmi les microcoques tétragènes septiques.

Culture aérobie du vibrion septique. Mensuration de l'anaérobiose. — Pour M. G. Rosenthal, le vibrion septique type du microbe anaérobie strict, se cultive aisément en tube profond de bouillon au-dessus de 12 centimètres, de lait au-dessus de 10 centimètres, d'eau blanc d'œuf au-dessus de 11 centimètres, en tube d'Achalme, il n'exige qu'un vide de 30 centimètres (pression de 45c6). De ces tubes, on peut par repiquages successifs en gamme de hauteur, et en échelle de pression, obtenir finalement des cultures de vibrion sur gélose inclinée avec conservation temporaire des fonctions biologiques et chimiques de ce germe.

Agglutination du gonocoque et du méningocoque de Weichselbaum par un sérum gonococcique. — D'après MM. Bruckner et Cristéanu (de Bucharest), le sérum d'un cheval ayant reçu des injections répétées de culture de gonocoque, agglutine ensuite ce microbe en une heure au taux de 1/100, en douze heures à 37 degrés au taux de 1/750. A 1/2000, le microscope montre encore une forte agglutination. Le même sérum a agglutiné, dans les mêmes proportions, trois cultures d'origine différente, du méningocoque de Weichselbaum. Ces microbes présentaient tous les caractères décrits par ce dernier auteur, et ne prenaient pas le Gram.

Sur le passage pylorique des graisses. — MM. P. Carnot et A. Chassevant ont étudié, par la technique des fistules duodénales, la traversée pylorique des graisses. De ces recherches, il résulte que les graisses sont évacuées de l'estomac très tardivement, d'autant plus tard que le point de fusion de la graisse est plus élevé. Lorsque la graisse est mélangée à un liquide, eau, solutions salines, il se produit dans l'estomac une sédimentation telle que l'eau est évacuée d'abord à peu près pure, et que la graisse n'est évacuée que beaucoup plus tard. L'évacuation du liquide est beaucoup retardée par la présence de graisse. Il en est, en partie, de même pour les graisses émulsionnées. Pour le lait, notamment, le beurre est évacué assez tardivement, et d'autre part, le lait écrémé est évacué bien avant le lait chargé de beurre. Il semble donc que les graisses aient un rôle inhibitoire sur le réflexe pylorique comme sur la sécrétion gastrique.

Rations de l'homme adulte en calories. — M. Maurel rappelle d'abord ses travaux : 1° sur la valeur en calories de la ration moyenne d'entretien, et, 2°, sur les variations des dépenses de l'organisme sous l'influence des variations de la température ambiante que cette dernière dépende des climats, des saisons ou des altitudes.

Il montre ensuite la concordance très rapprochée de ses résultats, obtenus par la caléorimétrie indirecte, avec ceux de M. Lefèvre, par la caléorimétrie directe et il arrive à ces conclusions :

1° D'une manière approximative et moyenne dans les régions tempérées, pendant les saisons intermédiaires et dans les conditions de la ration d'entretien, l'homme adulte de 65 kilos ne dépense pas plus de 2400 calories;

2° Cette dépense est inférieure d'un sixième en été et supérieure de la même quantité en hiver.

3° En tenant compte de la température ambiante les mêmes variations s'appliquent aux climats.

Contribution à l'étude du fer végétal. Emploi thérapeutique du rumex crispus. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet remarquent que parmi les plantes contenant du fer en proportion dosable, le rumex crispus occupe une place à part : ses racines jouissent en effet de la propriété de fixer le fer au sol, qui se transforme dans la plante en fer organique à l'état de combinaison lâche et s'accummule avec une particulière abondance dans la racine au niveau du cambium ; de plus, on peut, par la culture, en modifiant la richesse du sol en fer, en l'arrosant régulièrement avec une solution de carbonate de fer, augmenter considérablement la richesse de la plante en fer ainsi transformé. Les recherches poursuivies par M. Saget ont montré que, après culture, la teneur en fer de la tige et des feuilles passait de 28 à 269 milligrammes (pour 100 grammes de substance sèche) et celle de la racine de 75 à 447 milligrammes. Il a même pu augmenter encore cette richesse et actuellement les racines de rumex crispus ainsi traité arrive à contenir 1gr 50 de fer pour 100 grammes. C'est la poudre obtenue avec ces racines rendues plus ferrugineuses par la culture que MM. Gilbert et Lereboullet ont employé en thérapeutique, comme étant susceptible en ajoutant à la ration alimentaire quotidienne une notable quantité de fer organique, d'agir efficacement dans certaines anémies. Ils ont admis la poudre de rumex avec doses quotidiennes de 1 à 3 grammes dans la chlorose, les chloro-anémies et notamment la chloro-anémie tuberculeuse, certaines anémies symptomatiques. Ils ont vu, sur l'influence de cette médication, l'état général s'améliorer dans la plupart des cas, en même temps que s'observaient des modifications hématologiques parallèles. Aussi estiment-ils que le rumex crispus, par sa richesse particulière en fer végétal en combinaison lâche, par la facilité avec laquelle par la culture on augmente cette richesse, mérite une place spéciale parmi les agents de la médication martiale.

Nature syphilitique des lésions de la paralysie générale. — Pour M. Bosc, la méningo encéphalite diffuse ulcéreuse de la paralysie générale est caractérisée par une prolifération cellulo-vasculaire diffuse qui ne se substitue que partiellement à la substance nerveuse et aboutit à un processus de dégénération et de sclérose. Il n'y a donc aucune différence

entre elle et la méningo-encéphalite chronique ulcéreuse syphilitique : toutes deux présentent les caractères du syphilome diffus.

Quelques cas de polymorphisme des bacilles par l'iodure de potassium. — Continuant leurs recherches sur ce sujet, MM. Péju et Rajat montrent aujourd'hui que, cultivés dans des milieux additionnés d'iodure, les bacilles paratyphique et paracoli, le pneumobacille de Friedlënder, le bacille du choléra et de la diarrhée verte se transforment très rapidement en éléments très gros, épaissis et piriformes et en très longs filaments. Ces transformations ne sont donc pas spéciales an bacille d'Eberth et an coli-bacille.

Action des injections d'extrait de rate. — MM. Simon et Spillmann, injectant à des lapins de l'extrait de rate, remarquent que ces injections ont eu pour principal résultat de modifier complètement la formule leucocytaire. Le chiffre des polynucléaires de 70 p. 100 est tombé à 17 p. 100, celui des lymphocytes de 25 p. 100 s'est élevé à 70 p. 100. Les injections d'extrait de rate semblent donc exalter les deux fonctions leucopoiétiques de la rate, formation des lymphocytus et destruction des polynucléaires.

Autres communications :

Fixation des helminthes sur la muqueuse du tube digestif. — M. Weinberg.

Présence de massues d'accroissement dans la substance grise de la moelle, et particulièrement dans les cornes antérieures, au cours de la paralysie générale et du tabes. — M. Nageotte.

Modifications de constitution de la substance vivante consécutives aux variations de milieu. — MM. Künstler et Gineste.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 MAI AU 2 JUIN 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 mai, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Delens et Legueu; — M. Claude, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Kirmisson, Auguste Broca et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Reclus, Sébileau et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Marcel Labbé; — M. Balthazard, suppléant.

Mardi 29 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Rénon; — (2e série) : MM. Robin, Thiroloix et Carnot; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Marion — (2e série) : MM. Pozzi, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Joffroy, Méry et Gouget; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Guiart, suppléant.

Vendredi 1er juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Macaigne, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 2 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Méry; — (2e série) : MM. Chantemesse, Rénon et Gouget; — (3e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 30 mai 1906, à une heure. — M. Berniolle. La torsion des fibromes utérins pédiculés sous-péritonéaux, en dehors et pendant la grossesse. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Lepage et Potocki.) M. Goilot. Insécurité du curetage instrumental dans la région placentaire. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Lepage et Potocki.)

Jeudi 31 mai 1906, à une heure. — M. Misset. Considérations relatives à l'hypertrophie de la prostate et à la prostatectomie. (MM. Guyon, président; Berger, Marion et Auvray.) — M. Auburtin. Les effets tardifs du chloroforme. (MM. Berger, président; Guyon, Marion et Auvray.) — M. Baize. Etude clinique sur les empoisonnements par les gâteaux à la crème. (MM. Brouardel, président; Gilbert, Dupré et Carnot.) — M. Tremblin. Contribution à l'étude de l'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie dans le péritoine. (MM. Gilbert, président; Brouardel, Dupré et Carnot.) — M. Wattez. Etude sur le vasogène au mercure. (MM. Gilbert, président; Brouardel, Dupré et Carnot.) — M. Burgaud. Les érythrodermies du lichen plan. (MM. Gilbert, président; Brouardel, Dupré et Carnot.) — M. Dodeuil. Tuberculose et appendicite. (MM. Cornil, président; Raymond, Chantemesse et Bezançon.) — M. Seris. Le mongolisme infantile. (MM. Raymond, président; Cornil, Chantemesse et Bezançon.) — M. Peyron. Marche du choléra de 1902 à 1906. (MM. Chantemesse, président; Cornil, Raymond et Bezançon.) — M. Sriber. De la marche de l'accouchement gémellaire : Etude statistique. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. Flour. Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. Landon. Du décollement du placenta inséré normalement au cours de la grossesse. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. Crasson. Contribution à l'étude des hémorragies rétroplacentaires. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. L'Hirondel. Le bassin sacro-coxalgique en obstétrique. (MM. Budin, président; Bonnaire, Demelin et Brindeau.)

Précis de l'embryologie de l'homme et des vertébrés, par le docteur O. Hertwig, directeur de l'Institut anatomo-biologique de l'Université de Berlin. Traduit sur la 2e édition allemande par L. Mercier, chef des travaux de zoologie à l'Université de Nancy. Préface du professeur A. Prenant. In-8 raisin de 532 p., avec 373 fig. en noir et en coul. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Steinheil.

La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée, traitement et prophylaxie, par le docteur Paul Ferrier. In-16. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination de médecins des hopitaux. — *Épreuve de consultation écrite.* — Séance du 21 mai : MM. Guillain et Milian, 20 ; Castaigne, 19 ; Boix, 18.

Séance du 23 mai. — MM. Comte, 19 ; Lœper et Michel, 18 ; Ribierre, 17.

— Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Epreuve opératoire.* — Question donnée : « Ligature de la carotide externe ; — Désarticulation du genou. »

Séance du 21 mai. — MM. Veau, 27 ; Lecène, 26 ; Fredet, Guibé, Labey et Proust, 25 ; Mouchet et Wiart, 22.

Epreuve orale. — Séance du 23 mai. — MM. Proust, 19 ; Fredet, Lecène et Mouchet, 17 ; Veau, 16.

La prochaine séance aura lieu le lundi 28 mai, à une heure, à la Charité, amphithéâtre Velpeau.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Jules Richard, directeur du Musée océanographique de Monaco, est promu officier de la Légion d'honneur.

— Une médaille d'honneur est décernée à M. le médecin aide-major de première classe Jeantet, qui s'est particulièrement distingué au cours des événements difficiles survenus dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais en 1906.

CONGRÈS POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — **Lundi 28 mai.** — Discours de M. Brouardel ; rapports de M. Levassort, secrétaire général ; L. Pouliot (de Poitiers) sur : *Rebouteurs, sorcières et empiriques* ; M. Barbanneau (de Pouzanges) : *Charlatans, magnétiseurs et somnambules* ; M. Bruno-Dubron : *Exercice illégal par des personnalités laïques ou religieuses* ; M. Dignat : *Exercice illégal par les membres de sociétés de secours aux malades et aux blessés* ; docteur Noir : *Gardes-malades, infirmiers et panseurs* ; MM. Mesnard et Mathiot : *Les écoles de massage, la massothérapie.*

Mardi 29 mai. — Rapports sur l'exercice illégal par les *barbiers et coiffeurs* (docteur Milian) ; les *pharmaciens* (docteur Dubousquet-Laborderie) ; les *herboristes*, les *bandagistes* (docteur Boudin) ; les *opticiens* (docteur d'Ayrenx) ; les *dentistes* (docteur Lassudrie) ; les *sages-femmes* (docteur Dieupart) ; Rapports sur l'exercice illégal de l'*ophtalmologie* (docteur Péchin) ; *sur la condition actuelle de la sage-femme* (Mme Bourgeois) et sur l'exercice illégal par les personnes s'occupant d'*électricité médicale* (docteur Laquerrière).

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — L'assemblée générale annuelle de la Caisse des pensions aura lieu le dimanche matin, 27 mai, à dix heures, au siège social, 22, place Saint-Georges, rez-de-chaussée.

CONFÉRENCES. — Les internes en médecine et en chirurgie de l'Hôtel-Dieu commenceront le vendredi 1er juin une série de conférences de clinique médicale et une série de conférences de clinique chirurgicale *avec examen des malades par les élèves.*

Chaque série comprendra 20 leçons. Le droit d'inscription est de 50 francs pour chaque série.

On peut s'inscrire dès maintenant à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu où le programme détaillé sera communiqué aux élèves.

Manuel du candidat aux grades de médecin auxiliaire et de médecin de réserve, par le docteur André Lucas et E. Josephson, externe des hôpitaux. In-8 carré. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ON DÉSIRERAIT ACHETER soit dans une grande ville, soit à Paris ou la banlieue, **UNE PHARMACIE** pouvant rapporter par an 10000 francs *nets*, c'est-à-dire frais de location, employés, gaz payés.

On désirerait aussi **UNE DROGUERIE**, autant que possible dans la même ville que la pharmacie ci-dessus demandée.

S'adresser au Journal.

REVUE GÉNÉRALE

LES PSEUDO-RHUMATISMES TOXIQUES

Par le docteur LASSANCE (de Folembray, Aisne).

Parmi les manifestations articulaires à allure rhumatismale, c'est-à-dire parmi les polyarthrites aiguës ou subaiguës, on distingue actuellement deux ordres de faits : il en est un certain nombre qui relèvent d'une cause infectieuse connue ou présumable, ce sont les *pseudo-rhumatismes infectieux*, et nous verrons au cours de cette étude que l'on décrit sous ce nom des phénomènes qui ne sont pas tous de même nature. Tous les cas qui restent, ceux pour lesquels toute notion étiologique fait défaut, représentent le *rhumatisme vrai*.

Cette dernière catégorie devrait théoriquement être constituée par les cas de rhumatisme articulaire aigu franc, qui est considéré provisoirement comme une entité morbide distincte, avec très probablement son agent spécifique, et caractérisée par une évolution et un pronostic bien particuliers. Mais, en réalité, comme l'ont bien montré MM. Triboulet et Coyon, ce groupe de faits qui constitue le rhumatisme vrai, et qui en somme « comprend tout ce qui n'est pas pseudo-rhumatisme », est encore fort mal établi. Des observations, certainement disparates, ont été rangées dans ce groupe, parce qu'elles présentaient quelques analogies, mais ni la clinique, ni l'histologie, ni la bactériologie, n'ont réussi à isoler un type déterminé. On ne peut nier actuellement, que, dans l'histoire du rhumatisme vrai, rentrent un certain nombre d'observations qui ne répondent pas au rhumatisme articulaire aigu franc, tel que le conçoivent les auteurs classiques, et qui, d'autre part, n'ont pas les caractères des pseudo-rhumatismes infectieux.

Il peut, en particulier, se produire au cours des intoxications, des manifestations articulaires ayant une allure aiguë ou subaiguë, ressemblant à s'y méprendre au rhumatisme franc, et qui sont cependant de nature différente. Nous désignerons ces phénomènes sous le nom de *pseudo-rhumatismes toxiques* pour les opposer aux pseudo-rhumatismes infectieux, et pour suivre la mode qui veut que l'on appelle pseudo-rhumatismes les arthrites dont on connaît la nature pour réserver le nom de rhumatisme vrai à une maladie en somme inconnue. Entre ces deux groupes de pseudo-rhumatismes, se trouvera la place du rhumatisme vrai, place qui sera de plus en plus réduite sans doute, car il paraît naturel de supposer que le rhumatisme franc finira par se noyer dans un des deux groupes des maladies qui l'encadrent. Beaucoup de cas ne pourront plus logiquement être distingués des arthrites infectieuses lorsqu'on aura découvert l'agent spécifique et qu'on saura le rechercher. D'autres cas, au contraire, pourront rentrer, comme nous allons le voir, dans la classe des pseudo-rhumatismes toxiques.

I

Historique. — Faire l'historique des pseudo-rhumatismes toxiques serait chose fort aisée, s'il ne fallait à ce propos rappeler un certain nombre de théories pathogéniques du rhumatisme, qui se rapprochent jusqu'à un certain point de cette étude.

Les anciens humoristes admettaient que les douleurs articulaires, comme presque toutes les maladies, étaient sous la dépendance d'une altération des humeurs, que cette altération fût primitive ou secondaire. Les auteurs qui, comme Théophraste, Aétius, Cardan, Mercado, puis Fernel, firent une distinction très nette entre la podagre et l'arthritis, qui correspond au rhumatisme aigu, admirent la même pathogénie. Ces douleurs articulaires étaient dues, d'après eux, à un « afflux d'humeur très tenue et très âcre, vers les parties fibreuses et vers les jointures encore plus sujettes que le reste à la fatigue ». Ils conseillaient, pour débarrasser les humeurs de leur aigreur particulière, « de saigner bien vite, de saigner jusqu'à la défaillance. »

Baillou, qui fut un des premiers à employer le terme de rhumatisme, et à isoler nettement l'affection qu'il désignait ainsi, admettait une pathogénie identique. B. de Sauvages, dans sa *Nosologie méthodique*, a décrit des cas de rhumatisme d'origine certainement toxique, comme nous le verrons.

Plus récemment, avec l'article de Roche, publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, apparaît la nécessité de distinguer plusieurs ordres de phénomènes articulaires : l'arthrite qui consiste dans l'inflammation pure et simple des tissus fibreux et séreux qui concourent à former l'articulation, et enfin le rhumatisme, dans lequel, en outre de l'inflammation articulaire, il existe une altération du sang qui tient même en partie celle-ci sous sa dépendance.

Les auteurs plus récents ont été absorbés par l'étiologie infectieuse du rhumatisme, et n'ont pas attaché toute l'importance qu'elles méritent à des observations d'arthropathies toxiques. Auscher, à notre connaissance, a été le premier à les rassembler pour en former un groupe nettement isolé.

II

Pathogénie. — Puisque les recherches bactériologiques sont restées si souvent négatives et puisque les cas qui paraissent les plus concluants sont encore douteux et discutés, il était naturel de rechercher si, à côté des agents microbiens, l'existence « d'humeurs peccantes », ou pour parler comme de nos jours, si des toxines, des poisons introduits ou formés dans l'organisme, susceptibles d'imprégner le sang, la lymphe, les plasmas intracellulaires, en un mot toutes les humeurs de l'économie, étaient capables de produire certains des phénomènes observés. La plupart de ces intéressantes recherches sont à faire. Mais ce que la pathologie générale nous apprend au sujet de l'action des poisons et de la réaction de l'organisme contre ces agents, nous donne une explication logique des accidents articulaires.

Disons d'abord qu'un fait domine toute l'étiologie

de ces pseudo-rhumatismes toxiques, c'est la prédisposition individuelle. Cet état particulier, cette idiosyncrasie fait qu'une personne présentera des accidents rhumatoïdes intenses, au cours d'une intoxication, alors que cette même intoxication sera supportée impunément par un autre individu, ou qu'elle se traduira chez d'autres par une éruption toxique, par exemple. Il y a là un facteur très important dont on doit tenir compte, mais ici comme dans les autres affections, cette susceptibilité morbide reste inexpliquée. S'agit-il d'une diathèse que le poison réveille? L'explication n'est pas très claire, elle est du reste inutile, car si l'on peut, chez certains individus, faire intervenir le rôle frappant de l'hérédité, il faut bien voir que ce n'est pas le rhumatisme lui-même qui se transmet, mais bien plutôt, le terrain favorable à l'éclosion d'accidents articulaires, dans certaines conditions.

Les substances toxiques jouent dans la pathogénie d'un grand nombre de maladies un rôle capital; aucun organe n'échappe à la cause morbide et ne manque de traduire sa souffrance. Répandus par le sang dans tout l'organisme, les poisons présentent cependant des actions électives et cette action est très nettement établie pour certains d'entre eux. Pourquoi ne pas admettre qu'il existe des substances qui frappent les jointures avec une fréquence particulière? En effet, il est infiniment probable que, dans beaucoup de cas, le poison a une action directe sur les tissus articulaires ou péri-articulaires, produisant à ce niveau, lorsqu'il y est porté par le torrent circulatoire, des phénomènes phlegmasiques, tels qu'on les observe dans le rhumatisme. La synoviale, les gaines tendineuses, ne sont pas les moins fragiles des séreuses et Farabeuf disait bien que, si le sang qui porte les éléments de la nutrition à l'épithélium des séreuses vient à être altéré, il y a souffrance de ces tissus. La douleur, le gonflement, l'impotence fonctionnelle traduisent cette souffrance. Les complications que l'on observe sur les autres séreuses : endocarde, péricarde, plèvres, sont encore le résultat de cette altération primitive du sang qui est, pour Farabeuf, le phénomène primordial du rhumatisme.

L'action élective de certains poisons sur les tissus articulaires et périarticulaires paraît certaine, mais cette influence directe n'existe pas toujours et elle ne peut certainement expliquer tous les cas.

Aussi est-il encore possible et utile de parler d'une théorie pathogénique. Il est probable que dans beaucoup de cas, les phénomènes articulaires des pseudo-rhumatismes toxiques sont secondaires à une altération du système nerveux, altération qui est elle-même la conséquence directe de l'intoxication. Cette idée de l'altération primitive des centres nerveux dans le rhumatisme n'est pas nouvelle. Reveillé-Parize écrivait, en effet, vers le milieu du siècle dernier : « Il est une opinion qui, d'abord oubliée, car elle remonte à une époque très reculée de la science, reprend de jour en jour plus de faveur. Il est beaucoup de médecins qui pensent que les douleurs rhumatismales et musculaires, quel qu'en soit le siège, proviennent originairement d'une affection de la moelle épinière, que décèle toujours la sensibilité de quelqu'un des points de la région spinale. » Friedlander avait repris cette opinion, et elle a été un peu plus tard encore défendue par le professeur Trolard (d'Alger), et son élève Pirodon. Ces auteurs ont pu faire un facile rapprochement entre les affections nerveuses proprement dites et le rhumatisme articulaire, et ils ont cherché à accumuler des raisons en faveur de la théorie de l'origine spinale du rhumatisme : il existe très souvent des douleurs le long de la colonne vertébrale, et Trolard a très fréquemment constaté les bons effets des révulsifs médullaires dans le rhumatisme. Cette affection ne s'accompagne pas d'altération appréciable au niveau des jointures; l'extrême variabilité des phénomènes, l'irrégularité de l'évolution et la prédominance nocturne des douleurs sont autant de points de ressemblance avec les névroses. Plus qu'à tous autres, ces caractères s'appliquent aux pseudo-rhumatismes toxiques, et c'est pour eux surtout que l'existence d'une altération primitive de la moelle paraît devoir être admise. On peut admettre, en effet, que les poisons sont susceptibles d'impressionner les centres articulaires de la moelle; les polynévrites, les paralysies, les troubles psychiques que l'on rencontre si fréquemment au cours des diverses intoxications sont la preuve évidente de cette action élective des poisons sur le système nerveux.

III

Faits cliniques. — La liste des observations publiées serait déjà fort longue, et pourtant, combien de cas ont été méconnus, les uns en raison de leur bénignité relative, les autres parce qu'ils ont été rattachés à une cause secondaire ou erronée! Nous nous contenterons de citer les cas les plus typiques, en insistant sur la nécessité de mieux observer ces phénomènes articulaires douloureux, avec ou sans gonflement de la jointure qu'il est possible de rencontrer au cours des intoxications.

Les *poisons exogènes*, susceptibles de déterminer des arthropathies à forme rhumatismale, sont de nature fort diverse.

Les aliments toxiques, tout d'abord, peuvent donner lieu très souvent à des pseudo-rhumatismes d'une intensité parfois très marquée. B. de Sauvages a insisté depuis longtemps sur de véritables épidémies de rhumatisme que l'on observait chez des sujets qui s'étaient nourris avec certains poissons de l'île de Bahama dans les Antilles. Mais on sait bien actuellement que ce n'est pas seulement le poisson des Antilles qui peut provoquer de pareils accidents. Le gonflement douloureux des jointures est parfois nettement dominant au milieu de la courbature généralisée qui s'observe dans le botulisme. Les viandes faisandées ou fumées, les moules, les céleris, les choux, les fraises, en un mot tous les aliments susceptibles de provoquer de l'urticaire, peuvent donner lieu, chez des sujets prédisposés, à des phénomènes arthralgiques.

Dans ces cas d'intoxication alimentaire, il est indiscutable que l'élément infectieux joue un grand

rôle dans la pathogénie des accidents. Mais on doit admettre avec Bouchard que ce sont les ptomaïnes, résultat de la putréfaction des viandes, et les toxines microbiennes qui entrent surtout en jeu. Dans ces conditions, les « petits microbes peuvent fabriquer des poisons comme beaucoup de grands champignons » et ce sont ces poisons qui produisent des accidents trop rapides, trop aigus, pour qu'on puisse les considérer comme des accidents infectieux.

Friquet rapporte, dans sa thèse, comme complications de l'intoxication alimentaire, un certain nombre de faits qu'il est intéressant de rappeler. Quoique ne les considérant que comme des complications dont il n'ose préciser la nature, il a observé des douleurs articulaires qui, dans quelques cas, ont été accompagnées d'un épanchement abondant, et ont presque toujours résisté au traitement spécifique, le salicylate de soude. Mais il a en même temps observé d'autres complications qui frappent par leur analogie avec les complications classiques du rhumatisme articulaire aigu. Il a observé, se développant à l'occasion de l'intoxication alimentaire, en outre d'épistaxis assez fréquentes, de la péricardite sèche, une endocardite mitrale donnant lieu à un souffle de la pointe. Il a constaté encore un épanchement pleural double, assez abondant, et qui s'est résorbé sans rien laisser après lui.

Les poisons médicamenteux ont donné lieu aux mêmes phénomènes dans des circonstances assez nombreuses, et lorsque l'on observe des éruptions médicamenteuses, il n'est pas rare d'entendre, en même temps, le malade se plaindre de courbature et d'arthralgies diverses. C'est ce qui est survenu dans divers empoisonnements par le chloral, la quinine, l'antipyrine, le copahu, l'iodoforme. L'ésérine, d'après Fraser, et la colchine, d'après Gubler, sont des poisons essentiellement phlogogènes, qui produisent, avec des sueurs profuses, des douleurs articulaires et musculaires considérables. Mais il est des cas encore plus remarquables. Une observation rapportée par Auscher offre tout l'intérêt d'une expérience de physiologie. Un malade qui prenait 2 grammes d'iodure de potassium par jour eut, à la suite d'un bain froid, « des douleurs dans les genoux, les chevilles, les poignets, les coudes, les épaules, la colonne vertébrale; il y eut, en même temps, de l'enflure du poignet avec œdème rosé; la fièvre était modérée (maximum 38,5). Ce rhumatisme qui évolua avec les allures d'un rhumatisme subaigu ne commença à s'amender que du jour où, le flacon d'iodure de potassium étant épuisé, le malade arrêta l'usage de ce médicament. » Ce n'est que la répétition de ces faits, et la coïncidence constante des accidents arthralgiques avec le traitement par l'iodure de potassium, et leur disparition dès que la médication était suspendue, qui fit reconnaître au malade et au médecin la cause exacte de ces accidents.

Nous avons observé des phénomènes tout à fait semblables chez une personne, qui se croyant obligée, sans raison, de se soumettre à un régime dépuratif, prit à plusieurs reprises un médicament connu sous le nom de « traitement des Chartreux », et qui renferme de fortes proportions d'iodure de potassium. A chaque nouvel essai qu'elle faisait, elle devenait la proie de douleurs articulaires très intenses, généralisées, mais surtout marquées au niveau des mains qui étaient en même temps très œdématiées. Ces accidents ne se sont plus renouvelés depuis le jour où la malade s'étant aperçue de la cause qui les produisait, a cessé la médication iodurée.

Il y a une vingtaine d'années, à l'époque où l'on préconisait l'acide lactique contre le diabète sucré, suivant la méthode de Cantani, on observa du côté des articulations une foule d'accidents qui furent minutieusement étudiés, car ils servirent alors à faire revivre la théorie humorale du rhumatisme. Paquier rapporte à ce propos une observation remarquable du docteur Foxter (*Clinical medicin*, 1874). Plusieurs malades soumis au traitement et qui absorbaient de notables quantités d'acide lactique, 20 à 25 grammes par jour, présentèrent des troubles que Foxter décrit de la façon suivante : « Les phénomènes, dit-il, ressemblent à tous égards à ceux du rhumatisme aigu, une transpiration d'abord faible, mais ensuite abondante et acide, coïncidait avec le développement de l'affection articulaire. » Des faits analogues qui, en France, furent mis en doute par Charcot, avaient été publiés en Angleterre. Richardson disait que, sur des chiens et des chats auxquels il avait injecté de l'acide lactique, il s'était produit des manifestations articulaires très analogues au rhumatisme, et à l'autopsie on put constater de l'endocardite. Kütz, en 1875, a vu, sous l'influence du même traitement survenir un accès de rhumatisme chez un diabétique. Paquier ne réussit pas, en ingérant des doses croissantes d'acide lactique, à se donner du rhumatisme, mais il eut des sueurs et du purpura.

Enfin à côté de ces faits cliniques, il nous faut signaler l'expérience faite sur un cheval et que Paquier rapporte dans sa thèse. Après une injection de cantharidine, il se produisit chez cet animal une synovite absolument semblable à la synovite rhumatismale.

Dans les empoisonnements accidentels, la symptomatologie peut être sinon dominée, au moins fortement caractérisée par des phénomènes articulaires. Dans les empoisonnements aigus ou suraigus, ces phénomènes se perdent dans le tableau grave qui se déroule; il n'en est pas de même dans les formes plus lentes, et Tardieu, à propos de l'intoxication subaiguë par l'arsenic, montre le malade fatigué, avec de la lassitude dans les membres, des douleurs dans les jointures, qui peuvent même intéresser les articulations de la colonne vertébrale; couvert de taches pétéchiales et d'éruptions miliaires, anémié, il est dans l'impossibilité de se tenir debout et d'étendre ses membres.

Corrigan signale les douleurs articulaires comme un symptôme important au cours de la cachexie qui succède à l'intoxication par les sels de cuivre, et tout le monde connaît les douleurs qui persistent dans les membres sous forme de myalgie et d'arthralgie, plusieurs jours après l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Mais il est une circonstance particulièrement in-

téressante, dans laquelle ces phénomènes peuvent être observés, nous voulons parler de l'intoxication saturnine. Il se produit, en effet, dans le saturnisme, deux ordres de phénomènes distincts, que B. de Sauvages, dans son *Traité de nosologie méthodique*, avait déjà bien différenciés. Il existe d'abord la goutte saturnine, « entièrement semblable à la podagre » et qui, depuis longtemps connue, ne nous arrêtera pas. Mais on peut aussi observer des phénomènes à marche plus rapide que B. de Sauvages avait isolés sous le nom de rhumatisme métallique. Les muscles sont très douloureux à la pression et à la suite des mouvements comme dans le rhumatisme musculaire. Les articulations sont aussi le siège de douleurs rhumatoïdes à prédominance nocturne. Ce sont des phénomènes fréquemment observés et précoces dans leur apparition, car ces douleurs « commencent sans être précédées de la colique du Poitou, à laquelle, au contraire, succède la goutte véritable ».

La plupart des faits que nous venons de citer ont, d'une façon certaine, une origine toxique : leur refuser une telle étiologie ne paraît pas rationnel. Que l'on fasse ou non intervenir l'influence d'une diathèse, l'intoxication n'en reste pas moins la cause déterminante.

Poisons endogènes. — A propos des poisons endogènes, nous allons citer des faits où ils ont nettement produit des phénomènes rhumatoïdes, comme les poisons venus de l'extérieur. Mais si l'intoxication par les divers agents chimiques étudiés jusqu'ici se présente comme l'élément étiologique essentiel, il n'en sera plus de même dorénavant. En effet les sources de l'auto-intoxication sont multiples, elles peuvent s'associer diversement et coexister avec des agents morbides de nature diverse. Toutefois, de même qu'on n'hésite plus à classer dans le groupe des dermatoses auto-toxiques, une grande partie des maladies de la peau, il nous paraît possible de faire rentrer dans notre étude de pseudo-rhumatismes toxiques, un certain nombre de phénomènes rhumatoïdes dans lesquels l'auto-intoxication est la cause la plus apparente et joue un rôle sinon unique, au moins prépondérant.

Parmi les poisons qui se forment à l'intérieur de l'organisme, il en est un certain nombre qui sont le résultat de la vie même des cellules.

A l'état normal ces toxines se forment et disparaissent, éliminées par des voies diverses, sans qu'aucun trouble ait pu traduire ce passage rapide. Mais si, sous l'influence de la fatigue, du surmenage, de causes extérieures ou d'altérations organiques, la quantité de ces toxines vient à croître d'une façon notable, ou si, d'un autre côté, les voies d'élimination deviennent insuffisantes, on observe une série de troubles morbides, de gravité bien variable, et parmi lesquels se trouvent des fluxions articulaires douloureuses. Cela est si vrai qu'autrefois, d'après Bernier, on accusait, d'une façon presque constante, la suppression brusque d'évacuations habituelles ou accidentelles, des sueurs profuses ou localisées par exemple, d'être la cause du développement de l'attaque de rhumatisme.

L'état particulier qui résulte de l'insuffisance d'élimination des matériaux de déchet, avec leur accumulation dans le sang, constitue l'urémie. Jaccoud, qui a si merveilleusement étudié le syndrome urémique, ne pouvait pas laisser dans l'ombre la forme arthralgique sous laquelle il se présente parfois. « C'est une forme rare, dit-il, à en juger par le silence des auteurs, je tiens à vous la signaler, non parce que c'est un fait nouveau, mais surtout parce qu'il peut contribuer à obscurcir le diagnostic. Voici ce que j'ai vu. Une femme, atteinte de mal de Bright chronique, fut prise un jour de douleurs articulaires généralisées, extrêmement intenses; le lendemain apparaissent des convulsions urémiques qui sont bientôt associées au coma; les douleurs persistaient cependant, car lorsque le coma fut devenu complet, la pression sur les grandes jointures était la seule excitation qui amenât une modification dans la physionomie impassible de la malade; elle retirait en même temps son membre pour le soustraire à cette pression douloureuse. Chez une autre malade trouvée sans connaissance dans la rue, le coma était aussi profond que possible, mais la pression sur les genoux, sur le grand trochanter, sur les épaules, sur les coudes, faisaient contracturer les muscles de la face et provoquaient des gémissements plaintifs; les personnes qui assistaient à cet examen prononçaient le mot de rhumatisme cérébral, et je n'étais pas éloigné moi-même de me rattacher à ce diagnostic : j'insistai néanmoins sur la nécessité de suspendre tout jugement tant que l'urine n'aurait pas été examinée. On sonde la malade et on trouve l'urine chargée d'albumine et de cylindres caractéristiques. » Dans les 2 cas, l'autopsie, qui montra des lésions de néphrite parenchymateuse, vint confirmer le diagnostic clinique.

Ce n'est pas seulement dans l'urémie aiguë que ces douleurs articulaires peuvent être observées. Elles sont un symptôme fréquent du mal de Bright, et traduisent l'insuffisance de l'émonctoire urinaire.

Pourtant, malgré le fonctionnement intégral du filtre rénal, il peut se produire une accumulation de toxines dans l'organisme, lorsque ces toxines sont élaborées en trop grande abondance. De même que dans l'urémie il y avait auto-intoxication parce que les poisons normaux en quelque sorte ne s'éliminaient pas, de même il peut y avoir auto-intoxication si une quantité anormale de toxines est versée dans le sang. Il faut, à ce propos, étudier ce qui se produit lorsque les deux grandes sources de poisons de l'organisme, le tube digestif malade et les foyers microbiens, déversent leurs produits en excès.

L'*auto-intoxication d'origine digestive* a été particulièrement étudiée par M. le professeur Bouchard et il faut se reporter à ses remarquables études pour en comprendre toutes les conséquences possibles. Dans les diverses affections du tube digestif, et surtout dans les gastrectasies, la stase alimentaire, les fermentations gastriques, et en outre, comme l'a bien montré M. le professeur Hayem, la mauvaise élaboration des substances alimentaires, constituent les trois grands facteurs de l'intoxication. Parmi les accidents auxquels ces malades sont sujets, il en est

un certain nombre, minutieusement étudiés, et que l'on pourrait grouper sous le nom de *forme articulaire.* Nous ne parlerons pas des déformations des extrémités osseuses qui sont regardées comme caractéristiques des troubles digestifs, ni des phénomènes articulaires à évolution lente, pour ne signaler que les rhumatismes à allure plus ou moins aiguë.

Ces phénomènes présentent de grandes analogies avec le rhumatisme franc et ils peuvent se surajouter aux troubles dyspeptiques ou alterner avec eux. Le plus souvent on constate que ces malades éprouvent des douleurs articulaires au milieu de tous les autres phénomènes qui traduisent l'intoxication digestive : anorexie, langue sale, palpitations, dyspnée, céphalée, insomnie et constipation ou débâcles fétides. A plusieurs reprises nous avons vu coexister avec tous ces phénomènes une sécheresse douloureuse de la gorge avec rougeur des amygdales, qui venait rendre plus frappante l'analogie avec le rhumatisme franc. Tous ces phénomènes apparaissent parfois avec une telle régularité, qu'il semble impossible de ne pas rattacher tous les faits à une cause commune, l'intoxication digestive. Et à ce propos nous ne pouvons pas passer sous silence une observation que nous avons recueillie récemment et qu'il nous paraît intéressant de rapprocher d'une observation du professeur Poncet que nous rapporterons plus loin. Nous avons observé pendant près de cinq mois, chez une malade âgée de soixante-sept ans, et qui a succombé à un cancer de l'estomac, des phénomènes rhumatoïdes coïncidant avec la rétention des matières alimentaires dans le tube digestif. Ces douleurs articulaires généralisées, mais surtout au niveau des membres supérieurs, dont le moindre mouvement arrachait des cris à la malade, ne survenaient que pendant deux ou trois jours chaque semaine, et il ne fut pas difficile de se rendre compte que leur disparition brusque succédait à ces vomissements copieux qui venaient périodiquement vider la poche gastrique et que le retour survenait après quelques jours de rétention alimentaire.

Une conclusion pratique se dégage de l'étude de ces faits : penser toujours à la possibilité de troubles dyspeptiques dans l'étiologie des phénomènes rhumatismaux et, si on les a reconnus, il importe, au lieu d'aggraver la situation par des médicaments irritants, d'instituer un régime antidyspeptique, de débarrasser l'intestin par un purgatif tout en soulageant par voie externe les douleurs articulaires. Cette méthode a bien souvent réussi dans des cas où l'on a vu échouer la médication dite spécifique. Nous n'insisterons pas pour réfuter l'opinion qui met la dyspepsie sous la dépendance du rhumatisme. Il n'existe pas de type clinique ou chimique de gastrite rhumatismale, et comme le montre Bloch dans sa thèse, la succession des phénomènes, et la possibilité de retrouver dans les antécédents les facteurs les plus habituels de la dyspepsie ne peuvent laisser de doute à ce sujet.

Cette hypothèse d'un rhumatisme par intoxication d'origine digestive ne va pas à l'encontre de la théorie de M. Gilbert et de ses élèves qui admettent aussi l'origine digestive du rhumatisme, mais en considérant cette affection comme produite par les microbes du tube digestif qui sont capables d'aller se localiser dans les jointures. M. Gilbert avoue qu'on ne retrouve pas toujours des microbes dans l'articulation devenue malade au cours de certaines affections du tube digestif. C'est qu'en effet ici, comme dans les autres maladies infectieuses, il existe deux sortes de rhumatismes : l'un infectieux, l'autre toxique, le premier dû aux agents de la forme intestinale susceptibles de pénétrer jusque dans les articulations, l'autre dû simplement à l'action phlogogène des toxines de l'intestin.

Les *rhumatismes biliaires* qui surviennent le plus souvent sous forme de polyarthrites aiguës ou subaiguës, au cours des cirrhoses biliaires ou dans la cholémie familiale, nous paraissent susceptibles d'entrer dans la catégorie des faits que nous étudions.

Il est infiniment probable également que, dans bien des cas, les *rhumatismes de la grossesse* ne sont qu'une des manifestations de l'auto-intoxication gravidique.

Les *toxines microbiennes* peuvent-elles donner lieu à des arthropathies de la nature de celles que nous étudions? Il semble actuellement prématuré de l'affirmer d'une façon catégorique. Cependant il existe des observations qui permettent, semble-t-il, d'attribuer une origine purement toxique à des pseudo-rhumatismes coexistant avec une infection donnée. Devant l'inconstance et l'incertitude des résultats bactériologiques, lorsque l'on cherche les agents infectieux au niveau de l'articulation, on est tenté d'admettre que, dans bien des cas de pseudo-rhumatisme, et aussi de rhumatisme franc, les microbes peuvent, à distance, influencer les jointures par leurs toxines et il semble logique de considérer, dans bien des cas, les douleurs articulaires comme des accidents toxiques produits par des poisons dont le pharynx, l'intestin, le poumon ou l'urètre sont les laboratoires.

On est logiquement conduit à ces hypothèses par des faits nombreux que nous allons passer en revue.

Dès que l'on commença, dans un but thérapeutique, à faire usage du sérum d'un animal immunisé ou de toxines microbiennes à virulence atténuée, on observa consécutivement des accidents divers.

On vit, en particulier, apparaître des éruptions diverses, que l'on n'hésita pas à attribuer à la sérothérapie. Les douleurs articulaires qui coexistaient, donnèrent lieu, au contraire, à de nombreuses discussions, et les premiers observateurs ne paraissent pas les avoir rattachées à leur vraie cause.

Les douleurs articulaires analogues au rhumatisme ont été surtout observées après les injections de tuberculine et de sérum antidiphtérique.

Lannelongue et Mauclaire, en 1890, rapportent qu'après des injections de tuberculine, faites à un enfant de sept ans présentant un lupus, ils observèrent une poussée de phénomènes rhumatoïdes avec épanchement dans la plupart des articulations des membres, et accompagnée d'une éruption papuleuse généralisée. Ils attribuent ces accidents articulaires à l'arrivée de bacilles tuberculeux « puisés au niveau du lupus, à la faveur de la vaso-dilatation détermi-

née par la lymphe de Koch ». Pour Auscher, l'explication que donnent ces auteurs des faits observés, n'est pas la bonne. Pour lui, en effet, la multiplicité des phénomènes articulaires, l'existence simultanée d'un érythème généralisé, « paraissent s'accorder mieux avec l'hypothèse d'un rhumatisme toxique consécutif à l'injection de la toxine de Koch. » Poncet fut témoin de complications analogues, lorsque, il y a une quinzaine d'années, il fit, après les premières publications de Koch, un usage assez répété de la tuberculine en injections sous-cutanées, et il admet d'une façon absolue que ces accidents ont une pathogénie fort nette : l'intoxication pure et simple par la lymphe de Koch. Il rapproche de ces cas ceux qu'il a observés assez souvent, et qui consistent en des poussées de rhumatisme articulaire, survenant tout à coup chez des phtisiques indemnes jusque-là de toute manifestation rhumatismale, et provoquées par la suppression accidentelle de la toux et de l'expectoration. Si, sous l'influence d'une médication trop efficace, l'émonctoire naturel que représente l'expectoration se trouve supprimé, il se fait immédiatement, à la suite de la rétention du pus et des produits tuberculeux dans les cavernes, une auto-intoxication. « En pareil cas, rétention devient synonime de résorption, c'est-à-dire de pénétration dans l'organisme des toxines élaborées au niveau du foyer pathologique, devenu incapable de se vider comme auparavant. Des complications articulaires peuvent alors surgir, sous forme d'un rhumatisme articulaire aigu. »

C'est M. Moizard qui a signalé le premier l'origine toxique de certaines arthropathies rhumatoïdes consécutives à la sérothérapie antidiphtérique. En 1895 M. Gaillard lut, à la Société médicale des hôpitaux, une observation de rhumatisme polyarticulaire aigu, survenu chez un malade ayant une angine streptococcique, seize jours après une injection de sérum de Roux. La coïncidence avec un érythème polymorphe que l'on admet d'origine sérothérapique, la surprenante brièveté des accidents et la marche des phénomènes firent admettre à M. Gaillard l'action directe de l'injection. M. Sevestre cita alors le cas d'un enfant de cinq ans, qui, quelques jours après l'injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux, présenta une éruption rosée sur la face dorsale des mains et des poignets ; puis ces articulations devinrent très tuméfiées et extrêmement douloureuses ainsi que l'articulation du genou droit ; le cou était raidi par suite d'une douleur dont le siège était manifestement dans les articulations vertébrales. Trois jours après le début de cet accident, les phénomènes commencèrent à s'améliorer et le malade entra en convalescence.

Malgré l'opinion contraire de M. Sevestre, M. Moizard, se basant sur l'extrême rareté de ces arthropathies dans la diphtérie avant l'usage du sérum, les crut bien de nature toxique. D'autant plus que ce que l'on observait autrefois, c'étaient des arthrites monoarticulaires graves, suppurées le plus souvent. « Combien différentes sont les arthrites observées à la suite des injections de sérum. Leur fréquence, leur multiplicité, leur évolution toujours bénigne les distinguent essentiellement. » Actuellement les observations identiques se sont multipliées, et l'origine toxique de ces accidents est généralement admise.

Ces faits sont intéressants parce qu'ils montrent que les toxines microbiennes peuvent provoquer, en dehors de toute localisation des agents au niveau des jointures, des arthralgies et même du gonflement douloureux d'allure rhumatismale ; ils font prévoir aussi la possibilité de considérer comme accidents toxiques, une partie des faits qui constituent l'histoire des pseudo-rhumatismes infectieux. Et l'on comprend ainsi la distinction faite par Poncet, à propos du rhumatisme tuberculeux. « A côté de la tuberculose spécifique ou classique, avec produits tuberculeux typiques, prend place une tuberculose inflammatoire volontiers d'allure rhumatismale. » Dans ces cas à allure aiguë, subaiguë ou chronique, Poncet a vu maintes fois le bacille faire défaut et « la chose s'explique très bien, puisqu'il s'agit d'arthrites toxiques et non bacillaires ».

Cette distinction en deux grandes classes des accidents rhumatoïdes que l'on rencontre dans les maladies infectieuses, peut être généralisée. Il y a dans la blennorragie et dans la scarlatine, comme dans la tuberculose, des phénomènes articulaires bien différents les uns des autres. Les uns sont dus à la localisation dans l'articulation d'un microbe spécifique ou banal s'il s'agit d'infections secondaires : il s'agit alors pour la scarlatine des arthrites séreuses suppurées ou des arthrites purulentes d'emblée et pour la blennorragie des arthrites pseudo-phlegmoneuses. Les autres cas consistent en des polyarthrites plus ou moins disséminées, sans fixation précise et durable ne s'accompagnant jamais de suppuration et pour lesquelles toutes les recherches bactériologiques restent sans résultat. Suivant la nature de l'agent infectieux, c'est l'une ou l'autre de ces formes que l'on rencontre avec plus de fréquence : c'est ainsi que le gonocoque produit assez souvent des arthrites suppurées tandis qu'elles sont l'exception au cours des infections diphtériques.

IV

Conclusion. — Dans tous les cas que nous avons cités, l'étiologie des phénomènes articulaires observés est dominée par une intoxication, venant agir chez des sujets possédant une prédisposition morbide particulière qu'il est difficile de définir, mais dont la réalité est incontestable. Tantôt l'intoxication est manifeste et représente la seule cause qu'il soit possible d'invoquer, lorsque les poisons sont venus du dehors, avec l'alimentation, ou sous forme de médicament, ou enfin par accident. Tantôt les arthropathies semblent dues à des toxines élaborées dans l'organisme lui-même. Dans ces dernières circonstances, l'intoxication n'est pas douteuse, et son action sur la production des phénomènes articulaires à peu près certaine, ainsi que nous l'avons déjà vu ; mais il est alors plus difficile de préciser l'origine exacte du poison, tant sont complexes et multiples les réactions qui modifient sans cesse le milieu intérieur.

Par quel mécanisme ces toxines exogènes ou endogènes peuvent-elles arriver à produire des phénomènes rhumatoïdes? La réponse à cette question est encore, à l'heure actuelle, impossible, aussi a-t-il fallu se contenter, en étudiant la pathogénie, d'émettre un certain nombre d'hypothèses rationnelles. D'ailleurs il est infiniment probable que suivant la nature des poisons, suivant leur quantité, le mécanisme doit varier.

Quoi qu'il en soit, tous les cas observés se ressemblent par certains points. Tous ces pseudo-rhumatismes d'origine toxique « ont entre eux un incontestable air de famille ». Leur analogie permet de les grouper et de les différencier de tout un autre groupe d'arthrites dues, celles-ci, à la présence dans l'articulation d'un agent infectieux.

Les pseudo-rhumatismes toxiques consistent soit en des arthralgies simples, soit en un véritable rhumatisme en tout semblable au rhumatisme vrai. Le début en est brusque, marqué par une douleur siégeant à un certain nombre d'articulations, poignet, coude, genou, épaule, hanche, et persistant ainsi *polyarticulaire* pendant plusieurs heures, mais rapidement plus marquée sur une ou deux grosses jointures qui restent plus longtemps frappées. Cette douleur peut persister seule avec des caractères assez particuliers. Elle se rapproche de la douleur du rhumatisme vrai, telle que Lasègue l'avait décrite. Il n'y a pas de douleur intra-articulaire vraie, mais une sensation de tension, de brûlure, de l'arthralgie autour de la jointure, au niveau des tendons qui y aboutissent et des muscles qui la recouvrent. Les mouvements sont encore plus douloureux que la pression de l'articulation elle-même. Les phénomènes fluxionnaires qui accompagnent ces douleurs sont en général peu intenses, le gonflement est peu marqué, la rougeur nulle ou légère, et l'épanchement intra-articulaire possible quoique rare. En un mot, on peut appliquer aux pseudo-rhumatismes toxiques, au sujet des phénomènes locaux, cette assertion que Lasègue appliquait au rhumatisme articulaire vrai : ils sont surtout extra-capsulaires, tandis que les arthrites infectieuses sont intra-capsulaires.

Les phénomènes locaux ne sont pas seuls à donner à ces pseudo-rhumatismes toxiques une physionomie caractéristique. En effet s'ils sont parfois isolés et si dans quelques cas les douleurs articulaires, plus ou moins intenses, constituent toute la symptomatologie de l'intoxication, bien plus souvent les arthropathies évoluent au milieu d'un ensemble de troubles qui sont ordinairement considérés comme d'origine toxique. Les plus frappants sont les troubles cutanés si marqués dans les diverses intoxications : ce sont des sueurs profuses, des éruptions diverses, prurigos, de l'urticaire, de l'érythème polymorphe.

La marche de ces pseudo-rhumatismes toxiques est assez particulière pour servir à les caractériser. Les poussées aiguës sont remarquables par leur bénignité relative, par la fugacité, la variabilité des phénomènes observés. Mais à la longue, si les attaques se répètent comme cela se produit au cours des intoxications chroniques, elles finissent par donner naissance à des produits plastiques se traduisant par des craquements et des douleurs sourdes et persistantes.

Ces caractères, cette évolution permettent donc d'opposer les arthropathies que nous étudions aux arthrites microbiennes qui n'attaquent qu'une jointure ou un très petit nombre de jointures, s'y fixent avec persistance et finissent très fréquemment par entraîner la suppuration.

Nous disons donc en terminant qu'un poison répandu dans l'organisme peut, chez des sujets prédisposés, produire des troubles articulaires tout à fait semblables au rhumatisme franc, et ces phénomènes rhumatoïdes ont entre eux d'assez grandes analogies pour qu'on puisse les rapprocher les uns des autres en un groupe caractérisé, le groupe des *pseudo-rhumatismes toxiques*. Enfin quoique le but de cette étude ne soit pas de faire revivre la théorie de l'origine toxique du rhumatisme articulaire franc, théorie notoirement insuffisante, il est vraisemblable que la classe des pseudo-rhumatismes toxiques absorbera avec la classe des pseudo-rhumatismes infectieux, le plus grand nombre des observations encore regardées comme du rhumatisme articulaire franc. Car en supposant qu'on découvre à cette affection son agent spécifique il sera toujours possible de la faire rentrer dans un des deux groupes de pseudo-rhumatismes actuellement établis. Dans quelques cas en effet, cet agent pourra aller se localiser dans une jointure et produire une arthrite rhumatismale, accident infectieux; d'autres fois au contraire, si le sang charrie simplement des poisons élaborés par cet agent au niveau des amygdales ou peut-être de l'intestin, ces poisons pourront influencer soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux, les tissus articulaires, et donner lieu à des arthropathies d'ordre purement toxique.

BIBLIOGRAPHIE

Auscher. *Manuel de médecine*, t. VII. — Besnier. Article Rhumatisme, in *Dict. Dechambre*. — Bloch. *Rhumatismes et dyspepsies*, Th. de Paris, 1902. — Bouchard. *Les auto-intoxications*. — Bouillaud. *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, 1836. — Charrin. *Traité de pathologie générale*, t. III. — Delpeuch. *La goutte et le rhumatisme*, 1900. — Farabeuf. *Le système séreux*, Th. d'agrég., 1876. — Fiquet. *Empoisonnement alimentaire*, Th. de Paris, 1894. — Gaillard. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 12 juillet 1895. — Garrod. *Traité du rhumatisme et de l'arthrite rhumatoïde*, 1895. — A. Gilbert et P. Lereboullet. L'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu, *Presse médicale*, 16 janvier 1904. — Mme Gourevitch. Th. de Paris, 1904. — Jaccoud. *Cliniques de la charité*, p. 741. — Kollmann. Zur Pathogenese des akuten Gelenkrheumat, *Munch. med. Woch.*, 1902. — Lannelongue et Mauclaire. *Bulletin médical*, 1890, p. 1122. — Macnamara. The toxic origin of rheumatoïd arthritis, *Clin. J.*, 1901. — Pagnier. *Essai sur l'étiologie du rhumatisme articulaire*, Th. de Paris, 1884. — Poncet. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1903. — *Lyon médical*, 7 août 1904. — Réveillé-Parise. *La goutte et le rhumatisme*. — Robin. *Traité des maladies de l'estomac*. — Roche. Arthrite, in *Dict. de méd. et de chir. prat.* — Saint-Germain. *Etude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu*, Th. de Paris, 1891. — B. de Sauvages. *Nosologie mé-*

thodique. — Stoll. *Méd. prat.*, an IX. — Tardieu. *Les empoisonnements.* — Triboulet et Coyon. *Le rhumatisme articulaire aigu*, 1900.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 MAI 1906)

La défense sanitaire de la ville de Paris. — M. A.-J. Martin, mieux placé que qui que ce soit pour traiter cette question, donne lecture d'un travail dans lequel il rappelle les progrès réalisés dans cette défense sanitaire de la ville de Paris depuis 1887, époque à laquelle le Conseil municipal vota les conclusions d'un rapport de M. Chautemps sur l'organisation sanitaire de la capitale.

Depuis cette époque, l'organisation de la défense sanitaire de Paris a été graduellement effectuée. En 1892, la création d'une inspection générale de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation a permis d'en centraliser la plupart des services et de leur donner progressivement une extension de plus en plus grande, que la constitution des bureaux d'hygiène permit de consolider et de perfectionner.

La loi sur la protection de la santé publique en date du 15 février 1902 a consolidé les efforts réalisés jusqu'alors à Paris et permis, par la promulgation des règlements sanitaires du 22 juin 1904, de déterminer les conditions dans lesquelles doivent désormais s'exercer les attributions dévolues à cet effet aux administrations sanitaires qui se partagent la sauvegarde de l'hygiène publique.

Depuis 1892, on a vu successivement le nombre des transports de malades et blessés par les services publics, s'élever jusqu'à près de 45 000 pour l'année 1905, celui des opérations de désinfection opérées par le service municipal approcher de 60 000; le chiffre des vaccinations et des revaccinations à domicile en temps de manifestations épidémiques, dépasser 80 000, sans compter les 160 000 opérations vaccinales faites par les services ordinaires. Un laboratoire de diagnostic des affections contagieuses était créé. Le casier sanitaire des maisons de Paris s'achevait et des enquêtes étaient poursuivies sur l'importance de la salubrité de l'habitation dans la propagation de certaines maladies infectieuses. En même temps étaient organisées avec méthode et régularité la surveillance médicale et locale des sources alimentant la ville de Paris, ainsi que l'analyse régulière des eaux dans les réservoirs, dans la canalisation et celle des eaux dans les bassins filtrants.

D'autre part, l'examen des constructions neuves en vue de l'obtention du permis de construction, par application des dispositions spéciales des règlements sanitaires, se poursuivit normalement, pendant que l'instruction des affaires dites d'assainissement des immeubles se pratiquait dans les conditions plus favorables spécifiées par la loi de 1902. Enfin, les conditions générales de salubrité de la capitale s'augmentaient chaque jour par l'amenée d'eaux en plus grande abondance, portant à 225 litres en 1905 la distribution moyenne journalière par habitant. La suppression des fosses mobiles, des appareils diviseurs et des fosses fixes se poursuivait avec persévérance, pendant que le nombre des écoulements directs à l'égout s'augmentait de telle sorte qu'au 31 décembre 1905, il n'existe plus que 32 696 immeubles non pourvus de ce mode d'éloignement des matières usées de l'habitation.

L'initiative privée ne restait pas inactive de son côté. Prenant exemple sur les enseignements que lui donnaient les services publics; profitant de l'aide que ceux-ci s'empressaient de lui accorder et des progrès de l'éducation générale, elle a permis notamment de donner à la protection de l'enfance une aide des plus précieuses, par toutes les institutions subventionnées par les pouvoirs publics, crèches, dispensaires, etc., où s'appliquent de plus en plus les règles sanitaires fixées par les conseils compétents. Ainsi l'on voit en particulier les décès de zéro à un an dus à la diarrhée infantile, diminuer progressivement à Paris grâce aux mesures recommandées et facilitées pour l'alimentation du premier âge, alors que ceux qui sont dus à la débilité congénitale, affection qui ne peut bénéficier des mêmes avantages, restent stationnaires en nombre.

Tous ces efforts réunis, des pouvoirs et de l'initiative privée, n'ont pas été sans produire de consolants résultats. L'organisation sanitaire de la Ville de Paris a tenu les promesses que M. Chautemps en espérait, au nom du Conseil municipal en 1887. La mortalité générale qui était en 1894 de 22,3 pour 1 000 habitants est progressivement descendue jusqu'au chiffre 17,4 en 1905, c'est-à-dire au chiffre de mortalité des grandes villes et capitales étrangères, dans lesquelles fonctionne une semblable organisation. Il est intéressant de constater que depuis 1892, la population s'est aussi graduellement accrue, si bien que si la mortalité était restée stationnaire depuis cette époque, elle eût été de 62 070 décès en 1905 au lieu du chiffre de 47 853 décès qu'elle a atteint, soit un gain de 14 217 décès en une année sur l'année 1902. Et dans ces chiffres, la diminution de la mortalité par maladies transmissibles compte pour une part régulièrement décroissante.

« Toutes les fièvres épidémiques, fréquentes autrefois, sont devenues progressivement très rares, vient de déclarer la statistique municipale officielle. Jamais depuis que la statistique de chaque décès existe (c'est-à-dire depuis 1865), la fièvre typhoïde n'a présenté un chiffre aussi bas. Jamais la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, n'ont été aussi rares qu'en 1905. La cirrhose du foie, causée le plus souvent par l'alcoolisme, a augmenté; de même, la néphrite est plus fréquente qu'autrefois. La tuberculose, comme on le sait, est de beaucoup la plus redoutable de toutes les maladies (elle a causé un quart des décès en 1905); comme pendant les années précédentes, elle a légèrement décru. Jamais la diarrhée infantile, de zéro à un an, n'a présenté un chiffre plus faible depuis que la statistique des causes de décès existe. »

Ainsi Paris devient de plus en plus salubre et bénéficie chaque jour davantage des progrès de l'hygiène publique. Ce sont là des constatations qui sont de nature à encourager tous ceux qui ont à cœur d'accroître sa prospérité.

Tuberculophobie. — M. Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux) lit un travail sur ce sujet. Dans ce travail, sagement conçu, M. Rousseau-Saint-Philippe semble surtout s'attacher à montrer l'importance d'un diagnostic exact de la tuberculose et à combattre la tendance de certains médecins à se trop hâter de porter le diagnostic et de considérer comme des manifestations tuberculeuses des affections qui n'ont rien à voir avec elles. Il fait également ressortir l'influence fâcheuse de cette tuberculophobie sur le sort des vrais tuberculeux que l'on aurait tendance à traiter comme des parias.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Kauffmann, professeur à l'Ecole d'Alfort; en deuxième ligne, et par ordre alphabétique, MM. Almy, Mollereau, Mouquet, Moussu, Petit, Vallé.

Traité de pathologie interne, par G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille. 2 vol. in-8 avec nombr. fig. — Prix : 16 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 61. — MARDI 29 MAI 1906. 79e ANNÉE. MARDI 29 MAI 1906. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Leçon clinique n° 1.* — Séance du 25 mai : MM. Hallé, 19; Castaigne et Ravaut, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Cade.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — MM. les professeurs Lortet et Monoyer sont mis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus aux grades ci-après et maintenus à leurs postes actuels :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le docteur Mignon, professeur au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le docteur Reboud, à l'hôpital militaire de Belfort.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les docteurs Vitoux, du 137e d'infanterie; — Masson, du 82e d'infanterie; — Esprit, du 4e génie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Briole, du 108e d'infanterie; — Weitzel, infirmerie-hôpital de l'Ubaye; — Bénard, du 155e d'infanterie.

— Le *Journal officiel* du 27 publie un arrêté relatif à l'institution de l'Ecole du service de santé militaire, suivi d'une circulaire et d'instructions pour l'admission à cette école. Il publie également un décret relatif au recrutement des pharmaciens militaires, suivi d'une instruction et d'un règlement.

HOMMAGE AU PROFESSEUR BROUARDEL. — A la suite de la démission de M. Brouardel comme professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, l'Association des médecins légistes de l'Université de Paris, dans sa séance du 18 mai 1906, a décidé, avec la collaboration des professeurs de l'Institut de médecine légale et psychiatrie, d'ouvrir une souscription à laquelle pourront prendre part les médecins légistes et les médecins experts de France et de l'étranger et tous ceux qui s'occupent de médecine légale. Cette souscription est destinée à offrir un souvenir au maître de la médecine légale française sous la forme d'une médaille rappelant ses traits et d'un album relatant les noms des souscripteurs.

Le montant de la cotisation est laissé à l'initiative de chacun et devra être adressé avant le 30 juin à M. le docteur Logez-Duc, secrétaire de la souscription, 81, rue de Maubeuge, à Paris, IXe arrondissement.

Les noms des membres du Comité d'organisation seront publiés dans la *Revue de médecine légale*, qui publiera également les noms des souscripteurs.

CONGRÈS POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — **Mercredi 30 mai. (Matin.)** — Rapports : de M. le docteur de Grissac (d'Argenteuil) sur l'*exercice illégal de la médecine par des médecins étrangers et par les étudiants en médecine* ; — de M. Geoffroy, avocat à la Cour d'appel de Paris, sur l'*usurpation par les officiers de santé du titre de docteur en médecine* ; — de M. le docteur de Sentourens (de la Ferté-Bernard), sur les *docteurs sortant des attributions que la loi leur confère en couvrant de leur diplôme des entreprises louches, instituts variés, académies fantaisistes, cabinets vénériens, charlatans*, etc. ; — de M. le docteur Folet (de Lille), sur l'*exercice illégal et charlatanesque de la médecine par la réclame.*

(Soir.) — Rapports : de MM. Breitel et Goret, docteurs en droit à Paris, sur *le rôle de la presse en matière d'exercice illégal de la médecine* ; — de M. G. Leredu, avocat à la Cour d'appel de Paris, sur *les réclames médico-pharmaceutiques* à allures scientifiques, faites à l'aide de tout procédé de publicité, par des personnes n'ayant pas de diplôme de médecin ; — de M. le docteur Leredde (de Paris) : *Comment avertir le public des dangers de l'exercice illégal de la médecine* ; — de

M. le docteur Bardet (de Paris), sur *les causes sociales de l'exercice illégal de la médecine* (considérations psychologiques et économiques).

Jeudi 31 mai. (Matin.) — Rapports : de M. le docteur Albert Prieur (de Paris) et Me Léon Prieur, avocat à la Cour d'appel de Paris, sur la *loi du 30 novembre 1892*. (Examen critique ; ses lacunes ; ses applications. Insuffisance de la répression ; modifications à apporter.) — de M. le docteur Maxwell, avocat général à la Cour d'appel de Bordeaux sur l'*Action des syndicats* (action judiciaire : droit d'action des syndicats, conditions de l'exercice de ce droit, rapports avec les parquets ; action extrajudiciaire : union des syndicats, centralisation des renseignements, action officieuse).

(Soir.) — Rapport de M. le docteur Ch. Levassort (de Paris), sur la *création d'un office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine*, avec caisse alimentée par tous les groupements professionnels.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Emmanuel Belliard, externe des hôpitaux de Bordeaux.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. DIEULAFOY, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 5 juin 1906 et comprenant dix-sept leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à onze heures et demie. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades ;

2° L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, hématoscopiques, uroscopiques et coprologiques, applicables au diagnostic clinique ;

3° Les principales indications des grandes médications (thoracentèse, ponction lombaire, bains froids, etc.).

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Lœper et René Gaultier, chefs de clinique ; O. Crouzon et Nattan-Larrier, chefs de laboratoire ; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

PROGRAMME DU COURS. — *Mardi 5 juin* : M. Lœper. — Examen clinique des poumons et de la plèvre. — Thoracentèse.

Mercredi 6 juin : M. O. Crouzon. — Examen clinique du sang. — Hémodiagnostic.

Jeudi 7 juin : M. René Gaultier. — Examen clinique de l'estomac et de l'intestin.

Vendredi 8 juin : M. Nattan-Larrier. — Application des procédés de laboratoire au diagnostic des infections techniques, des sérodiagnostics, diazoréaction, culture du sang.

Samedi 9 juin : M. Bonnier. — Technique de l'examen du nez, du pharynx, du larynx et de l'oreille.

Lundi 11 juin : M. Lœper. — Examen clinique du cœur et des vaisseaux. Étude de la tension artérielle. Asystolie : indications de la digitale.

Mardi 12 juin : M. O. Crouzon. — Examen clinique du système nerveux, motilité, réflexes, sensibilité.

Mercredi 13 juin : M. O. Crouzon. — Examen clinique du système nerveux, état mental, langage, écriture. — Ponction lombaire.

Jeudi 14 juin : M. Nattan-Larrier. — Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. — Examen de crachats. — Cytodiagnostic, inoculation (procédé de la mamelle).

Vendredi 15 juin : M. Déhu. — Méthodes cliniques d'examen des maladies cutanées et syphilitiques.

Samedi 16 juin : M. Déhu. — La médication mercurielle.

Lundi 18 juin : M. René Gaultier. — Examen clinique du foie, de la rate et du pancréas.

Mardi 19 juin : M. René Gaultier. — Méthodes de laboratoire appliquées à l'étude des maladies du tube digestif (examen du suc gastrique, examen des fèces).

Mercredi 20 juin : M. Lœper. — Examen clinique du rein. — Exploration rénale ; urémie, indication de la saignée, déchloruration.

Jeudi 21 juin : M. Nattan-Larrier. — Technique bactériologique élémentaire. Pus.

Vendredi 22 juin : M. Lacaille. — Méthodes d'exploration des réactions électriques ; leur application au diagnostic et au traitement, réaction de dégénérescence.

Samedi 23 juin : M. Lacaille. — Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique, radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (M. le professeur RAYMOND). — *Cours complémentaire et pratique* (2e série) *d'anatomie pathologique.* — M. le docteur Alquier, chef des travaux anatomiques, commencera le mardi 5 juin 1906, à cinq heures et demie de l'après-midi, un cours pratique d'anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière.

Ce cours aura pour l'objet l'étude pratique de l'anatomie pathologique (tumeurs, lésions inflammatoires, principales lésions des tissus, organes et appareils).

Il comprendra l'étude, sur des pièces anatomiques et des préparations histologiques, des caractères propres à chaque lésion et des méthodes techniques à employer dans chaque cas en particulier. Les élèves seront exercés aux manipulations histologiques, et devront faire eux-mêmes une collection de préparations qui, le cours fini, resteront leur propriété.

Le cours durera un mois et aura lieu tous les jours, à cinq heures et demie de l'après-midi. Le laboratoire sera ouvert, aux élèves qui voudront y travailler, tous les jours, de neuf heures à midi et d'une heure et demie de l'après-midi à cinq heures et demie. Les matériaux d'études, réactifs et instruments nécessaires seront mis gratuitement à leur disposition.

Le droit à verser est fixé à 80 francs. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin au docteur Alquier, à la Salpêtrière.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quitance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[LISBONNE, AVRIL 1906 (1)]

ÉTUDE DE 2 CAS DE LONGUE SURVIE, HUIT ANS ET SIX ANS, CHEZ DES MALADES OPÉRÉS DE CANCER DE L'ESTOMAC

par MM. G. Hayem et R. Bensaude.

Les observations de longue survie dans le cancer de l'estomac ne sont pas encore assez fréquentes pour ne pas mériter d'être publiées.

Généralement ces publications sont faites par des chirurgiens qui, se plaçant à leur point de vue spécial, se préoccupent surtout de la technique et de la gravité opératoires et des résultats globaux. Dans les 2 cas qui suivent, nous nous sommes principalement efforcés d'étudier les malades d'une façon complète avant et depuis l'opération et de discuter les points qui intéressent plus particulièrement le médecin.

Voici nos deux observations concernant des malades opérés l'un il y a huit ans et deux mois, par M. Tuffier, l'autre il y a cinq ans et onze mois, par M. Hartmann.

Observation I. [*Résumé* (2)]. — Un homme de quarante et un ans, entre dans le service de M. le professeur Hayem en janvier 1898, présentant tous les signes de la forme anémique du cancer de l'estomac, sans sténose pylorique. Le malade, sujet à des troubles gastro-intestinaux, fait remonter le début de sa maladie au mois de juillet de l'année précédente. Il commença alors à avoir de légères douleurs stomacales, accompagnées de sialorrhée. En décembre seulement apparaît un peu d'anorexie, sans dégoût pour la viande. L'anémie fait de rapides progrès. L'estomac n'est pas dilaté, on n'y sent pas de tumeur; il reste plutôt petit après l'insufflation; le pylore n'est pas insuffisant.

Pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèse ni de melæna.

L'examen du sang montre une anémie intense, une diminution notable de la valeur globulaire (G = 0,31), et une augmentation des globules blancs. L'examen du suc gastrique fait en série montre une forte hypopepsie avec HCl = 0.

Le malade a été opéré par M. Tuffier le 29 mars 1898. On lui fait une résection étendue de l'organe, suivie de l'abouchement du duodénum à la face postérieure de l'estomac. Les suites opératoires sont assez bonnes.

Le 5 mai le malade quitte l'hôpital en excellent état. Il est toujours très pâle, mais ses forces sont revenues, il a de l'appétit et digère bien.

Son menu ordinaire après sa sortie de l'hôpital se composait de quatre œufs, 2 litres de lait, 100 grammes de viande crue dans du potage, à midi et le soir.

Ce n'est que depuis la fin de l'année 1898 (neuf mois environ après l'opération), que la réparation du sang a été complète et que le malade s'est senti entièrement guéri.

Depuis nous l'avons vu régulièrement au moins une fois par an et jusqu'à ce jour il est resté en très bon état de santé (11 avril 1906). Le malade est pâle mais ne présente pas d'autres signes d'anémie. Son poids se maintient d'une façon constante entre 69 et 70 kilos. C'était là son poids moyen avant de tomber malade. Le malade a perdu dans ces deux dernières années presque toutes ses dents, il ne lui en reste que six à la mâchoire inférieure, toutes en mauvais état. L'appétit est bon : le malade mange n'importe quoi sans aucune précaution et boit à tous ses repas du vin coupé de moitié d'eau. Il n'a pas de pituites, pas de vomissements, pas de constipation ni de diarrhée. Il lui arrive parfois cependant d'avoir la sensation de digérer lentement.

On trouve une légère éventration au creux épigastrique, à l'endroit de la cicatrice. Cette particularité est surtout visible quand on fait tousser le malade, mais elle ne le gêne nullement.

L'estomac n'est pas dilaté et reste à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On ne sent aucune induration pouvant se rapporter à un néoplasme. L'insufflation montre que l'estomac distendu reste au-dessus de l'ombilic. Le pylore est suffisant.

L'examen du suc gastrique, fait le 10 avril 1905, a donné les résultats suivants :

Liquide normal.	Liquide à jeun.	Liquide après 30′.	Liquide après 60′.
A = 0,190	= 0,31	= 0,25	= 0,14
H = ,044	= 0,0	= 0,0	= 0.0
C = 0,170	= 0,31	= 0,22	= 0,26
H + C = 0,214	= 0.31	= 0,22	= 0,26
T = 0,321	= 0,310	= 0,106	= 0,228
F = 0,107	= 0,279	= 0,84	= 0,202
$\frac{A-H}{C}$ = 0,86	= 0,1	= 0,113	= 0,53
$\frac{T}{F}$ = 3	= 1,11	= 1,26	= 1,12
Variat. de la concentr..	0,02150	0,01875	0,01825
Résidu......	Pas de résidu. 18cc de liquide bilieux.	65cc de liquide mal émulsionné, hématique.	26cc de liquide mal émulsionné, hématique.

L'examen radioscopique de l'estomac a été pratiqué le 11 avril 1906, à huit heures et demie, le malade étant à jeun depuis la veille à huit heures. M. le docteur Barret qui a bien voulu s'en charger nous a remis la note suivante :

« L'estomac, examiné à jeun, est vide de tout contenu. Sa limite inférieure est à 5 centimètres environ au-dessus de l'ombilic. Le remplissage s'effectue suivant le mode observé sur les estomacs normaux et dont les parois présentent une tonicité suffisante. La cavité gastrique présente des dimensions, en hauteur et en largeur, plutôt inférieures aux dimensions de l'estomac. Le fond de l'estomac n'est pas abaissé par l'ingestion d'une quantité importante de liquide. L'évacuation du contenu (eau gommée additionnée de bismuth) s'opère avec une rapidité exceptionnelle. »

Ces résultats confirment ceux de l'examen de l'évolution digestive.

Examen anatomique. — La portion réséquée de l'estomac infiltrée de cancer ne mesurait pas moins sur la pièce, après macération dans le Muller, de 15 centimètres environ dans tous les sens.

Histologiquement il s'agissait d'un épithélioma alvéolo-trabéculaire à cellules cylindriques. Dans les points où il atteint son maximum de développement, son expansion paraît arrêtée par le tissu sous-séreux et séreux, fortement épaissi et, par places, infiltré de cellules embryonnaires.

Obs. II. — Mme S. P..., cinquante-sept ans, est venue consulter M. Bensaude le 18 juin 1900. Elle lui était adressée par M. le docteur Mouton (de Lisbonne), qui avait porté le diagnostic de cancer du pylore.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent pas grand intérêt.

Etant jeune fille elle a eu des attaques de nerfs et a souffert

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, no 56, p. 663, et no 59, p. 699.

(2) La première partie de cette observation a été publiée en détail dans G. Hayem. *Leçons sur les maladies du sang*, p. 376. Elle y figure comme un cas type de forme anémique du cancer de l'estomac.

de mauvaises digestions ; plus tard elle digérait assez bien. Depuis son mariage, qui eut lieu à trente-quatre ans et demi, elle s'est toujours bien portée et avait seulement de temps à autre des migraines. En 1893, son appartement ayant été inondé, elle tombe dans l'eau, et en éprouve une violente émotion. C'est à partir de ce moment qu'elle commence à ressentir des troubles digestifs. Au mois de juillet 1898, c'est-dire *il y a trois ans, elle eut pour la première fois un vomissement.* Depuis d'autres vomissements se montrent de temps en temps, mais Mme S... reste parfois des périodes de quinze jours sans vomir, pendant lesquelles elle peut se considérer comme n'étant pas malade.

Depuis deux ans, cependant, elle a commencé à vomir presque tous les jours. Ces vomissements étaient alimentaires, et la malade elle-même avait remarqué qu'ils contenaient parfois des aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait, même le lait et les œufs.

Habituellement, cependant, elle ne souffrait pas, mais certains aliments, tels que le pain, lui causaient des douleurs. Elle avait un état nauséeux continuel mais n'eut qu'une seule hématémèse il y a environ deux mois et demi.

« J'avais souvent, écrit-elle à propos des symptômes éprouvés avant son arrivée à Paris, des insomnies et je passais la plus grande partie de la nuit assise sur le lit et accotée à des oreillers. Je maigrissais énormément et n'avais plus aucun courage. J'étais triste ; ma faiblesse était telle que je ne pouvais plus marcher ! Tous les remèdes étaient inutiles, ou plutôt empiraient mon état. »

Lorsque nous voyons la malade pour la première fois, le 18 juin 1900, elle était manifestement amaigrie, avait un teint anémique plutôt que jaune paille. L'appétit n'avait pas complètement disparu, mais la malade ne pouvait pas manger, car la plupart des aliments provoquaient des vomissements.

Ceux-ci se répétaient tous les deux ou trois jours et offraient parfois les caractères typiques des vomissements de sténose pylorique : ils étaient abondants et contenaient des aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Fréquemment la malade avait des éructations et son haleine était incommodante par sa fétidité. Constipation opiniâtre, poids 55 kilogrammes environ.

Examen physique. — Paroi abdominale très flasque. L'estomac descend jusqu'au-dessous de l'ombilic. On produit facilement le clapotage. Pas d'ondes péristaltiques.

Dans la région pylorique on sent nettement une tumeur, non douloureuse à la pression. Nous portons le diagnostic de sténose du pylore d'origine cancéreuse. L'opération est proposée.

19 juin. La malade est mise au képhir n° 2 et au repos absolu. Sous l'influence de ce traitement elle se trouve soulagée.

Le 26 juin. Consultation avec M. le professeur Hayem qui confirme le diagnostic et conseille l'opération.

Le même jour la malade voit M. Hartmann qui veut bien se charger de l'opérer.

Examen chimique. — L'examen chimique, fait par M. Carrion, du liquide stomacal extrait une heure après le repas d'épreuve, donne les résultats suivants :

Liquide abondant et mal émulsionné.

A = 0,157	F = 0,240
H = 0	$\frac{A-H}{C}$ = 0,95
C = 0,165	
H + C = 0,165	$\frac{T}{F}$ = 1,68
T = 0,405	

Peu de peptones. Syntonine abondante.
Réaction lactique faible.

Le 23 juin on examine la malade à jeun. Liquide extrait peu abondant. Résidus d'œufs pris la veille, odeur fétide.

A = 0,272	F = 0,248
H = 0,007	$\frac{A-H}{C}$ = 1,17
C = 0,225	
H + C = 0,233	$\frac{T}{F}$ = 1,93
T = 0,481	

Peptones abondantes. On trouve de l'acide lactique.
Urines acides de densité normale. Urée = 17,92.

La malade entre dans la maison de santé de la rue Bizet le 27 juin. L'opération, faite par M. le docteur Hartmann le 29 juin 1900, a consisté dans une pylorectomie suivie de l'implantation du duodénum à la face postérieure de l'estomac (1).

Suites opératoires. — Excellentes. Sérum, bouillon, œufs dès le quatrième jour. Examen chimique le 23 juillet (M. Carrion). Le liquide extrait, soixante minutes après repas d'épreuve est assez abondant, très épais, bilieux et à odeur butyrique.

A = 0,249	F = 0,124
H = 0,037	$\frac{A-H}{C}$ = 1,32
C = 0,160	
H — C = 0,197	$\frac{T}{F}$ = 2,58
T = 0,321	

Peptones assez abondantes.
Syntonine.
Réaction lactique obtenue.

Suites éloignées. — Le 28 décembre 1900, la malade, au dire de son mari, « se porte à merveille. »

Le 31 mars 1901, onze mois après l'opération, voici ce qu'elle nous écrit :

« Maintenant, heureusement, depuis que l'on a fait l'opération que vous m'avez conseillée et après avoir suivi rigoureusement le traitement que vous m'avez imposé et qui consistait à ne manger ni pain, ni aucun aliment indigeste, depuis juillet à fin novembre, je mange de tout, je n'ai plus d'éructations acides et désagréables. Plus rien ne me fait mal ; je puis m'occuper de mon ménage, excepté des travaux fatigants. J'ai gagné un tel embonpoint qu'actuellement je pèse 74 kilogrammes. Je ne puis affirmer combien je pesais avant l'opération, mais certainement mon poids n'excédait pas 55 kilogrammes. »

La malade nous donne depuis régulièrement de ses nouvelles une ou deux fois par an, elle se porte toujours très bien. Aucune manifestation, aucune complication dignes d'être notées.

Le 1er août 1904, nous voyons la malade à Paris. Son état général est parfait. Elle pèse 77 kilogrammes, c'est-à-dire 22 kilogrammes de plus qu'avant son opération. Elle se sent forte et de bonne humeur.

L'appétit est bon. Elle mange de tout, sauf de la viande de porc et certains légumes secs qui lui pèsent sur l'estomac. Son alimentation consiste en lait, laitage, bouillon, viande au moins une fois par jour, œufs, poisson, fromages fermentés. Elle boit du vin à déjeuner. L'estomac reste à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pas de douleur à la pression ; pas de tympanisme. La cicatrice est en très bon état. Selles régulières.

L'examen du suc gastrique a été fait par M. Carrion le 2 août 1904, il n'y avait pas de liquide à jeun.

L'examen du liquide extrait soixante minutes après le repas d'épreuve donne les résultats suivants :

Liquide assez abondant, mal émulsionné.

(1) Voir le détail de l'opération dans Defossez. *Des résultats éloignés de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1901 (inspirée par M. Hartmann), Obs. XVIII, p. 73.

A = 0,078	F = 0,119
H = 0	$\frac{A-H}{C} = 0,77$
C = 0,101	$\frac{T}{F} = 1,84$
H + C = 0,101	
T = 0,220	

Peptones peu abondantes.
Pas d'acides gras.
Examen du sang fait le 3 août 1904 :

N = 3 752 000
R = 3 572 000
G = 0,90
B = 4650

24 avril 1906. La malade est présentée au Congrès de médecine de Lisbonne. Elle se trouve dans un excellent état de santé, et ne se plaint d'aucun trouble digestif.

Examen des pièces anatomiques (1). — La résection a porté sur le pylore, une partie de l'estomac et un centimètre et demi du duodénum. Le pylore est occupé par une tumeur saillante présentant une ulcération irrégulière à son extrémité stomacale. Au niveau de la suture chirurgicale, le duodénum et la muqueuse gastrique sont intacts. Au niveau de la grande et de la petite courbure on trouve des petits ganglions qui sont examinés histologiquement, un seul présente des lésions néoplasiques.

La tumeur pylorique est constituée par un épithélioma alvéolaire à cellules atypiques pénétrant jusque dans la sous-séreuse.

Deux questions s'imposent tout d'abord : 1° Nos malades avaient-ils réellement un cancer? 2° Sont-ils définitivement guéris et à l'abri de toute récidive?

La nature cancéreuse de l'affection, déjà évidente par l'évolution clinique de la maladie, ne pouvait plus être mise en doute après l'examen macroscopique et microscopique des pièces anatomiques.

D'ailleurs nos observations ne sont pas isolées dans la science et parmi les faits accompagnés d'un examen histologique indiscutable nous pouvons citer ceux de Kocher (survie de seize ans et de onze ans), de Kümmel (survie de onze ans), de Roux (survie de neuf ans et quatre mois), de Mikulicz (survie de huit ans et demi), de Krönlein (survie de huit ans), de Czerny (survie de sept et huit ans), de Chaput (survie de cinq ans), et enfin un deuxième cas de M. Hartmann resté sans récidive depuis plus de six ans.

Voici rapidement résumées quelques-unes de ces observations :

Cas de survie de seize ans et demi [Kocher (2)]. — Femme de cinquante-huit ans, souffrant de troubles digestifs depuis deux ans. Vomissements depuis trois mois. Tumeur mobile perceptible dans la région pylorique. Opération le 11 mai 1888. Le 10 août 1904, la malade est encore en parfait état.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique avec couche musculaire intacte.

Cas de survie de onze ans (Kocher). — Femme de quarante-six ans, depuis trois mois douleurs, vomissements, hématémèse noire, amaigrissement et constipation. Opération le 7 juillet 1893.

Examen histologique. — Carcinome, ganglions intacts.

Le 18 août 1904, la malade est en très bon état.

(1) L'examen détaillé de cette pièce a été faite par M. Cunéo, in Hartmann. *Travaux de chirurgie*, 1903, p. 335, pièce 14.

(2) Matti. *Beiträge zur Chirurgie des Magenkrebses*, Th. de Bern, 1905.

Cas de survie de huit ans et demi [Mikulicz, voir Borrmann, Obs. VI (1)]. — Femme de trente et un ans, opérée le 13 juin 1893. Depuis deux ans hématémèse, depuis trois mois douleurs stomacales.

Examen histologique. — Epithélioma alvéolaire.

En février 1901, parfaitement bien (c'est-à-dire quatre-vingt-onze mois après l'opération).

Cas de survie de cinq ans, sept mois [Mikulicz, voir Borrmann, Obs. I (2)]. — Femme de quarante-neuf ans, opérée le 31 mai 1895. Durée de la maladie trois mois.

Opération. — Tumeur infiltrant tout l'antre pylorique, ulcérée à sa partie supérieure, mesurant 12 centimètres vers la grande courbure. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma alvéolaire.

En février 1901, c'est-à-dire soixante-sept mois après l'opération, la malade était bien portante.

Ces longues survies correspondent-elles à des guérisons définitives?

Il est d'autant plus difficile de répondre à cette question que dans certains cas on a vu une récidive survenir à une époque très éloignée de l'intervention (au bout de trois ans et demi, cas de Tricomi, de cinq ans, cas de Wölfler).

L'étude d'un nombre considérable d'observations de cancers (dans lesquels les cancers de l'estomac ne sont pas compris) a fait d'autre part écrire à Labhart qu'un malade opéré d'un cancer est menacé d'une récidive pendant toute son existence, la probabilité de la récidive diminue cependant à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'opération.

Il n'en est pas moins vrai qu'on est en droit de croire à la possibilité d'une cure radicale quand on voit des survies de six et huit ans comme chez nos malades, et même de plus longues comme celles que nous avons rapportées plus haut.

L'état général de nos malades est actuellement excellent. Tous les deux ont augmenté de poids. Ils sont gais, bien portants et ont repris leurs occupations. Il n'y a pas de leucocytose et le sang a repris des caractères très voisins de la normale. Les malades tolèrent la plupart des aliments sans éprouver de troubles gastriques. L'examen de l'estomac ne révèle rien pouvant faire soupçonner une récidive. Nulle part on ne sent de tumeur. Après insufflation, l'estomac conserve son volume normal et le pylore paraît suffisant. Cependant, l'étude de l'évolution digestive et l'examen radioscopique ont révélé chez notre premier malade quelques particularités. L'évacuation gastrique ne se fait pas comme à l'état normal. Alors que habituellement la pilule de bismuth séjourne longtemps dans l'estomac, chez lui, elle avait déjà passé dans l'intestin au bout de quelques minutes. De même une solution gommeuse contenant du bismuth a passé vite dans l'intestin. Cependant l'estomac s'est comporté comme à l'état normal au point de vue de son remplissage.

Si ce fait devait se confirmer dans d'autres observations de pylorectomie, il y aurait là un contraste assez singulier entre les résultats obtenus par l'insufflation et ceux obtenus par la radioscopie.

L'existence de l'hypopepsie avec absence d'acide chlorhydrique libre que nous voyons chez nos deux malades, et sa persistance pendant de longues années se trouvent également signalées dans d'autres observations, bien que souvent les examens de suc gastrique n'aient pas été faits d'une façon complète. Ainsi pour ne citer qu'un exemple, chez le malade

(1 et 2) Borrmann. *Das Wachstum u. die Verbreitungswege des Magencarcinoms*, Iena 1901, Obs. VI, p. 25, et Obs. I, p. 7.

de Kocher, Obs. II, l'acide chlorhydrique libre n'avait pas reparu onze ans après l'opération. Cette particularité suffirait à elle seule pour faire justice de l'opinion que l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le néoplasme est due à la neutralisation du suc gastrique par l'alcalinité de l'ichor cancéreux.

M. Hayem (1) a démontré que l'hypopepsie dépendait d'une lésion complexe très intéressante qu'il a décrite sous le nom de *transformation muqueuse*, mais que cette transformation muqueuse est tantôt antérieure, tantôt postérieure au néoplasme. En effet, de nombreux examens histologiques lui ont montré que le cancer est susceptible de se greffer sur une forme quelconque de gastrite chronique.

L'irritation de l'appareil muqueux et la transformation muqueuse peuvent être un effet du développement du cancer et par suite survenir plus ou moins rapidement chez les cancéreux. La persistance de la transformation muqueuse et de l'hypopepsie consécutive s'expliquent par ce fait que les éléments cellulaires malades continuent leur évolution pathologique alors même que la cause du mal a disparu et on ne saurait tirer aucune conclusion au point de vue de la récidive du cancer de ce fait que les malades, après la gastrectomie, continuent à rester des hypopeptiques.

Pouvait-on prévoir chez nos malades la longue survie? — Chez tous les deux la résection complète du cancer avait pu avoir lieu et la section passait en plein tissu sain. Malgré l'étendue déjà considérable des lésions cancéreuses, l'envahissement ganglionnaire faisait totalement défaut dans notre première observation, tandis que dans la seconde, sur trois ganglions examinés, un seul, situé au niveau de la petite courbure, présentait des lésions néoplasiques.

Le type histologique était *à priori* également favorable. Si on lit à ce point de vue les statistiques de Borrmann, on remarque que presque tous les cancers colloïdes ont eu rapidement une évolution fatale, tandis que les cancers qui ont donné les plus grandes survies appartiennent à l'épithélioma alvéolaire (cas de Mikulicz, de cinq ans et demi, de cinq ans trois quarts). Le cas de Kocher, de seize ans de durée, intitulé épithélioma cylindrique, appartient probablement aussi à cette catégorie.

Dans ce dernier cas la musculaire était intacte, tandis que dans notre deuxième observation les couches profondes de la paroi stomacale, surtout la sous-séreuse, étaient complètement envahies.

Mais si ces constatations anatomiques faites après l'opération pouvaient faire espérer une issue favorable, il n'en était plus de même de l'évolution de la maladie et de l'état des malades au moment où cette opération a été exécutée.

Dans les deux cas le diagnostic clinique avait pu être fait avec certitude bien avant l'intervention opératoire. L'un de nos malades avait un cancer du pylore, c'est-à-dire la forme chirurgicale par excellence, tandis que celui qui jusqu'à présent offre la plus grande survie présentait, au contraire, une forme anémique sans sténose du pylore et sans tumeur appréciable, forme peu favorable à une opération.

L'intervention, bien que non exécutée d'une façon précoce, a donné une survie de six ans et huit ans. Les malades sont actuellement dans un état de parfaite santé, et tout porte à croire qu'ils sont définitivement guéris.

L'enseignement qui découle de ces deux observations, c'est que le cancer de l'estomac peut être guéri par une opération, même quand les symptômes cliniques sont évidents et qu'il y a une tumeur palpable ou des signes d'anémie cancéreuse.

(1) G. Hayem. Note complémentaire sur l'anatomie pathologique de la gastrite muqueuse, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 mai 1905, p. 442.

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

M. Tuffier, rapporteur.

Les accidents dus à l'hypertrophie de la prostate sont justiciables d'un taitement *préventif*, d'un traitement *palliatif* et d'un traitement *curatif*. La méthode décongestionnante constitue tout le traitement *préventif*, elle doit être appliquée suivant les préceptes du professeur Guyon, elle retarde ou atténue les accidents de rétention.

Le traitement *palliatif* est représenté par le cathétérisme; il doit être seul appliqué, quand il est règulièrement pratiquable, facilement exécuté et bien toléré. En cas contraire, il faut combattre les *complications temporaires* qui peuvent en gêner l'exécution. Ces complications, le plus souvent, cèdent à un traitement simple bien appropié, et tant qu'elles ne menacent pas le fonctionnement des voies supérieures réno-urétérales, elles ne créent pas d'indication opératoire. Ces menaces sont : l'impossibilité définitive d'évacuer la vessie quelle qu'en soit la cause, les hématuries persistantes, l'infection vésicale chronique, rebelle à toutes les médications, à tous les topiques essayés consciencieusement suivant les préceptes établis à Necker. Le cathétérisme reste donc la méthode de choix qui convient à l'immense majorité des malades. C'est dans son emploi et son application judicieux si bien précisés par l'École française que résident tous les secrets de son succès.

Le traitement *opératoire* a pour but de sectionner ou de supprimer l'obstacle. L'opération de Bottini améliorée par Freudenberg donne la même mortalité que la prostatectomie et ne met pas à l'abri des récidives ; elle peut devenir un obstacle très gênant pour l'ablation ultérieure de la glande. Elle a démontré l'intégrité du muscle vésical et son retour à l'activité quand la barre prostatique a été sectionnée.

L'*ablation partielle* de la prostate n'est applicable qu'à des cas très restreints où l'adénome s'est développé sur une des glandes périurétrales au niveau du col. L'oépration de Ridygier équivaut à une prostatectomie totale sans ouverture de l'urètre; il nous manque ses résultats à longue portée pour établir si les avantages post-opératoires incontestables qu'ils présentent cadrent avec une guérison complète.

L'*ablation totale* est actuellement la méthode de choix recommendable par le nombre de faits publiés et les résultats thérapeutiques obtenus. La mortalité globale oscille autour de 4 p. 100, le rétablissement de la miction spontanée et la disparition des accidents infectieux vésicaux sont la règle chez les opérés; la déchéance génitale est habituelle. L'âge du malade ni celui des lésions ne sont des contre-indications, mais l'intégrité relative du fonctionnement rénal est nécessaire ainsi que l'absence de toute tare organique grave, telle que diabète ou albuminurie, sous peine de voir succomber le malade au prétendu « shock ».

La *voie périnéale* et la *voie transvésicale* ont toutes deux leurs avantages et leurs inconvénients. Les deux voies combinées s'appliquent à des cas spéciaux. L'ablation par le périnée semble plus difficile; peut-être un peu plus bénigne, elle est suivie

d'une déchéance génitale à peu près fatale. La suture totale de l'urètre est un perfectionnement dans sa technique, le procédé par morcellement est plus long, l'hémisection est plus rapide, les complications opératoires les plus fréquentes sont les fistules urinaires. La mortalité est de 4 p. 100, les résultats thérapeutiques semblent moins parfaits qu'après l'ablation par voie haute, les malades à rétention chronique et incomplète conservent quelquefois, après l'opération, une rétention de quantité moindre.

La *prostatectomie transvésicale* s'éxécute très rapidement, sa technique est facile, l'ablation est complète, sa mortalité est un peu plus élevée (environ 5 à 6 p. 100), son danger réside dans l'infection périvésicale par drainage insuffisant. Ses résultats thérapeutiques sont parfaits, l'évacuation complète, spontanée de la vessie est la règle, la pollakiurie est rare, la puissance génitale est conservée le plus souvent.

Les indications opératoires en général résident dans la menace d'une distension définitive ou d'une infection des voies supérieures de l'arbre urinaire et cette indication est impérieuse, si cette rétention est septique. Mais il ne faut comprendre sous cette dénomination que les prostatiques qui ne peuvent être régulièrement sondés et dont l'infection résiste à tous nos moyens d'action. On fait trop souvent bon marché des moyens simples et au premier incident on propose et on pratique une opération qu'un traitement anodin éviterait certainement. C'est dire que l'intervention doit être l'exception et non pas la règle dans le traitement du fibro-adénome sénile de la prostate. Elle doit être pratiquée autant que possible *à froid*, c'est-à-dire en dehors des périodes d'accidents et de complications locales et générales. L'age du malade, si ses vicères fonctionnent normalement, le volume de la glande, l'ancienneté des troubles de rétention ne créent aucune contre-indication opératoire, et ne peuvent faire préjuger du résultat thérapeutique. Au contraire, l'état des reins bien examiné, les tares organiques portant sur le cœur, le foie, le poumon, la nutrition générale et certains états scléreux prostato-vésicaux, peuvent créer des contre-indications.

Le choix entre la voie périnéale et la voie hypogastrique doit s'inspirer de plusieurs constatations. D'abord de l'évolution vésicale habituelle ou périnéale du néoplasme, puis du volume de la prostate, les petites prostates scléreuses étant justiciables de la voie périnéale, de l'embonpoint considérable des opérés, qui réclament également cette voie, et enfin de l'habitude ou de l'habileté de chacun. Je crois que, dans les conditions moyennes, les deux voies accusent les mêmes échecs, mais pour le moment, la voie périnéale donne des résultats thérapeutiques moins complets avec une mortalité légèrement plus faible. D'ailleurs on fait peut-être fausse route en interposant la valeur des chapitres dans cette question, et pour ma part, je regarde comme infiniment plus important de savoir *quels malades on devra opérer*, que de trancher le débat sur la meilleure voie à suivre. L'avenir est aux indications plutôt qu'à la technique opératoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 MAI 1906)

La plus grande partie de la séance a été consacrée à la discussion en comité secret de la réforme des concours de l'Internat.

Un seul malade a été présenté par MM. Hirtz et Simon (Clément). Il s'agit d'un **déplacement du cœur à droite consécutif à un hydro-pneumothorax droit**, chez un jeune homme de vingt ans qui, à la suite d'un traumatisme violent de la région thoracique droite, présenta des signes d'hydro-pneumothorax droit. Au bout de cinq semaines, tout épanchement pleural avait disparu, mais le cœur était complètement déplacé à droite. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une énorme production fibreuse ayant créé des adhérences pleuro-péricardiques et entraîné définitivement le cœur à droite.

Cette présentation a été l'objet d'une discussion très intéressante, à laquelle prirent part MM. Faisans, Dufour et Bergé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 MAI 1906)

Il n'y avait presque personne à l'ouverture de la séance; la plupart des orateurs inscrits n'ont pas répondu à l'appel de leur nom et si nos confrères de l'armée n'avaient été là, la séance eût été levée à peine ouverte. M. le Président a donc bien fait de rappeler les membres de la Société de chirurgie à plus d'exactitude et il aurait pu ajouter à un peu plus de zèle.

Blessure du poumon. — M. Loison communique deux observations de blessure du poumon, l'une par un coup de feu, l'autre par une chute sous une roue de canon.

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune soldat qui, le 27 mars, s'était tiré un coup de revolver d'ordonnance dans la région cardiaque. M. Loison vit le blessé quelques heures après, il présentait 130 à 140 pulsations, de la dyspnée et des signes non douteux d'hémorragie interne et de lésions du poumon. L'orifice d'entrée de la balle se trouvait sur le milieu d'une ligne tirée du mamelon gauche au bord gauche du sternum, l'orifice de sortie se trouvait en arrière, au niveau du septième espace intercostal. D'après les signes, le poumon avait été certainement traversé. Mais M. Loison se demandait si le péricarde ou le cœur lui-même n'étaient pas aussi intéressés. Il débrida l'orifice d'entrée, il s'écoula une grande quantité de sang; ne pouvant encore se rendre un compte exact des lésions, il fit un volet, désinséra deux cartilages costaux et il put alors reconnaître que le péricarde et le cœur étaient intacts. La plèvre était remplie de sang; pendant cette exploration, les troubles respiratoires s'accentuèrent, le cœur battait tumultueusement. La plèvre ouverte, M. Loison tira un lobe du poumon au dehors. La dyspnée se calma aussitôt que cette traction fut opérée; il vit alors que sur le lobe supérieur du poumon existait une large fente de 7 à 8 centimètres; la surface cruentée du poumon était remplie de caillots. M. Loison fit une suture en masse de la plaie pulmonaire, après l'avoir débarrassée des caillots, il nettoya de même la

cavité pleurale, la referma et remit le volet en place. Il y eut du pneumothorax que M. Loison traita par l'aspiration à l'aide de l'appareil de Potain. On fit des injections de sérum, d'huile camphrée. Le blessé alla mieux, on combattit des spasmes du diaphragme par des injections de morphine. Le pouls se régularisa; la dyspnée avait presque complètement disparu.

Mais le lendemain elle reparut. On fit le pansement, il s'écoula 4 à 500 grammes de sérosité sanguinolente dans la journée, le malade succomba à des accidents d'asphyxie et de collapsus cardiaque. Il n'y eut pas d'autopsie.

M. Loison se demande si, dans ce cas, il fallait intervenir ? En présence de ces sortes de traumatismes, les chirurgiens sont divisés, les uns étant interventionnistes, les autres étant abstentionnistes. Ce qui a décidé M. Loison à intervenir chez ce blessé, c'est le doute où il se trouvait relativement à l'état du cœur. L'intervention a-t-elle été nuisible dans ce cas? M. Loison ne le pense pas, elle a permis d'arrêter une hémorragie. En outre les suites immédiates ont prouvé les avantages de l'intervention au point de vue de la régularisation du cœur et de la respiration. Quelle a été dans ce cas, la cause de la mort ? M. Loison croit devoir l'attribuer surtout au collapsus cardiaque.

Dans le second cas, il s'agit d'un canonnier qui, par suite d'une violente secousse imprimée à l'avant-train sur lequel il se trouvait, fut projeté sur le sol de telle façon que les roues du canon lui passèrent sur le corps. Il était atteint de fractures multiples. Cyanosé, on l'apporta à l'hôpital, il présentait une violente dyspnée, il n'y avait pas de fractures de côtes. A la percussion et à l'auscultation, du côté droit on percevait un tympanisme exagéré et un souffle amphorique. Il y avait un pneumothorax pur. On fit une ponction et l'aspiration de l'air avec l'appareil Potain. Le blessé alla mieux. Au quatorzième jour, il fut repris de dyspnée; le cœur était déplacé. Nouvelle ponction et nouvelle aspiration avec le Potain. On retira doucement 1 litre d'air. Ce malade a bien guéri.

M. Picqué rapproche du premier fait de M. Loison celui d'un hypocondriaque qui s'est tiré un coup de feu dans la région du cœur à bout portant. Il y eut des signes d'épanchement pleural. M. Picqué se demandait s'il y avait une lésion cardiaque. Il intervint, fit un volet et vit que le péricarde était intact. Il fit une pleurotomie; il n'a pas fait d'aspiration. Le poumon venait s'appliquer contre la paroi thoracique. Il n'y avait donc pas de rétraction pulmonaire. M. Picqué demande à M. Loison ce qu'il en était dans son cas.

M. Loison répond que le poumon n'était pas rétracté, mais qu'il était affaissé et congestionné.

Fièvre typhoïde. Perforation intestinale. Adénopathie du mésentère. — M. Toussaint rapporte l'histoire d'un soldat atteint de fièvre typhoïde qui, au quatorzième jour, présenta les signes d'une péritonite par perforation intestinale. Quelques heures après on constatait du ténesme vésical et une submatité au niveau de l'arcade crurale.

On fit, à neuf heures du soir, une laparatomie d'urgence; il s'écoula une notable quantité de liquide sanguin; on trouva une perforation de l'iléon qu'on ferma par quelques points de suture en bourse. On trouva aussi deux ganglions mésentériques gros comme des noix. On n'en fit pas l'ablation. Le malade succomba dans le collapsus cardiaque. On vit à l'autopsie que la suture intestinale avait bien tenu; mais les ganglions étaient suppurés. Faut-il intervenir dans ces cas d'adénite ? Oui, si l'on s'en rapporte à cette maxime : *Ubi pus ibi evacuas*. En effet M. Toussaint pense qu'il ne faut pas abandonner à elles-mêmes ces polyadénites suppurées du mésentère. Lorsqu'on fait la laparatomie pour la fermeture d'une perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, il faut penser aux adénites du mésentère et les traiter en conséquence.

Traumatisme du poignet. — M. Dujarrier présente un malade chez lequel il a fait la résection du semi-lunaire pour une fracture parcellaire du rebord postérieur. Le résultat fonctionnel est satisfaisant.

Tuberculose cunéo-métatarsienne. — M. Delbet présente un malade qui était atteint de cette affection et chez lequel il a employé le procédé suivant : désarticulation temporaire du pied, résection du cuboïde, ablation au bistouri des fongosités de la face plantaire. Réunion par première intention. Guérison. Cet homme marche très bien.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1906)

Note sur la bactériologie des ascites. — MM. Gilbert et Lippmann relatent les résultats d'une première série de recherches bactériologiques entreprises sur les liquides d'ascite de toute origine. Ils ne se sont adressés dans ce travail qu'aux ascites vierges de toute ponction antérieure, désirant ainsi se mettre à l'abri de toute cause d'erreur possible. Dans ces conditions, les ensemencements toujours fort largement pratiqués ne donnèrent aucun résultat en milieux ordinaires aérobies; seules les cultures anaérobies fournirent, et dans quelques cas seulement, de très rares et très discrètes colonies monomicrobiennes. Ces constatations viennent à l'encontre de certains faits relatés par quelques auteurs, dans lesquels on relevait une altération presque constante des liquides d'ascite recueillis à l'abri de l'air. Pour MM. Gilbert et Lippmann, cette contradiction n'est qu'apparente, elle proviendrait de la confusion dans les recherches des liquides non ponctionnés encore avec ceux déjà soumis à des ponctions répétées. Il est infiniment probable en effet, que ces derniers courent de grandes chances d'infection. La cytologie vient d'ailleurs confirmer cette hypothèse, en donnant d'une façon constante une formule toute mécanique pour les liquides de la première catégorie, en montrant d'autre part l'atténuation de cette formule et sa transformation en une lymphocytose ou une polynucléose à mesure du renouvellement des ponctions.

La séro-agglutination dans les oreillons. — MM. P. Teissier et Ch. Esmein. Pour fixer le rôle du microcoque trouvé par eux, ils ont recherché dans 12 cas l'action qu'exerce sur lui le sérum de malades atteints d'oreillons. Pour éviter toute erreur, ils ont substitué aux procédés rapides d'agglutination la réaction en vingt-quatre heures à la température de 36 degrés (adjonction à une culture jeune d'une goutte du sérum à essayer, et examen comparatif avec un tube témoin). Seules sont considérées comme valables les agglutinations à la fois macroscopiques et microscopiques. Ils ont obtenu dans 11 cas un résultat positif, la dilution variant de 1/50 à 1/300. Ce sérodiagnostic serait semblable à celui du pneumocoque, s'ils n'avaient pu le réussir aux diverses cultures, et non avec le seul microbe du malade en expérience. Le sérum de divers sujets atteints d'alcoolisme, de méningite, de congestion pulmonaire, de salpingite, était inactif; celui d'une typhique à la période d'état agglutinait lentement à 1/25.

Les trois stades de la vie aérobie du bacille d'Achalme (bacilles perfringens.) — Pour M. G. Rosenthal, le bacille d'Achalme aérobifié garde ses fonctions chimiques et biologiques intactes tant qu'il ne pousse pas sur gélose inclinée : c'est le premier stade (permanence des fonctions). Dans un deuxième stade le pouvoir pathogène, les fonctions chimiques s'atténuent et disparaissent dans les cultures aérobies mais reparaissent dans les repiquages en tubes cachetés (anaérobies de reconstitution). La perte définitive des fonctions chimiques et biologiques forme le troisième stade.

Action pharmacodynamique de la trinitrine. — D'après M. Vaquez, les travaux de Breadbury, Leech et Binz ont conduit à considérer la trinitrine comme un vaso-dilatateur et un hypotenseur ce qui est conforme aux données de la physiologie. Ces auteurs se sont appuyés sur la ressemblance que présentent les tracés sphygmographiques avec ceux obtenus à la suite de l'inhalation de nitrite d'amyle.

Il faut savoir que très souvent les tracés sphygmographiques ne témoignent d'aucune modification et que nombre de sujets sont absolument réfractaires à la trinitrine, les symptômes subjectifs sont souvent aussi absents, et ce qui domine l'action de la trinitrine comme d'ailleurs celle des composés nitreux c'est son extrême variabilité. C'est notamment ce que l'on constate chez des sujets dont la tension artérielle est supérieure à la normale.

Chez ceux qui réagissent bien, les tracés accusent leur première modification de la première à la deuxième minute après l'ingestion, surtout quand on donne des doses un peu fortes (XII gouttes de la solution à 1 p. 100 préconisée par Lublinski).

Ces modifications persistent jusqu'à la quinzième ou vingtième minute et présentent alors les caractères des tracés dus au nitrite d'amyle.

Il y a cependant presque toujours une différence notable, c'est qu'il n'y a pas d'accélaration du pouls et que la tension artérielle, mesurée avec les divers appareils sphygmomanométriques, ne témoigne d'aucune variation. Ces deux phénomènes qui marchent d'ordinaire de pair sont tout à fait exceptionnels et n'apparaissent que chez des sujets très sensibles au médicament.

Très souvent l'action de la trinitrine est comme dissociée et ne se manifeste que sous forme de modifications intermittentes du pouls pendant la durée de la phase active, ou sous forme d'irrégularités (pouls couplé par extra-systoles, pouls alternant, etc.).

Une modification très intéressante et très fréquente, qui peut se voir surtout chez les sujets à tension artérielle élevée, est la disparition du plateau propre aux tracés sphygmographiques des artério-scléreux.

Cette particularité est souvent la seule qui témoigne de l'action de la trinitrine ; elle peut dans ces cas suffire à expliquer l'utilité thérapeutique de la trinitrine qui est évidente, car elle indique une diminution de la rigidité vasculaire et d'une réapparition, transitoire d'ailleurs, de l'élasticité normale des vaisseaux.

L'accoutumance à la trinitrine est très rapide et chez un sujet, primitivement sensible, les tracés n'accusent plus aucune modification appréciable dès le sixième jour.

Il est donc inutile de donner le médicament d'une façon prolongée et le mieux est de le prescrire, par doses croissantes du premier au cinquième jour, en débutant par quatre gouttes et en augmentant, de deux gouttes par jour jusqu'à douze.

D'autre part l'action ne se prolonge pas dans l'intervalle de l'ingestion des gouttes. Même en administrant des doses massives (jusqu'à XL gouttes par vingt-quatre heures) il n'a pu déceler de modification permanente ou même durable des tracés ou de la pression.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

SUR LA PATHOGÉNIE INTESTINALE DE LA TUBERCULOSE ET LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Par le docteur Cholon.

Tous les médecins connaissent, à l'heure actuelle, la récente pathogénie de la tuberculose. Les bacilles pénètrent habituellement avec l'alimentation et les poussières dans le tube digestif. Ils traversent ensuite la muqueuse intestinale, et par la voie lymphatique, arrivent dans la circulation. Ils s'arrêtent alors en un point quelconque de notre organisme, dans le poumon de préférence, et commencent leur évolution morbide. C'est la théorie intestinale de la tuberculose.

Et de même que le tuberculeux l'est devenu par l'intestin, de même cet organe est le point de départ d'auto-inoculations successives. Les crachats déglutis apportent de nouveaux bacilles qui, par la même route, vont créer dans le poumon de nouveaux foyers, ou ajouter leur action toxique à celle des bacilles déja installés dans les précédentes lésions.

En pratique, cette théorie revient donc à donner la plus grande place au point de vue thérapeutique à l'antisepsie gastro-intestinale. Mais alors les difficultés commencent, car s'il nous est difficile d'atteindre le bacille au sein du poumon lui-même, il n'est guère plus commode d'instituer une médication capable de détruire les germes infectieux qui pullulent dans l'intestin. Si même, par des agents antiseptiques énergiques, on obtenait ce résultat, il resterait encore, en ce qui concerne la tuberculose, à détruire les bacilles déjà parvenus dans les ganglions mésentériques ou la circulation lymphatique.

A notre avis, ces difficultés ne sont pas absolument insurmontables, car d'après notre propre expérience nous pouvons dire que la médication créosotée judicieusement employée réalise tout à la fois le traitement pulmonaire et le traitement intestinal de la tuberculose.

En ordonnant contre la bacille pulmonaire les comprimés de Thiocol, qui représentent le gaïacol dépourvu d'inconvénients, nous avons mainte fois constaté l'influence tout à fait favorable de ce remède sur le diarrhée et les fermentations anormales. Même dans l'entérite tuberculeuse, il nous est arrivé d'obtenir avec 6 et 8 comprimés par jour une amélioration manifeste.

Ces faits de pratique courante nous forcent donc à admettre l'action antidiarrhéique et antiseptique intestinale du Thiocol.

Or, tandis que nous observions cet effet remarquable, les comprimés agissaient aussi sur les lésions pulmonaires, et dans plusieurs cas nous étions frappés de ce fait que l'amélioration de ces lésions était beaucoup plus sensible après la sédation des symptômes entéritiques.

De prime abord, cette coïncidence n'a rien qui doive étonner, car l'organisme n'étant plus soumis à cette cause d'épuisement doit retrouver ses forces et ses moyens de réaction,

Mais nous avons bien le droit de penser que la disparition constatée de la fièvre, de la toux et des hémoptysies après la guérison des troubles, intestinaux prouve que les symptômes

étaient sous la dépendance d'auto-inoculations parties de l'intestin, puisqu'ils ont cessé avec la guérison par le Thiocol, de l'entérite elle-même.

Mais pour que cette thérapeutique soit vraiment curative, il reste à savoir si le Thiocol est capable d'atteindre les bacilles logés dans les ganglions mésentériques par exemple. Or à ce point de vue, la supériorité des comprimés sur tout autre médicament créosoté s'affirme nettement.

Nous savons, en effet, que le Thiocol sous cette forme n'est ni toxique ni caustique, et qu'il peut être donné à haute dose sans nuire aux fonctions gastriques. Il suffira donc de le conseiller comme nous le faisons parfois dans les cas graves, aux doses de 8 et 10 comprimés, pour imprégner l'organisme et les glanglions mésentériques d'une quantité de principe actif suffisante pour agir nettement sur l'infection tuberculeuse.

Il est bon de remarquer en outre que cette action antiseptique du Thiocol se poursuit encore sur le poumon lui-même, car tandis qu'il arrête dans l'intestin les auto-inoculations possibles, il améliore les lésions pulmonaires. En effet sous son influence l'expectoration diminue, la toux se calme et les râles humides se sèchent. C'est donc en dernière analyse une action prophylactique et curative qu'il faut reconnaître aux comprimés de Thiocol. La thérapeutique n'est donc pas inactive en présence de la pathogénie intestinale de la tuberculose.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 JUIN 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 5 juin, à une heure. — 3ᵉ (2ᵉ partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Guiart.

1ᵉʳ (oral) : MM. Poirier, Launois et Rieffel.

3ᵉ (2ᵉ partie, oral, 1ʳᵉ série) : MM. Raymond, Thiroloix et Méry ; — (2ᵉ série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Bezançon.

4ᵉ : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez.

5ᵉ (1ʳᵉ partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Le Dentu, Auvray et Morestin ; — (2ᵉ partie) : MM. Dieulafoy, Achard et Rénon ; — M. Dupré, suppléant.

5ᵉ (1ʳᵉ partie), *Charité* (1ʳᵉ série) : MM. Guyon, Pozzi et Marion ; — (2ᵉ série) : MM. Berger, de Lapersonne et Hartmann ; — (2ᵉ partie) : MM. Joffroy, Gouget et Carnot ; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 6 juin, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Sébileau et Rieffel.

3ᵉ (2ᵉ partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2ᵉ : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3ᵉ (1ʳᵉ partie, oral) : MM. Tuffier, Lepage et Cunéo ; — M. André Broca, suppléant.

5ᵉ (2ᵉ partie), *Laënnec* (1ᵉ série) : MM. Kirmisson, Auguste Broca et Pierre Duval ; — (2ᵉ série) : MM. Segond, Delens et Legueu ; — (2ᵉ partie) : MM. Landouzy, Marcel Labbé et Macaigne ; — M. Desgrez, suppléant.

5ᵉ (obstétrique, 1ʳᵉ partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Richaud, suppléant.

Jeudi 7 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Rieffel et Morestin.

3ᵉ (2ᵉ partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Guiart et Maillard.

1ᵉʳ (oral) : MM. Pozzi, Thiéry et Launois.

3ᵉ (1ʳᵉ partie, oral) : MM. Le Dentu, Retterer et Demelin ; — (2ᵉ partie) : MM. Hutinel, Thiroloix et Bezançon.

4ᵉ : MM. Pouchet, Dupré et Gley ; — M. Vaquez, suppléant.

Vendredi 8 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Cunéo et Rieffel.

3ᵉ (2ᵉ partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

3ᵉ (1ʳᵉ partie, oral) : MM. Segond, Sébileau et Lepage ; — (2ᵉ partie) : MM. Brissaud, Claude et Marcel Labbé.

4ᵉ : MM. Joffroy, Richaud et Macaigne ; — M. Proust, suppléant.

5ᵉ (1ʳᵉ partie), *Necker* (1ʳᵉ série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2ᵉ série) : MM. Reclus, Mauclaire et Pierre Duval ; — M. Legueu, suppléant.

5ᵉ (obstétrique, 1ʳᵉ partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Balthazard, suppléant.

Samedi 9 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Thiéry et Morestin.

3ᵉ (2ᵉ partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

2ᵉ : MM. Launois, Langlois et André Broca.

3ᵉ (1ʳᵉ partie, oral, 1ʳᵉ série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Bonnaire ; — (2ᵉ série) : MM. Poirier, Bar et Marion ; — M. Carnot, suppléant.

5ᵉ (2ᵉ partie), *Beaujon* (1ʳᵉ série) : MM. Raymond, Méry et Gouget ; — (2ᵉ série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon ; — M. Renon, suppléant.

5ᵉ (obstétrique, 1ʳᵉ partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Vaquez, suppléant.

THÈSES

Mercredi 6 juin 1906, à une heure. — M. Fouchou-Lapeyrade. Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie. (MM. Terrier, président ; Roger, Teissier et Gosset.) — M. Jacob. La rééducation respiratoire. Traitement post-opératoire des rhino-adénoïdiens. (MM. Roger, président ; Terrier, Teissier et Gosset.) — M. Nouet. De la nécessité d'exiger des connaissances psychiatriques pour les médecins des établissements pénitentiaires. (MM. Brissaud, président ; Gaucher, Claude et Balthazard.) — M. Dureau. Rubéole et scarlatinéole. (MM. Gaucher, président ; Brissaud, Claude et Balthazard.)

Jeudi 7 juin 1906, à une heure. — M. Castagnary. Des endothéliomes calcifiés de la peau. (MM. Cornil, président ; Chantemesse, Méry et Langlois.) — M. Agasse-Lafont. L'anémie pernicieuse protopathique. (MM. Cornil, président ; Chantemesse, Méry et Langlois.) — M. Debray. Le charbon industriel. Maladie ou accident professionnels. (MM. Chantemesse, président ; Cornil, Méry et Langlois.) — M. Blairon. Prophylaxie des gastro-entérites des nourrissons ; la suralimentation et son remède. (MM. Chantemesse, président ; Cornil, Méry et Langlois.) — M. Croste. Quelques considérations sur l'appendicite, au cours de la grossesse. (MM. Budin, président ; de Lapersonne, Gilbert et Carnot.) — M. Galibert. Le panaris des nouveau-nés. (MM. Budin, président ; de Lapersonne, Gilbert et Carnot.) — M. Saubert. Traitement des blépharites ciliaires par l'hermophényl. (MM. de Lapersonne, président ; Budin, Gilbert et Carnot.) — M. Loubry. Contribution à l'étude des dyspnées d'origine hystérique. (MM. Gilbert, président ; Budin, de Lapersonne et Carnot.)

Le Directeur-gérant : Dʳ François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 62. — JEUDI 31 MAI 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 31 MAI 1906. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — *Leçon clinique n° 2.* — Séance du 28 mai : MM. Guillain et Milian, 20; Comte, 18.

— CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — Le premier concours vient de se terminer par les nominations de MM. Veau et Robert Proust.

Les notes de la dernière séance (28 mai) ont été les suivantes : MM. Proust, 19; Fredet, Lecène, Mouchet et Veau, 18.

— Le jury du deuxième concours de chirurgien des hôpitaux est provisoirement composé de MM. Delens, Ricard, Pozzi, Delbet, Lannelongue, Berger et Landouzy.

— PRIX DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury pour le prix de l'Internat en pharmacie est définitivement composé de MM. François, Berthoud, Cousin, Léger et Fourneau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve orale.* — Questions : « Apophyse ptérygoïde et les deux muscles ptérygoïdiens. » — Ont obtenu : MM. Mocquot et Picot, 19; Magitot, 18; Barbier et Guimbellot, 17.

« Parois de la caisse du tympan. » — Ont obtenu : MM. Dezarnaulds, 19; Sauvé, 18; Maugeais, 17; Kuss, 16; Cottard, 15.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — Il sera ouvert à Paris, en 1906-1907, des concours pour 41 places d'agrégé à répartir de la manière suivante entre les facultés de médecine ci-après désignées.

Section de médecine. — Pathologie interne et médecine légale (13) : Paris, 5; Bordeaux, 1; Lille, 2; Lyon, 1; Montpellier, 3; Toulouse, 1.

Section de chirurgie et accouchements. — Pathologie externe (10) : Paris, 3; Bordeaux, 1; Lille, 1; Lyon, 2; Montpellier, 1; Nancy, 1; Toulouse, 1.

Accouchements (4) : Paris, 2; Bordeaux, 1; Lyon, 1.

Section des sciences anatomiques et physiologiques. — Anatomie (2) : Paris, 1; Nancy, 1.

Physiologie (3) : Paris, 1; Lille, 1; Nancy, 1.

Histoire naturelle (2) : Bordeaux, 1; Montpellier, 1.

Section des sciences physiques. — Physique (3) : Paris, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1.

Chimie (3) : Paris, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1.

Pharmacie (1) : Bordeaux, 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 17 décembre 1906, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale);

Le 11 mars 1907, pour la section de chirurgie et accouchements;

Le 13 mai 1907, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté.

Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

— MONTPELLIER. — M. Cerdin-Delteil, agrégé, est nommé professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

M. Virès, agrégé, est chargé du cours complémentaire de pathologie générale du 25 mai au 1er juin 1906.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. le docteur G.-F. Leclerc est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

GUERRE. — ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. RÉSERVE ET TERRITORIALE — Sont mis au tableau du concours pour la Légion d'honneur :

Pour le grade d'officier : MM. les docteurs Desmons et Valude.

Pour le grade de chevalier : MM. les docteurs Martin, Milliot, Blanc, Raymondaud, Gendre, Carrié, Bézy, Sendral et Rodier.

(Voir les NOUVELLES, *p. 743.)*

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

ACTINOMYCOSE ET GROSSESSE [1]

Par M. le professeur ANTONIN PONCET

Messieurs,

Les hasards de la clinique ont amené, ces temps derniers dans nos salles, deux femmes atteintes d'actinomycose cervico-faciale. En dehors des signes cliniques de cette maladie infectieuse, elles présentent un intérêt particulier par suite du développement des lésions actinomycosiques pendant le cours d'une grossesse et de leur évolution spéciale après l'accouchement.

Ces deux malades vont nous permettre d'étudier l'actinomycose au point de vue de son influence sur la grossesse et l'accouchement et aussi, et surtout, de l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche de l'actinomycose.

C'est là, je crois, une question tout à fait neuve, qui ne semble pas avoir, jusqu'à ce jour, préoccupé les observateurs. Dans tous les cas, lorsqu'en 1897 parut notre *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, nous l'avions, malgré notre désir d'être aussi complets que possible, laissé de côté, M. Bérard et moi. Depuis cette époque, il n'en a pas, que nous sachions, était fait mention dans la littérature chirurgicale.

Avant de mettre à contribution, au double point de vue qui nous intéresse, les deux malades que je vous présente, laissez-moi vous raconter, en quelques mots, leur histoire et vous faire constater *de visu*, les signes cliniques bien connus d'un phlegmon actinomycosique de la région cervico-faciale, région qui, vous le savez, est un lieu d'élection pour l'actinomycose.

La première est entrée le 29 décembre dernier, au n° 25 de la salle Sainte-Anne (2). C'est une femme âgée de trente-six ans, mariée, d'apparence vigoureuse, exerçant la profession de ménagère dans un petit village du département de l'Ain, d'où elle nous a été envoyée par son médecin, le docteur Boccard de Jujurieux. Elle raconte n'avoir jamais été malade jusqu'à ces derniers temps. Elle a eu trois enfants, et c'est au commencement de sa dernière grossesse, en janvier dernier, qu'elle ressentit quelques douleurs dentaires du côté gauche et qu'un petit abcès s'ouvrit spontanément au niveau des dernières molaires du même côté. Ces douleurs, ces divers incidents ne la préoccupèrent pas autrement, le tout s'expliquait très bien par une très mauvaise dentition. Elle continuait à éprouver quelques légères douleurs lorsque, au mois d'août dernier, apparut une petite tuméfaction de la joue gauche, à peu près à égale distance de l'angle inférieur de la mâchoire et de la commissure labiale du même côté. Elle n'en était pas incommodée. Elle n'avait pas de trismus. D'après les conseils de son médecin, elle se contenta de quelques badigeonnages iodés sur la tuméfaction, cela, du reste, sans grands résultats.

L'état local des lésions trahissait, a priori, une fluxion dentaire banale, à marche plus ou moins chronique, entretenue par quelques chicots, lorsqu'elle accoucha dans le courant du mois d'octobre.

L'accouchement ne présenta aucune particularité; il n'y eut aucun signe, dans la suite, d'infection puerpérale et l'enfant, à cette époque bien portant, a continué d'avoir une bonne santé. Mais, à partir de ce moment, l'inflammation de la joue parut recevoir un coup de fouet. La tuméfaction augmenta; la peau devint rouge, douloureuse; du trismus survint. La malade indique elle-même les suites de couches comme ayant aggravé cet état local. Le fait est que, les accidents locaux s'accentuant au lieu de s'amender, elle suivit les conseils de son médecin et entra à la clinique ces jours-ci.



FIG. 1. — *Actinomycose cervico-faciale gauche.*

A l'examen, on songe immédiatement à des lésions actinomycosiques possibles. La joue gauche est tuméfiée. La peau correspondante est un peu rouge, tendue et, en un point répondant au milieu de la tuméfaction, on voit un orifice fistuleux par lequel s'écoule un peu de liquide séreux qui devient, en pressant sur la région voisine, séro-purulent. On constate en plus, par le palper extérieur et par le toucher intra-buccal, une tuméfaction, dure, ligneuse, des parties molles, formant un véritable placard, qui s'étend de la fosse zygomatique à l'angle inférieur de la mâchoire. Ce plastron est, Messieurs, presque caractéristique. Il est constitué par une sclérose des tissus, telle qu'on la rencontre si communément dans les lésions actinomycosiques un peu anciennes. Un petit abcès s'est, en outre, ouvert spontanément au

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Thévenot, chef de clinique.

(2) Cette malade a été présentée à la Société des sciences médicales, le 6 décembre 1905, par M. Gabourd, interne du service.

dehors, dans un siège un peu anormal pour un vulgaire abcès d'origine dentaire. Enfin, il existe une constriction marquée des mâchoires, et vous connaissez tous la grande valeur diagnostique du trismus dans les actinomycoses à point de départ maxillaire.

Ces différents signes, sur lesquels je n'insiste pas davantage, car vous avez eu, vous-mêmes, l'occasion de les contrôler, maintes fois, chez divers malades du service atteints d'actinomycose, devaient naturellement éveiller dans notre esprit l'idée de cette maladie. Aussi avons-nous immédiatement recueilli sur une lame de verre, sur la paroi d'une éprouvette, les liquides qui s'écoulaient de la fistule. Cette cueillette, vous l'avez constatée, a été de suite fructueuse, et vous avez pu voir, à l'œil nu, plusieurs petits grains jaunes. Ces derniers militaient, de plus en plus, en faveur du diagnostic d'actinomycose, mais, comme dans le pus et les sérosités inflammatoires, on peut volontiers trouver des grains semblables, et qu'il y a grains jaunes et grains jaunes, nous avons séance tenante prié notre chef de laboratoire, M. le docteur Louis Dor, qui a, dans l'espèce, une grande compétence, de nous renseigner, par un examen microscopique, sur les caractères de ces productions pathologiques. Cet examen a été positif dans le sens que nous supposions, et vous avez pu voir déjà, sur diverses préparations, le champignon rayonné avec sa couronne de massues caractéristiques. Il s'agit donc bien, Messieurs, d'un phlegmon cervico-facial d'origine actinomycosique. Eu égard aux conditions dans lesquelles il s'est développé, dans lesquelles il a évolué, il pose devant nous la question, comme je vous l'indiquais dès le début, des rapports de la grossesse, de l'accouchement, avec l'actinomycose.



Fig. 2. — *Actinomycose temporo-maxillaire gauche, au moment de son entrée à la Clinique.*

A en juger par le récit de la malade et de son médecin, l'infection aurait eu lieu au début de la grossesse. Par quel mécanisme, nous l'ignorons, comme bien souvent du reste. Il est probable que cette femme a infecté sa muqueuse buccale avec quelques débris alimentaires chargés du parasite, et séjournant dans la cavité ou au voisinage de vieux chicots.

Elle n'avait pas l'habitude de mâchonner des graines, des pailles, des brindilles d'arbustes, etc., étiologie sur laquelle nous avons nous-même peut-être trop insisté, car il est plus que probable que le champignon rayonné peut se trouver sur des fruits, sur des légumes, des salades, etc. : mangés à l'état de crudité, sur les végétaux les plus divers. Dans cette question d'étiologie douteuse, un seul fait net est à retenir. Cette malade habite une région (le Bugey, partie montagneuse du département de l'Ain), d'où nous sont venus, à diverses époques, plusieurs cas d'actinomycose humaine, et alors que l'actinomycose animale, chez des bœufs, des vaches, etc., s'y rencontre aisément.

C'est, du reste, une observation que nous avons faite bien des fois, et qui se comprend d'elle-même, que, dans les pays où l'on rencontre l'actinomycose animale, on doit y voir, le parasite étant le même, l'actinomycose humaine.

Un point paraît donc se dégager, nous l'avons dit : la grossesse ne rend pas le sujet réfractaire à l'infection actinomycosique, mais il semble qu'elle en retarde l'évolution, tout au moins, qu'elle en gêne le développement.

Par contre, l'accouchement, les suites de couches éperonneraient ce processus infectieux. Quant à l'accouchement lui-même, et à l'influence de l'actinomycose sur l'enfant, elle paraît être nulle.

Nous ne voudrions pas, Messieurs, formuler avec une seule observation une opinion aussi absolue. Nous vous la présentons, cependant, sous ce jour, parce qu'elle trouve sa confirmation dans l'histoire d'une autre jeune femme que voici et dont la pathologie est, en quelque sorte, superposable à celle de notre première malade.

Il s'agit d'une jeune bouchère, âgée de vingt-deux ans, et mariée depuis peu (1). Elle habite un petit village situé sur les bords de la Saône, dans le département de Saône-et-Loire, et elle nous est adres-

(1) Cette malade a été présentée à la société des Sciences médicales, le 27 novembre 1905, par M. Leriche, interne du service.

sée par son médecin, le docteur Perruchet de Saint-Trivier-de-Courtes (Ain).

Cette jeune femme a eu une santé parfaite jusqu'au mois de janvier 1905. A cette époque, étant enceinte de six mois, elle fut prise de névralgies dentaires très violentes, qui durèrent quelques jours. Elle n'avait alors ni tuméfaction, ni trismus. Bientôt, du gonflement apparut, gonflement dur, non douloureux, dans la région jugo-massétérine. Elle s'en inquiéta peu. Au même moment, elle s'aperçut d'une certaine gêne en ouvrant la bouche, surtout quand elle bâillait. Elle ne pouvait pas, dit-elle, « ouvrir la bouche à fond. » Le 10 mars, elle accoucha, sans



Fig. 3. — *La même actinomycose avec trois abcès survenus pendant le cours du traitement ioduré* (1).

incidents, d'un garçon de 6 livres, qu'elle allaita jusqu'à ces derniers jours et qui s'éleva très bien.

Presque immédiatement après ses couches, la tuméfaction s'accrut notablement. Elle insiste sur cette aggravation locale et sur une gêne plus grande à ouvrir la bouche. En mai de la même année, formation d'un abcès au voisinage de l'angle inférieur de la mâchoire, écoulement d'un liquide séreux, séro-purulent, dans lequel la malade prétend avoir remarqué, à certains moments, « de petits grains jaunâtres analogues à de la semoule. » En même temps, le gonflement cervico-facial augmentait; il s'étendait du côté de la fosse temporo-maxillaire et les douleurs, surtout nocturnes, devenaient vives. En septembre dernier, les accidents locaux reçurent un nouveau coup de fouet, par suite de l'ablation de la dent de sagesse du maxillaire inférieur du côté malade.

Depuis lors, la tuméfaction s'est étendue; un autre abcès s'est formé et vidé vers l'angle inférieur de la mâchoire, en même temps que la gêne fonctionnelle était plus marquée.

Telle est, Messieurs, l'histoire de cette deuxième malade. Lorsqu'on examine, comme je le fais devant vous, en me servant naturellement beaucoup de la vue, et en palpant avec soin les tissus enflammés, on songe encore immédiatement à un phlegmon actinomycosique. Ici, plus encore que dans le cas précédent, les signes cliniques : fistules multiples s'ouvrant au dehors, placard scléreux remontant dans la fosse temporale, trismus, etc., font penser à un phlegmon d'origine actinomycosique. Je vous ai parlé bien des fois, de ces signes qui ont été décrits avec grand soin dans de nombreuses publications, personnelles et autres, et je n'ai nullement l'intention de vous les exposer de nouveau, surtout au point de vue d'un diagnostic différentiel.

Je veux, cependant, vous faire remarquer, en passant, que si ces différents signes réunis ont, au point de vue de leur étiologie, une grande importance, il ne faut pas oublier que l'actinomycose se présente avant tout à la face, au cou, dans la cavité abdominale, sur les parois du ventre, etc., avec un ensemble d'accidents locaux qui rappellent beaucoup ceux que l'on constate dans d'autres infections. Je tiens doublement à faire devant vous cette remarque, d'abord, parce que cette confusion a lieu encore très volontiers, et aussi, parce que les médecins, qui n'ont pas vu des lésions actinomycosiques, se figurent trop aisément que le mot relativement nouveau d'actinomycose, et qui par sa nouveauté précisément frappe parfois l'esprit d'une façon un peu étrange, donne lieu à des productions pathologiques bizarres, extraordinaires, tout à fait inconnues, etc. Ce sont là de grosses erreurs, qui peuvent être très préjudiciables aux malades.

Vous ne devez pas oublier, Messieurs, que la maladie, dont nous nous occupons, prend le plus souvent le masque des suppurations, banales, tenaces, il est vrai, et plutôt sclérogènes, et que son diagnostic ne peut être établi que par la recherche méthodique et la constatation des grains jaunes, contrôlés de plus par l'examen histologique. Ces diverses considérations, je désirais vous les exposer, un peu en hors-d'œuvre, parce qu'elles sont essentiellement pratiques et qu'il importe beaucoup, dans l'espèce, de faire un diagnostic exact et précoce.

(1) Nous donnons les photographies de nos trois malades atteintes d'actinomycose, non pas que la maladie offre, de par la grossesse, des caractères particuliers, mais bien, parce que de telles illustrations nous semblent toujours avoir leur utilité, en raison d'un diagnostic auquel on ne songe pas encore beaucoup et qui est souvent méconnu.

La figure 3 représente le sujet de la figure 2 vu de profil, et cela. quelques jours après l'entrée de cette malade à l'Hôtel-Dieu et la leçon clinique de M. Poncet.

Sous l'influence du traitement iodé, qui a eu, comme nous l'avons vu souvent, une sorte d'action élective sur les tissus enflammés, la tuméfaction s'est ramollie en quelques points et de petits abcès ont été ouverts; ils ont laissé des fistules au niveau desquelles la peau, badigeonnée avec la teinture d'iode, a pris *une teinte noirâtre.*

La plupart des médecins, hélas! ne pensent pas encore actinomycosiquement. Bien souvent, nous voyons l'actinomycose, méconnue pendant des mois, pendant des années. Chose plus curieuse encore, il n'est pas rare de voir des malades faire eux-mêmes leur diagnostic par la constatation de petits grains, jaunes, gris, etc., œufs de vers à soie, grains de semoule, disent-ils, dans les liquides qui s'écoulent de leurs plaies, et, remarque non moins intéressante, les médecins n'attachent aucune importance à ce récit de leurs malades.

C'est surtout, en fait d'actinomycose, que vous devez, Messieurs, vous rappeler cet aphorisme d'un de mes illustres prédécesseurs, Amédée Bonnet : « Pour faire un diagnostic, il faut, tout d'abord, penser à la maladie en face de laquelle on peut se trouver. » C'est là, si vous le voulez, une vérité de M. de la Palice, mais elle n'en est pas moins d'une grande portée pratique, car bien souvent on commet une erreur de diagnostic parce que l'on n'a précisément pas songé à la maladie qui est en jeu. Il faut évoquer l'actinomycose dans un diagnostic, aussi bien que la syphilis, la tuberculose, etc., etc.

Si nous reprenons maintenant l'histoire de cette jeune femme au point de vue qui nous intéresse, nous voyons, qu'elle aussi s'est contaminée dans les premiers temps de sa grossesse, que jusqu'à son accouchement les phénomènes locaux ont été très peu marqués en temps qu'accidents inflammatoires mais qu'ils ont subi une recrudescence dans les jours qui ont suivi l'accouchement, et que depuis lors, ils n'ont fait qu'augmenter. Remarquons, avant d'aller plus loin, que l'accouchement fut normal, qu'il n'y eut dans la suite aucun signe d'infection puerpérale, et que l'enfant, très bien portant au moment de sa naissance, est resté tel. Sa mère l'a nourri jusqu'au jour où elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, et c'est sur mes instances, avant d'être soumise à un traitement ioduré, qu'elle l'a sevré.

A en juger par l'évolution, en quelque sorte aiguë, des accidents dans ces derniers mois, il semblerait, nouveau point que nous ne vous avons pas encore signalé, que la lactation, que le nourrissage, créent un terrain favorable à l'évolution de l'actinomycose.

Un semblable état local ne s'est pas développé sans porter atteinte à l'état général. Comme vous le voyez, Messieurs, cette femme est pâle, amaigrie; elle a, de plus, un air dolent qui s'explique par des insomnies, une insuffisance d'alimentation, des douleurs plus ou moins vives, etc.

Cet habitus pathologique, nous le connaissons bien pour l'avoir souvent rencontré chez des actinomycosiques. Je ne vous dirai pas qu'il a quelque chose de caractéristique; il est, cependant, assez particulier pour que mon chef de clinique, M. Thévenot, l'ait décrit avec soin, qu'il l'ait attribué à un poison, différent de celui des autres infections, et produisant, par cela même, des effets également autres.

J'ai hâte d'ajouter, Messieurs, que, chez cette dernière malade, le diagnostic clinique a été confirmé par l'examen microscopique de nombreux grains jaunes, charriés par le pus et les sérosités des fistules.

Comment s'est faite la contamination? Comme chez la malade précédente, nous l'ignorons. Notez, toutefois, que cette jeune femme est bouchère, qu'elle a pu être ainsi. par sa profession, exposée à certains genres de contagion. Elle ignore l'actinomycose chez les animaux dont elle vend la viande, et lorsque nous lui avons montré, soit à elle, soit à son mari, des photographies de têtes de bœufs atteints d'actinomycose des mâchoires, elle nous a dit n'avoir jamais rien vu de semblable et ignorer complètement ce genre de maladie chez ces animaux.

Il me semble permis, dès maintenant, d'émettre devant vous quelques propositions résumant le côté particulier de cette clinique visant la grossesse et l'actinomycose, mais, dans une question aussi neuve, on ne saurait utiliser trop de documents. A ce propos, je vous rapporterai, en quelques mots, une nouvelle et très intéressante observation, semblable aux deux précédentes, observation qui m'a été obligeamment communiquée, avec la photographie, par mon distingué collègue d'accouchements le professeur Fabre.

Au mois de juillet 1903, entrait dans son service pour faire ses couches à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, une jeune femme âgée de trente ans, qui était porteur, dans la région sous-maxillaire gauche, d'une tuméfaction phlegmoneuse ayant donné lieu à une série d'abcès, formant une véritable taupinière. Les lésions occupaient exclusivement les parties molles, le squelette voisin paraissait indemne. Elles avaient des caractères tels, que l'on pensa, de suite, à l'actinomycose. Ce diagnostic fut confirmé par l'examen de grains jaunes qui s'échappaient des fistules. Mon chef de laboratoire, M. L. Dor, y trouva le champignon rayonné. La malade, dont l'état général était, du reste, parfait, accoucha normalement de deux jumeaux, quelques jours après son entrée à l'hôpital, le 3 juillet 1903.

« L'accouchement, dit l'observation recueillie à cette époque, fut très rapide; il s'effectuait d'une façon tout à fait simple, de même que la délivrance. Le placenta examiné était lui aussi normal. Les suites de couches furent également très régulières. Au septième jour, la température rectale n'avait pas dépassé 37°5. »

Quant aux deux jumeaux, ils n'offraient rien de particulier. L'un pesait 2080 et l'autre 2110 grammes.

Interrogée lors de son entrée, sur le début, sur l'évolution de son phlegmon cervical, la malade raconta que, mariée, elle habitait Lyon depuis dix-huit ans, et qu'elle n'était pas, depuis cette époque, retournée à la campagne. Sa santé avait été des plus satisfaisantes, en dehors de névralgies d'origine dentaire qu'explique bien sa mauvaise dentition. Son mari est employé dans une usine et, quant à elle, elle se livrait uniquement aux soins du ménage. Elle ignore complètement la cause des abcès qui sont survenus lentement dans la région sous-maxillaire. Quand on l'interroge avec soin, elle indique une étiologie douteuse; elle avait, dit-elle, l'habitude de se gratter les dents avec des aiguilles. Jamais elle n'aurait fait usage de brins de paille, de petits morceaux de bois, etc.

Dans les premières semaines de sa grossesse, elle ressentit des douleurs à gauche, au niveau de la mâchoire et au-dessous du maxillaire inférieur. Concomitamment apparaissait un trismus très marqué. Les douleurs étaient surtout nocturnes, l'état général laissait à désirer. C'est quatre mois après ces manifestations douloureuses, que survint une tuméfaction sous-maxillaire qui atteignit bientôt le volume d'un œuf et présenta les caractères d'un abcès. Un médecin appelé fit une incision par laquelle du sang seul se serait écoulé. L'intervention amena une détente locale, les douleurs et le trismus disparurent, mais la tuméfaction persista. Elle paraît avoir pris, à partir de ce moment, l'allure d'un phlegmon chronique assez bien localisé.

Pendant les cinq derniers mois de la grossesse, cet état local resta plutôt stationnaire, et nous avons vu que l'accouchement et ses suites furent tout à fait normales, sans aucun signe d'infection générale.

Malgré les conseils qui lui furent donnés, cette femme, qui avait hâte de retourner chez elle, quitta l'hôpital douze jours après son entrée. Son état général était parfait. Elle devait, sur les recommandations du docteur Fabre, prendre de l'iodure de potassium jusqu'à la guérison de ces lésions. Il n'est pas fait mention chez elle d'une aggravation apparente, après l'accouchement, de son actinomycose suppurée. Dans la suite, elle ne revint pas, du reste, se montrer à l'Hôtel-Dieu, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, et, depuis lors, M. Fabre put la considérer comme guérie.

Il était intéressant de savoir ce qu'il en était advenu, et connaissant par les registres de l'Hôtel-Dieu le nom et l'adresse de cette femme, nous l'avons fait rechercher.

L'enquête menée par M. Thévenot nous a alors appris qu'elle était morte presque subitement chez elle, seize mois après son départ de l'Hôtel-Dieu, qu'elle était alors tout à fait guérie de son actinomycose. Cette guérison, d'après le récit d'une de ses voisines, aurait été complète trois mois après sa rentrée chez elle.

Nous ignorons, Messieurs, la cause réelle de cette mort rapide, nous ne savons qu'une chose d'après les renseignements recueillis à la même source, c'est que la malade avait ressenti de nouveau des douleurs névralgiques dans la tête, dont elle se plaignait beaucoup, et que aucune récidive locale n'était apparue.



Fig. 4.— *Phlegmon actinomycosique suppuré de la région sous-maxillaire gauche, chez une accouchée de la Clinique de l'Hôtel-Dieu* (service de M. le professeur Fabre).

Nous ne pouvons donc aller au delà du premier diagnostic qui avait été formulé et qui était celui, ainsi qu'on peut en juger par la photographie, de phlegmon suppuré sus-hyoïdien de nature actinomycosique, avec point de départ très probable du côté de la muqueuse du plancher buccal, ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples.

Quant à ses deux enfants, l'un encore chétif est élevé en nourrice à la campagne, l'autre serait mort, quelques semaines avant sa mère, de méningite (?). Ici encore nous ne voyons pas de relations à établir entre la maladie de la mère et l'histoire de ses jumeaux.

Vous le voyez, les rapports de l'actinomycose, avec la grossesse, avec les suites de couches, etc., méritent bien d'être étudiés. Il semble, avec les trois observations dont nous disposons, que nous puissions émettre, à cet égard, quelques propositions qui pourraient se résumer ainsi :

1° La grossesse ne s'oppose pas à l'infection actinomycosique.

2° Si le terrain n'est pas alors réfractaire au développement du champignon rayonné, il paraît lui constituer un milieu relativement peu favorable, en raison précisément, de la marche, de l'évolution, dés lésions locales.

3° Les suites de couches, à en juger par nos ob-

servations I et II, aggravent la maladie. Elles accroissent sa malignité, sans cependant, donner lieu à aucune infection générale, sans engendrer des suites de couches pathologiques.

4° L'infection actinomycosique ne semble pas avoir d'action sur le développement du fœtus, et sur sa viabilité ultérieure.

L'actinomycose se comporterait donc volontiers, chez les femmes enceintes et après l'accouchement, comme le fait généralement la tuberculose. Ce rapprochement entre les deux maladies, nous le faisons d'autant plus aisément, qu'il existe entre elles certains points de contact; c'est ainsi que certains actinomycosiques réagissent, ainsi qu'on le sait depuis longtemps déjà, aux injections de tuberculine, et, chez nos deux premières malades, alors que nous n'avions pas osé recourir à cette épreuve parfois dangereuse, nous avons eu cependant, par la séro-réaction suivant la méthode de MM. Arloing et P. Courmont, un résultat des plus positifs. Chez toutes deux, l'agglutination était de 1/15. La même réponse nous a été donnée à leur endroit par le laboratoire de la Faculté, alors que nous nous étions contentés d'envoyer une certaine quantité de sang, sans en indiquer la provenance : *séro-diagnostic tuberculeux très positif.*

Si nous ajoutons, Messieurs, que parfois le bacille de Koch prend une forme mycélienne (Nocard, Roux, etc.), offrant la plus grande analogie avec le mycélium de l'actinomyces bovis (1), vous comprendrez combien il était intéressant de recourir à ces divers modes d'investigation et quels rapprochements en découlent, au point de vue de l'influence de l'actinomycose, de la tuberculose sur la grossesse.

Je me borne à ces quelques réflexions, d'autant mieux qu'en dehors de l'actinomycose, nous sommes déjà des mieux édifiés sur les maladies de la grossesse et des suites de couches qui ont été si bien étudiées par mon ami le docteur Vinay, médecin de nos hôpitaux, dans son *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, Paris 1894.

J'aurais pu, cependant, vous citer d'autres observations d'actinomycose et de grossesse venant confirmer les considérations que je vous ai exposées. Nous avons, en effet, retrouvé, dans notre *Traité clinique de l'actinomycose* et ailleurs, quelques faits du même ordre, confirmatifs de nos idées, mais ce serait prolonger outre mesure cette leçon. Je crois devoir me borner là, d'autant mieux que mon assistant, M. le docteur Thévenot, se propose, avec des documents plus nombreux, de publier bientôt une étude d'ensemble sur le même sujet.

Avant de terminer, je voudrais, Messieurs, vous dire un mot du traitement à instituer chez de tels malades. Ce traitement doit être naturellement celui de l'actinomycose, mais ici, en raison même de la grossesse, il comporte certains tempéraments.

Depuis longtemps déjà, j'enseigne que, si dans les lésions actinomycosiques, suppurées et autres, il existe un traitement local et un traitement général, le traitement général ou médical est de beaucoup le plus important et que le traitement local, dont l'utilité est également des plus grandes, doit être aussi peu opératoire que possible.

L'expérience clinique a montré, dans ces dernières années, et M. Thévenot a bien établi la valeur de cette manière de faire dans les actinomycoses ano-rectales (1), qu'il ne fallait pas du tout considérer et traiter l'actinomycose comme une tumeur maligne, qu'au lieu d'enlever des tissus, de cureter des foyers inflammatoires, de traverser avec des drains les collections suppurantes, les masses scléreuses, etc., il fallait se contenter d'ouvrir rapidement les abcès existants, et recourir au minimum de manœuvres chirurgicales prolongées.

Une telle conduite m'a été suggérée par l'observation de nombreux actinomycosiques, alors que les opérations sanglantes ayant pour but la destruction du parasite, l'extinction rapide du processus infectieux plus ou moins diffus, etc., n'avaient fait que donner un coup de fouet à ces derniers, qu'aggraver la plupart du temps l'état local par des infections surajoutées, enfin, que favoriser, semblait-il, la généralisation, en particulier, au cerveau et aux méninges, etc., dans des actinomycoses cervico-faciales par exemple, s'étendant déjà du côté de la base du crâne.

Ces considérations s'appliquent à toutes les lésions actinomycosiques, cavitaires, intra-abdominales, intra-pelviennes, etc., sur lesquelles on ne peut avoir, au reste, qu'une prise très incomplète.

Aujourd'hui et depuis longtemps déjà, quoi que paraisse en penser mon savant ami Paul Reclus, qui, dans une de ses belles cliniques (2), parle « de mon intransigeance opératoire », en fait de traitement d'actinomycose, je suis beaucoup plus médical que chirurgical. Je donne de l'iode à mes malades, à doses rapidement progressives, sous la forme, entre autres, d'iodure de potassium. Suivant leur tolérance, ils en prennent jusqu'à 6 et 8 grammes par jour, avec un repos complet de huit à dix jours par mois. Je me hâte d'ouvrir les points ramollis des tumeurs actinomycosiques, conduite inspirée par la détente considérable que produit, dans les douleurs irradiant parfois au loin, et dans les tissus malades, leur ouverture spontanée.

Je surveille, en outre, très attentivement l'évolution des accidents inflammatoires, et lorsqu'il n'y a pas indication particulière d'incisions évacuatrices, je considère les actinomycosiques comme des *noli me tangere.* J'attache, de plus, une importance capitale à des pansements fréquents, d'une propreté chirurgicale absolue.

L'expérience m'a montré qu'il est peu d'infections existantes sur lesquelles l'asepsie, combinée avec des soins antiseptiques, ait une action plus grande. C'est de cette même notion que découlent les lavages, les irrigations de la cavité buccale, plusieurs

(1) In *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, loc. cit.

(1) Thévenot. De l'actinomycose ano-rectale, *Revue de chir.*, août 1902.

(2) P. Reclus. Sur une observation d'actinomycose cervico-faciale, *Bulletin méd.*, 21 fév. 1906.

fois répétées dans les vingt-quatre heures, pour les actinomycoses cervico-faciales.

Le mot d'infection est, à coup sûr, dans son sens le plus général, synonyme de malpropreté. Si j'osais m'exprimer ainsi, je dirais volontiers que l'infection actinomycosique est une des infections les plus malpropres, très vraisemblablement par les conditions miséreuses qui favorisent le développement de l'actinomycose, soit au dehors, soit dans les tissus altérés.

Ce traitement local, essentiellement aseptique, se double d'une thérapeutique, *loco dolenti*, très utile. C'est ainsi que les larges badigeonnages iodés répétés, dans certaines circonstances les onctions à l'onguent napolitain, avec une compression méthodiquement faite des tissus, scléreux, lardacés, doivent être employés.

Le traitement général a aussi une très grande importance.

Je conseille toujours, pour peu que l'affection ait une forme un peu grave, le séjour au grand air, à la campagne, dans des conditions de température aussi égales que possible, enfin un moyen puissant entre tous, l'héliothérapie générale et particulièrement locale. La grande action résolutive de la lumière solaire, prolongée plusieurs heures par jour, sur les régions envahies, ne me paraît pas douteuse. J'ai vu dans des actinomycoses, à forme des plus sévères, de l'intestin, des parois abdominales etc., de véritables résurrections, des guérisons définitives. *Le ventre au soleil plusieurs heures par jour*, naturellement toutes les fois que le temps le permet, est une expression, Messieurs, que j'ai employée bien souvent devant vous à propos des tuberculoses abdominales, de la péritonite tuberculeuse, etc., elle ne trouve jamais mieux son application pratique que dans les infections actinomycosiques auxquelles je viens de faire allusion.

Pour en revenir au sujet qui nous intéresse avant out : actinomycose et grossesse, voici comment je comprends le traitement de nos deux malades.

Le diagnostic d'actinomycose étant porté pendant le cours d'une grossesse, il faut, comme thérapeutique, s'inspirer de la gravité plus ou moins grande des lésions apparentes. Si, comme nous avons tendance à le croire par nos observations, l'actinomycose a une allure plutôt bénigne, on pourra, à moins d'intolérance spéciale des sujets, et toujours en les surveillant de près, en se préoccupant de la marche de la grossesse, donner de l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour. On laissera, au bout de quelque temps, reposer la malade, et l'attention se portera plus spécialement du côté du traitement local. Mais c'est ici surtout, Messieurs, qu'il faut être sobre d'actes opératoires. C'est ici qu'il ne faut pas se hâter, avec le diagnostic toujours trop prompt de phlegmon simple d'origine dentaire, d'enlever une ou plusieurs dents, au reste fréquemment saines, et qui n'ont rien à voir dans l'évolution de l'infection actinomycosique. Presque toujours ces avulsions dentaires sont suivies d'une aggravation, d'une diffusion des lésions inflammatoires. Le trismus est encore plus marqué après qu'avant et je ne saurais trop vous mettre en garde contre un conseil si aisément donné et si aisément suivi, d'enlever une ou plusieurs dents du côté malade. Vous devez vous rappeler aussi que les manifestations actinomycosiques si fréquentes du côté du maxillaire inférieur, de l'angle de la mâchoire, siègent presque exclusivement, dans les parties molles, que le périoste alvéolo-dentaire, que le tissu osseux ne sont envahis par continuité, qu'à la longue, et dans les formes anciennes.

Evitez encore de confondre les accidents inflammatoires parfois si graves, provoqués par l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse, avec ceux engendrés par l'actinomycose. Interrogez votre malade avec soin, comptez les dents, examinez le pus des abcès, les sérosités qui s'écoulent, etc., en pensant au champignon rayonné. Cette confusion a été faite bien des fois. Elle est des plus regrettables. N'oubliez pas, Messieurs, encore une fois, que dans les inflammations, que dans les suppurations voisines des mâchoires, à point de départ plus ou moins dentaire, vous devez songer surtout à l'actinomycose.

L'accouchement terminé, les actinomycosiques ainsi en dehors de la puerpéralité ne relèvent plus, comme traitement, que du traitement habituel de l'actinomycose, à tout âge et dans toute condition sociale.

Une dernière question se pose : une femme atteinte d'actinomycose peut-elle nourrir son enfant? Certainement non, car en dehors de la contagion possible par contact direct (la transmission de l'actinomycose de l'homme à l'homme est rare, mais elle existe), il faut redouter les effets sur le nourrisson d'un traitement ioduré, d'autant plus méthodique et intensif que l'accouchement donne, ainsi que nous l'avons dit, un coup de fouet aux lésions actinomycosiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 MAI 1906)

Les fausses appendicites. — M. Dieulafoy a fait une communication, qui a été très écoutée; il a répondu à un sentiment presque unanime en déclarant qu'on opérait trop d'appendicites. Certes M. Dieulafoy était peut-être le dernier dont on dût attendre une semblable déclaration. En effet, plus royaliste que le roi, il a, dans toutes ses communications antérieures, conseillé toujours l'intervention en cas d'appendicite, alors que beaucoup de chirurgiens se montraient temporisateurs. Aussi l'Académie a-t-elle été quelque peu surprise en entendant l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu reconnaître, dès le début de sa communication, qu'on opérait trop d'appendicites. Mais M. Dieulafoy n'a pas tardé à s'expliquer avec sa clarté habituelle et l'on a bien vite reconnu qu'il n'atténuait en rien ses déclarations antérieures. Une fois le diagnostic d'appendicite vraie nettement posé, il reste partisan de l'intervention précoce et continue à considérer celle-ci comme le seul remède. Mais malheureusement, et c'est là le point en litige, on n'opère pas que des appendicites; on opère un grand nombre de malades qui sont atteints d'entéro-colite sableuse ou muco-membraneuse; on leur enlève un appendice sain et ils continuent à souffrir après comme avant l'opération. Ce sont ces malades dont M. Dieulafoy a pris

aujourd'hui, en quelque sorte, la défense contre la chirurgie et il l'a prise avec sa maîtrise et son éloquence bien connues.

M. Dieulafoy a été quelque peu surpris de rencontrer, à l'hôpital comme dans la clientèle privée, un grand nombre de malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse qui avaient été opérés pour une appendicite. Suivant sa méthode habituelle, il commence par exposer les faits et s'applique ensuite à les interpréter : un malade de son service est atteint d'entéro-colite muco-membraneuse. Il vient d'être opéré d'appendicite dans un service de chirurgie et le chirurgien a envoyé le malade et son appendice à M. Dieulafoy. Le malade continue à souffrir ; son appendice, soigneusement examiné, est reconnu absolument sain.

Amené auprès d'un malade qui se plaint de souffrir du ventre, M. Dieulafoy le découvre et trouve une cicatrice sur le côté droit de son ventre : « Vous avez été opéré d'une appendicite, lui dit-il. — Oui, répond le malade, j'ai été opéré d'une appendicite que je n'avais pas, car je souffre tout autant depuis l'opération. » Ce malade était atteint d'une entéro-colite muco-membraneuse.

Qu'observe-t-on quand on examine ces malades? Si l'on suit le trajet du côlon en allant du côlon descendant au côlon ascendant, on constate que ces malades souffrent un peu à la pression du côlon descendant, qu'ils souffrent plus au niveau du transverse et que le maximum de leur douleur se trouve au niveau du côlon ascendant, à l'angle de cette portion de l'intestin avec le transverse. Et c'est précisément ce maximum de douleurs en ce point qui fait croire à une appendicite et qui pousse beaucoup de médecins et encore plus de chirurgiens à conseiller l'opération.

M. Thiroloix a adressé à M. Dieulafoy plusieurs cas superposables à ceux que nous venons de communiquer ; c'est toujours la même histoire : entéro-colite sableuse ou muco-membraneuse, avec maximum de douleur dans le flanc droit, ou typhlite (cas M. Dieulafoy ne craint pas de réveiller cette vieille dénomination un peu trop délaissée) prise pour une appendicite ; on opère et généralement, dans ces cas, si l'on examine l'appendice enlevé, on le trouve sain.

M. Dieulafoy continue la série des observations, elles sont toutes calquées les unes sur les autres.

Dans un de ces cas, l'appendice enlevé était tellement sain qu'on le conserva dans un laboratoire de la Faculté pour le montrer aux élèves comme type d'appendice normal. Des médecins de Bordeaux ont envoyé à M. Dieulafoy des observations analogues.

Voilà les faits, il faut maintenant les interpréter.

Dans des travaux antérieurs, M. Dieulafoy et d'autres avec lui ont fait connaître les divers aspects de la typhlocolite muco-membraneuse, affection caractérisée par des périodes de constipation et de diarrhée, par la présence dans les selles de mucosités, de glaires, de peaux et quelquefois de sable, affection qui détermine des crises douloureuses abdominales, quelquefois localisées dans la fosse iliaque droite, et qui peut par conséquent simuler l'appendicite.

M. Dieulafoy a insisté déjà sur la nécessité de faire un diagnostic précis et de distinguer ces crises douloureuses de typhlocolite de l'appendicite vraie. Il a démontré même que la coexistence chez un même malade de typhlocolite et d'appendicite vraie est une rarissime exception, et qu'en tout cas l'appendicite n'est ni la conséquence ni l'aboutissant de la typhlocolite.

Depuis quelques années, ajoute M. Dieulafoy on a laissé au microscope le soin de faire un diagnostic post-opératoire d'appendicite. On a alors parlé de la folliculite appendiculaire. M. Letulle qui a examiné un grand nombre d'appendices, nous apprend qu'après vingt-cinq ans il est bien rare que l'appendice soit absolument sans quelques-unes de ces lésions insignifiantes qui font que M. Dieulafoy propose de les appeler des appendicites microscopiques. On a donc exagéré l'importance de ce diagnostic histologique post-opératoire. Faute d'appendicite, on se rejette sur la folliculite.

Les médecins de Plombières et de Châtel-Guyon voient souvent à ces stations thermales des malades atteints d'entéro-colite qui ont été opérés d'appendicite et qui continuent à souffrir. MM. Esmonet (de Châtel-Guyon) et Bottentuit (de Plombières) ont envoyé à M. Dieulafoy des documents très intéressants à ce sujet. Le nombre de ces malades opérés de fausses appendicites est plus considérable qu'on le croit. On les reconnaît trop aisément à la cicatrice qu'ils portent. M. Dieulafoy les appelle les « balafrés » de Plombières et de Châtel-Guyon.

La conclusion de M. Dieulafoy est qu'il faut faire de la bonne et saine clinique, qu'il faut serrer de plus en plus le diagnostic différentiel, parfois difficile, de l'entéro-colite muco-membraneuse, de la typhlite et de l'appendicite. Il faut bien qu'on sache enfin que l'ablation d'un appendice sain chez un malade atteint d'entéro-colite n'améliore en rien sa situation, attendu qu'il n'y a que très exceptionnellement une relation entre cette affection et l'appendicite.

Cette nouvelle communication de M. Dieulafoy va probablement ramener encore une fois cette question de l'appendicite à la tribune de l'Académie. Les chirurgiens ne vont pas rester sous le coup de cette accusation d'opérer si souvent des appendices sains, et M. Reclus a déjà demandé la parole. Il est aisé de prévoir l'un des arguments qu'il va opposer à M. Dieulafoy : c'est une affaire de diagnostic entre deux affections, l'une médicale, l'autre chirurgicale.

M. Lancereaux a pris la parole pour appuyer les assertions de M. Dieulafoy. Il fait observer qu'il n'y a pas que l'entérocolite qui peut simuler dans certains cas des crises d'appendicite. L'alcoolisme et surtout l'absinthisme peuvent donner lieu à la même erreur, ces malades éprouvant parfois des douleurs abdominales très vives à maximum dans le flanc droit.

Hygiène des champs de bataille. — Signalons, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Laveran d'un travail de M. Matignon sur ce sujet. M. Matignon a suivi les Japonais en Mandchourie et il a pu constater que l'incinération des cadavres sur les champs de bataille donnait les meilleurs résultats au point de vue de l'hygiène.

Syphilis. — M. Motel a lu, au nom de M. Hache, une note sur la syphilis, la paralysie générale et le tabes chez les Arabes. Nous regrettons de n'avoir pu saisir un seul mot de cette communication.

Anesthésie. — M. Gréhant relate une série d'expériences qu'il vient de faire avec les mélanges titrés d'air et de chloroforme, selon la méthode de Paul Bert.

Election. — L'Académie a élu M. Kauffmann membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LA CATASTROPHE DE COURRIÈRES. — M. le professeur Gréhant, membre de l'Académie de médecine, vient de faire à la Socité française d'hygiène une très intéréssante communication sur les accidents auxquels sont exposés les ouvriers mineurs, et notamment sur les causes probables de la catastrophe de Courrières. A la suite de cette communication, la Société a voté à l'unanimité, sur la proposition du docteur Monnet, le vœu suivant, que le bureau a été chargé de transmettre immédiatement aux pouvoirs publics :

« La Société française d'hygiène, réunie en séance ordinaire, après avoir entendu la communication de M. le professeur Gréhant à propos de la catastrophe de Courrières ,

Considérant que nombre de mines réputées non grisouteuses contiennent dans l'air respiré des proportions notables de formène;

Considérant le cas tout particulier cité par le professeur Gréhant où une mine, soi-disant non grisouteuse, contenait 7 p. 100 de formène à l'analyse de l'air, ce qui constitue un mélange détonant.

Considérant qu'il y a là une question d'hygiène sociale au premier chef — l'hygiène ne valant que parce qu'elle peut prolonger la vie et préserver de la mort,

Émet le vœu :

Que les pouvoirs publics, que les législateurs s'occupent et se préoccupent instamment et sans relâche de prescrire, d'ordonner des analyses quotidiennes, d'en exiger la publication et de les mettre à la disposition des autorités qui désirent les contrôler, et aussi d'établir, du fait de la non-observation de ces prescriptions, des responsabilités civiles et pénales rigoureuses, la vie humaine devant être et constituer le principal capital à sauvegarder. »

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'œuvre de E.-J. Marey, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, par M. Ch.-A. FRANÇOIS-FRANCK, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France. (Leçon d'ouverture, 3 mai 1905.) In-8° raisin de 56 p., avec 23 fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques (étude historique, clinique, expérimentale et critique), par le docteur Paul BLUM, ancien interne des hôpitaux de Nancy, ancien préparateur de médecine légale, lauréat de la Faculté de médecine. Préface de M. le professeur Bernheim (de Nancy). In-8° de 320 p. — Prix : 5 fr. — Paris, O. Doin.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres ; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres ; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

N° 63. — SAMEDI 2 JUIN 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 2 JUIN 1906. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

Paris, le 1er juin 1906.

La question toujours pendante des réformes de l'agrégation vient, paraît-il, de faire un pas en avant. Un de nos confrères annonce en effet que la Commission nommée depuis plusieurs années vient de mettre au jour deux projets, « tendant, dit-il, à donner satisfaction aux intéressés. » Si, par intéressés, il entend les agrégés, il faut convenir qu'ils ne seront pas difficiles.

Nous nous bornerons pour aujourd'hui à signaler à nos lecteurs le premier projet qui comporte la division des agrégés en deux catégories : laboratoire et clinique. A la première catégorie, on donne 4 000 francs en province, 5 000 francs à Paris; à la deuxième, celle des pelés, des galeux, qui ont la prétention d'exercer leur profession, on attribue 1 200 et 1 500 francs. Vous avez bien lu, et il ne manque pas de zéro. Le ministre des Finances n'était pas de la commission, mais il a dû en influencer les membres. Avec cette économie et celle des sous-préfets, s'il ne parvient pas enfin à équilibrer le budget de la France, c'est que la tâche est au-dessus de ses forces. On ne voit pas bien du reste pourquoi la Commission s'est arrêtée à moitié chemin. Pourquoi 1 200 et 1 500 francs ? Vraiment la tentation a dû être forte de supprimer tout traitement et de mettre les agrégés au rang des sous-préfets. Il y aurait toutefois cette nuance que le ministre de l'Intérieur n'espère pas conserver ces utiles fonctionnaires en supprimant leur traitement, tandis que celui de l'Instruction publique compte bien que les candidats à l'agrégation ne manqueront pas. Pensez donc ! 100 francs par mois ! quelle timbale pour qui a fait douze ou quinze ans d'études !

Le confrère qui nous a fait ces révélations sensationnelles ne nous dit pas de quelle façon sera compensée, pour les agrégés de médecine, leur diminution de traitement ; espérons que la Commission n'aura pas oublié ce détail; un prochain avenir nous renseignera. Mais il faut convenir que cette idée de chercher des agrégés qui feront leur métier pour l'amour de l'art est une vraie trouvaille, et qu'elle mérite d'être généralisée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination de médecins des hopitaux. — *Leçon clinique n° 3.* — Séance du 30 mai : MM. Grenet et Jousset, 20 ; Gallois, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Jousset, Guillain et Milian.

— Concours de chirurgiens des hopitaux. — Le jury du deuxième concours est composé actuellement de MM. Delens, Ricard, Delbet, Segond, Berger, Lannelongue et Klippel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — M. Ardin-Delteil, agrégé, est nommé professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Lecomte, professeur de sciences naturelles au lycée Henri-IV, est nommé professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bureau, admis à la retraite.

Le docteur Trouessart est nommé professeur de zoologie

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bourgon, Gardette, Grunberg, Huguenin et Petit (de Paris), Prunac (de Clermont-l'Hérault).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abran, Acheray, Clavelin, Coldefy, Coudert, Defrance, Joulia, Maurel, Lemaître, Raoul-Deslongchamps, Regnault, Schapiro (de Paris), Berthollet (de Toulon), Boyer (de Sanary), Comet (de Gimat), Duroisel (de Sèvres), Fabre (de Virieu), Sempé (de Tarbes).

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision du 25 mai 1906, sont désignés pour les postes ci-après :

Médecins principaux de première classe : MM. Février,

maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy (provisoirement); — Martin, nommé directeur du service de santé de la division d'Oran (service); — Reverchon, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nice (service).

Médecin principal de deuxième classe : M. André est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

Médecins-majors de première classe : MM. Lejeune passe aux salles militaires de l'hospice mixte d'Angers (service); — Fribourg est définitivement affecté à l'hôpital militaire de Lille; — Robelin, à la 7e direction du ministère de la guerre.

Médecins-majors de deuxième classe : MM. Matignon est affecté, pour ordre, à l'hôpital militaire de Bordeaux (service); — Grisel, à l'hôpital militaire de Marseille; — Lemarchand passe au 13e cuirassiers (service); — Brice, au 162e d'infanterie (service); — Vandenbossche, affecté, pour ordre, aux salles militaires de l'hospice mixte de Chartres; — Costa, passe à la direction du service de santé du 15e corps d'armée (service); — Desse, au 2e chasseurs à cheval (service).

Médecin aide-major de première classe : M. Ducourthial passe aux hôpitaux de la division d'Oran (service).

Médecin aide-major de deuxième classe : M. Pilliot passe au 6e hussards (service).

COURS TECHNIQUE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par le docteur ALQUIER, chef des travaux anatomiques à la clinique des maladies nerveuses. — PROGRAMME DES LEÇONS. — 1re et 2e leçons : Technique générale. Principales méthodes de fixation et de coloration. Examen du sang. Numération des globules rouges et blancs. La formule leucocytaire normale : ses principales variations. Valeur séméiologique de l'examen du sang.

3e et 4e leçons : Méthode des coupes après inclusion à la celloïdine et la paraffine. Lésions conjonctivo-vasculaires des inflammations aiguës et chroniques.

5e leçon : Principales altérations des tissus conjonctif, cartilagineux et osseux.

6e leçon : Principales altérations des muscles.

7e leçon : Principales altérations des épithéliums.

8e leçon : Tuberculose.

9e leçon : Syphilis.

10e leçon : Tumeurs bégnignes d'origine mésodermique (lipomes, myxomes, fibromes, bourgeons charnus, etc.).

11e leçon : Sarcomes conjonctif et névroglique. Endothéliome.

12e leçon : Tumeurs malignes d'origine épithéliale.

13e leçon : Tumeurs bénignes d'origine épithéliale (adénomes, papillomes, kystes dermoïdes). Tumeurs mixtes. Dégénérescences et modifications des tumeurs.

14e leçon : Principales lésions de l'appareil circulatoire.

15e leçon : Principales lésions de l'appareil respiratoire.

16e leçon : Principales lésions de l'appareil digestif.

17e leçon : Principales lésions du foie, des voies biliaires, du pancréas, des glandes salivaires.

18e leçon : Principales lésions de l'appareil urinaire.

19e leçon : Principales lésions de l'appareil génital mâle.

20e leçon : Principales lésions de l'appareil génital femelle.

21e leçon : Principales lésions des organes lymphoïdes, de la rate et de la moelle osseuse.

22e leçon : Principales lésions des glandes à sécrétion interne (hypophyse, thyroïde et parathyroïde, capsules surrénales, îlots de Langerhans du pancréas, thymus).

23e leçon : Technique générale du système nerveux. Méthode de Nissl. Lésions des cellules nerveuses.

24e leçon : Dissociation. Méthode de Ramon y Cajal. Dégénérescence wallérienne. Névrites.

25e leçon : Méthodes de Weigert Pal et de Marchi. Dégénérations des faisceaux blancs.

26e leçon : Inflammation du tissu nerveux (encéphalites, myélites). Ramollissement cérébral, myélomalacie.

27e leçon : Poliomyélites. Tuberculose des centres nerveux. Compressions de la moelle.

28e leçon : Syphilis nerveuse. Tabes. Paralysie générale.

29e leçon : Syringomyélie. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique.

Le cours commencera le mardi 5 juin à 5 heures et demie de l'après-midi au laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique (Salpêtrière) et se continuera tous les jours à la même heure. Les pièces anatomiques, réactifs et instruments seront fournis gratuitement. S'inscrire au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis, samedis de midi à 3 heures. Guichet n° 3. Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — COURS ET EXERCICES TECHNIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE RÉGIONALE, sous la direction de M. Pierre SEBILEAU, avec l'assistance de MM. les docteurs Chifoliau et Chevrier, prosecteurs.

Opérations sur l'œil et les annexes de l'œil, par M. V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière.

Ce cours commencera le lundi 4 juin. — Il aura lieu à une heure et demie.

I. Technique opératoire et asepsie opératoire. — Lundi 4 juin.

II. Opérations sur les paupières. — Mercredi 6 juin.

III. Opérations sur l'appareil lacrymal. — Vendredi 8 juin.

IV. Opérations sur la conjonctive et la sclérotique. — Lundi 11 juin.

V. Opérations sur la cornée. — Mercredi 13 juin.

VI. Opérations sur l'iris. — Vendredi 15 juin.

VII. VIII. Opérations sur le cristallin et extraction des corps étrangers magnétiques. — Lundi 18, mercredi 20 juin.

IX. Opérations sur les muscles oculaires. — Vendredi 22 juin.

X. Opérations sur l'orbite. — Lundi 25 juin.

Les élèves répéteront les opérations sous la direction des prosecteurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs.

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains de plaisir auront lieu les dimanches 10, 17 et 24 juin, 1er, 8, 15, 22 et 29 juillet, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50, 3e classe 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 31 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 43 matin ; à Moret, 8 h. 57.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilogs de bagages par place.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT ARSENICAL DE LA CHORÉE

Par le docteur POROT,
Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

« Le traitement spécifique de la chorée n'existe pas, » écrivait le docteur Lannois, il y a quelques années, avant d'entreprendre la revue des nombreux médicaments préconisés contre cette affection (1).

Il n'y a rien à changer aujourd'hui à cette formule. La chorée — il ne s'agit ici que de la chorée de Sydenham — reste toujours la même affection de nature inconnue, très diverse dans ses conditions étiologiques, capricieuse dans sa durée et son évolution, échappant par conséquent à toute règle thérapeutique absolue.

Après les multiples essais entrepris dans la seconde moitié du siècle dernier, le choix des praticiens semble s'être définitivement arrêté sur deux médicaments qui se partagent, de façon très inégale pourtant, leur faveur : l'*antipyrine* et surtout l'*arsenic*, dont l'usage se répand de jour en jour davantage.

Le traitement par l'antipyrine est resté ce qu'il était à l'origine. Mais le traitement par l'arsenic a subi de nombreux perfectionnements.

Aux préparations premières, on a substitué de nouvelles préparations permettant de faire ingérer au malade des doses beaucoup plus considérables avec beaucoup moins d'inconvénients.

Ce sont ces heureuses transformations et ces nouveaux modes d'administration du traitement arsenical que nous voulons exposer ici.

I

Les formes de la médication arsenicale dans le traitement de la chorée. — Nombreux sont les auteurs qui depuis Aran, et malgré l'opposition de Trousseau et de G. Sée, ont préconisé l'emploi de l'arsenic. Quelque temps délaissé pour l'antipyrine, on y est revenu depuis quelques années en raison de l'inconstance des résultats de ce dernier médicament et surtout grâce aux formules d'emploi nouvelles de l'arsenic.

On s'est rendu compte, dès le début, que les fortes doses d'arsenic étaient seules véritablement actives et c'est à trouver des préparations de forte teneur et pourtant bien tolérées qu'on s'est ingénié dans ces derniers temps.

Voici celles qui ont été successivement préconisées.

1° Liqueur de Fowler. — Elle fut utilisée par les premiers médecins qui se sont servis de l'arsenic (Salter, Romberg, Ress, Guersant, Gillette). Rappelons que la liqueur de Fowler est une solution d'arsenite de potasse titrée de telle façon qu'une goutte contient un demi-milligramme d'acide arsénieux.

(1) Lannois. *Traité de thérapeutique* d'A. Robin (f. XV, 2e partie), article Traitement des chorées.

Gillette la prescrivait à la dose de v à viii gouttes. En augmentant les doses chaque jour, on peut arriver à xx gouttes, dose que certains médecins américains sont allés jusqu'à répéter trois fois par jour, non sans accidents comme nous le verrons.

L'action curative sur la chorée est manifeste. Mais beaucoup des guérisons ne se sont produites qu'avec de fortes doses et n'ont été obtenues qu'au prix de graves inconvénients et de sérieux accidents.

Nous passons sur un reproche qu'on a fait à ce médicament, celui d'être peu maniable à cause de sa concentration ce qui oblige à préparer les dilutions soi-même.

Nous nous arrêterons davantage sur les accidents d'intolérance et même d'intoxication qui ont été signalés.

Il est rare qu'à partir de xxx ou xl gouttes on n'ait pas des *accidents gastro-intestinaux graves* nécessitant la suspension immédiate du traitement. Les observations qui témoignent d'une guérison de la chorée mettent malheureusement en lumière les nombreux *accidents gastro-intestinaux*, *cutanés* ou *paralytiques*, qui ont suivi son emploi (Wyss, Semple, Bokaï, Adams, Stengel, Weill, etc.).

« En présence de pareils faits, dit Lévy (1), le praticien est désarmé, et il doit momentanément perdre de vue l'affection qu'il se propose de guérir, pour traiter les accidents dont il est inconsciemment l'auteur et pour en prévenir le retour. »

2° Arséniate de soude. — La solution d'arséniate de soude, sans présenter une puissance d'action sensiblement supérieure, expose aux mêmes accidents et se trouve passible des mêmes reproches.

Pour éviter l'intolérance gastrique, on a cherché à utiliser la voie hypodermique pour ces deux préparations. Mais ces injections ont été rapidement délaissées à cause des douleurs très vives qu'elles provoquaient et de la fréquence relative des abcès.

3° Liqueur de Boudin. — C'est Siredey qui le premier employa la liqueur de Boudin dans le traitement de la chorée. Marfan et son élève Cougnot généralisèrent son emploi (2) et cette méthode trouva dans la personne de Comby un défenseur systématique (3).

La liqueur de Boudin est une solution aqueuse d'acide arsénieux à 1/1 000 : 1 gramme de la solution équivaut à 1 milligramme d'acide arsénieux.

La liqueur de Boudin est très efficace dans la chorée : le fait est incontestable et ses détracteurs eux-mêmes reconnaissent que ce traitement est réellement efficace et qu'il amène dans la grande majorité des cas de rapides guérisons.

Mais de tels résultats ne sont obtenus qu'avec de fortes doses. Voici comment M. Comby la prescrit et ce que l'on observe :

A partir de huit ans, commencer par 10 grammes

(1) Levy. Th. de Lyon, 1899-1900.
(2) Cougnot. Th. de Paris, 1895.
(3) Comby. Diverses publications en 1896 et thèse de Del Pozo, Paris 1897-98.

le premier jour en augmentant de 5 grammes par jour jusqu'à 30 et diminuer ensuite en suivant la même échelle jusqu'à 10.

Pour les enfants plus jeunes, débuter par 5 grammes et ne pas dépasser 20 à 25 grammes par jour.

Dans presque tous les cas on voit survenir à un moment donné des signes nets d'intolérance ; l'enfant a des vomissements. Or ce moment coïncide précisément avec la sédation des mouvements choréiques, ce qui revient à dire que les accidents d'intolérance sont le criterium de la guérison.

« Le secret de la réussite, dit en propres termes M. Comby, consiste à élever rapidement les doses jusqu'à commencement d'intoxication. »

Et M. Cougnot dit en parlant du même remède : « Non seulement nous ne redoutons pas les accidents d'intoxication, mais nous essayons de les atteindre le plus promptement possible, car il se produit souvent à ce moment une amélioration sensible. »

Ce traitement, incontestablement très efficace, expose à de graves dangers que n'ignorent pas ses partisans et M. Comby, pour les prévenir ou les atténuer le plus possible, formule toute une série de prescriptions accessoires (1) :

1° Il met ses malades au repos absolu au lit pendant quinze jours ; 2° les isole autant que possible ; 3° leur impose rigoureusement le régime lacté.

Et malgré toutes ces précautions, il n'arrive pas à prévenir de graves accidents d'intolérance.

De très sérieuses critiques ont été adressées à cette méthode thérapeutique, en particulier par le professeur Weill (de Lyon), qui, après deux ans d'emploi systématique de la liqueur de Boudin dans son service. a dû y renoncer. On trouvera l'exposé très complet de ses griefs dans les thèses de ses élèves Levy (2) et A. Pillot (3).

En premier lieu, les soins préventifs qu'elle impose (repos, isolement, régime lacté) créent des inconvénients pratiques qui sont d'une grande importance en matière de thérapeutique infantile. La surveillance nécessaire à un tel traitement n'est pas aisée à réaliser dans tous les milieux.

Mais le plus gros reproche qu'on puisse lui imputer est la série des accidents graves qu'elle détermine : nausées et vomissements sont notés par Del Pozo, élève de Comby, dans un peu plus de la moitié de ses observations. Sur 25 malades traités par ce procédé, le professeur Weil a vu 25 fois des vomissements, dont plusieurs répétés dans la journée.

Cet accident, auquel il est nécessaire d'arriver si l'on veut réaliser l'effet curateur comme nous l'avons vu, constitue à ses yeux un grave inconvénient de la médication, le plus grave en raison de sa multiplicité et de l'impossibilité où l'on est de prévoir l'époque de son apparition. Mais ce n'est pas tout ; on a signalé des phénomènes d'*entérite grave*, des *paralysies*, des *éruptions*, des *lésions de la muqueuse buccale*, une *anémie* assez fréquente (Weill). Chez une malade, le professeur lyonnais observa de la *glycosurie alimentaire*, une *hypoglobulie très marquée*, puis une *néphrite* ; la malade mourut d'*urémie convulsive*. Dresh (1) a résumé la situation en disant : « Au point de vue de la rapidité d'effet, cette médication détient peut-être le record, mais sûrement le record du danger encouru lui est réservé. »

En somme cette méthode, tout au plus défendable pour les cas de chorée grave, pourrait, à défaut d'autres, être utilisée à l'hôpital ; mais on doit s'en méfier dans la clientèle privée, à cause de sa grande difficulté pratique d'application et surtout de ses graves dangers qui nécessitent une surveillance de tous les instants.

4° Cacodylate de soude. — C'est le docteur Garand (2) qui eut le premier l'idée de traiter la chorée de Sydenham par le cacodylate de soude. Peu après, le docteur Lannois (de Lyon) institua ce traitement dans son service et en obtint d'heureux résultats (3). La thèse de Detcheff (4) a montré sa supériorité pratique sur les autres médications arsenicales (liqueur de Fowler, arséniate de soude, liqueur de Boudin).

L'*acide cacodylique* est un composé arsenical dans lequel l'arsenic se trouve en combinaison organique ; il renferme 54 p. 100 d'arsenic métallique, alors que l'arséniate de soude n'en renferme que 24 p. 100, de sorte qu'avec une dose de 10 centigrammes on en donne autant qu'avec 22 centigrammes d'arséniate de soude.

L'histoire de la thérapeutique cacodylique est récente, et c'est A. Gautier, Renaut, Danlos, Balzer qui l'ont introduite en médecine générale. Employée le plus souvent sous forme de cacodylate de soude, on peut l'administrer par la voie stomacale, la voie rectale ou la voie hypodermique.

La voie stomacale expose à des accidents d'intolérance et à des inconvénients qui doivent la faire rejeter.

C'est la voie hypodermique qui semble la plus recommandable, surtout pour un traitement prolongé.

Faire préparer une solution contenant 2, 3, 5 grammes de cacodylate de soude, dans 100 grammes d'eau distillée, suivant qu'on veut qu'un centimètre cube contienne 2, 3, 5 centigrammes (5).

Quant aux doses à injecter, elles varient avec l'âge du sujet.

Jusqu'à 10 ans......	6 centigrammes.
De 10 à 15 ans......	8 —
Au-dessus de 15 ans.	10 —

Le grand avantage de cette médication consiste, comme l'a dit Gautier, dans la possibilité de faire absorber sans danger aux malades des doses colossales d'arsenic en respectant leur tube digestif.

(1) Comby. Soc. méd. des hôpit., 1902.
(2) Levy. Loc. cit.
(3) Pillot. Th. de Lyon, 1904-1905.

(1) Dresh. *Journ. des praticiens*, 1896, p. 420.
(2) *Loire médicale*, mars 1900.
(3) Lannois. *Lyon médical*, 17 janv. 1901.
(4) Detcheff. Th. de Lyon, 1900-1901.
(5) Gautier recommande l'addition de quelques gouttes d'une solution alcoolique de créosote pour la conservation.

C'est donc un réel progrès sur les médications arsenicales que nous avons exposées plus haut.

Pourtant, si les accidents d'intoxication sont plus rares et moins graves, ils se produisent parfois; nous-même avons pu observer des éruptions; le professeur Weill a relaté un cas de paralysie.

Ce traitement, bien entendu, doit être soigneusement proscrit dans le cas où le rein et le foie ne seraient pas intacts, ce dont il faut toujours s'assurer avant de commencer la médication.

Quant aux résultats obtenus avec cette méthode, ils sont très encourageants; peut-être sont-ils moins constants qu'avec d'autres, mais la tolérance relative des malades pour ce produit doit le faire préférer aux médications intensives, si dangereuses, par la liqueur de Fowler ou la liqueur de Boudin.

5° L'Arrhénal [ou méthylarsinate de soude (1)] agit comme le cacodylate de soude, mais aurait sur lui l'avantage de pouvoir être pris indifféremment par la bouche ou en injection hypodermique.

Le professeur Weill le donne dans la chorée à la dose de 3 centigrammes par jour avec progression biquotidienne de 1 centigramme jusqu'à concurrence de 10 centigrammes; puis redescendre la même échelle. Dans 7 cas il a eu 7 guérisons rapides, même dans les cas de chorée récidivante.

6° Le beurre arsenical [*méthode du professeur Weill* (de Lyon)]. — L'idée d'associer l'arsenic aux corps gras repose sur plusieurs raisons physiologiques et sur différentes études pharmacodynamiques (en particulier celles de Chapuis), que nous ne reproduirons pas ici. Nous renvoyons au travail du docteur Lévy (2), inspiré par le professeur Weill (de Lyon). Ce qui semble établi actuellement c'est que l'arsenic, associé aux corps gras, est retardé dans son absorption qui ne se fait qu'au niveau de l'intestin au lieu de se faire dans l'estomac, comme pour la liqueur de Boudin; c'est en second lieu que ce médicament passe d'abord dans la voie lymphatique au lieu d'être versé directement et brutalement dans le torrent circulatoire, si bien qu'au total sa toxicité est beaucoup diminuée.

C'est à la suite des travaux de Chapuis que le professeur Weill eut le premier l'idée d'employer spécialement ce remède dans le traitement de la chorée.

Voici comment se prépare ce *beurre arsenical* :

a. On prend une quantité connue d'acide arsénieux, celle qui sera donnée durant le cours du traitement, soit 18 centigrammes. On la mélange à 20 fois son poids de chlorure de sodium, soit 3g60, ce qui donne un mélange du poids total de 3g78.

Acide arsénieux........	0g18 centigr.
Chlorure de sodium....	3g60 —

Il importe de faire ce mélange très intime et parfaitement uniforme. Ce mélange augmente le volume total du principe actif et rend plus faciles les prélèvements quotidiens; en outre il a pour effet de saler un peu le beurre et de rendre la préparation plus agréable.

b. Chaque jour on pèse une dose régulièrement croissante du mélange, soit :

Le 1er jour.	0g105mmg	du mélange,	soit	0g005mmg	d'ac. arsénieux.
Le 2e jour.	0g210mmg	—	—	0g010mmg	—
Le 3e jour.	0g315mmg	—	—	0g015mmg	—
Le 4e jour.	0g420mmg	—	—	0g020mmg	—
Le 5e jour.	0g525mmg	—	—	0g025mmg	—
Le 6e jour.	0g630mmg	—	—	0g030mmg	—

puis on redescend suivant la même échelle jusqu'à 105 milligrammes.

c. Chacune de ces quantités du mélange est triturée dans *10 grammes de beurre frais*, chaque jour au moment de s'en servir.

Le *beurre arsenical* ainsi préparé est donné sur du pain sous forme de tartines et il est accepté par les enfants avec la plus grande facilité. On donne la tartine au cours ou à la fin du repas.

Voici d'abord les *avantages pratiques* de cette méthode :

La médication est parfaitement tolérée et passe complètement inaperçue du malade qui reste levé dans la salle commune, qui joue avec ses camarades et qui n'est en aucune façon soumis à un régime spécial. Donc pas de précautions à prendre comme dans la méthode de Comby (liqueur de Boudin) où l'enfant, alité, isolé, soumis au régime lacté est astreint à de continuels vomissements.

En outre, fait important, le docteur Weill a toujours observé une excitation notable de l'appétit chez ses petits malades, aussi augmentent-ils de poids (de 1 kilogramme à 3k500). Or, nous avons vu que dans le traitement par la liqueur de Boudin, c'était exactement l'inverse qui se produisait : les malades pâlissaient et maigrissaient beaucoup. Au point de vue pratique, cette médication semble donc excellente. Il n'y a aucun accident à redouter et il n'est pas nécessaire que l'enfant soit surveillé.

Quant aux *résultats thérapeutiques*, les voici tels qu'ils sont exposés dans la thèse récente d'Armand Pilliot (1) qui porte sur un grand nombre de cas.

L'amélioration se produit en général vers le dixième ou le douzième jour du traitement et la guérison est complète vers le vingt-cinquième jour. La guérison est assurément moins rapide que lorsqu'on utilise la liqueur de Boudin, mais cela est largement compensé par le fait qu'on n'empoisonne pas ses malades.

Sur 48 cas, on n'a relevé que 3 insuccès complets, 4 cas d'éruptions, et quelques troubles insignifiants et très passagers, tels qu'un léger disque d'albumine dans les urines.

En somme, excellent remède, sinon le meilleur, contre les formes moyennes de la chorée. Le seul reproche qu'on pourrait lui faire à notre sens, c'est la complication ou plus exactement la précision minutieuse nécessaires à sa préparation; facile à l'hôpital où des mains expérimentées la répètent

(1) Ne pas confondre avec le méthylarséniate qui est très vénéneux.
(2) Lévy. Loc. cit.

(1) A. Pilliot. Th. de Lyon, 1904-1905.

souvent, elle peut devenir presque impossible dans certains cas de clientèle.

II

Considérations générales sur le traitement de la chorée. Indications du traitement arsenical. — L'étude que nous venons de faire du traitement arsenical dans la chorée ne nous montre pas seulement ses avantages, mais aussi sa souplesse d'emploi. Toutefois, il ne faudrait pas croire qu'il s'impose dans tous les cas et de la même façon.

Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que d'autres médicaments, l'*antipyrine* par exemple, prescrite à la dose de 3-4 grammes par jour, donne souvent de très bons résultats; que dans quelques cas où tout avait échoué, l'*émétique* a donné des guérisons imprévues; que bien souvent les simples *calmants* (*opiacés*, *bromures*, *chloral*) ont largement suffi à la guérison des cas ordinaires.

Avant de faire le pronostic et d'instituer le traitement d'une chorée, il faut prendre en considération une série de données.

1° Il faut s'éclairer, dans la mesure du possible, sur la nature de la maladie pour chaque cas particulier; suspecte-t-on un élément rhumatismal, l'antipyrine ou le salicylate auront les préférences; un terrain névropathique avec débilitation organique semble-t-il commander la maladie, l'arsenic associé ou non aux nervins s'imposera de préférence.

2° S'agit-il d'une première atteinte ou au contraire d'une récidive? S'agit-il d'une chorée ancienne contre laquelle vient d'échouer tel ou tel traitement? On choisira un médicament autre que ceux antérieurement prescrits.

3° On doit aussi s'enquérir de l'état organique de son petit malade. S'il a un tube digestif fragile, on se méfiera de certaines préparations arsenicales. Est-il cardiaque ou rénal, on évitera les préparations trop toxiques ou bien l'on en surveillera l'emploi, prêt à changer le traitement à la moindre alerte. Sa peau a-t-elle des réactions faciles; on n'emploiera l'arsenic et l'antipyrine qu'avec prudence.

4° Il faut aussi prendre en considération certaines conditions de milieu et de saison. A l'hôpital, sous une surveillance quotidienne et entre des mains expertes, les thérapeutiques les plus intensives ou les plus minutieuses sont très possibles : le beurre arsenical, les injections de cacodylate sont facilement réalisables. En ville et surtout à la campagne, pour un petit malade plus difficile à surveiller ou qu'on voit moins fréquemment, il faut préférer les médications comme l'*arrhénal* ou l'*antipyrine* que l'on peut prescrire pour un certain temps.

On se méfiera des médicaments susceptibles de donner des accidents diarrhéiques, si l'on est à la saison des chaleurs.

5° Si toutes les données précédentes ont leur importance pratique, il est un élément surtout que l'on doit envisager : c'est l'intensité de la chorée, et voici à ce point de vue ce que nous conseillons de faire :

a. S'agit-il d'une *forme légère*, d'un simple « nervosisme », avec quelques impatiences musculaires, une bonne hygiène, le repos physique, la suspension temporaire des classes suffisent souvent; si l'enfant paraît un peu affaibli ou en période de développement très actif, de petites doses d'arsenic (III à V gouttes de liqueur de Fowler ou 1-2 centigrammes d'arrhénal) auront un effet utile, sans entraîner de complications.

b. S'il s'agit d'une *chorée de moyenne intensité*, en outre des prescriptions hygiéniques, un traitement médicamenteux s'impose. On peut recourir à l'antipyrine, mais il est préférable, à notre avis, d'employer l'arsenic. Toutefois, comme on doit alors l'employer à doses un peu fortes, il faut rejeter des préparations dangereuses comme la liqueur de Fowler et la liqueur de Boudin employées à ces doses. Suivant le milieu et les possibilités pratiques, on emploiera le *beurre arsenical*, les injections de *cacodylate de soude* ou l'*arrhénal*.

c. Enfin dans les cas très intenses ou très tenaces, on fera un des traitements arsenicaux intensifs que nous venons d'exposer (beurre ou cacodylate). Mais bien souvent, il faut recourir en outre à des calmants directs du système nerveux (chloral ou ses succédanés : trional, hédonal, bromures, opium).

Dans tous les cas, mais surtout dans les cas graves, on se trouvera bien des petits soins accessoires qu'on graduera suivant l'importance de la maladie, le *repos*, qui va d'une simple prolongation des heures de sommeil jusqu'à l'alitement permanent, l'*isolement*, du simple retrait de l'école jusqu'à la chambre, le *régime*, simple suspension du vin ou des mets excitants ou, au besoin, régime lacté exclusif.

La *balnéation* dans ses différentes formes : drap mouillé, grand bain, douche, est parfois un heureux adjuvant du traitement médicamenteux. Certaines eaux comme celles de la Bourboule réalisent un double traitement balnéaire et arsenical.

XV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[LISBONNE, AVRIL 1906 (1)]

TRAITEMENT DES PARAPLÉGIÉS SPASMODIQUES PAR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EXERCICES

Par M. le docteur Maurice Faure (de Lamalou).

I. Examen clinique. — Nous avons pris des paraplégiques de tous âges (de ving-huit à soixante-sept ans), atteints de lésions spinales de différentes origines (myélites transverses hématomyélies scléroses systématisées et scléroses en plaques maladies de Friedreich et de Parkinson), ou d'irritation spinale d'origine toxique ou réflexe (alcoolisme, tabagisme, arthrite coxo-fémorale, état névropathique indéterminé). Certains avaient subi divers traitements généraux sans succès; d'autres avaient fait, avec succès, le traitement antisyphilitique; tous étaient arrivés à une période à peu près stationnaire, pouvant permettre de penser que la lésion ou l'irritation était devenue chronique ou cicatricelle. Nous avons écarté les cas à évolution aiguë et ceux dont la

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 56, p. 663; n° 59, p. 699, et n° 61, p. 723.

contracture se réveillait ou s'exagérait, sous l'influence des manipulations. Ce sont donc des cas de paraplégie spasmodique typique, stable, et semblant définitivement acquise, dont nous avons entrepris le traitement. L'état général des sujets était bon et ils avaient conservé des muscles robustes.

II. Technique. — La cure comprend trois périodes : 1° des exercices de mobilisation passive qui, avec beaucoup de prudence et de temps, permettent de vaincre les contractures ; 2° des exercices volontaires élémentaires, aidés par l'opérateur, dans le but de régler la force de la contraction musculaire qui revient ; 3° l'étude des mouvements complexes et coordonnés de la station, la marche, etc.

Nos malades ont été vus irrégulièrement, pendant environ quatre années. Les traitements ont été faits en plusieurs reprises : chaque reprise a duré un à trois mois ; les exercices ont eu lieu une à deux fois par jour et ont duré, chaque fois, 20 à 40 minutes environ, avec des repos. Entre chaque période de traitement, il s'est écoulé plusieurs mois, pendant lesquels le malade n'a pas dû complètement abandonner ses exercices.

III. Résultats. — Avant le traitement, 15 malades étaient complètement impotents, 17 pouvaient à peine se traîner, 8 se déplaçaient assez facilement, mais avec la démarche très spasmodique.

Après le traitement, 2 sujets seulement étaient encore impotents, mais pouvaient cependant, circuler avec des béquilles ; 10 marchaient seuls, avec une certaine difficulté ; 13 marchaient à peu près librement ; 7 ne présentaient plus que quelques signes peu visibles de spasmodicité ; 2 semblaient revenus à l'état normal, mais l'état spasmodique reparaissait à l'occasion de mouvements difficiles et inaccoutumés ; 2 étaient arrivés à la restitutio ad integrum ; (4 avaient abandonné le traitement en cours, découragés par la perspective de sa longueur et de sa difficulté : Déchet, 10 p. 100.

Certains de ces résultats semblent assez anciens et bien établis, pour être considérés comme définitifs. Mais dans d'autres cas, et sous diverses influences (négligences du malade, mauvaises conditions hygiéniques, retour offensif de la maladie), les bénéfices acquis ont été partiellement perdus. Ce sont les maladies de Friedreich et de Parkinson qui nous ont donné les résultats les plus médiocres ; ce sont les états spasmodiques d'origine toxique ou réflexe qui ont eu les améliorations les plus belles. L'intelligence, l'application, la patience, la bonne volonté du sujet sont des conditions importantes de succès. Les sujets impsessionnables et suggestibles se prêtent mal à ces traitements longs et minutieux.

Nous avions signalé, au XII[e] Congrès français de neurologie (Bruxelles, 1[er] août 1903), la possibilité d'obtenir de pareils résultats. Nous pensons devoir y revenir aujourd'hui, parce que notre méthode s'est perfectionnée et que ses effets sont devenus plus satisfaisants. Il y a lieu de remarquer qu'il s'agit d'états cliniques généralement considérés comme incurables et que, du reste, on ne possédait pas, jusqu'ici, les moyens d'améliorer. Ces résultats sont différents de ceux obtenus, dans le traitement de l'ataxie, par la méthode de Frenkel, parce que les états physio-pathologiques de l'ataxique et du paraplégique spasmodique ne sont pas comparables, et que les moyens d'action des deux méthodes sont dissemblables. Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature médicale, de faits analogues à ceux que nous venons de rapporter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MAI 1906)

Pathogénie de la tuberculose. — M. Vallée, dans une note présentée à la Société de biologie, le 1[er] avril 1905 écrivait : « La prédominance des lésions pulmonaires chez un sujet porteur d'altérations même très discrètes de l'appareil digestif n'autorise point à admettre que l'infection n'a pas été contractée par les voies digestives. »

Quelques mois plus tard, étudiant chez le veau la valeur comparative de l'inhalation et de l'ingestion quant à leur aptitude à produire la tuberculose pulmonaire, il aboutissait à ces conclusions : « Que des divers modes d'infection, l'ingestion est celui qui réalise le plus sûrement et le plus vite la tuberculisation des ganglions annexes du poumon ; que la pénétration du bacille tuberculeux au niveau de l'intestin peut s'effectuer sans qu'il se produise de lésions apparentes appréciables de la muqueuse intestinale ou des ganglions mésentériques » (*Congrès de la tuberculose* et *Annales de l'Institut Pasteur*, octobre 1905).

Des expériences très précises de M. Vallée, chez le veau, il résulte que c'est bien par la voie intestinale que se constituent les lésions d'adénopathie trachéo-bronchiques. Malgré l'extrême jeunesse des sujets en expérience, l'infection pulmonaire a pu évoluer sans qu'il se fasse de lésions mésentériques.

Tout comme celle de l'adulte, la tuberculose pulmonaire pure des jeunes sujets, considérée comme primitive et d'inhalation, peut résulter d'une infection intestinale. Moins que jamais l'on n'est autorisé à regarder la tuberculose pulmonaire comme résultant de la seule inhalation de poussières virulentes.

Il est donc vraisemblable que maintes tuberculoses pulmonaires de l'adulte procèdent du réveil d'altérations tuberculeuses des ganglions bronchiques consécutives à une infection par les voies digestives dans le jeune âge, non exprimée par des adénopathies mésentériques.

Trypanosomiase. — M. Laveran poursuivant ses études sur la trypanosomiase, a fait des recherches comparatives avec des échantillons de trypanosomes recueillis chez l'homme dans les conditions suivantes :

1° Trypanosome trouvé par Dutton en Gambie, dans le sang d'un sujet ne présentant pas les signes de la maladie du sommeil ;

2° Trypanosome provenant d'un sujet atteint de maladie du sommeil dans l'Ouganda ;

3° Trypanosome recueilli dans le sang d'un missionnaire qui avait contracté la maladie du sommeil dans la région de l'Oubanghi.

La comparaison des résultats obtenus par M. Laveran chez les cobayes, les rats, les souris, chez les lapins, les chiens et les singes permettent de conclure que les trois virus mis en expérience appartiennent à la même espèce.

Tick-fever. — M. Levaditi expose dans une note sa technique pour la culture du spirille de la fièvre récurrente africaine de l'homme ou tick-fever.

(Séance du 21 mai 1906)

Rapports simples des actions dynamiques du muscle avec l'énergie qui les produit, par M. A. Chauveau. — Pour communiquer une vitesse déterminée à la masse d'un mobile préalablement équilibré par la force élastique des muscles en état de contraction statique, il faut que la force primitive et l'énergie qui la crée s'accroissent ensemble proportionnellement à la vitesse communiquée au mobile au moment où la contraction statique se change en contraction dynamique.

Donc il n'y a que des rapports simples entre les actions dynamiques du moteur muscle et l'énergie qu'elles dépensent.

Origine intestinale des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses. — MM. A. Calmette, C. Guérin et A. Deléarde, revenant sur les faits observés par M. Vallée chez les bovidés (voir plus haut) ont recherché si chez l'enfant qui présente souvent des lésions d'adénopathie trachéo-bronchique comme signe unique de tuberculose, l'infection d'origine intestinale peut être mise en cause.

De leurs observations ils concluent :

1° Qu'expérimentalement chez les animaux et cliniquement chez l'enfant, toutes les fois que l'infection tuberculeuse se manifeste par de l'adénopathie trachéo-bronchique, il existe des bacilles tuberculeux dans les ganglions mésentériques, alors même que ces ganglions paraissent sains.

2° Que l'infection ganglionnaire mésentérique précédant l'apparition des lésions d'adénopathie trachéo-bronchique, celles-ci doivent être considérées, de même que la tuberculose pulmonaire chez l'enfant et chez l'adulte, comme résultant d'une infection tuberculeuse d'origine intestinale.

L'hypothèse de la contamination directe par les voies respiratoires n'étant actuellement prouvée par aucune expérience irréprochable, il apparaît de plus en plus évident que les enfants, et aussi les adultes, contractent la tuberculose en ingérant soit du lait de vaches tuberculeuses, soit des poussières ou des aliments souillés de bacilles ou de parcelles de crachats tuberculeux d'origine humaine.

Sur les gaz des sources thermales. Détermination des gaz rares; présence générale de l'argon et de l'hélium, par M. Ch. Moureu (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 43, p. 509).

Sur l'élasticité des tissus organiques, par M. Ad. Goy.

Régénérateur de la fibrine et dosages comparatifs de cette substance dans différents territoires vasculaires chez le chien après la défibrination, par MM. Doyon, Morel et Kareff.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 30 mai 1906)

Plaies pénétrantes de la poitrine. — A propos de la communication faite, dans la dernière séance, par M. Loison, M. Tuffier estime que, dans la plupart des cas de plaie pénétrante du poumon, le mieux est de s'abstenir de toute intervention. On peut être obligé d'intervenir secondairement pour une pleurésie septicémique. Toutefois, il y a des cas dans lesquels l'intervention immédiate s'impose. Tel le suivant : une jeune fille se tire une balle de revolver au-dessous du sein gauche. Elle est presque aussitôt atteinte d'emphysème pulmonaire, de pneumo-thorax; elle est sur le point d'asphyxier. M. Tuffier agrandit l'orifice, fait une large incision, trouve la plèvre perforée, donne issue à une grande quantité de sang, attire au dehors le lobe antérieur du poumon gauche, y trouve une large plaie, fait une ligature en masse, résèque la portion déchirée, fixe le moignon à l'espace interscotal correspondant, ferme la plaie et draine largement. Tout alla bien pendant quelques jours, lorsqu'elle fut prise de pleurésie septicémique. M. Tuffier fit une intervention pleurale en arrière et draina aussi de ce côté; malgré cela, la malade succomba dix jours après la première incision. Il n'y eut pas d'autopsie. En principe, M. Tuffier est partisan de l'abstention dans la plupart des cas, sauf dans les cas d'hémorragies graves comme dans le fait précédent.

M. Delorme rappelle avoir communiqué au Congrès de chirurgie, en 1893, un travail sur les avantages du volet thoracique qui permet d'intervenir facilement sur le poumon. Il ajoutait même, dès cette époque, qu'on pourrait également intervenir sur le cœur en cas de blessure de cet organe. Depuis, de nombreux faits ont justifié cette manière de voir : en présence de plaies pénétrantes du poumon, les chirurgiens se divisent en deux camps, les abstentionnistes et les interventionnistes. En présence de cas d'hémorragies graves provenant de blessures du hile du poumon, l'intervention directe est, aux yeux de M. Delorme, nettement indiquée. Il faut, dit-il, dans ces cas, aller droit au but, c'est-à-dire au vaisseau lésé. Il faut agir dans la cavité thoracique comme on le ferait dans toute autre région. C'est là le grand avantage du volet thoracique à charnière, volet que l'on conserve et que l'on remet en place; il permet d'intervenir aisément sur le poumon et sur le cœur.

On a ainsi une large ouverture qui permet d'appliquer facilement une pince hémostatique sur le vaisseau saignant ou, à défaut de pince, de faire un tamponnement. C'est dans les cas d'hémorragies graves surtout qu'il faut intervenir sans hésitation. M. Delorme rappelle l'histoire d'un homme qui avait reçu plusieurs coups de couteau et qui fut transporté au Val-de-Grâce en état d'anémie traumatique grave. Il présentait tous les signes d'une hémorragie interne. M. Delorme conseilla à son collègue, dans le service duquel se trouvait cet homme, d'intervenir immédiatement et d'aller à la source de l'hémorragie. Le collègue hésita, attendit deux et trois jours. Enfin, sur les instances réitérées de M. Delorme, il se décida à pratiquer le volet thoracique, à ouvrir largement la plèvre et il put ainsi trouver la source de l'hémorragie et l'arrêter.

M. Guinard est de l'avis de M. Delorme. Toutefois, dit-il, il faut s'entendre sur le terme d'hémorragie grave. Dans le cas que vient de citer M. Delorme, on n'est intervenu que le troisième jour; ce n'était donc pas une hémorragie extrêmement grave. M. Guinard a été appelé auprès d'un maître d'armes qui avait reçu un coup de fleuret dans la poitrine et qui présentait tous les signes d'une hémorragie interne sérieuse. Il s'est abstenu de toute intervention, a laissé le blessé dans l'immobilité et l'hémorragie s'est arrêtée, l'hémothorax a disparu et le blessé a parfaitement guéri sans aucune intervention.

M. Delbet cite un cas où il est intervenu sans succès. Il s'agissait d'une blessure du poumon par balle de revolver. Il y avait un hématome grave; le malade s'asphyxiait. M. Delbet fit un volet, ouvrit la plèvre, intervint directement sur le poumon, et le blessé succomba à une nouvelle hémorragie. Il

croit qu'on guérit plus de ces blessés par l'abstention que par l'intervention.

M. Michaux, dans un cas d'hémorragie traumatique du hile du poumon, intervint et obtint une guérison. Il partage l'avis de M. Delorme sur l'extrême gravité des plaies du hile du poumon. En général dans les plaies des autres parties du poumon, on voit les choses s'arranger par l'expectation. Mais quand il y a des signes d'hémorragie très abondante, quand la situation semble tout à fait grave, il faut se décider à intervenir. On a dans le volet thoracique une ressource précieuse pour ces interventions. Il ne faut pas se dissimuler que ces opérations comportent un pronostic sévère. Aussi les indications en sont-elles très restreintes et on ne doit y recourir qu'en présence d'hémorragies extrêmement graves.

Perforations utérines. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Lapointe : il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, non réglée depuis deux mois et qui présentait des signes de péritonite généralisée d'origine utérine. M. Lapointe fit la laparotomie, donna issue à un liquide louche, pratiqua l'hystérectomie sus-vaginale, plaça un gros drain qui passait par le vagin et un drain abdominal. La malade succomba à des phénomènes de suppuration gangréneuse. Sur la pièce on constata une perforation de la face postérieure de l'utérus. Il existait une zone de sphacèle autour de la perforation. On ne trouva pas d'embryon. M. Picqué, à propos de ce fait, passe en revue les perforations utérines. Ce sujet a été fort bien étudié dans la thèse d'un de ses élèves, M. Morlet. Dans la plupart des cas, ces perforations post-abortum, comme les appelle M. Morlet, sont produites par l'instrument qui a servi à l'avortement. Mais il faut admettre la possibilité d'une perforation spontanée secondaire, résultat d'un sphacèle intra-utérin. On comprend toute l'importance de la distinction de ces faits au point de vue médico-légal. M. Picqué discute ces différents faits, le mécanisme de ces perforations, leur pronostic toujours très grave et leur traitement qui consiste dans l'hystérectomie abdominale.

M. Potherat fait observer qu'aux deux modes de perforation dont vient de parler M. Picqué, il faut en ajouter un troisième ; c'est l'emploi des caustiques. Le liquide caustique agit ici comme l'instrument qui sert à l'avortement. Dans un cas de ce genre, M. Potherat a, en effet, appris de la malade qu'on s'était servi d'une seringue pour la faire avorter.

M. Mauclaire établit une distinction entre les perforations infectées et les perforations non infectées. Il faut aussi, dit-il, tenir compte du siège de la perforation. Dans tous les cas, il faut pratiquer la laparotomie exploratrice et, le ventre ouvert, agir suivant les lésions constatées.

Jéjunostomie. — M. Guinard fait un rapport sur deux cas de jéjunostomie en Y pratiquées par M. Souligoux. Premier cas : homme de soixante ans, atteint de sténose pylorique d'origine cancéreuse. L'estomac étant envahi en totalité, M. Souligoux pratique une jéjunostomie en Y selon le procédé qu'il a préconisé pour la gastrostomie. Il ouvrit le jéjunum sur une étendue de 0,06 centimètres et fit l'anastomose à 0,15 centimètres au-dessous de l'orifice inférieur, fit un demi-tour de torsion et plaça une sonde. La bouche fut parfaitement continente pendant les dix jours que vécut le malade.

Dans le second cas, il s'agissait d'un cancer du cardia très volumineux ; la gastrostomie était impossible. M. Souligoux fit une jéjunostomie en Y.

M. Guinard rappelle les diverses observations de Schwartz, Riche, Terrier, etc., sur la jéjunostomie. Dans une discussion sur ce sujet, l'unanimité des membres de la Société de chirurgie a admis en principe que la jéjunostomie ne devait être employée que dans ces cas où la gastrostomie était formellement contre-indiquée. Quelle est la meilleure technique ? M. Guinard pense que la jéjunostomie latérale est la plus simple et qu'elle a donné de très bons résultats, particulièrement entre les mains de M. Terrier. L'inconvénient à redouter est l'incontinence de la bouche. On a cherché à y remédier par divers procédés. M. Guinard passe en revue les divers procédés employés par Walther, Fontan, Souligoux. A propos de ce dernier, dit-il, pourquoi la jéjunostomie en Y si la simple torsion suffit? Dans un cas où M. Guinard a fait la jéjunostomie avec torsion, il a obtenu une bouche très continente. Il y a tout avantage dans ces cas, qui, comme l'a dit M. Lejars, ne laissent pas de longues espérances, à recourir aux procédés les plus simples. Quant à lui, son procédé de prédilection est la jéjunostomie avec torsion de Souligoux mais sans l'Y.

M. Terrier n'est pas partisan de compliquer ces opérations par le procédé en Y. On peut recourir à la torsion. Dans beaucoup de cas, la bouche est restée longtemps continente ; dans d'autres cas, elle a fini par se dilater.

M. Delbet a vu, au contraire, dans certains cas, la bouche se rétrécir avec le temps.

La discussion se poursuit et MM. Reclus, Terrier, Routier et Quénu font connaître les diverses modifications qu'ils ont apportées à la gastrostomie ou à la jéjunostomie.

Abcès cérébral. — M. Delbet présente un malade fort intéressant : c'est un homme qui a reçu une balle de revolver dans la tête. Il n'a pas perdu connaissance, pas de sang par l'oreille, aucun signe de pénétration. La radiographie montre que la balle s'est divisée en deux fragments, l'un dans le crâne, l'autre sur le pterygoïdien. Après quelques jours, ce malade présente une céphalée intense et des signes de méningite. M. Delbet fait une ponction lombaire qui diminue la céphalée. Le maladie semble guéri et quitte l'hôpital. Mais les douleurs reparaissent plus intenses. Il rentre à l'hôpital, M. Delbet constate que la céphalée augmente dans le décubitus horizontal. Sauf cette particularité et une légère mydriase du côté blessé, il n'y a pas d'autres symptômes de compression cérébrale. Sur ces deux seuls signes, M. Delbet porte le diagnostic d'abcès chronique du cerveau. Il trépane, trouve la dure-mère sans perforation, sans battements. Il trouve l'un des fragments de la balle encastré dans la grande aile du sphénoïde. Il l'enlève, puis il incise la dure-mère et donne issue à une cuillerée à café de pus franc. Il introduit une sonde cannelée et voit qu'elle se porte en arrière. il enlève un nouveau fragment d'os, traverse un peu de la substance cérébrale et trouve encore du pus qu'il évacue. Il place deux drains. Aussitôt après l'opération, la céphalée a disparu.

Les jours suivants, le malade eut une légère hémoptysie. Les drains sont enlevés le troisième jour. L'examen du pus a montré qu'il était stérile. Le malade a parfaitement guéri.

Il s'agissait donc d'un abcès en dedans de la dure-mère sans perforation de celle-ci.

M. Delbet avait préalablement enlevé le fragment de balle qui se trouvait sur le ptérigoïdien.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 17, 26 avril 1906.) Charles B. MILLS : La valeur diagnostique de l'épilepsie jacksonienne limitée, avec la discussion du siège et de la nature des lésions et désordres occasionnant cette forme de spasme. — W. P. GRAVES : Une opération pour le cystocèle (avec 3 fig.). — R. A. PEARSON : Les mesures à prendre pour obtenir un bon lait dans le commerce. — L. Vernon BRIGGS : Du rôle et du traitement des auto-intoxications et auto-infections qui sont la cause de troubles mentaux (*suite* du n° 16, p. 434). — (N° 18, 3 mai.) Walter LINDLEY : Les devoirs du médecin praticien envers ses clients et envers lui-même. — H. F. HARTWELL : Le traitement des affections articulaires par la congestion passive (avec 1 tableau et 8 radiographies). — F. C. WELLMANN : Quelques considérations : 1° sur la signification d'une larve de vers intestinal trouvée dans le courant sanguin; 2° sur le spirochète trouvé dans des papules de la peau; 3° sur l'hypothèse de rapports possibles entre le « chigger » et l'ainhum. — Henry J. BARNES : L'influence de l'humidité du sol et du climat avec les maladies de la respiration. — L. Vernon BRIGGS : Considérations sur le traitement de l'auto-intoxication et l'auto-infection qui sont l'origine de maladies mentales (*fin* du n° 17, p. 469).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 19, 12 mai 1906.) RUPPERT : Recherches sur le nystagmus. — (N° 20, 19 mai.) SCHILLING : Stomatite aphteuse récidivante.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 3 mai 1906.) HOFFA : Les paralysies spastiques des enfants et leur traitement. — LEWIN : Sur l'action toxique locale de la phénylhydroxylamine. — BOAS : Sur la prophylaxie des gastrorragies. — REMEKE : Kyste hydatique suppuré de la cavité abdominale. — LÖHNBERG : Sur le traitement de la respiration par la bouche et de l'occlusion chronique des fosses nasales par élargissement du palais d'après Schrœder. — RINGLEB : Cystoscope d'après le principe de Maisonneuve. — HEERMANN : Traitement par la stase et la pression partielle dans les inflammations. — PLESCH : Perforateur explorateur comme moyen de diagnostic. — (N° 19, 10 mai.) WASSERMANN, NEISSER et BRUCK : Une réaction sérodiagnostique dans la syphilis. — HIRSCHBERG : Sur l'inflammation de la conjonctive et des nerfs de l'œil dans la syphilis congénitale. — BUSCHKE et FISCHER : Un cas de myocardite syphilitique au cours de la syphilis héréditaire avec découverte de spirochètes. — BETTMANN : Prurit comme phénomène initial du zona. — HEINZE : Sur le traitement de la maladie de Basedow par l'antithyréoïdine de Mœbius. — TREPLIN : Résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. — HOFFA : Les paralysies spastiques de enfants et leur traitement. — Roorda SMIT : La maladie des mouches et son traitement. — (N° 20, 17 mai.) MENDEL : La migraine. — JOCHMANN : Recherches sur le séro-diagnostic et la sérothérapie de la méningite épidémique. — EINHORN : Remarques sur la réaction gastrique du Sahli. — SCHIRMER : Recherches cliniques et expérimentales sur la tuberculose oculaire. — MÜHLENS : Culture des spirochètes des dents et des bacilles fusiformes sur des milieux de culture artificiels solides. — BURGÉ : Sur les calculs pulmonaires. — HIRSCH : Cas rare de blessure du médian avec troubles trophiques rares. — HOFFA : Les paralysies spastiques des enfants et leur traitement.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Mars 1906.) TSCHERNOW : Iléus chez les enfants, volvulus de l'anse sigmoïde. — STOELTZMER : Concentration osmotique des aliments habituels du nourrisson. — ZELENSKI : A propos de la pasteurisation du lait pour le nourrisson. — HEDINGER : Mort thymique chez les nouveau-nés. — ZUPPINGER : Contribution à l'étude des traumatismes causés par l'intubation. — REICHARD : Traitement opératoire des difformités infantiles.

Medizinische Blatter. — (N° 18, 3 mai 1906.) DARIER : Tuberculides cutanées et tuberculose atténuée. — (N° 19, 12 mai.) HELLSTRÖM : Rougeole et diphtérie. — WEISS : Conséquences thérapeutiques de la pathogénie des arthrites multiples.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 8 mai 1906.) EBSTEIN : Sur la varicelle varioliforme. — RICHARZ : Un cas de néphrite aiguë consécutif à l'emploi du baume du Pérou. — CRAMER : Un biberon normal pour les nourrissons. — KLIENEBERGER et ZŒPPRITZ : Contribution à la question de la formation de leucotoxine spécifique dans le sang consécutivement à la radiothérapie dans la leucémie, la pseudo-leucémie et le lymphosarcome. — (N° 20, 15 mai.) DEUKER : Une nouvelle voie pour les opérations des tumeurs malignes du nez. — KUSTER : Sur la question de l'apparition sporadique de la méningite cérébro-spinale. — HERFF : Prophylaxie de la blennorragie oculaire par le sophol. — HOHMANN : Progrès dans le traitement du pied plat. — RACINE : Sur l'analgésie du tendon d'Achille dans le tabes. — HARTUNG : Pourquoi les paralysies du nerf péronier sont-elles plus fréquentes que celles du nerf tibial? — ROSENGART : Formes cliniques de l'artério-sclérose abdominale. — HAGEN : Mélanges gazeux pour narcose au moyen de l'appareil à oxygène de Roth-Dräger. — MARTIN : Lipomes symétriques du dos de la main chez les nègres de Togo. — JAEGER : Tumeur de la moitié gauche du visage issue de la voûte palatine.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 18, 6 mai 1906.) BABARCZY-SCHWARTZER : Cinquante ans de législation hongroise des aliénés. — URSZINIY : Traitement des fractures de jambe. — (N° 19, 13 mai.) SZEKELI : Traitement des troubles circulatoires consécutifs aux maladies infectieuses.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 18, 3 mai 1906.) Benno MÜLLER : Contribution à l'étiologie de l'endométrite. — KRAFT : Contribution à l'opérabilité du lymphosarcome. — RUFF : Régression du lympho-sarcome sans opération. — STENEZEL : Contribution à l'étude et au traitement de la prostatite blennorragique chronique non compliquée. — BIERNAKI : Un micro-sédimentateur pour les recherches hématologiques et cliniques. — (N° 19, 10 mai.) VELICH : Etudes sur l'influence du système nerveux sur le pouls. — KOLISCH : Sur la question de la formation du sucre par la graisse. — LAZAR : Nouvelles études sur les substances lipoïdes comme éléments de défense. — KÉPHALLINOS : Sur le rhumatisme articulaire aigu, la chorée et l'endocardite des enfants. — HOLUB : Sur le traitement thyroïdien de la maladie de Basedow. — (N° 20, 17 mai.) JAGIÉ : Fixation des préparations de sang par l'acétone. — FÜSTER : Etude expérimentale sur la question de la présence du bacille tuberculeux dans le colostrum et le lait maternels. — MELLER : Sur la recto-romanoscopie. — KERN : Sur un cas de gastro-entéro anastomose spontanée. — FÜRTH : La stérilisation des laminaires et son importance pratique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — Le jury du deuxième concours est composé actuellement de MM. Delens, Ricard, Segond, Delbet, Reclus, Berger, qui ont accepté; Klippel, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— Un concours pour la nomination à la place d'assistant titulaire et à la place d'assistant adjoint du service Civiale (voies urinaires) de l'hôpital Lariboisière sera ouvert le vendredi 4 juillet 1906, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), de midi à trois heures, du mardi 5 juin 1906 au lundi 18 du même mois inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Le concours vient de se terminer par les nominations qui suivent : MM. Mocquot, Picot, Sauvé, Barbier et Guimbellot.

SECRET PROFESSIONNEL. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux vient de voter dans sa séance du 1er juin l'ordre du jour suivant :

« La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, après avoir pris connaissance des incidents survenus dans une affaire récente devant la cour d'assises de Bordeaux relativement au secret professionnel, déclare qu'elle approuve l'attitude prise par MM. les docteurs Rondot, Chambrelent, Villar, Emile Bitot et Guérin, appelés en témoignage.

Elle les félicite d'avoir observé dans son intégralité le secret professionnel et rend hommage à leur parfaite honorabilité. »

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — MM. les docteurs J. Philippe et G. Paul-Boncour (de Paris) obtiennent une partie du prix Halphen pour leur livre sur *Les anomalies mentales chez les écoliers*; *étude médico-pédagogique.*

VOYAGE MÉDICAL EN ALLEMAGNE. — L'*Excursion médicale internationale 1906* visitera les principales institutions médico-scientifiques de l'Allemagne (universités, hôpitaux, stations thermales les plus réputées).

Départ de Paris le jeudi soir 9 août.

10 août : Aix-la-Chapelle, Cologne. — 11 août : Cologne, Bonn. — 12 août : Bonn. — 13 août : Wiesbaden. — 14 août : Francfort. — 15 août : Marbourg. — 16 août : Leipzig. — 17, 18 et 19 août : Berlin. — 20 août : Dresde. — 21 août : Heidelberg. — 22 août : Baden-Baden.

Retour à Paris le jeudi soir 23 août.

Le concours de nos confrères allemands, ainsi que celui des bourgmestres et des municipalités, nous est acquis partout sur notre passage. Parmi les réceptions qui nous seront faites dans chaque ville, signalons dès aujourd'hui celles de Francfort, Marbourg, Berlin, Heidelberg et Baden-Baden. A Marbourg, les médecins francais seront admis à l'Institut d'hygiène de M. le professeur von Behring.

Les adhésions doivent parvenir le plus tôt possible et en tous cas avant le 20 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne Bazot, administrateur-fondateur des *Excursions médicales internationales*, au service-annexe de l'œuvre, 184, rue de Rivoli, Paris (Téléphone : 121-08).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Vernet (de Pignans), François Bachelet (de Toulon), René Duteil, médecin aide-major; François Boccard (de Thonon), Habran, ancien chirurgien des hôpitaux de Reims.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE ayant 16 inscriptions, son stage d'accouchement, désirerait trouver un remplacement d'un ou deux mois à Paris ou en province du 25 juillet au 30 septembre.

S'adresser à la *Gazette.*

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

PATHOGÉNIE DES PIGMENTATIONS DU COU
DANS LA SYPHILIS

Par M. le professeur GAUCHER (1).

Messieurs,

J'ai l'intention de consacrer cette leçon à l'étude de la pathogénie de la syphilide pigmentaire du cou. Celle-ci est bien connue depuis longtemps dans sa symptomatologie et je n'ai pas besoin de vous rappeler toute son importance pour le diagnostic de la syphilis. Le collier de Vénus — c'est ainsi que l'on désigne communément la syphilide pigmentaire — est un stigmate précieux de la vérole et sa recherche, qu'il ne faut jamais omettre dans les cas douteux, donne souvent des renseignements d'une importance capitale. Cette syphilide pigmentaire n'est pas une lésion précoce de la syphilis; elle apparaît généralement quelques mois après le début de l'infection spécifique. Elle est certes plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais il faut néanmoins bien savoir qu'il n'est pas rare de l'observer dans le sexe masculin.

Si l'on est bien fixé sur la valeur symptomatique des pigmentations du cou dans la syphilis, la pathogénie de ces pigmentations a donné lieu à des discussions contradictoires. Il en est ainsi, je crois, Messieurs, parce que cette question est moins simple qu'elle ne le paraît de prime abord et que le syndrome de la syphilide pigmentaire embrasse des faits bien différents les uns des autres. J'essaierai tout à l'heure de dissocier ce complexus clinique et de vous montrer qu'il existe plusieurs types morbides bien distincts, réunis jusqu'ici sous le vocable général de syphilide pigmentaire. Je voudrais auparavant vous exposer les théories émises jusqu'à ce jour pour expliquer la production des pigmentations du cou dans la syphilis.

Ces théories sont au nombre de deux et appartiennent, l'une à l'école syphiligraphique française, l'autre à l'école syphiligraphique allemande. L'école française, représentée par Hardy et par M. le professeur Fournier entre autres, a soutenu que la syphilide pigmentaire aréolaire du cou — cette forme qu'il est si banal d'observer chez les femmes syphilitiques — était une lésion primitive des téguments et qu'elle s'installait sans avoir jamais été précédée de manifestations spécifiques locales préalables. Malgré l'autorité qui s'attache au nom de tels observateurs, l'école allemande émit et a toujours soutenu une opinion tout à fait contraire.

Pour les syphiligraphes allemands, en effet, la syphilide pigmentaire se développerait toujours à la suite d'une lésion syphilitique locale antécédente, dont elle ne serait que le reliquat. Pour eux, la syphilide pigmentaire est toujours un mélange de leucodermie et de mélanodermie, dans lequel la partie blanche, décolorée, représente la trace de l'élément éruptif.

Messieurs, d'après les faits que j'ai observés, je crois, comme les dermatologistes allemands, que toutes les pigmentations du cou, dans la syphilis, sont secondaires à une autre lésion préalable. J'ai pu voir, en effet, évoluer un grand nombre de pigmentations syphilitiques du cou, et, dans mon service, il n'est point de semaine où je ne vous en montre plusieurs cas nouveaux. Par leur étude minutieuse, j'ai pu me convaincre que ces pigmentations cervicales sont toujours précédées d'une autre éruption spécifique à laquelle elles succèdent *in situ*. Je repousse donc la théorie de l'origine primitive de la syphilide pigmentaire du cou, théorie que je ne saurais admettre après les faits cliniques que je vois sans cesse se dérouler devant mes yeux.

Mais, il y a d'importants correctifs à apporter à la théorie allemande, car, à côté des leuco-mélanodermies, il y a des *pigmentations simples*, qui ne sont pas accompagnées de décoloration voisine.

Il est temps, en effet, de revenir sur la complexité des cas étiquetés du nom de syphilide pigmentaire, et le moment est venu d'examiner en détail ce côté de la question. A chaque variété clinique, correspond un mode pathogénique différent, quoique toutes ces pigmentations dérivent d'une lésion syphilitique préalable. Voici, je crois, comment il faut dissocier le cadre de la syphilide pigmentaire :

Dans certains cas, les troubles pigmentaires sont consécutifs à l'apparition et à l'évolution de papules spécifiques sur la région cervicale; ils sont alors constitués par un mélange d'hyperpigmentation et d'hypopigmentation. A ces faits je réserve le nom de *leucomélanodermie péri et post-papuleuse*.

Dans un autre ordre de faits, la lésion syphilitique qui donne naissance aux troubles pigmentaires est une macule érythémateuse, c'est-à-dire que cette lésion syphilitique primitive est une roséole dont certains éléments se sont développés sur la région du cou. Dans ces cas, les troubles pigmentaires se bornent à de l'hyperpigmentation et il n'est que juste de leur appliquer le qualificatif de *syphilide pigmentaire*. Celle-ci est *maculeuse* si la roséole qui l'a engendrée était elle-même constituée par de simples taches maculeuses. Elle est *aréolaire*, quand elle est consécutive à une roséole annulaire. Je puis vous dire de suite que c'est cette dernière variété qui correspond à la syphilide pigmentaire réticulaire primitive de Hardy.

La dénomination de *leucomélanodermie péri et post-papuleuse* me semble justifiée dans les cas où les troubles pigmentaires, engendrés par la syphilis sur le cou, sont consécutifs à l'évolution de papules spécifiques développées sur cette région. C'est qu'en effet, les lésions pigmentaires une fois établies sont alors constituées, d'une part par des taches blanchâtres et décolorées représentant de véritables cicatrices et apparues sur l'emplacement même des

(1) Leçon recueillie par M. Druelle, ancien interne de Saint-Lazare.

papules initiales, d'autre part par une zone brunâtre hyperpigmentaire, entourant ces taches leucodermiques. La pigmentation se voit certes avec fréquence dans les cicatrices d'ordre quelconque et en particulier dans les cicatrices syphilitiques, mais ici elle contraste avec la décoloration que je viens de vous signaler et la lésion définitive revêt un aspect vraiment particulier.

Voici, Messieurs, quel est le mécanisme de cette leucomélanodermie péri et post-papuleuse du cou. Elle se développe en passant par des phases successives dont je vais vous donner l'exposé. Autour de la papule et pendant qu'elle est encore en activite, apparaît un liséré, un halo blanchâtre dont la décoloration devient rapidement appréciable. Cette zone blanchâtre périphérique reste isolée pendant quelque temps, puis elle se fusionne avec une zone leucodermique identique apparue comme il suit sur l'emplacement de la papule. La papule en voie d'effacement s'affaisse en présentant tout d'abord une teinte pigmentée; le processus de guérison complète est marqué par la disparition de cette dernière, remplacée par une macule blanchâtre qui débute au centre de la papule, pour s'étendre à toute sa surface et s'unir au liséré leucodermique périphérique que je vous signalais plus haut. Pendant que se développent ces phénomènes d'hypopigmentation, il s'en passe d'autres en sens inverse autour de cette tache leucodermique. C'est-à-dire qu'à ce niveau les téguments prennent, au contraire, une coloration plus foncée aboutissant à une véritable mélanodermie. La lésion pigmentaire définitivement constituée est donc représentée par une pigmentation périphérique circonscrivant une zone centrale leucodermique. Vous le voyez, Messieurs, les phases évolutives de ces phénomènes pigmentaires et le résultat auquel ils aboutissent, justifient pleinement la dénomination de leucomélanodermie péri et post-papuleuse que je donne à cet ordre de faits.

Je suis heureux de pouvoir vous présenter un malade chez lequel vous pourrez observer l'éclosion de ces troubles pigmentaires. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, que nous avons soigné il y a deux mois pour un chancre syphilitique du gland qui a laissé une cicatrice légèrement indurée. La poussée secondaire, qui est actuellement en évolution, se réduit pour le moment à des symptômes cutanés et il n'y a pas de manifestations spécifiques sur les muqueuses. Chez cet homme, vous pouvez constater une roséole discrète à larges éléments disséminés sur le thorax et sur l'abdomen. Sur le cou il existe quelques syphilides papuleuses dont l'examen présente un haut intérêt. En effet ces papules, qui sont déjà en voie de guérison, présentent nettement les phénomènes pigmentaires que je vous énonçais tout à l'heure. Leur centre affaissé est en voie de décoloration et leur périphérie montre un liséré leucodermique des plus nets, qui tranche sur la coloration des parties voisines, où se développe une pigmentation qui n'est qu'au début, mais que vous apprécierez très facilement.

Voilà, surprise à son début, la genèse de la leucomélanodermie péri et post-papuleuse. Dans les cas où celle-ci est très marquée, quand les papules syphilitiques qui lui ont donné naissance étaient très nombreuses sur le cou, les zones brunâtres développées autour de ces dernières peuvent arriver à se fusionner. La région du cou est alors recouverte d'une nappe pigmentée uniforme plus ou moins foncée, sur laquelle se détachent des macules leucodermiques arrondies. Mieux qu'une description plus prolongée, l'examen de la jeune femme que je vous présente en ce moment vous donnera une idée de ce qu'est la leucomélanodermie péri et post-papuleuse à ce stade de complet développement. Cette observation vous montrera du reste, encore une fois, le rôle de l'éruption préalable dans le développement de cette variété de pigmentation syphilitique du cou.

Cette malade, âgée de dix-neuf ans et qui est entrée dans mon service il y a quelques jours, a contracté la syphilis il y a dix-huit mois. Elle a eu, à ce moment, un chancre de la vulve suivi, dans les délais classiques, d'une première poussée d'accidents secondaires cutanés et muqueux qui fut soignée à l'hôpital Cochin par des injections de biiodure de mercure. La malade est venue demander son admission à Saint-Louis pour une récidive de ses accidents secondaires. Cette femme présente actuellement, à droite de l'anus, une large plaque muqueuse hypertrophique. En diverses régions, vous pouvez voir une éruption de syphilides papulo-squameuses à petits éléments : cette éruption est en pleine activité sur les cuisses, le bas du dos, les lombes et l'abdomen. Sur le cou cette syphilide papuleuse était très développée quand nous avons vu la malade pour la première fois. Elle y est aujourd'hui presque guérie et vous ne voyez plus, sur la région cervicale, que quelques papules affaissées et presque de niveau avec le reste des téguments. Mais l'exanthème papuleux y a laissé la trace de son passage, sous forme d'une pigmentation très développée dont, même à distance, vous pouvez apprécier l'intensité. Les faces latérales du cou et la nuque sont d'un brun noirâtre très accusé, recouvertes d'une nappe pigmentaire diffuse, sur laquelle sont semées un grand nombre de papules leucodermiques qui sont ici d'un blanc presque éclatant. Les troubles pigmentaires caractéristiques de la leucomélanodermie péri et post-papuleuse sont, chez cette jeune femme, non seulement d'une intensité rare, mais aussi plus étendus que de coutume. Cette leucolamélanodermie ne se borne pas au cou, en effet; elle envahit aussi les régions adjacentes, c'est-à-dire la partie supérieure de la poitrine, le haut du dos et la région inter-scapulaire. La malade présente également, sur les cuisses, des éléments papuleux en voie de régression, mais sur cette région vous pouvez voir que les papules ne sont suivies que d'une macule brunâtre d'aspect banal. Je reviendrai plus loin sur ce point.

Messieurs, la leucomélanodermie cervicale péri et post-papuleuse n'est pas seulement l'apanage de la syphilis acquise. Elle peut se rencontrer également dans la syphilis héréditaire. Elle y est fort rare, mais j'ai pu en recueillir une observation pro-

bante que j'ai présentée en 1903 à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, avec mon interne M. Chiray. Il s'agissait, dans cette observation, d'une fillette de douze ans qui était entrée à la salle Henri-IV, pour des plaques muqueuses vulvaires et anales très nombreuses. Ces accidents pouvaient faire croire à une syphilis acquise, mais il nous fut absolument impossible de découvrir une porte d'entrée à cette dernière. En dehors de ce fait, d'autres considérations venaient militer en faveur du diagnostic de syphilis héréditaire. La petite malade ne présentait pas de dystrophies dentaires ou craniennes, mais l'examen ophtalmoscopique montra dans le fond de l'œil des stigmates d'hérédo-syphilis; un léger aplatissement de la racine du nez venait encore à l'appui de cette hypothèse. Enfin quand nous pûmes interroger la mère de cette enfant, elle nous apprit qu'elle avait été soignée autrefois pour la syphilis et qu'elle avait fait plusieurs fausses couches. Or, sur le cou de cette petite syphilitique héréditaire, il existait des lésions qui attirèrent tout de suite notre attention. On y voyait tout d'abord des syphilides papuleuses de grandes dimensions. A côté de ces éléments éruptifs, on pouvait remarquer des taches leucodermiques reposant sur un fond hyperpigmenté. Ces troubles pigmentaires avaient bien succédé à des éléments analogues aux papules actuellement en activité, comme venait le prouver l'examen de certaines de ces papules où la leucomélanodermie était en train de se constituer. Voilà donc une observation qui fournit la preuve péremptoire de la possibilité du développement de la leucomélanodermie péri et post-papuleuse dans l'hérédo-syphilis. Certes elle y est rare, mais vous savez maintenant que vous êtes exposés à l'y rencontrer.

Je terminerai cette étude de la leucomélanodermie péri et post-papuleuse en vous disant quelques mots au sujet de sa distribution topographique. Vous savez que les pigmentations spéciales à la syphilis, que j'envisage dans cette leçon, sont, dans l'immense majorité des cas, limitées aux faces latérales du cou et à la nuque, que parfois elles s'étendent aux parties supérieures du thorax et du dos, et qu'elles ne se généralisent que dans des cas absolument exceptionnels. La leucomélanodermie péri et post-papuleuse n'échappe pas à cette règle. Elle est communément localisée au cou. A propos de la malade que je vous présentais tout à l'heure, je vous faisais remarquer que la leucomélanodermie était, chez cette femme, limitée aux papules cervicales, alors que des éléments absolument identiques des cuisses n'étaient suivis que d'une simple pigmentation maculaire. Voici encore un fait de même ordre. Voyez cette jeune fille qui est soignée depuis quelque temps, à la polyclinique du service, pour une syphilide polymorphe secondaire généralisée, comprenant, entre autres, des éléments papuleux du cou et du front. Nous avons obtenu la guérison de cet exanthème secondaire intense par des injections quotidiennes de benzoate de mercure, et nous avons assisté au développement progressif de la leucomélanodermie que vous constatez actuellement sur le cou de la malade. Les papules du front ont guéri en même temps que les papules du cou et pourtant elles n'ont laissé après elles que les macules cuivrées que vous avez sous les yeux. Pourquoi, Messieurs, cette différence d'évolution et de séquelles entre des éléments identiques par leur morphologie et par leur constitution? Je ne puis répondre à cette question, car j'en ignore la solution. Comme tous les auteurs qui m'ont précédé dans l'étude de ce point de la syphiligraphie, je ne puis que constater le fait sans être à même de vous en fournir une explication rationnelle.

J'aborde maintenant l'étude de la *syphilide pigmentaire vraie du cou*, celle que l'on appelle parfois la syphilide pigmentaire primitive et que je crois être la suite d'une roséole du cou.

Sous sa forme la plus fréquente, cette variété de pigmentation syphilitique cervicale est constituée par des anneaux d'un brun clair qui, se réunissant les uns aux autres, forment des stries ou des bandes pigmentées entrecroisées sous des angles divers et limitant ainsi des îlots de peau saine. En effet, les mailles de ce réseau pigmenté enserrent des petites portions des téguments qui ont conservé leur coloration normale. Telle est, brièvement résumée, la symptomatologie de la syphilide pigmentaire aréolaire du cou.

Dans une forme plus rare la syphilide pigmentaire est constituée par de simples taches pigmentaires maculeuses. On est alors en présence de la syphilide pigmentaire maculeuse.

Vous le voyez par cette courte description, Messieurs, il existe une différence capitale entre la syphilide pigmentaire et la leucomélanodermie péri et post-papuleuse. Dans cette dernière, je vous l'ai montré par des exemples multiples, l'hyperpigmentation est associée à l'hypopigmentation, à la leucodermie. Dans la syphilide pigmentaire au contraire, il n'existe que des phénomènes d'hyperpigmentation et il n'y a aucune trace de décoloration des téguments dans les régions envahies par le processus dyschromique. Si, dans certains cas, on a pu croire à la présence d'un élément leucodermique, ce n'était que par contraste avec les parties voisines anormalement pigmentées. Cette absence de leucodermie dans la syphilide pigmentaire vraie a été bien mise en lumière par M. le professeur Fournier, à l'aide d'un artifice ingénieux connu sous le nom de procédé de la carte de visite. Ce procédé consiste à percer d'un trou le centre d'une carte puis à appliquer cette dernière sur le cou d'un sujet atteint de syphilide pigmentaire, de façon que ce trou corresponde à l'une des petites portions cutanées, incluses dans les mailles du réseau pigmenté. Ce dernier étant ainsi dissimulé, on peut facilement apprécier qu'il y a identité de coloration entre les petites parties cutanées non pigmentées et le reste de la peau saine. Je ne puis que me ranger à l'opinion du professeur Fournier en ce qui concerne ce point de la symptomatologie de la syphilide pigmentaire, mais encore une fois je suis forcé de m'éloigner de lui à propos de l'interprétation pathogénique de cette lésion. Avec Hardy, je vous l'ai déjà dit, il admet que la syphilide pigmentaire est absolument primitive. Je

crois au contraire qu'elle est secondaire à une roséole du cou, qu'il s'agisse de la syphilide pigmentaire maculeuse ou de la syphilide pigmentaire aréolaire. Permettez-moi, Messieurs, d'envisager successivement chacune de ces formes pour vous donner la démonstration de leur développement consécutif à une roséole cervicale préalable.

Je pense tout d'abord qu'il en est ainsi dans tous les cas de syphilide pigmentaire maculeuse ou des taches d'un brun plus ou moins foncé, arrondies ou ovalaires, sont disséminées sur le cou et y restent isolées sans se confondre. J'ai vu, dans bien des cas, cette lésion succéder à des taches de roséole isolées du cou et de la nuque et je vous présente un malade chez lequel vous pourrez observer cette transformation. Voyez ce jeune homme de vingt et un ans qui a contracté il y a quatre mois un chancre syphilitique du prépuce. Entre autres symptômes secondaires sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister, ce malade présente actuellement une roséole à larges éléments, disséminée sur tout le corps, mais plus abondante sur le tronc. Cette roséole s'est étendue au cou et vous pouvez voir ses taches érythémateuses sur les parties latérales de la région cervicale et sur la nuque. Quelques-unes de ces taches de roséole du cou sont manifestement en train de se pigmenter. En regardant la malade de près, vous pouvez voir, en effet, que ces taches roséoliques perdent leur aspect rosé pour prendre une tonalité brunâtre, dont la teinte est bien celle que nous sommes accoutumés d'observer dans la syphilide pigmentaire définitivement établie. Cette observation se passe de plus amples commentaires. Elle nous montre la succession de la syphilide maculeuse pigmentaire à la roséole maculeuse du cou.

Par le même mécanisme et dans les mêmes conditions, la syphilide pigmentaire aréolaire succède à la roséole annulaire du cou dont elle n'est que le reliquat. J'en ai donné la preuve dans une communication que j'ai faite en 1903 à la Société de dermatologie en collaboration avec M. Milian. Nous y avons apporté l'observation d'un homme chez lequel nous avons pu voir une roséole de retour circinée du cou se pigmenter petit à petit et se transformer enfin en une syphilide pigmentaire aréolaire irréfutable. Depuis lors, j'ai pu recueillir plusieurs observations analogues que je ne reproduirai pas toutes ici, car elles sont en quelque sorte calquées les unes sur les autres. Laissez-moi pourtant vous relater l'histoire d'une femme de vingt-six ans que nous avons suivie et étudiée à ce point de vue depuis bientôt une année. Quand nous vîmes cette malade pour la première fois le 1er juin 1904, elle venait nous consulter pour une roséole et des plaques muqueuses vulvaires. Elle était en outre enceinte de six mois. L'accident primitif était passé inaperçu. Peut-être s'agissait-il d'une syphilis conceptionnelle ? Malgré un traitement intensif par les injections de benzoate de mercure, la malade accoucha prématurément d'un enfant qui ne vécut que quelques heures. Depuis, nous l'avons soignée à plusieurs reprises pour des poussées successives de plaques muqueuses amygdaliennes. Il y a quelques semaines, cette femme est venue nous retrouver. Elle présentait alors sur le tronc une syphilide érythémateuse cutanée en anneaux multiples, en d'autres termes, une roséole circinée de retour qui datait déjà de quelque temps. Sur le cou on pouvait voir également des éléments de roséole annulaire ou circinée. Il était intéressant de suivre régulièrement cette malade. C'est naturellement ce que nous avons fait avec rigueur. Sous l'influence du traitement mercuriel nous avons pu voir les éléments circinés de roséole développés sur le tronc, pâlir et s'effacer. Dans le même laps de temps, ceux du cou sont devenus brunâtres, se sont pigmentés, et actuellement cette femme présente une syphilide pigmentaire aréolaire typique.

Cette observation est déjà fort instructive. La malade que voici vous édifiera au moins autant à ce sujet. C'est une jeune fille de dix-huit ans qui a eu, il y a huit mois, un chancre syphilitique de la grande lèvre gauche, puis des papules érosives de la vulve et un ecthyma syphilitique des deux jambes. La malade est rentrée de nouveau dans mon service pour d'autres accidents secondaires plus récents. Ceux-ci consistent tout d'abord en quelques syphilides papuleuses des bras. D'autre part il existe sur l'abdomen, le thorax et le cou, une roséole circinée, véritable roséole de retour. Sur le cou, toutes les lésions ne sont pas identiques en ce moment. En certains points, on n'y trouve que des anneaux et des circinations qui ont la teinte rosée que des éléments analogues affectent sur le tronc. Ailleurs, ces anneaux et ces circinations ont déjà perdu en partie cette coloration rosée pour revêtir une teinte bistrée, indice de leur acheminement vers l'élément constitutif de la syphilide pigmentaire. Enfin, il existe aussi déjà des éléments d'un brun foncé achevé. Le tout forme un réseau intriqué, irrégulier, dans lequel la pigmentation tient déjà une large place. Je n'aurais pu, Messieurs, choisir un cas plus démonstratif pour vous prouver la succession de la syphilide pigmentaire aréolaire à la roséole circinée du cou.

A propos de la syphilide pigmentaire, je dois faire une réflexion analogue à celle que j'émettais tout à l'heure au sujet de la leucomélanodermie péri et post-papuleuse. Les taches pigmentaires qui succèdent à la roséole sont presque toujours localisées au cou et aux parties voisines. Chez la dernière malade que je viens de vous présenter, vous avez pu voir que des arceaux de roséole circinée, développés sur la poitrine en même temps que ceux du cou, étaient en train de disparaître par voie d'effacement progressif, sans laisser après eux de pigmentation. Comme pour la leucomélanodermie, je suis dans l'impossibilité de vous donner la raison de cette différence d'évolution.

Une remarque à propos de la date d'apparition de la syphilide pigmentaire aréolaire. Vous savez qu'elle apparaît en moyenne après quatre à six mois de syphilis. Il est facile de trouver la raison de ce début tardif. Cette syphilide pigmentaire aréolaire est consécutive à une roséole circinée du cou. Or la roséole circinée ne fait point partie de la première poussée des accidents secondaires; elle rentre dans les roséoles de retour qui ne se manifestent que plu-

sieurs mois après le début de l'infection spécifique. Sa chronologie commande celle de la syphilide pigmentaire aréolaire et il n'est que rationnel de voir celle-ci se développer plusieurs mois après le chancre.

J'en aurai fini avec la syphilide pigmentaire réticulaire, quand je vous aurai dit que les auteurs sont unanimes à déclarer qu'elle ne se voit pas dans l'hérédo-syphilis, et de fait je n'ai jamais eu l'occasion de l'observer dans ces conditions.

En résumé, Messieurs, et sans crainte de me répéter encore une fois, je suis convaincu que toutes les pigmentations syphilitiques du cou ne se développent que consécutivement à une lésion spécifique préalable. Celle-ci peut être soit une *papule* qui sera suivie de la *leucomélanodermie péri et post-papuleuse*, soit une *roséole* qui suivant les cas engendrera la *syphilide pigmentaire maculeuse* (roséole maculeuse) ou la *syphilide pigmentaire aréolaire* (roséole annulaire).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1906)

Appendicite et entéro-colite. — La réponse des chirurgiens à M. Dieulafoy ne s'est pas fait longtemps attendre et nous voilà en présence d'une nouvelle discussion sur l'appendicite qui promet de n'être ni moins vive ni moins intéressante que les premières. Mais avant les chirurgiens nous avons eu la bonne fortune d'entendre M. Cornil qui, avec son autorité incontestable, a réhabilité l'appendicite *microscopique* assez malmenée dans la dernière séance par M. Dieulafoy. Qui ne connaît cliniquement les appendicites de voisinage, c'est-à-dire les appendicites consécutives à une ovarite, à une métrite ou même à une entérite? Ce fait est aujourd'hui tellement connu qu'aujourd'hui la plupart des chirurgiens, quand ils font une laparotomie pour un fibrome, pour une affection annexielle, enlèvent de propos délibéré l'appendice même sain d'apparence. M. Cornil a bien dit « d'apparence », parce que sur un grand nombre d'appendices enlevés dans ces conditions et qu'il a examinés histologiquement, il n'en a pas trouvé un seul absolument sain... histologiquement. Récemment, il recoit dans son laboratoire la visite d'un chirurgien fort ému qui lui apportait un appendice qu'il venait d'enlever, et qu'il regrettait d'avoir enlevé parce qu'il le trouvait normal. M. Cornil, après avoir examiné cet appendice au microscope, a pu rassurer la conscience de ce collègue, car il a pu déclarer par écrit que cet appendice était réellement altéré ; et ce n'était certes pas là de sa part un certificat de complaisance.

M. Cornil déclare qu'en dehors du microscope il est extrêmement difficile de reconnaître, à l'œil nu, si un appendice est sain ou malade.

L'examen histologique s'impose et M. Cornil nous fait ici un tableau saisissant de toutes les lésions que peut révéler le microscope dans un appendice en apparence sain. Si l'on fait une section transversale de l'appendice, les lésions qu'on rencontre entre la couche musculeuse et le péritoine sont nombreuses et variées : altération des glandes, des follicules clos, du tissu réticulé, inflammation simple de la muqueuse, exagération des leucocytes, des globules blancs, présence de nombreux microorganismes, etc., souvent ces microorganismes transsudent au dehors, envahissent les lymphatiques, et c'est alors la péritonite avec tout son cortège de symptômes graves. L'examen à l'œil nu ne révèle pas ces lésions ; le microscope seul permet de les reconnaître. On est donc en droit de dire que le diagnostic de l'appendicite même pièces en main, est souvent fort difficile. Dans certains cas, des ulcérations, des perforations même de la muqueuse masquées par des dépôts de fibrine passent inapercues. Un grand nombre de ces lésions ne peuvent être reconnues que par un examen histologique complet et que sur de nombreuses coupes. Enfin M. Cornil ne cite que pour mémoire ces appendicites gangréneuses, mortifiantes d'emblée que tous les chirurgiens connaissent bien.

Passant aux appendicites chroniques, M. Cornil rappelle de nombreux cas où l'opération n'a été pratiquée qu'après plusieurs crises appendiculaires, cliniquement très nettes, et on a trouvé un appendice, en apparence normal. L'examen histologique a montré que ces appendices étaient oblitérés par du tissu de nouvelle formation. Chaque colique appendiculaire y a laissé sa trace. Il y en a dans lesquels la cavité de l'appendice est entièrement comblée par du tissu conjonctif de nouvelle formation. M. Cornil a examiné de nombreux appendices provenant de sujets morts de tuberculose intestinale. Dans tous ces cas, on trouve des granulations tuberculeuses dans la cavité appendiculaire. M. Cornil rappelle à ce sujet les statistiques de Letulle et le rapport de Demoulin au Congrès de la tuberculose. Chaque fois qu'on a enlevé un appendice chez un tuberculeux, on a trouvé des tubercules dans cet appendice. Il y a aussi l'appendicite cancéreuse, le cancer primitif de l'appendice.

Que résulte-t il de cet exposé ? c'est que le chirurgien qui se dispose à enlever un appendice est bien loin de savoir ce qu'il va trouver. S'il y a des faits dans lesquels la clinique seule peut et doit guider la main du chirurgien, il est aussi bien des circonstances dans lesquelles l'histologie seule peut révéler l'existence et la nature de l'appendicite. M. Cornil qui est un histologiste doublé d'un clinicien est loin de méconnaître l'importance de la clinique, car pour lui, la clinique et l'histologie sont sœurs.

M. Reclus constate que, par sa communication, M. Dieulafoy a de nouveau soulevé cette question des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Nous voilà, dit-il, par ce fait, rajeunis de neuf ans. Pour M. Dieulafoy, l'appendicite ne dériverait jamais de la typhlo-colite ou de l'entéro-colite muco-membraneuse; la coexistence des deux affections serait tout au moins rarissime, pour employer la propre expression de M. Dieulafoy. De là des diagnostics de tendances, des opérations inutiles pratiquées sans remords et cette orgie de balafrés qui a fait pousser à M. Dieulafoy ce cri d'alarme !

Pour M. Reclus, c'est de la part de M. Dieulafoy une profonde erreur que de nier toute relation entre l'appendicite et l'entéro-colite muco-membraneuse. C'est pourquoi il examine scrupuleusement les faits avancés par son collègue : dans la plupart de ces faits, il s'agit de malades qui ont déclaré eux-mêmes à M. Dieulafoy qu'ils avaient été opérés d'appendicites qu'ils n'avaient pas. Il faudrait à M. Reclus d'autres preuves que de simples assertions de malades. Il manque à la plupart des observations de M. Dieulafoy un sacrement important, l'examen histologique de l'appendice. C'est ainsi que sur les onze observations communiquées par M. Dieulafoy, il y en a au moins huit que récuse M. Reclus. Mais il y en a une, en revanche, à laquelle M. Reclus attache beaucoup d'importance. C'est précisément celle que M. Dieulafoy a spirituellement appelée l'appendicite *microscopique* et que M. Reclus appellera plus simplement l'appendicite chronique.

Nous savons qu'en matière d'appendicite franche, M. Dieulafoy n'a pas changé sa manière de voir et qu'il conseille toujours l'opération aussi immédiate que possible, ce en quoi il diffère de M. Reclus et de beaucoup d'autres chirurgiens qui préfèrent attendre et qui opèrent à froid ces mêmes appendicites pour lesquelles M. Dieulafoy aurait conseillé l'opération immédiate. Or il ne serait pas absolument étonnant que ces appendices enlevés cinq et six mois après une crise appendiculaire parussent sains à l'œil nu; nous disons à l'œil nu, car M. Cornil vient de nous montrer qu'ils ne le sont pas sous le microscope.

Mais M. Reclus a hâte d'arriver au nœud du débat, c'est-à-dire aux rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. M. Reclus croyait cette question tranchée depuis longtemps. Il croyait qu'il était aujourd'hui reconnu par tout le monde que toutes les entérites, toutes les inflam-

mations intestinales pouvaient et devaient retentir sur l'appendice qui n'est qu'un diverticule de diverticule, qu'un cæcum de cæcum, qu'une fistule borgne interne, cloaque merveilleusement constitué pour recevoir et retenir tous les microbes imaginables. M. Reclus rappelle avoir publié dix-sept observations dans lesquelles l'appendicite était intimement liée à l'entéro-colite muco-membraneuse. Ayant parlé de ces faits avec plusieurs de ses collègues de la Société de chirurgie, il aurait pu recueillir, de six d'entre eux, quinze nouvelles observations absolument typiques ou point de vue de cette relation. Il s'agit, dans ces cas, de malades chez lesquels l'entéro-colite et l'appendicite étaient aussi incontestables l'une que l'autre. Voici un de ces faits : Un homme de trente-neuf ans consulte M. Reclus le 10 janvier 1904; M. Reclus diagnostique une entéro-colite muco-membraneuse et une appendicite. Il conseille d'attendre pour opérer à froid; M. Dieulafoy est appelé auprès de ce malade le 22 février; il admet l'entéro-colite, mais nie l'appendicite. M. Jalaguier est appelé le surlendemain, diagnostique les deux et propose l'opération, qui est acceptée; il opère et enlève un appendice reconnu, au microscope, très malade. Un grand nombre de ces malades atteints à la fois d'appendicite et d'entéro-colite sont guéris, après l'opération, de l'une et de l'autre. M. Reclus cite un cas qui le touche de très près : dans ce cas, l'opération a guéri le malade et de son appendicite et de son entéro-colite muco-membraneuse. Toutefois, M. Reclus est bien loin d'affirmer que cette guérison est la règle, et il reconnaît que bien des malades opérés d'appendicite ont continué à souffrir de leur entéro-colite. Aussi M. Reclus ne conseillera-t-il jamais aux malades atteints seulement d'entéro-colite l'ablation de l'appendice comme moyen de traitement de leur entéro-colite muco-membraneuse. Mais lorsque chez ces malades l'appendice entre en jeu, il faut le leur enlever pour éviter plus tard des désastres irréparables. Cet appendice peut devenir une telle source de dangers que M. Reclus n'hésite pas à féliciter tous les balafrés de Châtel-Guyon et de Plombières de ne plus en porter.

M. Reclus serait désolé de terminer sa communication sans trouver un point d'entente avec son collègue, M. Dieulafoy. Or il se trouve absolument d'accord avec lui sur les difficultés du diagnostic dans bon nombre de cas et il eût été heureux de voir son éloquent collègue exercer sa sagacité et ses hautes qualités cliniques à débrouiller un peu les difficultés de ce diagnostic. Un dernier fait qui a été révélé à M. Reclus par M. Broca : Le fils d'un de nos confrères de la banlieue parisienne, au cours d'une entéro-colite, est pris de phénomènes très graves. Imbu des idées défendues par M. Dieulafoy, il se refuse à toute intervention. Cependant les accidents s'aggravent. Quand le chirurgien fut appelé, il était trop tard.

M. Richelot, de la communication de M. Dieulafoy, a retenu d'abord un fait qu'il est impossible de nier : nombre de malades, depuis quelques années, ont été opérés d'une appendicite qu'ils n'avaient pas. Il faut avoir le courage de le dire, et n'eût-il que cette conclusion, le discours de M. Dieulafoy était chose utile.

Il y a là un entraînement, et en opérant à la moindre douleur, sans un diagnostic approfondi, certains chirurgiens s'exposent à laisser en détresse des malades à qui ils ont promis la guérison.

Voilà M. Richelot d'accord avec M. Dieulafoy sur un point essentiel. Mais il a peur qu'après son nouveau discours, les appendicites les plus vraies ne viennent à passer pour fausses, et que, pris d'une autre peur, les malades ne veuillent plus voir le danger d'une maladie menaçante ou les inconvénients prolongés d'une infection chronique.

Pour démontrer l'inutilité de certaines opérations, M. Dieulafoy cherche à établir qu'il n'existe aucune relation entre l'appendicite et l'entéro-colite, qu'elles ne coïncident presque jamais, et que, par suite, chez un malade atteint d'entéro-colite, l'intervention chirurgicale est à peu près toujours et formellement contre-indiquée. M. Richelot ne peut partager son avis; il croit, au contraire, qu'il se fait entre l'intestin et l'appendice un échange de mauvais procédés que démontrent l'observation clinique et les résultats mêmes de l'intervention chirurgicale. Il croit deux choses ; 1° certains troubles de l'intestin sont d'origine appendiculaire; 2° l'appendicite est toujours d'origine intestinale.

Nous regrettons que le défaut de place ne nous permette pas de suivre M. Richelot dans les considérations fort intéressantes qu'il a présentées relativement à l'appendicite, à son étiologie, et dans la discussion très serrée des diverses théories en honneur. Cette discussion a surtout pour but de réfuter cet argument de M. Dieulafoy, à savoir que l'entéro-colite muco-membraneuse ne prédispose pas et n'expose même pas à l'appendicite.

Pour M. Richelot, l'appendicite est une maladie de provenance intestinale. Les matières normales pénétrant et restant, c'est déjà une cause d'infection suffisante en l'absence de toute concrétion; il n'en faut pas plus pour constituer cliniquement une appendicite durable, enrayant les fonctions de l'intestin, altérant l'état général, et dont l'extirpation est suivie d'un succès thérapeutique significatif.

Il n'est pas jusqu'aux appendicites de « cause générale » qui n'aient, à son avis, leur source dans l'intestin. Ainsi, les « causes générales » ne lui semblent pas avoir une grande obscurité; toutes les variétés étiologiques peuvent se fondre en une seule : l'appendicite est une maladie de provenance intestinale, toujours intestinale.

En formulant cette proposition, et cherchant à détruire la barrière infranchissable que M. Dieulafoy élève entre l'intestin et son appendice, M. Richelot prétend faire mieux comprendre comment on prévient les accidents appendiculaires en soignant l'intestin, et comment, d'autre part, on peut rendre intelligibles certains troubles viscéraux et les guérir par une intervention opportune. Mais il n'ignore pas les abus d'interprétation auxquels donnent lieu les faits les plus exacts, et il veut s'associer une fois de plus, en terminant, à la condamnation prononcée par notre collègue contre les diagnostics portés à la légère et les opérations mal justifiées.

Cette discussion se continuera dans la prochaine séance.

Tuberculose. — Au début de cette séance, qui a été particulièrement chargée, l'Académie a été appelée à voter les conclusions proposées par la commission de la tuberculose. C'est M. Netter qui a été chargé par cette commission de présenter à l'Académie les vœux suivants :

I. Vœux proposés a l'Académie par la commission de la tuberculose. — A. *Statistique*. — La statistique des causes de décès ne peut offrir de garanties d'exactitude que si les déclarations sont faites par les médecins traitants. Ces déclarations ne peuvent être imposées que si des mesures sont prises pour assurer le secret médical.

La statistique doit avoir pour base l'étiologie des maladies.

Pour reviser dans ce sens la nomenclature des causes de décès, il convient d'attendre la réunion de la prochaine conférence internationale en 1910.

B. *Déclaration des maladies transmissibles.* — La déclaration, obligatoire pour le médecin, doit l'être également pour le chef de famille, le logeur, les chefs de collectivité et d'établissement.

C. *Lutte contre la tuberculose.* — Le médecin traitant indiquera à l'entourage du malade (et au malade, s'il y a lien) les mesures à prendre pour prévenir la contagion.

L'exercice du droit de déclarer les cas de tuberculose (décret du 10 février 1903) donné aux médecins traitants, aux familles et aux chefs de collectivité, le moyen de provoquer la désinfection ces locaux habités par un tuberculeux. Cette désinfection est particulièrement nécessaire en cas de décès ou de changement de domicile.

Les conditions de développement et d'évolution de la tuberculose sont si différentes de celles des autres maladies transmissibles, qu'on ne saurait, pour combattre cette maladie, se contenter des mesures édictées par la loi du 15 février 1902; il convient d'organiser cette lutte par une loi spéciale.

Cette loi devra envisager non seulement la transmissibilité, mais aussi les autres facteurs étiologiques, notamment l'insalubrité des locaux et l'alcoolisme.

D. *Désinfection.* — L'Académie, se référant à son vote du 15 juin 1905, appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de faire fonctionner les services de désinfection prévus par la loi du 10 février 1902.

II. Projet de résolution. — La coqueluche est ajoutée à la liste dressée par l'Académie des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Tous ces vœux ont été adoptés, sauf celui de la lutte contre la tuberculose (conclusion C) qui, sur l'intervention de M. Grancher, a été modifié de la façon suivante, au lieu de : « Le médecin traitant indiquera à l'entourage du malade (etau malade s'il y a lieu) les mesures à prendre, » M. Grancher a proposé : « Le médecin traitant indiquera à l'entourage du malade et au malade lui-même, etc. » Cette modification a été adoptée par l'Académie.

A ce propos, en effet, M. Grancher rappelle qu'en 1898, la Commission dont il était rapporteur, s'est montrée plus précise et plus énergique et insistait sur les mesures à prendre par l'entourage et par le malade lui-même. L'Académie avait adopté cette manière de voir. Elle ne saurait aujourd'hui se déjuger.

Revision du code civil. — Nous avons aussi entendu une communication de M. Lacassagne (de Lyon), fort intéressante et fort bien présentée, sur le rôle du médecin dans la réforme du code civil. M. Lacassagne montre que le rôle du médecin devient de plus en plus important et qu'il est impossible de ne pas le consulter dans la revision des articles du code civil. Il cite de nombreux exemples à l'appui de cette manière de voir et il demande que l'Académie ne se désintéresse pas de cette question et qu'elle émette le vœu que des médecins soient adjoints aux membres de la Commission chargée de cette revision du code civil.

L'Académie a élu MM. Mosso (de Turin) et Fhlers (de Copenhague), membres correspondants étrangers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 1er juin 1906)

Fièvre typhoïde prolongée. — M. Claisse rapporte l'observation d'un homme qui fut atteint d'une fièvre typhoïde qui dura deux cents jours. C'est un des cas où la durée fut la plus longue, puisqu'on ne trouve dans la littérature qu'un fait de M. Jaccoud qui puisse lui être comparé. Au cours de la deuxième rechute (il y eut quatre rechutes), on nota une hémorragie intestinale grave. Le séro-diagnostic a toujours été positif.

MM. Le Gendre, Widal font remarquer que les fièvres prolongées sont communément assez bénignes. M. Faisans a constaté que ces formes prolongées sont plus fréquentes depuis quelques années.

Ophtalmoplégie transitoire chez un artério-scléreux. — M. Henri Claude. Un homme de soixante-huit ans, sans tares antérieures, présenta brusquement en pleine santé une diplopie, accompagnée de quelques troubles de l'équilibration, sans paralysie des membres. L'examen pratiqué quelques jours plus tard montra qu'il existait une diminution des réactions pupillaires, de la diplopie, une légère divergence des globes oculaires, une diminution des mouvements de ces derniers dans tous les sens, surtout en haut et vers la droite, enfin un léger ptosis des deux paupières. On ne constata aucun autre trouble nerveux, sauf une abolition des réflexes rotuliens, mais conservation du réflexe achilléen. Le moteur est très athéromateux, sa pression artérielle est d'environ 27 centimètres à l'appareil de Potain. Il ne présente aucun signe de néphrite ni de diabète. L'amélioration des symptômes oculaires fut assez rapide et, aujourd'hui, il ne subsiste qu'une parésie légère du droit externe droit, et une diminution de la convergence. Cette ophtalmoplégie régressive n'est sous la dépendance ni de lésions nerveuses périphériques, ni d'un tabes fruste. Elle ne rentre pas dans le groupe des diverses ophtalmoplégies périodiques ou asthéniques. Elle paraît provoquée par une ischémie des noyaux des nerfs de la troisième, de la quatrième et de la sixième paire, causée elle-même par l'artério-sclérose des vaisseaux périoculo-protubérantiels et l'hypertension. La rétrocession presque complète des accidents montre bien qu'il ne s'agit pas d'une lésion organique (hémorragie ou ramollissement à foyers multiples), mais d'un simple trouble fonctionnel.

M. Souques demande à M. Claude s'il a pratiqué la ponction lombaire. M. Claude répond qu'il n'a pas voulu le faire à cause de l'artério-sclérose prononcée du malade.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 2 juin 1906)

Ictère chronique simple post-typhique. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet rapportent l'observation d'une malade chez laquelle, à la suite d'une fièvre typhoïde, est apparu un ictère persistant actuellement depuis deux ans; cet ictère léger, mais net, sans hypertrophie du foie et de la rate, sans décoloration des matières, revêt les caractères de l'ictère chronique simple à forme pure. Rapproché d'autres faits d'ictère chronique à forme splénomégalique, survenus eux aussi dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, un tel fait montre bien le rôle étiologique de cette affection, que ce soit le bacille typhique qui provoque directement l'angiocholite causale, ou que l'auto-infection secondaire intervienne. Toutes les formes d'angiocholécystite peuvent donc être consécutives à l'infection typhique, depuis les angiocholécystites aiguës (suppurées ou catarrhales) jusqu'aux angiocholécystites chroniques simples (ictère chronique simple), lithogènes (lithiase biliaire post-typhique) ou cirrhogènes (cirrhose biliaire). Parmi ces diverses complications l'ictère chronique simple paraît résulter d'une infection légère mais longtemps persistante.

Septicémie expérimentale par le méningocoque de Weichselbaum. — MM. Bruckner et Cristéanu (de Bucarest) ont réussi à exagérer la virulence de deux variétés de méningocoque, type Weichselbaum, par 14 passages répétés dans le péritoine du lapin. Les infections secondaires par pasteurel lose sont fréquentes chez les animaux inoculés.

La dose mortelle minimale a été, au début, de 30 tubes, à la fin de 3 seulement; les animaux succombent dans les mêmes délais et avec les mêmes symptômes que pour le gonocoque.

Malgré ces passages, le méningocoque garde ses caractères biologiques : culture difficile sur milieux sans sérum, forme en diplocoques asymétriques en amas, jamais en chaînette, et toujours décolorables par le Gram.

Septicémie expérimentale par le gonocoque. — MM. Bruckner et Cristéanu (de Bucarest) sont parvenus, par des passages répétés dans le péritoine du lapin, à exagérer la virulence du gonocoque. Après le soixante-douzième passage, il suffit de 1/20 d'une matière sur gélose-sérum, pour tuer le lapin adulte en deux à dix heures, avec hypothermie. Le microbe se retrouve libre dans le sang périphérique, dès les premières heures, et les ensemencements avec le sang du cœur, donnent des cultures abondantes.

Les injections intraveineuses, à doses moindres, et sous-cutanées à doses plus fortes, donnent le même résultat. Le gonocoque, après tous ces passages, garde tous ses caractères biologiques : culture difficile, sur milieux sans sérum, forme en diplocoques asymétriques et en amas, jamais en chaînette, décolorables par le Gram.

Corps thyroïde et faim. — Sur une centaine de malades soumis à la médication thyroïdienne MM. Léopold-Levi et H. de Rothschild ont expressément noté, dans 21 observations, l'augmentation de la faim et de la sensation de la faim.

La faim augmente, en général, dès le début de la médication. Elle est souvent proportionnelle à l'ingestion de la substance active. Elle diminue ou persiste pendant les intervalles de l'opothérapie. Après la suppresssion prolongée du traitement, l'amélioration reste durable ou l'état habituel de la faim a tendance à se reproduire.

En même temps que la faim s'accroît, on voit l'appétit naître ou renaître et ses caprices se régler.

En rapprochant l'influence sur la faim de l'ingestion du corps thyroïde de l'état de la faim observé au cours du goitre exophtalmique, du myxœdème, de l'hypothyroïdie bénigne, des diverses phases thyroïdiennes de la grossesse, on peut conclure que le corps thyroïde est physiologiquement régulateur de la faim et qu'il existe une *anorexie hypothyroïdienne* nécessitant un traitement nettement approprié.

En détaillant le mécanisme de la faim, le corps thyroïde devient régulateur des diastases de nutrition, comme il l'est des diastases de défense. Il est aussi régulateur des centres bulbaires (centre de la faim, migraine thyroïdienne, centre bulbaire du cœur).

Etudes sur les colloïdes normaux et pathologiques de l'urine humaine. — M. Iscovesco admet que : 1° L'urine humaine normale contient un colloïde électro-négatif;

2° L'urine diabétique contient un colloïde électro-positif. Il y a inversion du signe;

3° Les urines de deux albuminuriques ont montré qu'elles contenaient deux albumines : l'une électro-positive et l'autre électro-négative, et une seule globuline qui est électro-négative;

4° Il semble que le rein même gravement atteint ne laisse pas passer les globulines positives du sang. (*A suivre.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Depuis une quinzaine d'années j'emploie avec succès les *Capsules Dartois* de préférence à tout autre préparation créosotée et j'en suis excessivement satisfait dans le traitement des affections tuberculeuses du poumon et des voies digestives. Commençant par 2 capsules chaque jour, je fais augmenter la dose lentement et progressivement jusqu'à 8 ou 10 par jour, en ayant soin que l'ingestion ne se fasse jamais à jeun, mais au milieu des repas principaux. La tolérance s'établit presque toujours facilement; en cas contraire le traitement ne doit pas être poursuivi, ce qu'indiquent les régurgitations créosotées. Souvent, les petites doses du début sont mieux supportées que les doses moyennes; aussi faut-il savoir arrêter la cure un jour ou deux, ou diminuer momentanément le nombre des capsules, avant de parvenir aux quantités vraiment utiles de 4 à 6 pour les *affections intestinales*, 8 à 10 pour les *affections pulmonaires*.

Exempt de l'odeur créosotée qui dégoûte le malade et son entourage, ce produit a le grand avantage de pouvoir se prendre à table d'hôte et à la dose mathématiquement exacte que l'on désire.

Sous son influence, j'ai vu des tuberculoses à formes cavitaires *prendre l'allure de formes fibreuses*, j'ai constaté *la diminution* et la disparition des bacilles de Koch dans plusieurs cas restés *peu influencés par les autres traitements*. Enfin, l'appétit s'est montré souvent heureusement influencé, ce que traduisait une réjouissante augmentation de poids.

Les *Capsules Dartois* me semblent surtout indiquées pour les *tuberculoses apyrétiques torpides*, pour les *formes cavitaires* et *bronchitiques* sans forte élévation de température, pour les tuberculeux dont l'état stationnaire et l'appétit insuffisant ont besoin d'un *stimulant* aussi bien pulmonaire qu'intestinal.

Dr Stephani (de Montana-Valais).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 JUIN 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Auguste Broca et Pierre Duval; — M. Legry, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Reclus, Tuffier et Mauclaire; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Proust; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Balthazard; — M. Claude, suppléant.

Mardi 12 juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Rieffel; — (2e série) : MM. Le Dentu, Poirier et Morestin; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Hartmann et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Thiéry et Auvray; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Carnot; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 13 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Delens et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e : MM. Richet, André Broca et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Gaucher et Balthazard; — M. Richaud, suppléant.

5e (1re partie), *Laënnec* (1e série) : MM. Terrier, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Pierre Duval; — M. Claude, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Lepage, Wallich et Potocki; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 14 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Thiéry et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Guiart et Maillard.

1er (oral, 1re série) : MM. Pozzi, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Poirier, Launois et Marion.

3e (2e partie, oral) : MM. Joffroy, Thiroloix et Méry; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 15 juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Gosset; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 16 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Desgrez et Guiart.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Launois.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Le Dentu, Retterer et Bonnaire; — (2e série) : MM. Poirier, Bar et Morestin; — M. Carnot, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Méry et Renon; — (2e série) : MM. Robin, Gouget et Jeanselme; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

TUBERCULOSE LARYNGÉE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

SYMPTOMATOLOGIE. — **A. Forme commune.** — C'est la laryngite ulcéreuse des tuberculeux, dite encore *phtisie laryngée*, et que Krishaber et Pater définissent : une affection ulcéreuse du larynx, d'origine tuberculeuse, survenant habituellement au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, et dont le caractère essentiel « est la tendance à la destruction, depuis la simple érosion épithéliale de la muqueuse jusqu'à la carie des cartilages » (*Dict. Dechambre*, art. LARYNX).

DÉBUT. — La phtisie laryngée peut : α. succéder à une *laryngite catarrhale* survenue chez un tuberculeux; β. débuter d'emblée. Cette laryngite catarrhale possède deux caractères : elle présente au début des alternatives d'amélioration et d'aggravation, puis une marche chronique. Cliniquement, elle se reconnaît à ses symptômes fonctionnels : voix couverte, enrouée, et à ses signes physiques, à l'examen laryngoscopique, la muqueuse laryngée apparaît recouverte d'une rougeur diffuse; chez les cordes vocales inférieures, existent des érosions ovalaires entourées d'un liséré rouge. Lorsque ces érosions, d'abord banales, subissent la transformation tuberculeuse, elles perdent leur forme arrondie, leur bordure rouge et prennent l'aspect de taches grisâtres à surface finement granuleuse, à bords mal limités, dentelant le bord libre de la corde, qui devient serratique. Plus tard, la région aryténoïdienne se tuméfie et s'infiltre : la phtisie laryngée est constituée.

B. Lorsque la maladie *débute d'emblée*, elle peut : ou envahir d'abord l'épiglotte, c'est ce que l'on observe chez des malades très jeunes, ne présentant encore que des lésions pulmonaires peu étendues (Gouguenheim et Tissier); ou débuter par la région aryténoïdienne, cas de beaucoup le plus fréquent.

ETAT. — A. *Signes physiques.* — 1. Aux premières phases, ce qui frappe à l'examen physique, c'est la *pâleur inusitée du voile* (Gouguenheim et Tissier), et la *tuméfaction de toute la région arythénoïdienne*.

Cette tuméfaction est due à l'*infiltration* en masse de toute région. Le pli interaryténoïdien est épais, les cartilages aryténoïdes prennent une forme hémisphérique, les cartilages de Santorini et de Wrisberg ne sont plus visibles; la tuméfaction atteint la partie postérieure des replis aryténo-épiglottiques. Toutes ces régions sont mates, dépolies, rouges; il en est de même de la partie postérieure des cordes vocales.

Au niveau de la région interaryténoïdienne, la muqueuse est recouverte d'un bouquet de petites saillies papillaires, dont chacune possède un pédicule distinct, et dont les extrémités libres, légèrement renflées, arrivent toutes au même niveau lorsque le malade respire, signe excellent (v. Ruault, *Traité Charcot-Bouchard*, 2e édit., t. VI).

Au bout d'un certain temps, les *ulcérations* apparaissent. Elles débutent en arrière, entre l'extrémité postérieure des cordes vocales; qu'elles soient d'abord vastes et irrégulières ou petites et arrondies, elles ne tardent pas à gagner en profondeur, atteignant la sous-muqueuse, et en étendue, en suivant le bord libre des cordes vocales et en se fusionnant les unes avec les autres. *Les parties ainsi ulcérées continuent à s'épaissir*, et le larynx prend un aspect infundibuliforme, dont les bords sont déchiquetés, dont la surface interne est recouverte d'une nappe de pus. L'épiglotte elle-même, au bout d'un certain temps, s'infiltre et s'ulcère.

Ainsi, ce qui caractérise cette forme, c'est l'existence d'*infiltrations* et d'*ulcérations*, d'abord localisées à la région aryténoïdienne, puis étendues à tout le larynx : d'où le nom de *forme infiltro-ulcéreuse diffuse* que lui donne M. Ruault.

B. *Signes fonctionnels.* — Quoique très variables selon les cas, ils présentent une extrême importance pour le diagnostic.

Les *troubles de la phonation* sont constants et précoces. La voix se couvre facilement, devient enrouée, éteinte, d'abord par intervalles, puis d'une façon permanente. Les troubles de la voix chantée précèdent ceux de la voix parlée : les malades perdent les notes hautes, puis l'intensité du son vocal diminue et sa clarté disparaît. Plus tard, la voix devient *éructante*, soufflée, puis s'éteint définitivement.

Ces modifications de la voix reconnaissent des causes complexes: boursouflement des aryténoïdes et des cordes vocales (Krishaber et Peter), ulcérations, troubles neuro-musculaires.

La *toux* est surtout sous la dépendance des lésions pulmonaires; d'abord enrouée, elle ne tarde pas à devenir éructante (Trousseau et Belloc), par défaut d'occlusion de la glotte; exceptionnellement, elle acquiert une intensité extrême (Krishaber et Peter).

L'*expectoration* est liée surtout, elle aussi, aux lésions pulmonaires, sauf dans les cas où il existe de la périchondrite : on peut alors (Monneret et Fleury) retrouver dans les crachats des fragments de cartilages nécrosés. Exceptionnellement, elle peut être hémorragique.

La *dyspnée* est très inconstante; elle peut manquer d'un bout à l'autre de la maladie. Due à des causes multiples : infiltration laryngée, œdème de la glotte, immobilisation des cordes vocales en position vicieuse, production de lambeaux muqueux oblitérant plus ou moins complètement la glotte, paralysies des muscles dilatateurs, spasme des constricteurs, etc.; elle est habituellement permanente, avec des paroxysmes surtout marqués pendant l'effort, et se traduit par des phénomènes asphyxiques isolés ou accompagnés de cornage.

Les *douleurs* ne sont nullement en rapport constant avec le degré et l'étendue des lésions; cependant, d'ordinaire, elles sont liées aux lésions ulcéreuses de l'épiglotte et de la région aryténoïdienne, plus rarement à une périchondrite ou à une arthrite. Dans le premier cas, elles sont mal localisées par les malades, *elles irradient souvent vers les oreilles*; leur intensité varie beaucoup selon les cas. Lorsqu'elles sont dues à une périchondrite, elles se caractérisent par une dysphagie constante, surtout marquée pour les liquides; sont-elles dues, enfin, à une arthrite, le larynx est douloureux à la pression.

Les *troubles mécaniques de la déglutition* sont assez précoces. Les malades avalent de travers, rejettent les liquides par le nez; dans le premier cas, le larynx est immobilisé, béant; dans le second, l'épiglotte est maintenue passagèrement en situation horizontale.

C. Les *signes généraux* sont ceux de la tuberculose pulmonaire arrivée au dernier période.

TERMINAISON. — Dans l'immense majorité des cas, la phtisie laryngée aboutit à la mort.

Le plus souvent, la mort est le fait des lésions pulmonaires concomitantes; quelquefois, elle est due aux lésions laryngées elles-mêmes. Dans ce dernier cas, deux alternatives. 1. Ou le malade succombe à des *accidents aigus* de périchondrite accompagnée ou non d'arthrite crico-aryténoïdienne. Les accidents débutent brusquement par de la fièvre et des douleurs à la déglutition, signes auxquels s'ajoute toujours de la dyspnée. A l'examen physique, tuméfaction érythémateuse de tout le larynx, plus marquée au niveau de la lésion. Si l'on n'intervient pas, le cartilage se nécrose et s'élimine. La périchondrite peut aussi, quoique plus rarement, évoluer silencieusement.

2. Ou la mort est le fait d'une dyspnée permanente, due soit à la sténose laryngée : la dyspnée progressive, mais sans spasmes intercurrents, peut à un moment donné, diminuer; c'est lorsque se produisent des ulcérations; soit à l'immobilisation des cordes vocales en adduction, cas rare; soit à des troubles neuro-musculaires; elle se complique alors de spasmes des adducteurs et des tenseurs. (*A suivre.*)

De la lactosurie. Études urologiques de médecine comparée sur les états de grossesse, de puerpéralité et de lactation chez la femme et les femelles domestiques, par Ch. PORCHER, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon. Gr. in-8 de l'*Œuvre médico-chirurgical.* — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 65. — SAMEDI 9 JUIN 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 9 JUIN 1906. — N° 65

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes en date du 6 juin 1906 :

La chaire de clinique des maladies chirurgicales des enfants de la Faculté de médecine de Bordeaux est déclarée vacante ;

Une place de professeur titulaire est déclarée vacante à la Faculté de médecine de Toulouse ;

La chaire de physique de la Faculté des sciences de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Écoles de médecine. — Limoges. — Un concours s'ouvrira le 10 décembre 1906 devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Renard, médecin-major de première classe au 73e d'infanterie, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le IIe Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation se réunira à Genève du 4 au 10 septembre prochain.

Le but que se proposent les organisateurs de ce Congrès est de faire appel aux hommes les plus compétents, aux médecins, aux hygiénistes et aux architectes de tous les pays afin d'étudier les moyens propres à améliorer la salubrité des logements, condition essentielle de santé et de prospérité pour toutes les populations.

La correspondance et les adhésions devront être adressées à M. Albert Wuarin, avocat, secrétaire général, 1, rue des Moulins, à Genève.

Banquet en l'honneur du docteur Bérillon. — L'Ecole de psychologie, d'accord avec la Société d'hypnologie et de psychologie, la Société de pathologie comparée et le Syndicat de la presse scientifique, a résolu d'offrir au docteur Bérillon, inspecteur des asiles d'aliénés, professeur à l'Ecole de psychologie, secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, ancien président de la Société de pathologie comparée, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, etc., un banquet amical, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Cette fête confraternelle aura lieu le mardi 19 juin 1906, à sept heures et demie, au Palais-d'Orsay, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique, et le patronage de MM. Berthelot, ancien ministre, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; Albert Robin, professeur à la Faculté de médecine; Huchard, membre de l'Académie de médecine; Edmond Perrier, directeur du Muséum; Giard, professeur à la Sorbonne.

Le prix du banquet est de 15 francs, sur lesquels on prélèvera la somme nécessaire à l'acquisition d'un souvenir.

Les confrères, les élèves et les amis du docteur Bérillon sont invités à adresser leur adhésion, avant le 15 juin, au docteur Paul Farez, 154, boulevard Haussmann, ou leur souscription pour le souvenir.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Externe ayant 16 inscriptions, son stage d'accouchement, désirerait trouver un remplacement d'un ou deux mois à Paris ou en province du 25 juillet au 30 septembre.

S'adresser à la *Gazette*.

REVUE GÉNÉRALE

LE GLAUCOME

SYMPTOMATOLOGIE. ANATOMIE. PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

Par le docteur F. TERRIEN,
Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

I

Division du sujet. — Le caractère essentiel de la maladie repose sur l'hypertonie, symptôme commun à toutes les affections glaucomateuses. Suivant que celle-ci apparaît brusquement, sur un œil jusque-là indemne, ou au contraire lentement, progressivement, laissant à l'œil le temps de s'accoutumer au changement de pression, on a le glaucome aigu ou le glaucome chronique. Ce dernier peut être simple si la tension demeure toujours légèrement élevée, sans présenter de modifications appréciables, ou irritatif dans le cas contraire.

De là trois types cliniques distincts, mais qui doivent être considérés, en réalité, comme des modalités d'une seule et même affection.

II

Aspect clinique. — *a.* GLAUCOME AIGU (1). — Il a pour caractère essentiel de procéder par poussées inflammatoires vives, séparées par des rémissions franches.

1° *Stade prodromique.* — Il débute, en général, par de petites attaques prodromiques. Tout à coup, à l'occasion d'une fatigue, d'un repas un peu copieux ou sans cause appréciable, la vision se trouble, le malade a la sensation de voir les objets comme à *travers une fumée* grisâtre et les flammes entourées d'un arc-en-ciel. Ces cercles colorés reproduisent les couleurs de l'arc-en-ciel disposées en zones concentriques, le violet au centre, le rouge à la périphérie, le tout séparé des foyers lumineux par une auréole sombre. Il ne faut pas confondre ces anneaux colorés avec ceux perçus par certains sujets à l'état normal et qui sont déterminés par un phénomène de diffraction au niveau de la périphérie du cristallin (Druault).

Examiné au moment de l'attaque, l'œil atteint présente toujours les trois signes suivants, qui imposent le diagnostic :

1. La *pupille* est un peu *plus dilatée* que celle du côté opposé et réagit mal, ou pas, à la lumière ; elle est devenue paresseuse.

2. La surface de la *cornée* est légèrement *trouble* au centre, donnant l'impression d'une glace sur laquelle on aurait respiré. Cette matité de la cornée, occasionnée par l'hypertonie, est le principal facteur de la vision trouble.

3. Enfin la *tension* intra-oculaire est *supérieure à la normale.* Mentionnons encore la diminution de sensibilité de la cornée, pouvant même aller jusqu'à l'anesthésie complète, l'effacement de la chambre antérieure, l'injection ciliaire et les *douleurs oculaires et périorbitaires* qui peuvent accompagner l'accès prodromique, tous phénomènes qui sont la conséquence de l'hypertonie (1).

L'attaque prodromique dure peu, et quelques minutes ou quelques heures après, tout rentre dans l'ordre.

On peut noter dans l'intervalle des accès une augmentation rapide de la presbyopie par diminution de l'amplitude d'accommodation, d'où nécessité de porter des verres convexes de plus en plus forts.

Mais après un temps variable, plusieurs jours ou plusieurs semaines, une seconde attaque peut survenir, suivie elle-même d'une troisième. Ces attaques deviennent de plus en plus rapprochées et l'affection peut rester longtemps à cette période jusqu'au moment où apparaît l'attaque aiguë de glaucome.

2° *Attaque aiguë de glaucome.* — Ce n'est, en somme, qu'une attaque prodromique beaucoup plus accentuée et il n'y a entre les deux qu'une différence de degré. Lorsqu'elle est franche, on a l'aspect typique du glaucome aigu (injection ciliaire vive, cornée trouble et mate, douleurs périorbitaires atroces, souvent même accompagnées de vomissements, dilatation pupillaire, tension très élevée, fond d'œil inéclairable par suite du trouble de la cornée, vision nulle). Puis après un temps variable, huit, quinze jours, les douleurs cessent, la tension diminue, la cornée retrouve sa transparence et la vision reparaît quoique diminuée, tandis que persiste une légère dilatation de la pupille.

Mais, comme les accès du début, l'attaque se reproduit et au fur à mesure que les attaques deviennent plus fréquentes, les rémissions sont incomplètes, la pupille restant dilatée dans l'intervalle et l'œil hypertone. Le glaucome évolue vers l'état chronique après avoir passé de la période des rémissions franches à celle des rémissions incomplètes, pour aboutir finalement à la cécité définitive.

---

(1) Le temps n'est plus où le glaucome était considéré comme une choroïdite séreuse. En réalité le glaucome n'est rien moins qu'une inflammation, aussi le terme de glaucome inflammatoire employé quelquefois pour désigner le glaucome aigu par opposition au glaucome chronique simple doit-il être rejeté.

Mais la cause en est encore inconnue. Sans doute doit-elle être recherchée dans un trouble d'innervation.

Nous n'avons en vue ici que le glaucome primitif, essentiel, celui qui dérive directement de l'hypertonie et dont la cause demeure inconnue, laissant de côté le glaucome secondaire (suite de synéchies antérieures, leucomes adhérents, tumeurs du globe, etc.). Cette hypertonie peut manquer quelquefois et la papille néanmoins s'excaver (amaurose avec excavation). Considérée autrefois comme une affection spéciale du nerf optique, il s'agit, en réalité, d'une variété de glaucome chronique simple. Elle en diffère seulement par l'absence d'hypertonie.

En réalité, il y a identité de nature entre toutes les variétés de glaucome ; les différentes formes que nous décrivons constituent une transition ininterrompue du glaucome simple au glaucome inflammatoire. Souvent, en effet, on voit sur un œil atteint de glaucome chronique simple survenir une attaque de glaucome prodromique ou même de glaucome aigu.

(1) On le comprend facilement pour le trouble de la cornée et la diminution de sensibilité de cette membrane. Les douleurs atroces qui accompagnent l'accès, et qui déjà au cours des attaques prodromiques peuvent être assez marquées, sont dues à la compression des nerfs ciliaires entre la choroïde et la sclérotique. Elles irradient quelquefois dans toute la sphère du trijumeau et peut-être bien des accès douloureux avec troubles visuels passagers rapportés à tort à la migraine ophtalmique ne sont-ils en réalité que des attaques de glaucome prodromique. Il faut toujours y penser et instituer tout d'abord le traitement par les myotiques (voy. Traitement).

On peut en dire autant de certaines névralgies du trijumeau qui ont pour point de départ l'élévation du tonus de l'œil et sont améliorées par les myotiques. Nous l'avons constaté nettement dans quelques cas.

Quelquefois, lorsque l'accès est très intense et longtemps prolongé, une seule attaque suffit à entraîner la cécité (glaucome foudroyant).

3° *Glaucome absolu.* — La vision est alors complètement abolie. Sur la sclérotique, qui prend une teinte blanc bleuâtre, porcelainique, on voit les veines ciliaires antérieures très dilatées par suite de la gêne circulatoire au niveau des vasa vorticosa (*vaisseaux abdominaux* de Beer). Tout autour de la cornée elles forment un anneau vasculaire violacé caractéristique (*cercle veineux* de Sichel). La cornée est complètement insensible, la chambre antérieure effacée et l'iris plus ou moins atrophié. La pupille est largement dilatée, immobile, et présente une teinte verdâtre d'un gris sale. Souvent à cette période il se forme une cataracte (cataracte glaucomateuse). Le glaucome est très dur et le fond d'œil est presque toujours inéclairable.

b. Glaucome chronique irritatif. — Le début de l'affection rappelle les attaques prodromiques du glaucome aigu et se manifeste par des obnubilations passagères de la vue avec hypertonie légère. Mais les accès sont moins marqués, les rémissions sont également moins franches et dans l'intervalle des attaques la tension demeure un peu supérieure à la normale. Ainsi s'établit une certaine tolérance de l'organe. A part une légère injection ciliaire, qui peut passer inaperçue, et des douleurs modérées, l'hypertonie ne se manifeste que par des modifications du côté du fond de l'œil. Veines volumineuses, pouls artériel, début d'excavation de la papille, etc., mais peu à peu l'acuité visuelle diminue et le champ visuel se rétrécit, surtout du côté nasal.

c. Glaucome chronique simple. — Il a pour caractère essentiel de s'établir insidieusement. L'hypertonie est peu marquée ou nulle et ne se révèle par aucun symptôme extérieur. Elle peut arriver à une cécité complète, quelquefois même sans que le malade s'en aperçoive si le second œil est resté indemne. Le diagnostic de glaucome se fait alors par hasard ; le sujet vient consulter parce que quelques jours auparavant il s'est aperçu qu'il ne voyait pas de l'un des deux yeux.

L'affection se traduit seulement par des modifications de la papille et par des troubles fonctionnels.

1° Les *modifications ophtalmoscopiques* sont caractérisées par des altérations de la papille.

Au début, on peut noter une augmentation de volume des veines de la rétine et l'apparition du pouls artériel. Celui-ci est surtout visible au niveau de la bifurcation de l'artère centrale. Il est caractérisé par l'interruption brusque de la colonne sanguine dans un segment de l'artère au moment de la diastole (ce segment occupe d'ordinaire la papille), tandis que pendant la systole le vaisseau se remplit et la colonne sanguine reparaît (1).

Dans un stade un peu plus avancé, la papille refoulée par la pression s'excave (excavation glaucomateuse ou pathologique). Celle-ci se différencie de l'excavation physiologique en ce qu'elle est toujours totale, c'est-à-dire occupe toute l'étendue de la papille, contrairement à l'excavation physiologique qui n'est jamais complète et laisse toujours indemne à la périphérie, entre la limite de la papille et le bord de l'excavation, un segment papillaire intact.

Cette excavation se reconnaît à l'image renversée par le coude formé par les vaisseaux au niveau du bord de l'excavation, par suite de leur réflexion à ce niveau. La papille étant vue de face, le segment coudé n'est pas perçu et le vaisseau paraît interrompu. En même temps les vaisseaux sont déplacés du côté nasal et refoulés vers le bord de la papille.

Lorsque l'excavation est profonde, elle peut encore se reconnaître par le déplacement parallactique et on peut en mesurer la profondeur à l'image droite. Elle peut atteindre 2 et 3 millimètres ; en pareil cas la papille est complètement atrophiée et décolorée.

En même temps que l'excavation on constate autour de la papille, l'entourant complètement ou incomplètement, un anneau blanc jaunâtre, d'étendue variable, le *halo glaucomateux* (1).

2° *Troubles fonctionnels.* — Ils sont caractérisés par une diminution de l'acuité visuelle et surtout par un rétrécissement du champ visuel.

a. Le *champ visuel* est tout d'abord *rétréci* du côté nasal ; le côté temporal demeure longtemps à peu près indemne et quelquefois même, le rétrécissement du côté nasal s'accentuant, le rétrécissement peut prendre la forme hémianopsique. Plus rarement le rétrécissement est concentrique.

Lorsque les lésions sont sensiblement aussi avancées sur les deux yeux, il n'est pas rare de noter une certaine symétrie dans la forme et dans l'étendue des champs visuels.

Plus rarement, on peut noter, en même temps que le rétrécissement périphérique, des lacunes ou scotomes dans le champ visuel, absolus ou relatifs. Ils peuvent être centraux, mais le plus ordinairement ils sont paracentraux, très rarement périphériques, et la forme et les dimensions en sont très variables. Dans le glaucome bilatéral ils présentent une certaine symétrie et peuvent alors prêter à confusion avec une amblyopie toxique, d'autant plus que les deux peuvent se combiner. La détermination des scotomes glaucomateux est toujours très difficile par la méthode ordinaire ; ils passent généralement inaperçus.

b. La *vision centrale* est longtemps respectée, aussi doit-on se baser surtout sur l'existence et les progrès du rétrécissement pour apprécier la marche des lésions et non pas sur le degré d'acuité. Ce n'est que peu à peu, alors que la papille est déjà très excavée et le rétrécissement très marqué que l'acuité visuelle est très diminuée. Avec les progrès des lésions, le champ visuel se réduit de plus en plus, l'acuité s'affaiblit et finalement la cécité s'établit progressivement (2).

---

(1) A la différence du pouls veineux qui peut être physiologique, le pouls artériel est toujours pathologique : par suite d'une élévation de pression en dehors de l'artère (augmentation du tonus ou compression du globe) le sang ne peut vaincre la résistance de la paroi du vaisseau comprimé qu'au moment de la systole. Pendant la diastole le vaisseau s'aplatit et la colonne sanguine est interrompue.

(1) Il peut être la conséquence de l'atrophie de la choroïde et de l'épithélium pigmenté de la rétine à ce niveau, ou bien d'une exsudation dans le stroma de la choroïde, cette dernière précédant souvent l'atrophie. Il n'est d'ailleurs nullement pathognomonique et se rencontre chez les vieillards et les artério-scléreux non entachés de glaucome.

(2) L'excavation papillaire est la conséquence de l'élévation du tonus, souvent assez faible pour être à peine perceptible au palper, mais dont l'action constante est suffisante pour refouler la paroi oculaire en son point le plus faible, la papille. Celle-ci étant

Le sens chromatique demeure longtemps indemne aussi bien pour la vision centrale que pour la vision périphérique. Toutes les couleurs sont reconnues avec une très grande facilité et c'est là un signe important qui permet de ne pas confondre l'atrophie glaucomateuse avec l'atrophie primitive du nerf optique.

De même pour la périphérie, les diverses couleurs gardent toujours la même proportion de distance qu'à l'état physiologique, non seulement entre elles, mais aussi par rapport au blanc. Il se produit donc dans le glaucome une réduction régulière et proportionnelle de tous les champs, depuis le blanc jusqu'au vert. Dans l'atrophie optique, au contraire, on peut constater une cécité presque absolue pour les couleurs tandis que la perception du blanc est assez bien conservée (1).

Le sens lumineux demeure assez longtemps indemne. La diminution de sensibilité rétinienne est surtout marquée à la périphérie du champ visuel; elle est proportionnelle au rétrécissement. Lorsqu'elle est assez accentuée, les malades éprouvent alors de la difficulté à se diriger au crépuscule, et surtout la nuit, c'est l'héméralopie.

III

Formes plus rares. — Glaucome hémorragique. — Il est caractérisé par l'hypertonie et par des hémorragies de l'iris, de la chambre antérieure, du corps vitré et de la rétine. Ces hémorragies forment à la surface de l'iris de petites stries rouges; souvent il y a en même temps de l'hyphéma. L'œil, violemment injecté, est inéclairable à l'ophtalmoscope et les douleurs acquièrent une intensité extrême. De toutes les variétés de glaucome cette forme est la plus maligne (glaucome malin). La cécité peut survenir dès la première attaque et le traitement demeure impuissant.

Forme torpide.— Entre la forme aiguë et quelquefois même suraiguë et le glaucome chronique irritatif se placent de nombreux intermédiaires; suivant l'intensité des phénomènes réactionnels, l'aspect clinique est un peu différent (forme suraiguë, etc.). Une mention spéciale doit être faite pour une forme que nous avons observée quelquefois et qui au premier abord peut être confondue avec d'autres affections. Elle se distingue de la forme aiguë par l'absence de douleurs et de la forme chronique par la présence d'un trouble cornéen. Trois symptômes en effet paraissent la caractériser, ce sont : l'hypertonie, la diminution de l'acuïté visuelle et le trouble de la cornée.

α. L'*hypertonie*, toujours appréciable, n'atteint jamais un degré extrême.

β. En raison de l'absence de douleurs, la *diminution de l'acuité* peut passer longtemps inaperçue si l'affection demeure unilatérale, ce qui est souvent le cas.

γ. Le *trouble de la cornée* seul est caractéristique; il est la conséquence de l'hypertonie. La surface de la membrane semble recouverte en totalité ou en partie d'une mince pellicule grisâtre qui rend difficile l'examen de l'iris et de la pupille et ne permet pas l'examen ophtalmoscopique. Le plus souvent la chambre antérieure est plus profonde qu'à l'état normal, au lieu d'être effacée comme dans l'attaque franche de glaucome. Si bien qu'il s'agit peut-être d'une variété torpide d'irido-choroïdite séreuse à forme glaucomateuse.

Glaucome secondaire. — Ce n'est plus le véritable glaucome mais un syndrome caractérisé par l'hypertonie et venant compliquer des affections multiples. Si bien que l'hypertonie apparaît ici comme complication d'une maladie préexistante (ectasie de la cornée ou de la sclérotique, occlusion et séclusion pupillaires, synéchie totale antérieure, irido-choroïdite séreuse, luxations ou tuméfactions du cristallin à la suite de cataracte traumatique, tumeurs intra-oculaires, etc.).

Le traitement varie en pareil cas suivant la cause qui a provoqué l'hypertonie.

IV

Marche et complications. — Le pronostic du glaucome est toujours sérieux et souvent fatal; l'affection est d'ordinaire bilatérale, les deux yeux étant pris à un plus ou moins long intervalle, quelquefois plusieurs années, et non traitée elle aboutit à la cécité, c'est alors le *glaucome absolu*. A cette période le globe oculaire est le siège de nombreux processus dégénératifs, conséquence de l'hypertonie. La cornée est trouble, infiltrée, complètement insensible. On voit se former à sa surface des vésicules dues au soulèvement de l'épithélium, ou bien une ulcération apparaît qui ne montre aucune tendance à se cicatriser et aboutit à la perforation et à l'infection du globe. La chambre antérieure est effacée, l'iris est atrophié, plus ou moins détruit et réduit seulement à la couche pigmentée.

Le cristallin se trouble et s'opacifie et la pupille présente un reflet verdâtre, glauque (d'où le nom de glaucome donné à l'affection). Quelquefois la sclérotique se laisse distendre et des ectasies se forment; chez les sujets jeunes la sclérotique étant plus extensible, l'œil peut acquérir un volume énorme (buphtalmie ou hydrophtalmie).

V

Diagnostic. — Dans la forme aiguë le point capital est de ne pas confondre l'accès de glaucome avec une attaque d'iritis. Dans les deux cas l'œil est rouge injecté, les douleurs sont vives, mais la pupille est petite dans l'iritis, quelquefois irrégulière; la membrane irienne infiltrée donne la sensation très nette d'être augmentée de volume. Dans le glaucome, au contraire, la pupille est dilatée et l'iris mince et atrophié; enfin le tonus est élevé.

Dans la forme chronique on se basera moins sur l'élévation du tonus, qui peut être très minime et difficilement appréciable, que sur les modifications ophtalmoscopiques signalées plus haut.

L'atrophie optique simple se différencie de l'atrophie glaucomateuse en ce que l'excavation, quand elle existe, va en diminuant progressivement du centre à la périphérie de la papille, alors que dans le glaucome les bords en sont taillés à pic et que l'excavation est aussi profonde dans toute son étendue. En outre le sens des couleurs est altéré de bonne heure.

---

beaucoup plus épaisse et plus riche en fibres nerveuses du côté nasal que du côté temporal, l'atrophie intéresse tout d'abord ce dernier (d'où le rétrécissement nasal du champ visuel).

(1) Quelquefois cependant on voit apparaître de bonne heure un scotome central pour le vert et le rouge simulant l'amblyopie toxique. Ailleurs on note un rétrécissement du champ visuel pour les couleurs.

VI

Anatomie pathologique. — GLAUCOME AIGU. — Toutes les lésions sont la conséquence de l'hypertonie. Par suite de la gêne circulatoire qui en résulte apparaissent tous les symptômes de l'œdème inflammatoire : hyperémie et turgescence des tissus infiltrés de sérosité. Cet œdème se manifeste différemment dans les diverses parties de l'œil.

Cornée. — L'opacité glaucomateuse de la cornée est due à la fois à la simple compression de la membrane et aussi à l'œdème de celle-ci. Les principales altérations, bien étudiées par Fuchs, siègent dans l'épithélium et les couches superficielles du parenchyme cornéen. Elles consistent surtout en une accumulation de sérosité entre les lamelles cornéennes dissociées. Le liquide s'amasse aussi sous la membrane de Bowman et la soulève par places. Entre les cellules épithéliales on voit de petites gouttelettes pouvant en imposer pour des dégénérescences kystiques.

Iris. — Il montre au début un œdème inflammatoire qui se manifeste surtout par la perte de la couleur de l'iris ; celui-ci est refoulé en avant, la chambre antérieure est moins profonde.

Il est en outre accolé à la face postérieure de la cornée, surtout au niveau de la racine de l'iris. Celle-ci, avec les progrès de l'hypertonie, est refoulée en avant et contracte une union intime avec la face postérieure du limbe scléro-cornéen (soudure de Knies). Il en résulte l'effacement de l'angle irien, ou angle de filtration ; l'oblitération de la paroi postérieure du canal de Schlemm et par là même d'une des principales voies d'excrétion de l'humeur aqueuse. C'est donc là une nouvelle cause d'hypertonie.

Le *corps ciliaire* montre au début une infiltration séreuse et cellulaire et dans les cas anciens une atrophie portant sur le muscle ciliaire et les procès ciliaires.

Par suite de l'hypertonie les nerfs ciliaires sont comprimés et paralysés, ce qui amène l'insensibilité de la cornée, la paralysie de l'iris (iridoplégie) avec perte de réaction et dilatation de la pupille.

Cette dilatation s'exagère encore par la suite, à cause de l'atrophie irienne qui se développe sous l'influence de l'hypertonie. La choroïde aussi, à la longue, s'atrophie.

Sclérotique. — Elle présente dans les cas récents une accumulation de leucocytes autour des vaisseaux, plus rarement une infiltration diffuse. On a quelquefois noté à la longue un léger épaississement de la sclérotique avec rétraction de celle-ci ; certains auteurs même ont voulu, à tort, expliquer par là l'hypertonie.

Rétine. — Elle est ischémiée, conséquence de la compression des artères rétiniennes, d'où rétrécissement du champ visuel. Mais celui-ci et la diminution de l'acuité visuelle sont dus surtout à la pression exercée sur les fibres nerveuses et à l'atrophie qui en est la conséquence, si l'hypertonie persiste.

GLAUCOME CHRONIQUE SIMPLE — Les lésions ne peuvent être constatées que dans le glaucome ancien.

L'altération la plus fréquente et la plus caractéristique est l'*excavation de la papille*, décrite pour la première fois par H. Muller en 1856. Le fond de l'excavation répond à la lame criblée, refoulée en arrière et comprimée. La papille est atrophiée et réduite à ses éléments conjonctifs et névrogliques.

Les *vaisseaux* centraux montent le long de la paroi interne de l'excavation, après avoir formé un coude au point de leur émergence. Ils présentent souvent une *oblitération partielle* de leur lumière ainsi qu'un épaississement ou même une dégénérescence de leurs parois. La gaine adventice est souvent épaissie et infiltrée de cellules rondes ; il peut y avoir en même temps endartérite (Panas et Rochon-Duvignaud).

La *rétine* montre une *atrophie* de degré variable suivant l'ancienneté de l'affection. Le processus atrophique commence au segment antérieur et à l'équateur et gagne peu à peu le segment postérieur. L'atrophie porte tout d'abord sur la couche ganglionnaire, puis les couches granuleuses s'atrophient à leur tour et enfin les cônes et les bâtonnets disparaissent. Du pigment apparaît dans l'épaisseur de la rétine et en même temps les vaisseaux rétiniens se sclérosent et se transforment en cordons irréguliers et moniliformes. Il n'est pas rare de voir les parois vasculaires fortement sclérosées ou même hyalines.

(*A suivre.*)

CONGRÈS POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

(*Paris, 28-31 mai 1906*)

Le Ier Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine qui s'est tenu la semaine dernière à Paris a remporté un grand et légitime succès.

Ce succès est amplement justifié par l'intérêt que les médecins apportent de plus en plus à la défense de leur profession ; il faut en féliciter les organisateurs : l'actif secrétaire général le docteur Levassort et M. le professeur Brouardel qui en accepta la présidence effective.

L'exercice illégal par les rebouteurs, sorciers et autres empiriques de même nature est étudié par le docteur Léon POULIOT (de Poitiers), qui propose au Congrès les vœux suivants :

Le nombre et l'audace croissante des empiriques font aux médecins un impérieux devoir de lutter contre cette forme d'exercice illégal. Les médecins isolés ont peu de chance de réussir dans cette tâche ; ils risquent, en outre, de s'attirer des désagréments parfois sérieux.

Les syndicats médicaux devront donc : inviter leurs adhérents à porter à la connaissance du bureau tous les faits d'exercice illégal ; constituer ainsi un dossier contre tous les empiriques de la région ; rassembler des charges et des témoignages contre ceux des empiriques qui paraîtront le plus compromis ; recourir dans ce but à tous les moyens mis par la loi à notre disposition.

M. Pouliot demande en outre que les instituteurs aident à combattre l'influence des rebouteurs de toute sorte et il termine en émettant le vœu que les étudiants en médecine reçoivent une instruction vraiment pratique en ce qui concerne le traitement des affections traumatiques des membres.

Le docteur BARBANNEAU (de Pouzanges) traite le même sujet et son rapport où il condamne les **magnétiseurs** est l'occasion d'une intéressante discussion entre Me Cornet, l'avocat

de la « voyante de Saint-Quentin » et nos confrères MM. Magnin et Bérillon.

Les faits reprochables d'exercice illégal de la médecine commis par des personnalités laïques ou religieuses dans un but ou sous prétexte de charité sont réunis dans un rapport par M. Bruno Dubron.

M. Dignat (de Paris) passe ensuite en revue les faits reprochés **aux sociétés de secours aux malades et aux blessés.** Il demande que le programme des cours organisés par les diverses associations de secours aux blessés, d'infirmiers, etc., soient considérablement restreints et ne comprennent désormais que l'enseignement de notions conformes au rôle de ces auxiliaires éventuels du médecin. Qu'il ne soit plus délivré à l'avenir par ces associations de diplômes ou de certificats de capacité.

L'exercice illégal de la médecine par les infirmières, gardes-malades, etc., est étudié par M. Julien Noir. S'inspirant uniquement de l'intérêt des malades, notre confrère demande, ce que la *Gazette des hôpitaux* réclama autrefois sans succès, « que les programmes des écoles d'infirmiers et d'infirmières, les manuels destinés à leur éducation se limitent strictement aux connaissances indispensables aux choses de leur profession, sans entrer dans des développements exagérés sur les sciences médicales, pouvant leur donner une idée fausse de leur rôle et les entraîner à se substituer au médecin. » Il ajoute que l'enseignement devrait toujours être confié à des médecins qui insisteraient utilement sur les dangers possibles d'une initiative de l'infirmier ou de l'infirmière et la responsabilité encourue par la personne ainsi sortie de son rôle en cas d'accident.

M. Mesnard (de Berck-sur-Mer) étudie l'**exercice illégal de la massothérapie**. Il insiste sur ses dangers et montre ce que sont les écoles de massage et ce qu'elles devraient être.

M. Milian (de Paris) pense qu'il y a lieu de poursuivre les **parfumeurs et les coiffeurs** qui vendent des produits dans un but thérapeutique (lotions contre les pellicules et contre la pelade, etc.), car, en cela, ils font de l'exercice illégal de la médecine. Il y aurait lieu aussi de réglementer la vente des différents produits de toilette (teinture, crayons pour lèvres, fards, etc.) qui ne relèvent pas du médecin mais qui peuvent occasionner des accidents.

Le Congrès émet le vœu que le comité d'hygiène soit chargé de cette réglementation.

M. Dubousquet-Laborderie étudie l'**exercice illégal par les pharmaciens.**

M. Boudin (d'Oyonnax) estime que les **herboristes** ne répondant pas aux fins pour lesquelles ils ont été institués, il ne devra plus en être créé à l'avenir. Il demande aussi que les **bandagistes** ne puissent délivrer de bandages sans ordonnance du médecin.

La vente directe au public des différents verres par les **opticiens** n'est pas sans danger, aussi M. d'Ayreux demande qu'on ne puisse délivrer des verres simples ou composés sans ordonnance. M. Péchin ajoute que toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, fera le choix de verres concaves, convexes ou cylindriques ou sphéro-cylindriques par l'une quelconque des méthodes employées pour l'examen de la réfraction, devra être considérée comme exerçant illégalement la médecine. De même il devrait être interdit d'exercer l'ophtalmologie sous le couvert de l'anonymat ou sous une appellation impersonnelle, tels les *oculistes américains.*

L'exercice de l'électrothérapie et de la radiologie médicale par des personnes non médecins fait l'objet d'un rapport de M. Albert Laquerrière. Il le termine par le vœu suivant : que les médecins n'adressent leurs clients ayant besoin soit pour le traitement, soit pour le diagnostic d'applications, soit de rayons X, soit de courants électriques, qu'à des médecins et les détournent absolument de se rendre chez des non-diplômés.

M. Lassudrie étudie ensuite l'exercice illégal par les dentistes.

M. Dieupart montre les empiètements des **sages-femmes** et demande que : soit considéré comme exercice illégal de la médecine toute annonce, réclame, enseigne de sage-femme, qui porte une mention autre que celles que la loi lui confère ; massage chirurgical, pansements gynécologiques, électricité médicale, médecine infantile, maladie des dames sont compris dans cette interdiction.

Les sages-femmes trouvent en M[lle] Bourgeois un habile défenseur. C'est avec raison qu'elle demande le droit à certains instruments de première nécessité, tels la sonde vésicale et la seringue de Pravaz.

Il est certain que la réglementation des sages-femmes a besoin d'être revue.

M. de Grissac étudie l'exercice illégal par les médecins étrangers, il montre les inconvénients d'accorder sans raisons suffisantes à des *étrangers* des équivalences transformant dans certains cas l'exercice illégal en exercice irrégulier, et émet le vœu :

Que, en application de la loi de 1892, le droit d'exercer la médecine en France soit réservé *aux seuls* docteurs en médecine munis du diplôme d'État français ; Que le diplôme d'État français délivré aux médecins étrangers ne le soit qu'à titre scientifique ; Que le droit d'exercer par les médecins étrangers munis du diplôme français, ne soit accordé qu'à ceux qui auront fait leur scolarité complète, secondaire et médicale, et auront fait, dans les hôpitaux français, un stage effectif d'au moins trois années ; Que la tolérance accordée aux médecins étrangers exerçant sur les frontières, ne le soit qu'autant qu'une tolérance semblable soit accordée à nos nationaux, conformément au traité passé avec la Belgique.

M. de Grissac fait un second rapport sur l'exercice illégal par les étudiants en médecine (remplacements sans avoir rempli les formalités légales ; établissement avant d'avoir passé sa thèse ; internes des hôpitaux ; certificats).

Signalons en outre un rapport de M. H. Geoffroy, sur l'usurpation par les officiers de santé du titre de docteur en médecine et un rapport très intéressant et fort documenté de M. Sentourens sur l'exercice illégal par les médecins (docteurs sortant des attributions que la loi leur confère en couvrant de leur diplôme des entreprises louches ; instituts variés, académies fantaisistes, cabinets vénériens, etc., et en prêtant leur concours à des charlatans de toute sorte afin de les soustraire aux prescriptions de la loi).

MM. Breitel et Goret montrent le rôle de la presse en matière d'exercice illégal et comment se fait la **réclame de l'exercice illégal.**

Les abus commis par la voie des réclames médico-pharmaceutiques sont étudiés par M. Leredu, et l'exercice illégal et charlatanesque de la médecine par la réclame par le professeur Folet.

L'exercice illégal ainsi étudié sous toutes ses formes, une

question se pose : **comment avertir le public** des dangers de l'exercice illégal ?

M. Leredde propose :

Que les médecins, dans leurs conférences, leurs articles, etc., instruisent le public sur les conditions dans lesquelles peut s'exercer la médecine correcte, ses difficultés, ses pouvoirs réels, le tiennent en garde contre les exagérations de tout genre et luttent contre la médecine mal faite, sous toutes ses formes, illégale et même légale ; Que les accidents dus à l'exercice illégal soient publiés, que les collectivités médicales les fassent connaître et démontrent le danger de la médecine illégale, non pour les médecins eux-mêmes, mais pour le public tout entier.

M. Bardet fait une étude très approfondie des **causes sociales** de l'exercice illégal de la médecine.

MM. A. et L. Prieur procèdent à un **examen critique de la loi du 30 novembre 1892**, de ses lacunes et de son application.

M. le docteur Maxwell, avocat général à la Cour de Bordeaux, traite dans un remarquable rapport, qui devra être médité par nos syndicats, de l'**action des syndicats en matière d'exercice illégal**. Cette action peut être de deux sortes :

1° Action judiciaire ; M. Maxwell étudie au point de vue juridique, le droit d'action des syndicats les conditions de l'exercice illégal de la médecine des parquets ;

2° L'action extra-judiciaire par l'union des syndicats, la centralisation des renseignements, l'action officieuse.

Par l'action extra-judiciaire il sera possible d'obtenir de bons résultats comme le montre M. Levassort qui préconise la **création d'un office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine**, et la création d'un annuaire médical officiel où seraient dûment inscrits tous les diplômes français.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 28 mai 1906)

Sur l'importance pathogénique des adénopathies bronchiques. — M. Gabriel Arthaud. A la suite d'examens répétés d'une façon systématique l'auteur est arrivé à des constatations intéressantes qui peuvent apporter une grande clarté dans la pathogénie encore obscure de certaines affections.

1° Dans une dizaine de cas de *pleurésie interlobaire*, M. Arthaud a constaté que la maladie s'était développée à la suite d'un engorgement ganglionnaire périphérique. La suppuration des ganglions indurés dont il était facile de suivre les progrès par une percussion souvent réitérée a été, pense-t-il, dans tous les cas sans exception, la cause initiale de ces épanchements pleuraux ;

2° Près de deux cents observations permettent à M. Arthaud de considérer la coexistence constante du goitre et de l'adénopathie comme une indication de grande valeur au point de vue de la pathogénie de la maladie de Basedow ;

3° Enfin l'auteur pense que la coqueluche doit à l'adénopathie et non à sa spécificité l'ensemble de ses caractères les mieux tranchés.

Sur la fréquence et le rôle étiologique de l'Uncinaria americana dans le béribéri. — Les expériences poursuivies par M. Noc lui donnent à penser que l'*Uncinaria americana* joue un rôle capital dans l'étiologie du béribéri. La larve enkystée de ce nématode vit dans le sol et pénètre dans l'organisme humain, soit par la bouche, soit le plus souvent par la peau, épargnant ainsi les Européens et frappant surtout les Orientaux qui marchent pieds nus.

Le traitement par le thymol, qui permet d'éliminer les parasites, améliore avec une rapidité surprenante l'état des malades. La douleur épigastrique, la dyspnée et les fourmillements cessent avec l'expulsion des vers.

L'œdème diminue et les symptômes nerveux ne tardent pas à s'amender.

Sur l'infection expérimentale par le trypanosoma Brucei. Destruction du parasite dans la rate. — MM. A. Rodet et G. Vallet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 2 juin 1906 [*fin*])

L'appendice vermiforme de l'homme. — M. Letulle, de l'étude de plus d'un millier d'appendices humains, conclut que, chez l'adulte, aucun appendice n'est presque jamais parfaitement sain. Toujours, sur un point quelconque de l'organe, les follicules sous-muqueux apparaissent volumineux, épaissis, proliférés, déformés et déformant les glandes en tubes. Ils se sont entourés d'une zone de sclérose, reliquat inflammatoire ancien, sans rapport direct avec la maladie terminale. Très souvent, le muscularis mucosæ est densifié, hypertrophié. Enfin, le tissu conjonctivo-vasculaire composant la sous-muqueuse est épaissi, condensé, et a perdu ses cellules adipeuses. Cette sclérose de la sous-muqueuse, qui établit une sorte de symphyse entre la muqueuse et la couche musculaire interne, représente la trace indélébile des lésions inflammatoires du passé. L'appendicite aiguë perforante se développe donc toujours sur un organe préalablement atteint de lésions chroniques.

Les appendices opérés présentent souvent une lésion désignée sous le nom de *folliculite hémorragique*. Cette lésion, qui ne se retrouve que sur des appendices opérés, est la conséquence de la ligature violente subie par l'organe avant son ablation : c'est une apoplexie folliculaire.

Pathogénie de la néphrite interstitielle des artério-scléreux. — MM. O. Josué et C. Alexandrescu ont repris la question des rapports entre l'artério-sclérose et la néphrite interstitielle, en se servant des techniques modernes qui permettent de préciser les lésions vasculaires.

Ils ont cherché quel est l'état des artères et des capillaires dans des cas de néphrite interstitielle à divers degrés et dans les reins présentant d'autres lésions ou paraissant à peu près normaux.

Les grosses et les moyennes artères présentent les altérations suivantes : hyperplasie de la couche musculaire, dédoublement de la lame élastique interne avec tissu conjonctif en dégénérescence hyaline et cellules musculaires entre les lamelles, dégénérescence des cellules musculaires, présence de graisse entre les lamelles élastiques.

Les artérioles afférentes et efférentes du glomérule sont parfois normales, dans d'autres cas elles sont dégénérées. En examinant des coupes à congélation, on trouve des amas de graisse en dedans des cellules musculaires, la graisse envahit

parfois les cellules musculaires ou la lumière du vaisseau qu'elle oblitère.

Les glomérules sont fréquemment atteints de dégénérescence hyaline. Les parois de certains capillaires glomérulaires sont en dégénérescence graisseuse.

Les lésions vasculaires sont très spéciales et appartiennent en propre à l'artério-sclérose. Elles ne sont nullement inflammatoires, mais elles présentent à la fois le caractère hyperplasique et dégénératif.

Pour ce qui est de la distribution des lésions, les moyennes et les grosses artères étaient toujours altérées, mais à des degrés divers, dans tous les reins examinés. Mais, d'une façon générale, on ne peut établir aucun rapport entre l'intensité des lésions des moyennes artères et celle des altérations des artérioles et des capillaires.

Les lésions artério-scléreuses sont le plus souvent irrégulièrement disséminées dans les différentes portions du système vasculaire.

Il serait donc possible, en comparant un grand nombre de préparations, de préciser quels sont les vaisseaux dont les lésions coïncident avec la sclérose rénale, or voici ce que l'on constate : il n'y a pas de sclérose du rein quand les grosses et moyennes artères sont seules atteintes, avec intégrité des artérioles et des capillaires glomérulaires. Au contraire les reins sont contractés et sclérosés quand les fines ramifications artérielles et les capillaires des glomérules sont lésés, même si les grosses et moyennes artères sont relativement peu altérées.

Quel est le lien qui existe entre les lésions dégénératives des artérioles et des glomérules et la néphrite interstitielle? Le glomérule imperméable au sang et dégénéré est fonctionnellement supprimé, ainsi que le tube urinifère qui lui fait suite. Celui-ci s'atrophie, dégénère, l'épithélium devenu cubique disparaît ensuite et tout le tube est remplacé par du tissu scléreux. Le glomérule dégénéré finit aussi par se confondre avec le tissu conjonctif fibreux. Par ce mécanisme s'expliquent la diminution du nombre des tubes et des glomérules ainsi que le retrait des régions sclérosées sur les parties voisines.

La néphrite interstitielle est donc la conséquence directe de l'artério-sclérose. Elle survient quand les artérioles et les capillaires du système glomérulaire sont atteints, ce qui amène la suppression fonctionnelle du glomérule avec l'atrophie consécutive des tubes. Ceux-ci sont remplacés par du tissu de sclérose avec lequel les glomérules dégénérés finissent eux-mêmes par se confondre.

Les trois étapes de la vie aérobie du vibrion septique. Principe de l'allobi-immunisation. — M. Rosenthal a refait avec le vibrion septique les expériences qu'il a faites sur le bacille d'Achalme. Devenu aérobie, le bacille garde d'abord son chimisme et sa fonction pathogénique décroît rapidement; c'est le premier stade. A la deuxième étape le chimisme disparu en culture aérobie peut être régénéré en culture anaérobie. A la dernière étape, il est impossible de retourner au type primitif. Dans certaines conditions, des animaux inoculés avec le vibrion aérobie résistent à l'inoculation du vibrion septique vrai. C'est le principe de l'allobi-immunisation.

Modifications histologiques des tubes contournés du rein au cours des éliminations provoquées. — Pour MM. Lamy, Mayer et Rathery, lorsqu'on pratique expérimentalement une injection intra-veineuse massive de sucres ou de sulfate de soude, on obtient, au niveau du rein, des aspects histologiques caractérisés par : 1° l'élargissement de la lumière des tubes; 2° l'aplatissement des cellules épithéliales; 3° l'élargissement des espaces intertubulaires; 4° l'apparition, dans le corps cellulaire, de nombreuses vésicules. Les trois premiers de ces caractères semblent être corrélatifs du passage de l'eau, le dernier, du passage des cristalloïdes injectés.

Autres communications :

Mouvements actifs de la membrane limitante operculaire des poissons téléostéens. — M. Fr. Franck.

Expériences sur la vision indirecte. — M. Bloch.

Existence de l'appendice chez les singes inférieurs. — M. Weinberg.

Etude d'une levure nouvelle, le cryptococcus salmonens. — M. Sartory.

Sur le Soudan III et l'iode lactiques et sur leur emploi dans les colorations combinées. — M. Guéguen.

Examen des ganglions rachidiens par la méthode de Ramon y Cajal dans un cas d'amputation. — M. André Thomas.

Défibrination et régénération de la fibrine chez le chien. — MM. Doyon, Morel et Kareff.

Dosages comparatifs de la fibrine pendant la période de régénération de cette substance après la défibrination totale. Teneur plus élevée du sang sus-hépatique. — MM. Doyon, Morel et Kareff.

Ration de l'homme adulte en calories. — M. Maurel.

Essai de traitement de l'entérite muco-membraneuse aiguë par l'acclimatation d'un ferment lactique dans le gros intestin. — M. Cohendy.

Contribution à l'étude thérapeutique du mercure phényle. Elimination du mercure par la glande mammaire. — MM. Louise et Moutier.

Le rein en fer à cheval et les anomalies des artères rénales. — M. Alezais.

Eosinophilie dans un cas de filariose sous-cutanée de Médine. — M. Billet.

Modifications du syncytium nourricier dans le tube séminifère des hybrides. — M. Stephan.

Nécessité et utilité de la fixation des doses minima mortelles. — M. Maurel.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(séance du 31 mai 1906)

La tarsectomie dans les pieds bots congénitaux. — M. Péraire présente une fillette de quatre ans et demi, qui avait un pied bot congénital varus équin grave, ayant résisté aux massages, aux électrisations et aux appareils orthopédiques appliqués dès sa naissance. Après une première intervention économique suivie de récidive, il fut amené à enlever tous les os du tarse. Le résultat fut excellent. Dans deux autres cas il enleva la tête du cinquième métatarsien, et le métatarsien tout entier.

Ces faits montrent qu'il y a tout avantage, dans les pieds bots congénitaux, à avoir recours aux interventions larges et précoces.

M. Le Bec fait une communication au sujet d'une **laryngectomie totale, pour cancer du larynx, faite en deux temps et suivie de guérison.**

Enfin M. Jean Charcot expose à la Société, dans une con-

férence des plus intéressantes, les résultats obtenus au cours de l'**expédition antarctique française en 1903-1905**.

La Société a renouvelé son bureau qui est ainsi composé : MM. Verchère, président; Guinon, vice-président; Jayle, secrétaire général; Le Fur, archiviste; Hallion, trésorier; Weill-Hallé et Lequeux, secrétaires des séances.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 JUIN 1906

THÈSES

Mercredi 13 juin 1906, à une heure. — M. Desormeaux. Préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis. (MM. Pinard, président; Segond, Macaigne et Proust.) — M. Chevalier. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de certaines collections purulentes intra-pulmonaires. (MM. Segond, président; Pinard, Macaigne et Proust.) — M. Tertois. Enseignement populaire de l'hygiène par la grande presse. (MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Marcel Labbé.) — M. Maumène. Une œuvre parisienne d'assistance de l'enfance : le dispensaire de la caisse des écoles du VIIe arrondissement, 1, rue Oudinot. Statistique de dix-huit années (1888-1905). (MM. Landouzy, président; Roger, Teissier et Marcel Labbé.) — M. Couenon. L'énanthème de la rougeole. (MM. Roger, président; Landouzy, Teissier et Marcel Labbé.)

Jeudi 14 juin 1906, à une heure. — M. Gobert. Des néoplasies expérimentales produites par l'inoculation du micrococcus neoformans. (MM. Cornil, président; Le Dentu, Bezançon et Morestin.) — M. Français. Etude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque. (MM. Le Dentu, président; Cornil, Bezancon et Morestin.) — M. Feytaud. Les anévrismes de l'aorte d'origine rhumatismale. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Robin et Vaquez.) — M. Hudelot. Accidents généraux de l'eczéma, en particulier chez le nourrisson. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Robin et Vaquez.) — M. Viteman. Régime déchloruré dans l'épilepsie. (MM. Robin, président; Dieulafoy, Hutinel et Vaquez.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 28 avril 1906.*) H. Joris : L'innervation des muscles lisses dans les parois vésicales. — A. Broden : Trypanosomiases animales au Congo. — J. Lambinet : Recherches sur l'emploi du chlorure de sodium pour la destruction des œufs et des larves d'ankylostomes.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (No 4, avril 1906.) Nicolas et Lacomme : Dermatomycose des régions glabres causée chez l'homme par le microsporon canis. — C. Combéléran : Etude sur la tension superficielle des urines dans la syphilis, dans la blennorragie et dans quelques dermatoses (psoriasis, etc.).

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1906.) Thomas Oliver : Accidents causés par l'air comprimé ou maladie des caissons. Etude clinique et physiologique. — Kermorgant : L'hygiène et l'acclimatement à Madagascar. — Thoinot : Note de pratique médico-légale. — P. Brouardel : Le voisinage d'un établissement dans lequel on soigne des malades tuberculeux constitue-t-il un danger pour les personnes qui habitent les propriétés ou les maisons y attenant?

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (No 189, 10 mai 1906.) Audhuy : Utilisation des rayons X aux colonies. — E. Bonnefoy : Observation d'un cas double de testicule tuberculeux traité et guéri par les effluves de haute fréquence. — Stéphane Leduc : Guérison par la radiothérapie d'une tumeur du rectum. — Costa : Epithélioma baso-cellulaire parakératode traité par les rayons X.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (No 5, mai 1906.) Braun : La recherche du bacille d'Eberth; son importance au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — Bonnette : Déformations et fragmentations des balles de guerre dans les tirs de combat collectifs; influence du terrain sur ces déformations. — Lèques : Décollements rétiniens d'origine palustre. — Coste : Contribution à l'étude clinique des otites et des otalgies palustres. — Maffre : Plaie pénétrante de poitrine par coup de carabine à blanc; mort par tétanos. — Guth : Plaie pénétrante par arme de guerre. — Romary : Le service de santé de l'armée argentine. — Fromont : Analyse chimique des eaux d'alimentation d'Aumale, Sidi-Aïssa et Bou-Saada.

Archives générales de médecine. — (No 19, 8 mai 1906.) P. Rudaux : De la mort subite pendant la puerpéralité (*fin*). — R. Cruchet : Sur un cas de maladie des tics convulsifs (1 fig.). — Corneille : La journée de huit heures. — (No 20, 15 mai.) Monsseaux : La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés. — Bouchaud : Hémiplégie cérébrale infantile; réflexes abolis aux membres inférieurs, peu prononcés aux membres supérieurs. — Brault : Dermatite bulleuse difficile à classer (2 fig.). — Dmitrenko : Les médicaments et la diazoréaction. — P. Corneille : Hygiène et inquisition. — (No 21, 22 mai.) Kabanov : Rôle de l'hérédité dans l'étiologie des affections gastro-intestinales chroniques. — Lesage : Le spasme intestinal chez le nourrisson. Ses symptômes. Son évolution. Inanition et atrophie secondaires.

Bulletin général de thérapeutique. — (No 16, 30 avril 1906.) E. Rochard : A propos des appareils destinés à procurer l'anesthésie générale. — A. Alexandron (de Samos) : Tumeur fibreuse pédiculée du rectum entravant la sortie du fœtus pendant l'accouchement. — A. Robin et M. Binet : Recherches sur l'alimentation des phtisiques : la viande crue.

Journal médical de Bruxelles. — (No 19, 10 mai 1906.) A. Van-Lint : La pratique ophtalmologique. — (No 20, 17 mai). Cantineau : Cinq cas de maladie d'Addison.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 66. — MARDI 12 JUIN 1906. 79e ANNÉE. MARDI 12 JUIN 1906. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE, . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — Le deuxième concours s'est ouvert aujourd'hui à midi.

Les candidats sont : MM. Alexandre, Alglave, Baumgartner, Chevrier, Chifoliau, Desjardins, Fredet, Grégoire, Guibé, Iselin, Kendirdjy, Labey, Lecène, Marcille, Mouchet, Piquand, Schwartz et Wiart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les professeurs Brouardel et Guyon, admis à la retraite, sont nommés professeurs honoraires.

DISPENSAIRE GÉNÉRAL DE LYON. — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. les docteurs Genet, Bonnamour et Savy sont nommés médecins du dispensaire général.

CONGRÈS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE. — CANNES, MONACO, MENTON, AJACCIO. — Le troisième congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine tiendra ses assises, aux vacances de Pâques 1907, sur la Riviera française (portion comprise entre Hyères et la frontière italienne) et en Corse.

Les séances auront lieu à Cannes, à Monaco, à Menton et à Ajaccio; mais toutes les villes et stations du littoral méditerranéen et de la Corse sont inscrites dans le programme : Cannes, Nice, Monte-Carlo, Menton, Hyères, Antibes, Grasse, Saint-Raphaël, Juan-les-Pins, Beaulieu, le Cap-Martin, Thorenc, etc., etc.

Le congrès durera environ une semaine sur la côte française; il se terminera en Corse.

On sait quel succès ont eu les deux premières sessions : Nice en 1904, Arcachon en 1905. Nul doute que la troisième session ne le cède en rien à ses devancières : car son programme est des plus beaux.

Le comité d'organisation y travaille déjà; les principaux points sont arrêtés; plusieurs villes ont déjà souscrit des sommes importantes : Cannes, Menton, la principauté de Monaco se sont engagées pour de fortes souscriptions.

Municipalités, corps constitués et corporations s'apprêtent à rivaliser de zèle pour assurer au congrès le plus éclatant succès et aux congressistes la réception la plus brillante : fêtes, banquets, excursions.

Une réduction de 50 p. 100 sera demandée sur toutes les lignes de chemins de fer et bateaux; des réductions importantes seront consenties dans tous les hôtels.

Rapports.— « Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire sur la Riviera française, et en particulier à Cannes et dans la région de Cannes; » rapporteur : M. le docteur Chuquet (de Cannes).

« Les adénopathies et les tuberculoses locales à Cannes; » rapporteur : M. le docteur Bourcart (de Cannes).

« Les maladies nerveuses sur le littoral méditerranéen; » rapporteur : M. le docteur Sauvage (de Cannes-le Cannet). — Question annexe : « Traitement électrothérapique dans ces maladies, sur le littoral; » rapporteurs : MM. les docteurs Bonnefoy et Jousserand (de Cannes).

« L'hygiène à Menton; » rapporteur M. le docteur Tartarin (de Menton).

« Les poussières des routes sur le littoral méditerranéen ; » rapporteurs : M. le docteur Chaboux (de Menton) et M. le docteur Guglielminetti (de Monte-Carlo).

« L'hygiène dans la principauté de Monaco ; » rapporteur M. le docteur Vivant (de Monte-Carlo).

Pour tous les renseignements s'adresser au secrétaire général, docteur Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, à Cannes (l'été à la Bourboule, villa des Sorbiers).

Pour tout ce qui regarde la trésorerie, à M. Bienfait, trésorier général, villa Marie-Louise, boulevard d'Alsace à Cannes (l'été à Vichy).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 790.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 36, 9 mai 1906.) Chauffard : La succussion horizontale dans les pyopneumothorax. — Comby : Fièvre hystérique chez l'enfant. — (N° 37, 12 mai.) P. Reclus : Branchiomes du cou. — (N° 38, 16 mai.) Lemoine et Simonin : Rapports de la morbidité militaire avec l'habitation du soldat. — Oliver : La maladie des caissons. — (N° 39, 19 mai.) Küss : Indications cliniques et rôle social des sanatoriums populaires d'après les résultats obtenus au sanatorium d'Angicourt depuis cinq ans (*suite*). — (N° 40, 23 mai.) Carnot : Sur le placement familial des vieillards et des infirmes. — Guisez : Du traitement radical de l'ozène par la paraffine à froid. — (N° 41, 26 mai.) Küss : Indications cliniques et rôle social des sanatoriums populaires d'après les résultats obtenus au sanatorium d'Angicourt depuis cinq ans (*suite et fin*).

Écho médical du Nord. — (N° 16, 23 avril 1906.) Juste Colle et G. Petit : Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les amputations accidentelles (*suite*). — Painblan : Kérato-conjonctivite polynucléaire. — Ingelrans : Le réveil de la paralysie infantile.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 45, 15 avril 1906.) Consacré au professeur Guido Baccelli. — (N° 48, 22 avril.) Luigi Formaca : Coagulabilité et xanthochromie du liquide cérébro-spinal dans un cas de lésion de la queue de cheval. — Antonio Riva : A propos de la formation et de la valeur séméiologique du mucus et des muco-membranes. — Francesco Pedrazzini : Erythème dû au micrococcus tétragène et simulant l'érythromélalgie. — Giuseppe de Franchis : Grave lésion traumatique du poignet, sutures multiples des tendons, guérison avec récupération complète de la fonction de tous les doigts. — (N° 54, 6 mai.) Curlo : A propos d'un cas d'entérocolite fibrineuse par diplocoque. — Giuseppe Gualdrini : Contribution à l'étude de la pathogénie nerveuse de l'asthme. — Giuseppe Pollacci : La détermination phonétique et pleximétrique méso-sternale dans les cardiomégalies. — Giuseppe Serafini : Considérations statistiques sur l'épithélioma de la lèvre. — Francesco Pedrazzini : Procédé simple et rapide à la portée du praticien pour découvrir l'arsenic, le phosphore et l'antimoine.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 18, 6 mai 1906.) E. Benech : De l'aortite abdominale par propagation. Ses rapports avec la gastrite et l'appendicite. — (N° 19, 13 mai.) E. Benech : De l'aortite abdominale par propagation (*fin*). — B. Auché et Mlle Campana. Sérothérapie antidysentérique chez les enfants. — (N° 20, 20 mai.) Lafforgue et Sabrazès : Le lobule de l'oreille adhérent à l'état normal et chez les épileptiques et aliénés. — Cabannes et Dubreuilh : Sur un cas de blépharoplastie par la méthode italienne.

Gynécologie. — (N° 2, avril 1906.) Doléris : Influence de l'état constitutionnel sur les actes physiologiques de l'appareil génital de la femme. — Richelot : Sur un cas de métrite cervicale. — Batigue : A propos du traitement des algies pelviennes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 6 mai 1906.) J. Carles : Valeur clinique des variations de l'urée. — (N° 19, 13 mai.) Lalesque : Tuberculose et mariage. — H. Verdalle : Sur le traitement du diabète ; action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — 25 mai 1906.) Pillet : Examen d'un malade atteint d'une affection des voies urinaires.

Journal des praticiens. — (N° 19, 12 mai 1906.) Paul Carnot : Les ictères néoplasiques. — Desnos : Traitement de la cystite blennorragique. — A. Conchon : Diphtérie débutant par un point douloureux abdominal. — (N° 20, 19 mai.) Broca : Fistule congénitale latérale du cou. — Trousseau : Les traitements de l'ophtalmie purulente. — Huchard : Histoire de trois anévrismes guéris par la médication hypotensive. — (N° 21, 26 mai.) Boissard : L'urgence en obstétrique. — Widal : Les fausses méningites. — Lourties : A propos des rescapés de Courrières. — Lévy Frankel : Erythème pemphigoïde d'origine mercurielle.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 18, 5 mai 1906.) H. Duret : Laparotomie pour lésion annexielle, coexistence d'une grossesse de deux mois ; complication d'une hémorragie post-opératoire abondante et anémie grave. Accouchement normal à terme d'un enfant bien constitué. — Sablé : Fracture du crâne et contusion du lobe sphénoïdal par une balle de revolver. Trépanation, extraction du projectile situé près du sinus caverneux. — (N° 19, 12 mai.) F. Guermonprez : Hanche à ressort. — (N° 20, 19 mai.) F. Guermonprez : Hanche à ressort (*suite*). — C. Lepoutre : Pyosalpinx et kyste de l'ovaire suppuré.

Lyon médical. — (N° 18, 6 mai 1906.) J.-P. Moras : Les premiers principes de physiologie. — Gauthier et Cavaillon : Ulcères hémorragiques de l'estomac. — (N° 19, 13 mai.) Rafin : Quelques faits de tuberculose rénale fermée. — Leriche : De la mobilisation du duodénum. — (N° 20, 20 mai.) Rollet : Le cancer primitif du sac lacrymal. — Mouisset et Beutter : Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psychique ; asthénie générale sans paralysie ; pas d'œdème de la pupille. — Jourdanet : Les affections bulleuses de l'enfant en bas âge.

Marseille médical. — (N° 9, 1er mai 1906.) Imbert : Sur les plaies pénétrantes de l'abdomen. — Meynet : Pharyngomycose leptothricique. — (N° 10, 15 mai.) Sépet : Sur un cas de myopathie progressive. — Riss : L'opération césarienne dans les rétrécissementa pelviens.

Montpellier médical. — (N° 19, 13 mai 1906.) F.-J. Bosc : Compte rendu de la consultation de nourrissons de Montpellier pendant l'année 1905-1906 (2e année) avec la collaboration de M. Cotsaftis (*suite et fin*). — Faix et Herbinet : Notes pratiques d'obstétrique. De l'écouvillonnage. Indications et technique.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Avril 1906.) Giovanni Razzaboni : La contusion des muscles striés. — Emilio Buzi : Les injections épidurales. — Umberto Alegiani : Mobilité anormale acromio-claviculaire comprenant la rigidité de l'articulation scapulo-humérale. — Prof. D. B. Roncali : Observations anatomo-pathologiques et cliniques sur deux cas de troubles cérébraux comme contribution à l'histologie et à la thérapeutique chirurgicale des scléroses névroglio-connectivales et des névroglioses pures (glioses) post-traumatiques.

Province médicale. — (N° 17, 28 avril 1906.) Léon Cerf : L'hérédo-contagion de la variole. — Godlewski : Le pyramidon et le pouls dans les infections typhoïdes. — (N° 18, 5 mai.) Schuhl (de Nancy) : Gangrène d'un membre inférieur pendant les suites de couches. — Maurice (de Lyon) : Remarques cliniques sur l'anxiété, la phobie et l'obsession. (N° 19, 12 mai.) Jeannel : Du traitement des incurvations rachitiques des os longs par l'ostéotomie longitudinale antéro-postérieure et par la résection diaphysaire. — Pinatelle : Troubles de la contraction des extenseurs de l'avant-bras par allongement absolu ou relatif de ces muscles.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE GASTRIQUE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Caractères communs aux accidents hystériques qui doivent diriger le traitement.

Les procédés de suggestion : critique de la psychothérapie rationnelle.

La mise en œuvre de l'isolement.

Dans les articles précédents nous avons passé en revue les principaux aspects sous lesquels se présente l'hystérie gastrique. On peut bien observer d'autres modalités cliniques, suivant l'individualité des malades, suivant l'association possible de désordres nerveux aux accidents organiques les plus variés : mais quelle que soit la diversité des symptômes, le traitement dans ses grandes lignes sera toujours le même, car il doit répondre aux indications qui résultent des causes profondes et toujours identiques des multiples manifestations hystériques.

Comme nous avons essayé de l'établir, l'hystérie gastrique est avant tout une affection d'ordre psychique. Le plus grand nombre des accidents observés peuvent se rattacher soit à une auto-suggestion plus ou moins consciente, comme le veut Babinski, soit à un défaut de la volonté inhibitrice sur lequel a insisté Pierre Janet. Les vomissements incoercibles, l'anorexie, le pseudo-tympanisme relèvent, à l'origine tout au moins, d'une représentation mentale.

Ici, comme sur le sujet en état d'hypnose, la suggestion se réalise jusque dans le domaine de la vie organique, sur le tube digestif qui échappe à l'état normal à l'action de la volonté. *Cette plasticité organique, sous l'influence d'une idée fixe ou d'un processus psychique inconscient, nous paraît être le caractère essentiel et fondamental de l'hystérie.*

Mais comme l'a bien établi Pierre Janet, les accidents une fois réalisés persistent indéfiniment parce que l'hystérique ne peut opposer à cet automatisme viscéral qu'une volonté insuffisante.

L'inanition s'établit pour un motif quelconque, coquetterie, malaises digestifs après les repas, etc., mais elle se prolonge sans raison, alors que la malade est devenue svelte, que les digestions sont de nouveau faciles, alors même que la malade voudrait mettre un terme à cet amaigrissement trop rapide. Il en va de même des vomissements incoercibles; au début la malade s'y laisse aller sans résistance, et parfois même avec une complaisance évidente. Mais un jour vient, où le désordre qu'elle a plus ou moins provoqué, l'entraîne malgré elle à l'inanition grave et parfois à la mort. Elle voudrait arrêter cet automatisme gastrique qui lui fait rejeter tous les aliments aussitôt après leur ingestion, mais elle n'en a plus l'énergie ; suivant le mot de Ch. Richet, « les hystériques ne savent plus, ne peuvent plus et ne veulent plus vouloir. » La faiblesse de ce pouvoir volontaire est au point de vue thérapeutique le stigmate essentiel. Tout traitement vraiment curatif de l'hystérie ne tend qu'à augmenter ce pouvoir inhibitoire de façon à permettre à la malade de se guérir elle-même et de se mettre à l'abri d'accidents nouveaux.

Nous devons enfin ajouter que, dans tous les cas, il faudra déterminer avec soin si quelque lésion organique n'est pas sous-jacente aux réactions névropathiques plus apparentes. Une règle essentielle du traitement est de ne jamais négliger le traitement d'une lésion organique, qui peut souvent provoquer des troubles hystériques ou les entretenir.

Les procédés psychothérapiques que l'on peut employer contre les accidents d'hystérie gastrique sont d'ordre assez varié. On peut d'abord user surtout de la suggestibilité du malade : ce n'est peut-être pas le meilleur mode de traitement, mais c'est, à coup sûr, le plus facile. Puisqu'une idée morbide suffit à mettre en branle tout l'appareil digestif et à créer des vomissements incoercibles, une croyance inverse pourra rétablir un fonctionnement régulier. Peu importe le traitement prescrit; le succès ne dépend que de la confiance qu'il inspire au malade : c'est bien ici la foi qui sauve.

Les moyens proposés peuvent varier suivant l'imagination du médecin. Nous ordonnons souvent à l'hôpital des pilules de pissenlit, mais nous désignons cette plante vulgaire sous son nom latin bien plus imposant : *Taraxacum dens leonis*. Ou bien nous badigeonnons la région épigastrique de collodion fortement coloré par le bleu de méthylène. Nous avons parfois recours à des courants faradiques ou encore à la sonde gastrique, etc. Tous ces procédés donnent de bons résultats, surtout à l'hôpital où la malade accepte plus facilement et sans critique les idées de guérison qu'on lui impose. D'autre part l'appareil qui entoure le médecin à l'hôpital, augmente son prestige. Enfin le médecin peut, au lieu de s'adresser au malade, parler aux assistants et annoncer l'effet merveilleux de la médication fictive qu'il prescrit : prenant ainsi son auditoire à témoin, il fait disparaître les doutes qui, dans l'esprit du malade pourraient limiter l'influence de ses paroles.

Sauf pour les accidents très bénins et pour les malades très suggestibles, ce procédé est moins applicable en clientèle, lorsque malade et médecin sont seuls en tête-à-tête. Ce moyen thérapeutique n'amène d'ailleurs la guérison qu'en utilisant la suggestibilité extrême de la malade, qui est la cause de l'accident actuel. Aussi n'a-t-il pas la même valeur curative que les procédés d'éducation que nous allons actuellement passer en revue, et qui tendent toujours à enseigner à la malade comment elle doit résister à ses prédispositions morbides.

Nous ne pouvons attribuer en ce qui concerne le traitement de l'hystérie gastrique une grande importance à la psychothérapie rationnelle préconisée par Dubois (de Berne) dans toutes les psychonévroses. La logique d'un raisonnement n'augmente en rien son influence sur une hystérique. Alors même que la malade reconnaît l'enchaînement rationnel

de toute l'argumentation du médecin, son état mental n'en est pas sensiblement modifié. C'est une expérience que l'on peut répéter au cours de l'anorexie hystérique. Tant que la jeune malade demeure dans sa famille, elle écoute docilement les raisons du médecin qui devraient la pousser à s'alimenter, mais elle n'augmente pas d'une bouchée la quantité de son alimentation. Comme l'avait bien noté Lasègue, elle oppose à ceux qui lui expliquent les dangers de l'inanition « une quiétude et un contentement vraiment pathologiques ».

Si le procédé de démonstration rationnelle donne parfois des résultats heureux, c'est, croyons-nous, par un mécanisme tout à fait différent et qui est celui de la suggestion ordinaire. L'autorité du médecin, ses titres, sa réputation de guérisseur, donnent seuls une influence à ses paroles : la personnalité du médecin a plus d'importance que ce qu'il dit. Il n'a pas ici à user de raisonnements comme pour les neurasthéniques, il lui suffit d'affirmer la guérison. Le médecin a une vertu de guérison due exclusivement à la foi qu'il inspire, comme le saint auprès duquel le malade se rend en pèlerinage, ou comme le sorcier.

En réalité le traitement fondamental, celui qui donne les succès les plus certains et les plus durables, consiste uniquement à relever la volonté défaillante de la malade : il faut donner à cette volonté endormie une force suffisante, de façon à ce que la malade puisse s'opposer aux troubles de sa vie viscérale. Pour réveiller la volonté, il n'y a d'ailleurs qu'un procédé : déterminer une émotion forte. La crainte, le désir permettent d'obtenir un effort volontaire, que les meilleurs raisonnements étaient incapables de provoquer.

La menace est, sur *les jeunes malades*, le moyen le plus souvent employé : si l'enfant n'est pas trop indocile, s'il n'est pas soutenu en cachette par ses parents, les paroles sévères du médecin, la peur d'un traitement énergique ont une action suffisante. Chez les jeunes gens atteints de vomissements incoercibles, la crainte de la sonde gastrique suffit en général ; il n'est presque jamais nécessaire de pratiquer un sondage par mesure d'intimidation, la vue de l'instrument suffit à tout remettre dans l'ordre.

Toutefois dans les formes plus sérieuses ou chez les malades adultes, cette méthode si simple perd son efficacité. Il faut alors avoir recours à *l'isolement qui constitue le traitement de choix dans toutes les variétés d'hystérie gastrique*. Mais pour donner toute son action, il doit être subi comme une contrainte. La malade doit souffrir d'être privée de sa liberté, de la vue des siens, de la faculté d'écrire ou de recevoir des lettres. Les malades qui pleurent le premier jour de leur séquestration guérissent. Au contraire celles qui supportent cette séparation de la vie commune avec apathie, n'en retirent qu'un bénéfice plus aléatoire et beaucoup plus lent.

Pour donner un bon résultat thérapeutique l'isolement doit répondre à certaines conditions indispensables :

1° Il doit être absolu. On doit supprimer toute relation avec le monde extérieur : ni visites, ni lettres. Toutefois comme il faut que la malade ait l'esprit en repos, on peut permettre qu'elle reçoive des nouvelles des siens tous les jours par sa garde-malade.

2° L'isolement ne doit pas être limité comme durée. Le médecin ne doit fixer aucune date. La malade doit être convaincue qu'elle ne sortira que guérie, et que l'isolement ne sera terminé que le jour où les accidents auront définitivement cessé.

3° L'isolement comporte des visites fréquentes du médecin, qui doit surveiller la malade, et entretenir ses efforts vers la guérison. On peut exposer très nettement à la malade la marche du traitement. On peut lui dire dès le début : « Nous connaissons beaucoup mieux que vous ce qui passe dans votre esprit. Nous savons que votre situation de malade ne vous déplaît pas, et que vous éprouvez quelque satisfaction intérieure à déjouer les efforts de votre médecin et à être l'objet de l'attention apitoyée de tous les vôtres. Aussi maintenant nous allons changer de méthode. Jusqu'à présent, pour vous décider à manger on vous a dépeint l'avenir qui vous attend sous des couleurs sombres, mais cet avenir lointain vous est indifférent. Nous savons très bien que vous ne consentirez à guérir que pour échapper à un ennui immédiat, aussi dès que vous irez mieux nous atténuerons l'isolement ; chaque effort entraînera sa récompense. Vous pourrez recevoir des lettres, voir vos parents, vos intimes, mais toutes ces récompenses seront supprimées et nous reviendrons au régime sévère, si les efforts ne continuent pas. » Il faut dans cette mise en demeure apporter quelques ménagements pour les malades d'un caractère susceptible : blesser leur amour-propre pourrait prolonger leur résistance quelques jours, mais ceci est une simple question de tact. Ces menaces doivent être exécutées ; sous aucun prétexte, le médecin ne doit céder à la malade sur aucun point. La rapidité de la guérison en dépend.

4° Enfin l'isolement doit être continué, tout en diminuant sa rigueur, jusqu'à ce que la malade soit tout à fait débarrassée des accidents hystériques. La menace d'un retour à la maison d'isolement doit être suspendue sur la tête de la malade, pendant quelque temps après sa sortie, pour empêcher toute récidive.

Il est peu d'accidents hystériques, même graves, qui résistent à un isolement bien compris et suffisamment prolongé. Les insuccès ou les demi-succès s'observent parfois chez les malades à hérédité chargée et qui présentent au-dessous des accidents hystériques un état mental de dégénérés.

Un avantage de l'isolement, c'est de constituer un moyen de traitement moral, énergique. Avec une malade intelligente, on peut profiter de la claustration pour instituer une véritable éducation de la volonté. La malade sera mise en garde contre les accidents viscéraux qui peuvent, grâce à sa constitution mentale, et à l'idéoplasticité de son organisme, succéder à toute auto-suggestion plus ou moins consciente. Elle apprendra qu'en tendant sa volonté, elle peut réagir contre tous ces troubles et rétablir l'activité physiologique de ses organes. Elle saura

mettre en œuvre toutes les ressources d'un effort volontaire, énergique, et échappera ainsi à la fatalité de ses prédispositions psychiques.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT PAR L'EAU FROIDE DES HÉMORROIDES ENFLAMMÉES

Contre les hémorroïdes enflammées, on peut avoir recours soit aux lavages très chauds, soit, au contraire, aux applications froides et même glacées. Les premiers n'exercent d'action décongestionnante qn'à condition d'être de courte durée : les secondes ne sont efficaces que si elles sont prolongées, ce qui souvent est gênant pour le malade. Or, M. Halbhuber (*Wiener med. Presse*, 1905) recommande pour le traitement des hémorroïdes par l'eau froide un procédé relativement très facile à mettre à exécution sans entraver sérieusement les occupations habituelles du malade. Il consiste à faire arriver sur les tumeurs hémorroïdaires, pendant deux ou trois minutes, de l'eau d'un robinet (directement, si possible, ou en la dirigeant au moyen d'un tube en caoutchouc) et de répéter ces irrigations plusieurs fois de suite, à des intervalles d'un quart d'heure. Deux séances prolongées sont nécessaires, l'une au lever et l'autre au coucher. Après chaque lavage, ainsi qu'après chaque série d'irrigations, un tampon de coton gros comme une noix et imbibé d'eau froide est tenu appliqué sur la région anale; on le renouvelle aussi souvent que faire se peut. Enfin, il est indispensable de laver la région anale après chaque défécation. Sous l'influence de ce traitement si simple la cessation des démangeaisons et la diminution du volume des tumeurs hémorroïdaires ne se sont jamais fait attendre dans les observations de l'auteur. En trois à cinq jours l'amélioration était telle que les malades s'en déclaraient pleinement satisfaits. Ce résultat aurait même été obtenu dans des cas déjà destinés à la cure chirurgicale (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 8 juin 1906)

Etude d'un cas de zona intéressant le territoire du plexus sacré. — MM. Queyrat et E. Feuillié. Dans ce cas très net de zona les auteurs ont trouvé de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Ce cas était important à rapporter puisque les ganglions nerveux du plexus sacré sont entièrement situés dans le canal sacré.

La lésion de ces ganglions ne peut donc expliquer par propagation directe la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Il n'y a rien dans cette région d'analogue au nerf de conjugaison qu'ont étudié MM. Nageotte, Cestan et Sicard dans la région dorsale.

M. Queyrat présente aussi un malade atteint de **lésions syphilitiques tertiaires graves** qui a guéri en trois semaines avec des lavements d'iodure de potassium, médicament qui ne pouvait être supporté par la bouche.

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 22, 3 juin 1906.

Contribution à l'étude des éliminations urinaires provoquées. — M. E. Feuillié. Dans cette communication l'auteur apporte les principaux résultats de recherches faites sur l'élimination urinaire du ferrocyanure de potassium, grâce à un procédé de dosage qu'il a établi avec M. Castaigne en 1901.

A l'aide de ces dosages précis dans l'urine on peut obtenir des courbes d'élimination différentes suivant le mode d'injection du ferrocyanure dans le tissu cellulaire ou dans le muscle, soit chez des individus normaux soit à l'état pathologique.

Mais fait capital, chez le même individu en faisant l'injection d'une façon toujours la même, sous-cutanée ou intramusculaire les résultats sont comparables.

L'élimination urinaire peut donc se décomposer en deux phases, l'une rénale la perméabilité rénale vraie, l'autre prérénale qui peut se décomposer elle-même en deux, l'une circulatoire, l'autre tissulaire.

C'est cette dernière que l'auteur a voulu mettre en évidence.

Une famille de rachitiques. — M. Variot présente les photographies d'une famille d'enfants rachitiques. Il s'agit d'une famille de six enfants sur lesquels cinq ont été alimentés prématurément avec de la panade. Tous présentent les lésions classiques du rachitisme osseux. Ce fait démontre que l'ingestion prématurée de ces bouillies féculentes produit des substances toxiques qui vont adultérer le squelette d'une façon particulière. Dans ce fait, le squelette seul est touché, les enfants n'étant pas hypotrophiques en même temps que rachitiques.

Examens cystologiques négatifs dans un cas de méningite tuberculeuse. Présence d'une notable quantité d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Louis Rénon et Léon Tixier ont observé un jeune garçon atteint d'un syndrôme méningé tout à fait net et chez lequel les examens de sept ponctions lombaires, pratiqués pendant les vingt-cinq derniers jours de la maladie, demeurèrent tous négatifs au point de vue cytologique.

La présence d'une quantité anormale d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien (2 grammes p. 1 000) témoignait en faveur d'une méningite. La tuberculisation de deux cobayes dans les délais habituels (inoculation de 10 centimètres cubes intra-péritonéale) leur démontra la nature tuberculeuse de cette méningite aiguë.

Bien que les observations de cette nature doivent être exceptionnelles, les auteurs signalent la possibilité des dissociations qui peuvent exister entre une réaction cellulaire négative et une réaction chimique positive.

Les déductions pratiques qui en découlent sont les suivantes :

1° L'absence de réaction cellulaire, dans certains cas exceptionnels mais indiscutables, ne suffit pas pour faire écarter un diagnostic clinique de méningite tuberculeuse;

2° La présence d'une quantité anormale d'albumine a une réelle valeur séméiologique pour confirmer l'existence d'altérations méningées.

3° Le seul signe qui permette d'affirmer la nature tuberculeuse d'une méningite aiguë est la mise en évidence du bacille de Koch (examen direct, inoculations, cultures). Le groupement des autres signes (cliniques, cytologiques, albumines du liquide cérébro-spinal) suffit dans la majorité des cas pour établir ce diagnostic. Mais ils n'ont en eux-mêmes qu'une valeur de probabilité.

Influence de l'hydropysie sur l'élimination urinaire. — M. Achard démontre dans cette communication que les hydropisies peuvent influencer l'épreuve de l'élimination provoquée dans deux circonstances distinctes. Si la substance employée est introduite dans le liquide épanché, elle s'y dilue et s'absorbe moins vite. Si la substance est injectée dans les parties saines, elle diffuse du sang dans la sérosité et s'y trouve en quelque temps retenue avant d'arriver au rein seulement, la substance qui reflue ainsi dans la sérosité s'y trouve à un taux très faible et pour ainsi dire jamais supérieur à celui qu'il atteint dans le sérum. En opérant avec le bleu de méthylène, M. Achard a vu que ce reflux avait pour effet de ralentir l'élimination, la substance qui se dilue dans la sérosité, comme dans une sorte de bras mort du courant *circulatoire*, étant pour quelque temps soustraite au mouvement qui l'entraîne hors de l'organisme.

En résumé, l'influence des hydropisies sur les éliminations urinaires montre que lorsqu'on pratique l'épreuve de l'élimination provoquée, on explore non un organe, le rein, mais une fonction, l'élimination par l'urine des corps que l'organisme doit rejeter. Or, cette fonction dépend solidairement de plusieurs autres. Il faut donc tenir compte des conditions dans lesquelles on opère et soumettre les résultats de l'épreuve au raisonnement. Remarque qui s'applique, d'ailleurs, à tous les procédés d'examen dont le laboratoire a doté la clinique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1906)

Actinomycose. — M. le secrétaire général donne lecture d'une observation adressée par M. Brault (d'Alger), membre correspondant. Il s'agit d'un Arabe, marchant pieds nus, qui portait sur la face dorsale du pied gauche une tumeur en forme de brioche, de 9 centimètres de long sur 12 de large, présentant à sa surface des taches blanchâtres et des exulcérations par lesquelles s'écoulait un liquide muco-purulent. On prescrivit l'iodure de potassium aux doses de 4 et 6 grammes par jour, des cautérisations au nitrate d'argent et à la teinture d'iode. La tumeur fut enlevée : son examen histologique fit découvrir des grains durcis qui permirent de reconnaître qu'il s'agissait d'une actinomycose.

M. Nélaton a retrouvé dans la collection de dessins de son père une tumeur analogue que son père avait étiquetée : tumeur insolite.

Jéjunostomie. — M. Quénu, à propos du rapport de M. Guinard, cite un cas de jéjunostomie latérale avec une modification intéressante. Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans atteint de cancer stomacal ; la gastrostomie était impossible. M. Quénu fit une jéjunostomie qui donna une bouche petite et parfaitement continente. Le malade est mort vingt jours après l'opération, sans phénomènes appréciables.

Plaies pénétrantes de poitrine. — M. Routier apporte au débat sur ce sujet le fait suivant : un jeune homme se tire un coup de revolver à bout portant ; l'orifice d'entrée de la balle est au niveau du sternum. Le blessé a de l'emphysème du cou, est d'une pâleur extrême. M. Routier diagnostique aisément une plaie du poumon droit avec hémorragie. Etant donné l'état grave du blessé, il s'abstient de toute intervention, fait mettre une vessie de glace sur la plaie et recommande l'immobilité absolue. Le malade a des vomissements bilieux et se plaint d'une douleur très vive à droite. Le pouls est très rapide, la température à 36°9, il y a une forte dyspnée. Le lendemain matin le blessé allait mieux ; M. Routier fait une ponction, en arrière, qui donne plus d'un litre et demi de sang. Le malade a très bien guéri. En serait-il de même, se demande M. Routier, si on lui avait fait un volet, réséqué plusieurs côtes, ouvert la plèvre, ou si on était allé chercher dans le poumon la source de l'hémorragie ? Il ne le pense pas et se félicite de s'être abstenu, dans ce cas, d'une intervention immédiate, toujours grave, quoi qu'on dise.

Lésions traumatiques du carpe. — M. Delbet fait un court rapport sur ce cas apporté par M. Dujarrier. Luxation du semi-lunaire, traitée sans succès pendant un mois par le massage ; M. Dujarrier résèque le semi-lunaire et le malade va très bien. Cette observation prouve l'inefficacité du massage dans ces cas et l'efficacité de la résection.

Iléo-sigmoïdostomie. — M. Bazy rapporte un cas d'exclusion de l'intestin qu'il a cherché à obtenir en pratiquant une iléo-sigmoïdostomie par le procédé d'écrasement de Souligoux. Il a obtenu un échec, en ce sens, que la circulation des matières a continué à se faire dans la portion d'intestin exclue.

Lymphangiome kystique du cou. — M. Walther présente un jeune malade atteint d'une tumeur du cou sur le diagnostic ou le traitement de laquelle il demande l'avis de ses collègues. Il croit, quant à lui, à un lymphangiome kystique et se dispose à l'opérer.

M. Kirmisson croit également à un lymphangiome et propose l'ablation.

M. Demoulin a observé un cas analogue dans l'aisselle.

M. Broca croirait plutôt à un kyste dermoïde à parois épaisses.

M. Le Dentu ne croit pas à un lymphangiome. Il est partisan de l'ablation.

M. Walther constate que tout le monde est d'accord sur l'indication de l'intervention. Quant à la nature de la tumeur, elle est discutée ; il croirait assez volontiers à une tumeur mixte, à un lymphangiome mélangé de lipome. Il enlèvera la tumeur et la présentera dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1906)

Hérédo-ataxie cérébelleuse. — MM. Raymond et Rose. A côté des signes classiques, on note, dans ce cas, de l'hypotonie musculaire et de l'hyperesthésie vibratoire indiquant que les cordons postérieurs de la moelle sont atteints en même temps que le cervelet.

Troubles vaso-moteurs hystériques. — M. Claude. Un malade ayant présenté antérieurement des crises d'angine de poitrine eut ensuite des accidents rappelant la crampe des écrivains. A la suite d'un traitement électrique bénin, il fut repris de crises cardiaques avec œdème de la main qui persiste encore et de cyanose de la langue. S'il ne s'agit pas d'hystérie, dont on ne trouve aucun stigmate, il s'agit tout au moins de névrose vaso-motrice.

Syndrome thalamique. — MM. Déjerine et Roussy. L'étude anatomo-clinique de trois cas montre que le syndrome thalamique est caractérisé par une hémiplégie avec le mini-

mum de troubles moteurs, et des troubles sensitifs au maximum : hémiataxie, astéréognosie et souvent, mouvements choréiformes et athétosiformes. M. Déjerine fait remarquer en outre que les lésions thalamiques semblent avoir un rôle inhibitoire sur le signe de Babinski, et ne croit pas à l'existence, admise par M. Marie, d'anesthésie par lésion exclusive de la capsule externe.

Névrite interstitielle hypertrophique anormale chez deux frères. — M. Marie. Ces malades sont anormaux par ce fait que l'amyotrophie n'est ni généralisée ni très accentuée. — Discussion relative à la marche de l'amyotrophie dans cette affection. MM. Déjerine et Marie. Les deux auteurs s'accordent à reconnaître qu'il y a une différence bien tranchée entre la névrite interstitielle hypertrophique et l'atrophie musculaire du type Charcot-Marie et n'admettent pas les formes de transition récemment décrites.

Mal de Pott probable avec localisation anormale des accidents nerveux. — M. Camus. Après une phase sensitive, caractérisée par des douleurs sur le trajet des deuxième, troisième, quatrième racines cervicales gauches, survint une hémiplégie du même côté : spasmodique au membre inférieur, flasque, etc., à caractères radiculaires au membre supérieur, où les troubles moteurs sont superposés aux troubles sensitifs qu'ils débordent seulement légèrement.

Astasie-abasie névropathique avec association de phénomènes organiques. — MM. Raymond et Lejonne. Jeune fille présentant une astasie-abasie hystérique avec troubles moteurs et sensitifs dans le domaine des cinquièmes lombaires et premières sacrées, lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien.

Hémianesthésie probablement corticale. — MM. Raymond et Lejonne. Une jeune fille de vingt ans avait présenté il y a cinq ans une hémiplégie avec légère aphasie ; ces troubles ont disparu ; il reste seulement une hémi-hyperesthésie atteignant les sensibilités superficielles et profondes. En l'absence de syndrôme thalamique, les auteurs pensent à l'origine corticale des accidents.

Tabes fruste et arthropathie hypertrophiante. — MM. Claude et Touchard. Arthropathie énorme hypertrophiante du genou droit depuis huit ans, chez un homme de cinquante-huit ans, tabétique depuis dix-huit ans. Du même côté, les réflexes sont exagérés, le signe de Babinski est positif, ce qui est dû à une légère hémiplégie dont le malade est atteint depuis trois ans et demie.

Graphiques du clonus organique et névropathique. — MM. Claude et Rose. Chez les organiques on obtient un tracé régulier avec quatre, six oscillations par seconde : chez les névropathes, on en compte huit à onze ; elles sont irrégulières : le clonus névropathique s'épuise un peu plus vite que celui des maladies organiques. — M. Babinski dit avoir autrefois obtenu avec M. Hallion des tracés semblables, et ajoute que le clonus obtenu volontairement chez des sujets sains par des contractions musculaires faites d'une certaine manière, ne diffère pas sur un tracé, du clonus vrai.

Absence de la scissure médiane du cervelet et du lobe médian. — M. Rossi. Présentation de pièces microscopiques ; l'étude histologique sera faite ultérieurement.

Deux cas d'hémorragies protubérantielles. Mort rapide. — MM. Marie et Moutier. Chez deux vieillards de soixante-quatorze et quatre-vingt-six ans, après un ictus, hémiplégie gauche avec raideur bilatérale, agnoscie sensitive, tête déviée à droite, myosis. Mort en quarante-huit heures avec hyperthermie. La ponction lombaire avait montré un faible culot hématique. Dans les deux cas, l'hémorragie occupait la partie moyenne de la protubérance, du côté droit, empiétant sur la pyramide et le ruban de Reil, refoulant légèrement la moitié gauche de la protubérance.

Arthropathie tabétique de la hanche et du genou. Participation du péroné à cette arthropathie. — MM. Moutier et Deroide. L'épiphyse tibiale a disparu jusqu'au péroné qui fournit au genou une surface articulaire.

Agénésie totale du système radial. — MM. Egger et Français.

Tabès avec lésions minimes des racines et cordons postérieurs. — M. Thomas. L'intérêt de ce cas réside dans la constatation de méningite intense sur trois ganglions dorsaux, avec minimes dégénérations médullo-radiculaires.

Etude du névrome des amputés par la méthode de Ramon y Cajal. — M. Thomas. L'auteur a pu voir, au-dessus du névrome, de nombreuses figures de restaurations : il n'a pu déceler sur les neurofibrilles du névrome, ni massues terminales ni fibres collatérales.

Syringomyélie atypique ayant simulé le mal de Pott. — MM. Raymond et Lhermitte. Paraplégie spasmodique des membres inférieurs, avec troubles sensitifs s'arrêtant à la région dorsale : endolorissement de cette région. Anatomiquement, syringomyélie des plus nettes : la cavité occupe toute la hauteur de la moelle, jusqu'à l'origine du filum : elle présente une paroi névroglique des plus évidentes.

Myélomalacie incomplète ayant simulé une compression subaiguë de la moelle. Ostéite raréfiante vertébrale. — MM. Raymond et Alquier. Cliniquement, pendant quatre mois, douleurs et paralysie radiculaires des membres supérieurs ; puis paraplégie spasmodique avec troubles sphinctériens et hémianesthésie gauche, avec dissociation syringomyélique. Anatomiquement myélomalacie incomplète de la partie supérieure du renflement cervical, n'atteignant que la partie postérieure de la moelle. Ostéite raréfiante du corps de la sixième vertèbre cervicale.

Vertige avec pseudo-syndrome de Ménière par méningite. — MM. Raymond et Baur. Plaque de méningite scléreuse englobant les nerfs bulbo-protubérantiels et ayant déterminé comme seuls symptômes, des vertiges et de la surdité.

Poliomyélite subaiguë diffuse avec autopsie. — MM. Armand-Delille et Boudet. Début à l'âge de six mois, généralisation des troubles moteurs ; au bout de quatre mois, mort par syncope. A l'autopsie, poliomyélite diffuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 10 juin 1906)

Note sur l'anatomie pathologique de l'entéro-colite muco-membraneuse. — En comparant les résultats fournis par l'examen histologique d'un cas d'entéro-colite muco-membraneuse humaine et de plusieurs cas expérimentaux d'origine toxique, toxi-infectieuse et nerveuse, M. Trémolières relève plusieurs faits intéressants.

C'est d'abord, dans les entéro-colites muqueuses expéri-

mentales, la similitude des lésions, à quelque cause qu'elles ressortissent. L'intestin réagit de façon identique à l'agression de causes variables. L'entéro-colite, multiple par son étiologie, est une par ses symptômes et ses lésions.

Il faut signaler ensuite l'existence et parfois la prédominance des lésions au niveau de l'intestin grêle. Les classiques semblent, au contraire, attribuer au côlon le rôle prépondérant dans l'entéro-colite muco-membraneuse.

Dans tous les cas humains et expérimentaux, les modifications appendiculaires sont fort importantes. L'appendicite et l'entéro-colite semblent inséparables et l'on comprend que, dans certaines conditions, l'appendicite, localisation au vermium du processus intestinal, occupe le premier plan du tableau morbide.

La superficialité des lésions, aussi bien dans les entérites expérimentales que dans notre cas d'entérite humaine, mérite aussi d'être notée. La muqueuse intestinale seule est modifiée, à l'exclusion des autres tuniques. C'est dans l'épithélium qu'existe la lésion caractéristique : l'augmentation parfois considérable du nombre des cellules mucipares. L'intégrité des cellules de Paneth, au fond des cryptes de Lieberkühn, témoigne de la bénignité des lésions.

L'hypergenèse des cellules muqueuses suffit à expliquer la production exagérée et l'excrétion de mucus plus ou moins concrété. C'est pour ainsi dire, la *lésion élémentaire* de l'entéro-colite muco-membraneuse. Nulle des autres lésions décrites par les différents auteurs n'est nécessaire. L'infiltration leucocytaire du chorion, que nous avons vue intense dans les entérites toxiques et toxi-infectieuses, manque dans les entérites nerveuses, où le mucus est cependant abondamment rejeté; on peut donc la considérer comme contingente.

Enfin, cette infiltration leucocytaire coïncide avec le rejet de glaires épaisses et de muco-membranes; elle semble d'autant plus abondante que le mucus expulsé est plus concrété; elle manque dans les entérites d'origine nerveuse, où le mucus est remarquablement fluide. Il semble donc que les leucocytes soient les agents vecteurs de la mucinase, ferment coagulant de la mucine.

Athérome expérimental de l'aorte consécutif à l'action du tabac. — Pour M. Baylec, le tabac exerce, comme l'adrénaline, mais avec moins de fréquence que cette dernière, une action nocive sur les parois artérielles, et produit, au niveau de l'aorte, des lésions rappelant celles de l'athérome de l'homme. Cette action est surtout nette si le tabac pénètre par la voie intra-veineuse; elle se manifeste aussi à la suite des injections sous-cutanées. Dans la pathogénie de l'athérome, à côté de l'hyperfonctionnement surrénal, il y a donc lieu de faire une place importante à l'intoxication tabagique.

Influence de l'acide phosphorique, des phosphates mono et trisodiques sur les échanges nutritifs. — Des recherches que poursuivent depuis sept mois M. Desgrez et Mlle Bl. Guende, sur quatre séries de cobayes de même âge et de même sexe, ils ont déduit les résultats suivants : la destruction de l'albumine est augmentée par l'acide phosphorique et par les phosphates mono et trisodiques; elle augmente graduellement avec l'acidité de la molécule phosphorée. Le rapport azoturique indique une élaboration moins parfaite que chez les animaux témoins. Sous l'influence des composés précédents, les animaux diminuent de poids, cette diminution atteignant son maximum avec l'acide phosphorique. Il est remarquable que les rapports $\frac{P^2O^5}{Az}$ et $\frac{So^3}{Az}$ indiquent une épargne relative des albumines riches en soufre et en phosphore. Le coefficient d'oxydation du soufre est augmenté. La déminéralisation de l'organisme n'a pas été modifiée par l'acide phosphorique; les deux sels sodiques de cet acide la restreignent, au contraire, de façon marquée. Le volume d'urine éliminé est minimum avec le phosphate trisodique. En outre des modifications précédentes, ce sel détermine une hydratation plus marquée des tissus.

Les variations de virulence du liquide de la pleurésie séro-fibrineuse au cours des ponctions successives. Ses éléments d'appréciation. — L'étude bactériologique, chimique et histologique des liquides pleurétiques tuberculeux a conduit MM. Jousset et Cartier aux conclusions suivantes :

1° Ces liquides conservent au cours des ponctions successives nécessitées par les besoins de la clinique, une remarquable constance de leurs propriétés tuberculigènes. Ces propriétés ne se modifient qu'à la longue, généralement pour s'exalter, encore cette transformation exige-t-elle de longs mois;

2° Il n'existe aucune corrélation entre le nombre des bacilles tuberculeux contenus dans l'épanchement et la virulence de celui-ci, mais l'aspect des bacilles peut fournir quelques renseignements. Aux formes granuleuses correspondent des pleurésies virulentes; aux formes homogènes, des pleurésies relativement avirulentes;

3° De même des éléments cellulaires nombreux (globules rouges au-dessus de 600, et globules blancs au-dessus de 300, chiffres moyens) témoignent d'une faible activité de ces liquides vis-à-vis du cobaye;

4° Le dosage de la fibrine exécuté entre le quatrième et le huitième jour qui suivent la soustraction du liquide, permet de soupçonner cette virulence, laquelle est toujours inversement proportionnelle au poids du caillot, faible pour les liquides contenant au moins 0gr50 de fibrine sèche par litre, forte pour ceux dont la teneur en fibrine est inférieure à ce chiffre.

Ces lois, dont la rigueur n'est pas absolue, sont générales en ce sens qu'elles s'appliquent aussi bien aux pleurésies tuberculeuses secondaires, qu'à la pleuro-tuberculose primitive.

De l'exagération des variations quotidiennes du taux urinaire (anisurie) chez les hépatiques. — Sous le nom d'anisurie (de ἀ privatif et ἴσός égal), MM. Gilbert et Lippmann décrivent un symptôme particulier tiré de l'étude de la courbe quotidienne d'élimination urinaire chez les hépatiques. Tout en maintenant rigoureusement fixe la quantité des boissons ingérées par le malade, ces derniers présentent en effet dans l'évolution de leur affection des périodes marquées par des variations quotidiennes du taux urinaire extrêmement étendues, par une véritable ataxie de la diurèse, la quantité d'urine pouvant monter par exemple d'un jour à l'autre de 750 centimètres cubes à 3 lit. 500 et vice versa.

Suivant les malades, suivant les périodes d'observation, l'anisurie se montre d'intensité et de rythme variables. Tantôt l'on constate de grandes oscillations à fréquente répétition, l'oligurie d'un jour faisant place le lendemain à la polyurie et reparaissant le surlendemain; tantôt à une phase polyurique de deux ou trois jours succède brusquement une phase oligurique de même durée; tantôt enfin l'étendue de ces phases alternées augmente encore, si bien qu'à un taux maximum d'élimination de huit à dix jours fait suite un taux minimum de quelques jours également, le même cycle évolutif se reproduisant plusieurs fois.

Les auteurs ont relevé l'anisurie dans des cas de maladies de foie assez diverses : cirrhoses veineuses atrophiques, cirrhoses biliaires, cirrhoses veineuses hypertrophiques, ictères chroniques. Cette diversité dans les cas observés rend délicate l'interprétation du phénomène. Pour MM. Gilbert et Lippmann, ce dernier serait sous la dépendance du trouble mécanique apporté à la circulation portale par les altérations du parenchyme hépatique.

Autres communications :

Influence de la dilution des solutions d'adrénaline sur la disparition du glycogène dans le foie et dans le muscle. — Mme Gatin-Gruzewska.

Digestion des mannanes et des galactanes. — MM. Bierry et Giaja.

Sur les catalases. — M. Moscoso.

Innervation vaso-motrice du larynx. — M. Hédon.

Mécanique respiratoire des chéloniens. — M. Fr. Frank.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DE LA FACE

La finesse de la peau au niveau de la face, en même temps que l'exposition de cette région à l'action de tous les agents irritants extérieurs, en font un lieu de moindre résistance, et par suite un siège de prédilection de l'eczéma. Pour ces raisons, et en outre à cause de l'irrégularité de la surface, son traitement demande une attention particulière, il doit être conduit avec une méthode précise.

Étant le plus souvent sous la dépendance d'un trouble des fonctions digestives, d'une résorption par l'organisme des substances toxi-alimentaires, l'eczéma facial réclame d'abord l'établissement d'un régime. Celui-ci consiste d'une part dans la diminution de l'alimentation, pour éviter la fatigue gastrique, d'autre part dans la suppression des aliments soit gras et irritants, tels que les sauces et le vin, qui entraînent un mauvais fonctionnement de l'estomac, soit et surtout fermentescibles et producteurs de toxines, c'est-à-dire la charcuterie, le gibier, le poisson, le fromage.

On prescrit au contraire un régime lacto-végétarien qui, outre qu'il ne donne pas lieu à des fermentations dangereuses favorise les éliminations.

Le traitement local, qui est naturellement le plus important, varie suivant les différentes phases de l'affection.

A la première période, lorsque les accidents consistent en congestion, en rougeur de la peau, on fait usage de poudres inertes, amidon, lycopode, talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, terre fossile, soit seules, soit associées entre elles. Elles facilitent la respiration cutanée et abaissent la température locale; elles atténuent par suite les accidents et diminuent le prurit.

A une période plus avancée, lorsque des croûtes existent, on doit d'abord les faire tomber, pour pouvoir aseptiser les surfaces eczématiques. On peut employer à cet effet les pulvérisations, pratiquées avec de l'eau bouillie, de l'infusion de fleurs de sureau, de camomille, de la décoction de racine d'aunée, pendant 15 ou 20 minutes, et répétées deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

Le cataplasme de fécule de pommes de terre est aussi un moyen très pratique ; il doit être préparé avec soin, c'est-à-dire en évitant les grumeaux, et amené à une consistance moyenne, ni trop molle, ni trop ferme. On le recouvre ou non d'un tissu imperméable, et on le renouvelle toutes les deux ou trois heures.

Il faut bien veiller — et c'est un des inconvénients de son emploi — à limiter son application aux points malades, pour ne pas propager l'infection sur les parties saines.

Au cataplasme on substitue très avantageusement le ouataplasme. Pour le préparer, il suffit de le recouvrir d'eau ayant bouilli et de l'exprimer; on n'a plus alors qu'à l'appliquer et à le recouvrir d'un tissu imperméable. Grâce aux substances mucilagineuses qui entrent dans sa composition, il peut être laissé en place pendant douze heures, sans perdre de son humidité; or, il est important de ne pas irriter l'eczéma par des pansements trop fréquents. En outre, pouvant se découper de la grandeur voulue, il permet de limiter très exactement l'action aux surfaces malades, ne risquant pas de fuser sur les parties saines comme un cataplasme trop liquide.

Ajoutons que dans certains cas d'eczéma très étendu généralisé de la face le ouataplasme est applicable lorsqu'un cataplasme ne pourrait pas l'être. Il suffit en effet d'y pratiquer deux trous pour les yeux, un pour le nez et un pour la bouche, pour en faire un masque qui s'applique exactement sur le visage, en en épousant toutes les saillies et toutes les dépressions.

Les pansements demi-humides ou moites sont un autre procédé pour faire tomber les croûtes. On les prépare avec des compresses de mousseline ou de tarlatane pliée en plusieurs doubles, aseptisées et trempées dans de l'eau bouillie simple ou dans de l'eau boratée ou dans une infusion de fleurs de sureau ou de camomille.

Ces compresses exprimées pour être seulement moites, sont recouvertes d'un tissu imperméable, on renouvelle le pansement toutes les quatre ou six heures, ce qui est inutile avec le ouataplasme.

Quand, sous l'influence de ces traitements, les croûtes sont tombées, on a recours à l'application de topiques. Les premiers à employer sont les pâtes qui n'empêchent pas les éliminations cutanées, et qui agissent superficiellement. Ce sont au début des pâtes simples, comme la pâte de Lassar :

Vaseline	P. E.
Lanoline	
Oxyde de zinc	
Amidon	

Ou la pâte d'Unna :

Axonge benzoïnée	28 grammes.
Terre fossile	2 —
Oxyde de zinc	10

A une période plus avancée seulement, quand la lésion est moins aiguë, on peut incorporer à ces formules des substances actives.

C'est également à ce moment, et quand l'eczéma a tendance à devenir chronique, qu'il faut recourir aux pommades, qui le modifieront profondément. On emploie à cet effet des agents réducteurs, en associant par exemple à une pommade à l'oxyde de zinc à 20 p. 100, soit de l'acide salicylique (de 1 à 3 p. 100), soit de la résorcine (de 1 à 2 p. 100), soit même de l'acide pyrogallique (de 1 à 3 p. 100); on peut encore faire usage du glycérolé d'amidon à l'ichthyol (10 p. 90).

Dans les cas très rebelles, on a parfois recours à des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au titre de 1 à 10 p. 100.

H. LEGRAND.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE. — L'épidémie de suette miliaire, que l'on a signalée dans la Charente, s'étend de localité en localité.

La ville de Saint-Jean-d'Angély est contaminée, quelques cas viennent de s'y produire. Le maire et un conseiller général de cette sous-préfecture sont venus à Bordeaux réclamer le concours des internes des hôpitaux. Un certain nombre sont déjà partis, mais de nouveaux départs d'internes ne pouvant se produire sans désorganiser les services hospitaliers, l'Administration des hospices a décidé de faire appel au dévouement des externes; plusieurs se sont fait inscrire et sont prêts à partir.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Lucien Blache, ancien maire de Privas, conseiller d'arrondissement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 JUIN 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Auguste Broca et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Rieffel; — M. Legry, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Reclus, Tuffier et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 19 juin, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Rieffel; — (2e série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Morestin; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Poirier et Marion; — (2e série) : MM. Pozzi, Retterer et Hartmann; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Carnot; — M. Méry suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Demelin; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 20 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Reclus, Cunéo et Rieffel; — (2e série) : MM. Delens, Macaigne et Pierre Duval.

2e (1re série) : MM. Gautier, Roger et Branca; — (2e série) : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (1re partie) : MM. Sébileau, Legueu et Lepage; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Legry.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Desgrez et Richaud; — (2e série) : MM. Landouzy, Gley et Balthazard; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin) : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 21 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Cornil, Thiéry et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Rieffel et Guiart; — (3e série) : MM. Poirier, Launois et Morestin.

3e (1re partie, oral) : MM. Pozzi, Retterer et Demelin; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Méry; — (2e série) : MM. Hutinel, Gouget et Bezançon.

4e : MM. Robin, G. Ballet et Gley; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 22 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Segond, Cunéo et Rieffel.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Lepage et Branca; — (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Teissier et Marcel Labbé. — (2e série) : MM. Blanchard, Claude et Balthazard; — (3e série) : MM. Brissaud, Legry et Macaigne.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Richaud; — (2e série) : MM. Landouzy, Déjerine et Gley.

5e (1e partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Gosset; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 23 juin, à une heure. — 3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Vaquez; — (2e série) : MM. Gilbert, Guiart et Carnot; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Achard et Gouget; — (2e série) : MM. Hutinel, Méry et Jeanselme; — (3e série) : MM. Robin, G. Ballet et Bezançon; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Demelin; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 20 juin 1906, à une heure. — M. BEHUREL. Les fistules biliaires et leur traitement par l'entérostomie biliaire. (MM. Terrier, président; Segond, Mauclaire et Gosset.) — M. CHOLET. Néoplasmes latents du gros intestin, leur rôle dans les obstructions intestinales. (MM. Segond, président; Teissier, Mauclaire et Gosset.) — M. FILASSIER. L'uncinariose devant l'hygiène sociale. (MM. Blanchard, président; Brissaud, Gaucher et Claude.) — M. TAGUET. La gastro-succorrhée d'origine nerveuse. (MM. Brissaud, président; Blanchard, Gaucher et Claude.) — M. GORISSE. Guérison des nævi vasculaires par ulcération spontanée. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Brissaud et Claude.)

Jeudi 21 juin 1906, à une heure. — M. CIBRIE. Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Berger et Hartmann.) — M. DE LAIRE. Variations de la formule hématique sous l'action des ferments métalliques. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Berger et Hartmann.) — M. DRUAIS. De l'embolie pulmonaire dans l'appendicite. (MM. Berger, président; Debove, Dieulafoy et Hartmann.) — M. POITEVIN. De l'avenir des hystéro-traumatisés. (MM. Pouchet, président; Joffroy, Dupré et Jeanselme.) — M. LÉVY. Les délires de zoopathies internes. (MM. Joffroy, président; Pouchet, Dupré et Jeanselme.) — M. REY. Considérations sur l'hygiène du travail à domicile. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Langlois et Carnot.) — M. OUDIETTE. Critique des moyens galactogènes et en particulier de l'extrait de graines de cotonnier. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, Langlois et Carnot.)

Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie, par R. PROUST, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, avec 21 fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

NUCLÉO-FER GIRARD

ANÉMIE — PÂLES COULEURS — CHLOROSE

Les Pilules **Nucléo-Fer Girard** contiennent 10 centig. de **Nucléinate de Fer pur.**

4 à 6 Pilules par jour avant les repas — 22, Rue de Condé, PARIS

VIN GIRARD

DIPLÔMES D'HONNEUR — MEMBRE DU JURY

Médailles d'Or et d'Argent

de la CROIX de GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ de l'HUILE de FOIE de MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT

Un Verre à Madère de VIN GIRARD contient :

Iode bi-sublimé.......	0 gr. 075 milligr.
Tannin pur..........	0 gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux.	0 gr. 75 centigr.

Rue de Condé, 22, PARIS

ANÉMIE. FAIBLESSE GÉNÉRALE. MALADIE DE POITRINE. RACHITISME. RHUMATISME. AFFECTIONS CARDIAQUES.

VIN ECALLE

KOLA-COCA
1 Gr. 1 Gr.
par verre à madère.

Degré alcoolique très faible.

Facilite et Stimule la Digestion.

CONDITIONS SPÉCIALES POUR MM. LES MÉDECINS

Iodosol

Vasogène iodé 6 %.

Cadosol	(Vas. cadique 20 %.)
Créosotosol	(Vas. créosote 20 %.)
Galacosol	(Vas. gaïacolé 10 %.)
Iodoformosol	(Vas. iodoformé 3 %.)
Ichthyosol	(Vas. ichthyolé 10 %.)
Salicylosol	(Vas. salicylé 10 %.)

Vente en flacons de 1 fr. 60 et de 4 fr.

VASOGÈNE Hg. (Vasogène consistant hydrargyrique à 33 1/3 0/0 et à 50 0/0.
CAPSULES DE TROIS GRAMMES
La boîte de 10, 1 60 — La grande boîte 4 »

*N.-B. — Le Vasogène provoque l'**absorption rapide et profonde**, par la peau et les muqueuses, des médicaments qui y sont incorporés, **sans jamais occasionner d'irritation**.*

Lactagol

Spécifique Galactogène

produit en deux ou trois jours un accroissement remarquable de la sécrétion lactée et une augmentation notable des matières grasses et albuminoïdes du lait.

DOSE : *3 à 4 cuillerées à café par jour de préférence dans du lait*

La boîte pour un traitement de 12 à 15 jours

PRIX : 3 fr. 50

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Pour tous documents, littérature, échantillons

S'adresser à la Société Fédérale des Pharmaciens de France, 11, rue Payenne, PARIS

ÉLIXIR — DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

MALADIES DES FEMMES, MÉTRORRAGIES, MÉNORRAGIES, CHLORO-ANÉMIE, SPERMATORRHÉE

REMÈDE SOUVERAIN CONTRE L'INCONTINENCE D'URINE

En vente : PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, Paris et dans toutes pharmacies ; — *Gros* F. MANNET, Loudun (Vienne) ; — *Exportation* : ETABLISSEMENTS POULENC frères, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.

Sirop de Digitale de LABELONYE

TITRÉ

suivant sa teneur en DIGITALINE CRIST.

"Mode le plus sûr et le plus rationnel de l'emploi de la Digitale."

DOSE NORMALE : 3 cuillerées à bouche en 24 heures.

LABÉLONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,*** surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

KÉPHIR SALIÈRES

LAIT MOUSSEUX, *RICHE en LEVURES ACTIVES et FERMENTS DIGESTIFS SÉLECTIONNÉS*

Le SEUL d'une conservation de 4 à 5 semaines au moins par ses levures pures (Méthode DUCLAUX, Dr Institut Pasteur). Permet la suralimentation (*Tuberculose, Cancer*) ; obvie à l'intolérance de l'estomac (*Vomissement*) ; Supplée à son insuffisance (*Hypopepsie*) ; Combat les fermentations gastro-intestinales nocives (*Diarrhées, Entérites*).

Par jour : 1 à 3 flacons (*forme canette à bière*) peu et souvent.

USINE : LAITERIE SCIENTIFIQUE de PONTOISE

DÉPÔT : ADRIAN & Cie, Rue de la Perle, PARIS.

GOUTTE RHUMATISMES — PIPÉRAZINE MIDY — DISSOLVANT ACIDE URIQUE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgiens des hopitaux. — *Epreuve écrite.* — Péricarde. Plaies du cœur.

Questions restées dans l'urne : « Appareil ligamenteux de l'articulation du genou. Traitement des fractures de la rotule. » — « Vésicule biliaire et canal cystique. Diagnostic et traitement des ictères chroniques par rétention. »

Première séance de lecture. — MM. Schwartz, 28 ; Labey, 26; Alexandre, 24.

— Concours de l'Internat en pharmacie. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. 1. Lhote, Prié, Alliot, Linarix, Guillaumin, Crété, Hamel, Barbe, Sommelet, Saffar,

11. Drouilhet, de Saint-Stéban, Fleury, Navarre, Le Maître, Lecronier, Legoux, Bertheaume, Begneux, Rivière,

21. Rousselet (Alb.), Chédaille, Saint-Paul, Papet, Rebour, Detœuf, Guilmin, Lacroix, Martin (Aug.), Chanterelli,

31. Bonnet, Eschbach, Leconte, Fercocq, Lasne, Hurbain, Morel, Debas, Dubreuil, Bailly,

41. Marchal, Bonnalous, Voille, Leluc, Coudert, Paris, Montlaur, Brossard, Tixier, Bonvoisin,

51. Dauchy, Bondois, Guilley, Jouanne, Pagenel, Deffins, Allamagny, Coulon, Giraud, Tiger,

61. Linet.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — A la suite du concours qui vient de se tenir, M. René Tesson, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien des hôpitaux d'Angers.

NOMINATION. — M. Villejean, professeur agrégé de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Paris, chimiste-expert près le Tribunal de la Seine, membre du Comité consultatif d'hygiène de France, a été nommé essayeur des matières et ouvrages d'or et d'argent au bureau de la Garantie de Paris, en remplacement de M. L'Hote, décédé.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Mutations. — MM. les médecins principaux de première classe Reverchon, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon ; — Bruant, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nice.

MM. les médecins-majors de première classe Labroue, passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Etienne; — Lebon, à l'hôpital militaire de Marseille; — Courtois, au 3e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barbière, passe au 163e d'infanterie ; — Coste, au 53e d'infanterie ; — Parant, au 1er spahis ; — Lesterlin, au 1er dragons ; — Pignet, aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Brice, maintenu au 51e d'infanterie ; — Langlois passe au 13e hussards ; — Cassan, au 88e d'infanterie ; — Paul, au 162e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Ser, passe au 118e d'infanterie ; — Dargein, au 2e zouaves.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cazeneuve, passe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Rémy, aux hôpitaux de la division de Constantine.

ÉCOLE DE LYON. — Les candidats à l'École du service de santé militaire sont informés que, par décision du 7 juin 1906, le ministre de la Guerre a fixé à cinquante le nombre des élèves à admettre à ladite école, à la suite du concours de 1906, sous la réserve que ceux qui n'auront pas accompli l'année de service prescrite par la loi du 25 mars 1905 passeront un an dans un corps de troupe avant leur entrée à ladite école.

Les élèves démissionnaires seront remplacés avant l'ouverture des cours par d'autres élèves pris dans l'ordre de la liste de classement du concours.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 801.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archiv. für Kinderheilkunde. — (Vol. XLIII, cahiers 1-4.) SCHLOSSMANN : Soins à donner aux nourrissons, avec considérations particulières sur la nouvelle crèche de Dresde. — KOHL : Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis pulmonaire. — SCHLOSSMANN : Développement de la tuberculose dans le premier âge (origine entérogène). — BINSWANGER : Fréquence de la tuberculose dans les premières années de la vie. Valeur probante des injections de tuberculine chez les enfants. — ENGEL : Contribution à l'étude de l'urticaire pigmentée. — KOHL : Contribution à l'étude de la maladie de Barlow. — ENGEL : Technique pour déterminer la quantité de substances grasses que contient le lait de femme. Aliments gras et laits gras (compte-rendus du XXVIIe Congrès des naturalistes et médecins allemands). — EICHELBERG : Graisses du colostrum humain. — ENGEL : Origine des graisses du lait et du colostrum; influences agissant sur la sécrétion lactée. — MÖLLHAUSEN : Contribution à l'étude de la mortalité chez les nourrissons, et son influence sur la résistance des survivants. — M. PLANT : Un cas de carcinome primitif du foie chez un tout jeune enfant.

Presse médicale. — (N° 38, 12 mai 1906.) DESFOSSES : Etude sur la scoliose dorsale. — J. SABRAZÈS, J. BONNES et PARSAT : Macroglossite œdémateuse aiguë. — (N° 39, 16 mai.) TUFFIER, MAUTÉ et AUBURTIN : La mort tardive par le chloroforme. — HARTENBERG : Quand doit-on prescrire les bromures aux névropathes? — (N° 40, 19 mai.) RAYMOND et Georges GUILLAIN : L'amyotrophie à type lombo-pelvi-fémoral. — PATER : Action du régime achloruré sur les variations de poids au cours de la scarlatine. — (N° 41, 23 mai.) ROGER et GARNIER : L'occlusion intestinale. Pathogénie et physiologie pathologique. — (N° 42, 26 mai.) JEANNIN : Le synctium : Son rôle physiologique et pathologique. — CALMETTE, GUÉRIN et DELÉARDE : Origine intestinale des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses. — DESFOSSES : Protection méthodique contre le paludisme.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1906.) P. RECLUS et A. MAGITOT : Sur 2 cas d'angiomes primitifs des muscles striés (4 fig.). — G. ALEXANDRE : Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire (avec 1 fig.). — P. BERGER : Les hernies et les accidents du travail (*fin*). — E. JEANBRAU et V. RICHE : L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Hernies internes à travers l'hiatus de Winslow (12 fig.) [*fin*]. — E. LOISON : Les abcès du foie d'origine coloniale.

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1906.) Maurice LOEPER : Le syndrome asystolique dans la tuberculose (avec fig.). — René LAUFER : Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur la ration alimentaire des tuberculeux. L'alimentation rationnelle des tuberculeux (*fin*). — F.-X. GOURAUD : De la tuberculose de l'estomac.

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1906.) A. MARIE : La légende de l'immunité des Arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale. — BÉRIEL : A propos des perforations du septum interauriculaire (2 fig.). — Ch. FÉRÉ : Note sur l'épilepsie massive. — CATHOIRE : De l'existence de la fièvre méditerranéenne en Tunisie dans les races française et arabe. — ROQUE et ROYET : Vertige par lésion du rhino-pharynx. — G. TOLOT et F. SARVONAT : Ostéomalaire et goitre exophtalmique.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 8, 30 avril 1906.) BOUVIER : La faune pélagique des invertébrés. La mer des Sargasses et sa faune. — CUREAU : Essai sur la psychologie de l'Européen aux pays chauds. — LAMBLING : Revue annuelle de chimie physiologique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 18, 5 mai 1906.) A. CASTEX : La laryngotomie sans canule. — E.-J. MOURE : Des formes cliniques des sinusites maxillaires. — (N° 19, 12 mai.) Georges MAHU : Des accidents consécutifs à la non-extraction de l'enclume au cours de l'ablation des osselets. — JOAL : Spasmes œsophagiens d'origine nasale. — (N° 20, 19 mai.) CASTANEDA : Actinomycose primitive du cou avec propagation rapide trachéo-bronchique. — MOURET et TOUBERT : Traitement des déviations de la cloison des fosses nasales.

Revue médicale de l'Est. — (N° 9, 1er mai 1906.) S. RÉMY. A propos des mento-iliaques postérieures. — G. ETIENNE : Fièvre paratyphoïde à bacilles de Gærtner.

Revue neurologique. — (N° 8, 30 avril 1906.) DÉJERINE : La claudication intermittente de la moelle. — RAYMOND et FRANÇOIS : Syringomyélie spasmodique avec attitude particulière des membres supérieurs (4 fig.). — (N° 9, 15 mai.) Italo ROSSI et G. ROUSSY : Un cas de sclérose latérale amyotrophique avec dégénération de la voie pyramidale suivie au marchi de la moelle jusqu'au cortex. — ALQUIER : Volumineux tubercule caséifié de la calotte protubérantielle. Etude anatomo-clinique.

Revue scientifique. — (N° 19, 12 mai 1906.) Michel LÉVY : Le volcanisme. — LE DOUBLE : L'évolution des os de la face (*fin*). — Adrien LOIR : Alimentation des indigènes. — *Enquête* : La réforme des études médicales. — (N° 20, 19 mai.) Emanuele PATERNO : Le rôle de la chimie dans la civilisation. — A. BERTHIER : Transformation de l'énergie électrique en énergie calorifique. — H. PIERON : Les tremblements de terre.

Riforma medica. — (N° 16, 21 avril 1906.) Michele LANDOLFI : Infantilisme avec gastro-succorrhée de Reichmann et accès de tétanie. — A. B. GIANASSO : L'action de la chloronarcose sur le sang. — Stefano PULVIRENTI : Une nouvelle méthode de traitement de la pneumonie croupale. — (N° 17, 28 avril.) Umberto GABBI : L'étiologie et le diagnostic de l'abcès hépatique. — Egisto MAGNI : Existence d'un ganglion lymphatique le long du trajet du canal inguinal chez un herniaire. — Gaspare ALAGNA : Kystes par échinocoques dans le foie et le rein. — (N° 18, 5 mai.) J. TANSINI : Le cancer de l'estomac au point de vue chirurgical. — Alfonso CALABRESE : Sur le mécanisme d'action du carbominate de métolylhydrazide (marétine). — Prof. Roberto MASSALONGO : L'embolie de l'artère pulmonaire dans la fièvre typhoïde.

Semaine gynécologique. — (N° 19, 8 mai 1906.) PICHEVIN : De la tuberculose d'origne génitale. — (N° 20, 15 mai.) PICHEVIN : Inflammation des ligaments larges. — (N° 21, 22 mai.) PICHEVIN : De l'évidement abdomino-pelvien dans le cancer utérin.

Semaine médicale. — (N° 19, 9 mai 1906.) LEJARS : Typhlite et pérityphlite. — (N° 20, 16 mai.) L. BARD : Du bruit de galop de l'hypertrophie du cœur gauche ; son mécanisme et sa signification clinique. — (N° 21, 23 mai.) — Pierre MARIE : Revision de la question de l'aphasie : la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 9, 15 mai 1906.) COLLINET : Considérations sur le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde.

ADÉNOME DES CAPSULES SURRÉNALES

ET HYPERTENSION DANS L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Par les docteurs G. FROIN et L. RIVET
Anciens internes des hôpitaux de Paris.

Il est classique de considérer l'hémorragie cérébrale comme une manière de mourir fréquente des artério-scléreux, surtout quand ils sont atteints de néphrite interstitielle avec gros cœur et hypertension artérielle. Et l'on a particulièrement insisté sur l'influence de causes occasionnelles d'hypertension locale ou générale, venant, chez ces malades, provoquer au niveau des centres nerveux la rupture d'une artériole athéromateuse ou anévrismatique. Or, les travaux de M. Vaquez (1), les recherches de MM. Aubertin et Ambard (2) ont récemment montré une coïncidence très remarquable entre les lésions des capsules surrénales et l'hypertension des néphrites. M. Vaquez, étudiant la valeur séméiologique de l'hypertension, envisage la mort subite par hémorragie cérébrale occasionnée par une haute tension vasculaire. Ayant pu, dans ces derniers mois, observer dans le service de notre maître, M. le docteur Chauffard, un certain nombre de cas d'hémorragie cérébrale, nous avons systématiquement étudié ces malades, au point de vue de la fréquence de l'hypertension et des lésions adénomateuses des capsules surrénales.

Voici d'abord le résumé très succinct de nos observations :

Observation I. — L..., cinquante-huit ans, apportée dans le coma, le 20 novembre 1905, le lendemain de son ictus. Tension artérielle, 20. Signe de Babinski bilatéral. Mort le 21.

Deux ponctions lombaires :

Le 20 novembre : 192500 globules rouges par millimètre cube; 6250 globules blancs. Pas de macrophages. Liquide légèrement jaune.

Le 21 novembre : 20433 globules rouges; 2100 globules blancs. Quelques macrophages. Liquide plus jaune que la veille.

Autopsie. — Gros foyer d'hémorragie dans l'hémisphère droit, détruisant la couche optique et la capsule interne; inondation ventriculaire. Athérome cérébral et aortique. Reins un peu scléreux. Les capsules surrénales pèsent ensemble 10 grammes. La gauche présente un noyau adénomateux, gros comme un pois; histologiquement, adénome surrénal graisseux typique.

Obs. II. — D..., soixante-huit ans, entrée le 13 novembre 1905, morte le 17.

Demi-coma. Contracture à droite avec signe de Babinski. Coma progressif, jusqu'à la mort en hyperthermie : 40°8.

Tension artérielle : 24; cette hypertension a persisté jusqu'à la mort.

Quatre ponctions lombaires :

1° Le 13 novembre : 316000 globules rouges par millimètre cubes, 800 globules blancs. Pas de macrophages. Liquide légèrement jaune;

2° Le 14 novembre : 28333 globules rouges, 166 globules blancs. Pas de macrophages. Liquide légèrement jaune;

3° Le 15 novembre : 266000 globules rouges, 12000 globules blancs. Quelques macrophages. Liquide plus jaune;

4° Le 16 novembre : 213 globules rouges, 33 globules blancs. Macrophages assez nombreux. Liquide jaune.

Autopsie. — Énorme hémorragie détruisant une grande partie de la couche optique gauche et de la couronne rayonnante. Athérome cérébral et aortique. Reins d'apparence normale. Capsule surrénale droite normale. La capsule surrénale gauche pèse 10 grammes, et présente sur son bord convexe un adénome gros comme une fève, nettement saillant et presque énucléable.

Obs. III. — L..., soixante-sept ans, entrée le 14 décembre, au deuxième jour de la maladie, dans le coma. Hémiplégie droite, contractures, signe de Babinski à droite.

La tension artérielle, le 15 décembre est de 22 à droite, 25 à gauche. Le 18 décembre, elle est de 19 à droite, 22 à gauche.

Mort le 20, sept jours après l'ictus.

Trois ponctions lombaires :

1° Le 15 décembre : 25000 globules rouges. Liquide jaune;

2° Le 16 décembre : 14366 globules rouges, 160 globules blancs. Quelques macrophages. Liquide plus jaune, avec réaction de Gmelin;

3° Le 19 décembre : 26 globules rouges, 14 globules blancs. Liquide moins jaune.

Autopsie. — Gros foyer hémorragique de l'hémisphère gauche dans les noyaux centraux. Athérome cérébral. Néphrite interstitielle confirmée histologiquement. Les capsules surrénales pèsent ensemble 13 grammes; l'une présente macroscopiquement un petit noyau adénomateux; histologiquement, hyperplasie nodulaire.

Obs. IV. — Lef..., cinquante-six ans, entrée le 8 février 1906, morte le 10 février.

Malade entrée dans le coma, vingt-quatre heures après l'ictus. Hémiplégie gauche avec contracture et signe de Babinski.

Pouls irrégulier; tension : 16.

Coma persistant. Mort le quatrième jour en hyperthermie, 41 degrés.

Trois ponctions lombaires :

1° Le 8 février : 200000 globules rouges par millimètre cube, 500 globules blancs. Pas de macrophages;

2° Le 9 février : 45300 globules rouges, 125 globules blancs. Pas de macrophages;

3° Le 10 février : 79900 globules rouges, 225 globules blancs. Quelques macrophages.

Le liquide qui surnage après centrifugation est limpide lors de la première ponction; il n'est que très peu teinté en jaune à la troisième; il y a donc fort peu d'hémolyse.

Autopsie. — Petite hémorragie de la couche optique droite; athérome cérébral et aortique; les reins pèsent ensemble 240 grammes, néphrite interstitielle vérifiée histologiquement Hypertrophie cardiaque modérée. Les capsules surrénales pèsent ensemble 12 grammes; aspect macroscopique normal. A l'examen histologique on constate quelques formations adénomateuses nodulaires de la couche corticale.

(1) Vaquez. Soc. méd. des hôpit., fév. 1904. — « L'hypertension, » rapport au Congrès français de médecine, Paris 1904.

(2) Aubertin et Ambard. Lésions des capsules surrénales dans les néphrites avec hypertension. Soc. méd. des hôpit., 19 fév. 1904.

Obs. V. — Web..., cinquante-quatre ans, journalier, entré le 28 janvier 1906, mort le 1er février.

Apporté dans le coma sans renseignements. Hémiplégie gauche, avec signe de Babinski.

Tension artérielle, varie entre 15 et 17 jusqu'à la mort, qui survient sans hyperthermie le 1er février, quatre jours après l'ictus.

Quatre ponctions lombaires :

1° Le 28 janvier : 400 000 globules rouges; liquide légèrement jaune; urée, 0,50 par litre;

2° Le 29 janvier : 356 600 globules rouges, 100 leucocytes. Liquide un peu plus jaune que la veille, urée, 0,60;

3° Le 31 janvier : 436 000 globules rouges, 300 leucocytes. Pas de macrophages. Liquide assez fortement jaune, urée, 1gr27;

4° Le 1er février : 1 696 600 globules rouges, 900 globules blancs, quelques macrophages par millimètre cube. Liquide rose avec raies d'oxyhémoglobine, urée, 2g 54 par litre.

Autopsie. — Hémorragie cérébrale détruisant la moitié inférieure de la couche optique droite, avec inondation ventriculaire. Athérome cérébral très marqué. Athérome aortique surtout thoracique et abdominal. Reins congestionnés. Les deux capsules surrénales pèsent : 15 grammes; l'une présente une saillie adénomateuse de la dimension d'un pois.

Obs. VI. — K..., cinquante-sept ans, entré le 20 mars 1906, immédiatement après l'apparition d'une hémiplégie. Pas d'ictus. Hémiplégie gauche. Mort le cinquième jour en hyperthermie, 40°5.

La tension artérielle a oscillé entre 17 et 18.

Ponction lombaire le 2 avril : liquide hypertendu, également sanglant dans les trois tubes; après centrifugation, culot égal dans les trois tubes, liquide légèrement jaune.

Autopsie. — Foyer d'hémorragie cérébrale de grosseur moyenne, siégeant au niveau de la capsule externe de l'hémisphère droit, refoulant les couches optiques. Athérome cérébral et aortique. Cœur peu hypertrophié. Les reins pèsent ensemble 220 grammes. Les capsules ensemble pèsent 11 grammes. Elles présentent de très beaux noyaux adénomateux, dont deux ont le volume d'un pois.

Obs. VII. — G..., soixante-quatre ans, entrée le 23 janvier 1906, morte le 25 janvier.

Apportée dans le coma, sans renseignements, le lendemain de son ictus. Flaccidité générale, avec contracture intermittente et trismus.

Tension artérielle : 17.

Mort le 25 en hyperthermie, 40°3.

Deux ponctions lombaires :

1° Le 23 janvier : 220 000 globules rouges, 500 globules blancs. Pas de macrophages;

2° Le 24 janvier : 54 000 globules rouges, 100 globules blancs. Pas de macrophages.

Aux deux ponctions, le liquide est légèrement jaune.

Autopsie. — Hémorragie méningée surtout au niveau de la base et diffusant dans les deux scissures de sylvius. Athérome cérébral. Cœur normal. Les reins présentent des lésions de néphrite atrophique avancée. Les capsules surrénales pèsent ensemble 10g 50; aspect macroscopique normal; histologiquement on n'a pas constaté de formations adénomateuses nettes.

Obs. VIII. — Hémorragie méningée. R..., soixante-quatre ans, entrée le 23 avril 1906, salle Delpeuch, n° 14.

Cette malade a eu un mois auparavant un étourdissement avec chute sans paralysie.

Le 23 avril, grand ictus; la malade est apportée dans le coma, dont elle sort quelques heures après. On constate alors une hémiparésie gauche très nette, qui dès le lendemain a presque totalement disparu. La température qui était tombée à 36 degrés pendant l'ictus, remonte à la normale et s'y maintient. La malade évolue vers la guérison complète.

Tension artérielle : oscille entre 22 et 24.

Deux ponctions lombaires :

1° Le 24 avril : 80 000 globules rouges. Liquide incolore après centrifugation. Pas de macrophages;

2° Le 26 avril : 30 000 globules rouges, 16 globules blancs. Pas de macrophages. Liquide légèrement jaune.

Obs. IX. — L..., cinquante-quatre ans, entré le 14 février 1906, quatre jours après son ictus. Torpeur cérébrale et céphalée persistantes, légère parésie à gauche; signe de Babinski à gauche. La céphalée s'atténue progressivement, mais la torpeur cérébrale persiste plus d'un mois. Le malade sort guéri le 8 avril. La tension artérielle s'est maintenue entre 22 et 23 pendant tout le séjour du malade à l'hôpital.

Quatre ponctions lombaires :

1° Le 15 février : 9 600 globules rouges, 252 globules blancs. Quelques macrophages. Liquide légèrement jaune;

2° Le 17 février : 2 200 globules rouges, 66 globules blancs. Quelques macrophages. Liquide jaune;

3° Le 22 février : 5 globules rouges, 11 globules blancs. Quelques macrophages. Liquide légèrement jaune;

4° Le 5 mars : Quelques débris de globules rouges, 8 globules blancs. Liquide très légèrement jaune.

Obs. X. — J..., soixante-deux ans, entrée le 16 janvier 1906. Hémiplégie droite avec aphasie datant de la veille.

Tension artérielle : 25.

Hémiplégie persistante actuellement; la tension artérielle est, le 25 avril, de 18.

Ponction lombaire : 13 761 globules rouges, 26 globules blancs. Pas de macrophages. Liquide limpide.

Si nous voulons nous résumer, notant dans tous nos cas, d'une part la tension artérielle, d'autre part l'état des capsules surrénales, et enfin, l'importance du foyer hémorragique, nous pouvons établir le tableau suivant :

	Tension.	Etat des capsules.	Volume du foyer hémorragique.
Obs. I.....	20	Adénome.	Important.
Obs. II....	24	Adénome.	Très important.
Obs. III...	22 à 25	Adénome.	Important.
Obs. IV...	16	Hyperplasie nodulaire.	Minime.
Obs. V....	16 à 17	Adénome.	Moyen.
Obs. VI...	17 à 18	Adénome.	Moyen.
Obs. VII...	17	Normales.	Moyen.
Obs. VIII..	22 à 24		
Obs. IX...	22 à 23		
Obs. X....	25		

On voit donc par ce tableau que, sur 7 cas mortels, l'autopsie a montré six fois des modifications des capsules surrénales allant de la simple hyperplasie nodulaire histologique à l'adénome le plus typique. Ces malades n'ont pu être examinés que dans un état comateux, et certains même quelques heures

seulement avant la mort; néanmoins 3 d'entre eux présentaient une hypertension manifeste : chez l'apoplectique de l'Observation II, l'hypertension persista jusqu'à la mort, alors que le malade était dans l'algidité complète avec insensibilité cornéenne. Dans le seul cas où nous ayons trouvé les capsules surrénales normales, il n'y avait pas d'hypertension. Les trois malades ayant survécu à l'ictus étaient des artério-scléreux avec hypertension persistante.

En somme, la série des malades que nous avons observés montre que l'adénome des surrénales est très fréquent chez les individus mourant d'hémorragie des centres nerveux. Et si nous n'avons noté l'hypertension que 3 fois sur 6, chez des malades atteints d'adénomes, il faut bien mettre en évidence qu'ils n'ont été suivis que fort peu de temps, observés dans l'état comateux, parfois même quelques heures seulement avant la mort. Dans de telles conditions, n'est-il pas logique de supposer qu'un phénomène physiologique comme la tension vasculaire ait pu fléchir aux approches de la mort? D'ailleurs M. Vaquez a bien distingué l'hypertension transitoire et l'hypertension permanente, mais montré que ces deux modalités du processus pouvaient engendrer des phénomènes identiques et aboutir aux mêmes désordres anatomiques.

Si maintenant nous envisageons l'importance du foyer hémorragique, nous relevons, dans les 3 premiers cas, correspondant à un état adénomateux des capsules surrénales et à une hypertension permanente, de gros foyers hémorragiques à l'intérieur de la substance nerveuse. Dans les 4 autres cas, les foyers hémorragiques étaient de moyenne ou même de faible importance. Il ne faudrait cependant pas croire que la constatation clinique de l'hypertension permet de conclure à l'existence d'une grosse destruction cérébrale résultant du raptus hémorragique; il faut plutôt tenir compte de l'absence ou de la présence des grands phénomènes de destruction ou de compression : hémiplégie, coma prolongé, etc. Et c'est ainsi que nos trois derniers malades guérirent : ils présentaient cependant une notable hypertension, mais chez deux d'entre eux, il s'agissait d'hémorragie méningée pure, bien attestée par la disparition rapide des phénomènes de localisation. La gravité et l'importance de l'hémorragie paraissent liées plutôt au siège central ou périphérique de la rupture vasculaire qu'à l'influence de la haute tension artérielle.

Il semble donc que dans le complexus pathogénique de l'hémorragie des centres nerveux, il faille, à côté de la lésion artérielle, à côté de la lésion rénale, faire jouer un rôle de première importance aux phénomènes d'hyperépinéphrie, dont l'influence prime vraisemblablement de beaucoup le rôle des facteurs d'hypertension passagère incriminés par les classiques. Enfin, étant donné l'importance des foyers hémorragiques que nous avons constatés chez des malades ayant présenté jusqu'à la mort une hypertension notable, on peut se demander si parfois, dans ces cas, après la rupture vasculaire, l'hypertension ne peut pas secondairement accroître l'épanchement sanguin, et si dès lors il n'y aurait pas lieu, dans les instants qui suivent l'ictus, d'instituer sans retard une médication hypotensive à action énergique et rapide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JUIN 1906)

Sur l'excrétion des purines (xantho-uriques) et de l'acide urique endogènes, par M. Pierre FAUVEL. — La quantité de purines et d'acique urique endogènes est constante pour un même sujet suivant un régime alimentaire *exempt de purines*, qu'il soit d'ailleurs lacté, lacto-végétal ou strictement végétal. Cette quantité paraît aussi varier fort peu d'un individu à l'autre. Elle est en moyenne, par vingt-quatre heures, de 0g400 à 0g500 pour les xantho-uriques et de 0g280 à 0g350 pour l'acide urique. Ces chiffres sont indépendants de la quantité d'albumine ingérée et de l'urée excrétée. Il n'y a donc pas de rapport constant entre l'acide urique et les xantho-uriques et l'urée, pas plus qu'entre l'azote de l'urée et l'azote total. Si dans la pratique courante ces rapports paraissent constants, c'est parce que la plupart de nos aliments ordinaires riches en azote sont aussi riches en purines.

Sur la tuberculose pulmonaire du tigre et la néoformation d'un épithélium pavimenteux stratifié aux dépens de l'épithélium des terminaisons bronchiques, par M. P. ACHALME. — Les processus de défense de l'organisme contre la tuberculose sont toujours d'un grand intérêt à la fois théorique et pratique. Les grands félins ne sont pas à l'abri de l'infection bacillaire, mais, dans certains cas, cette dernière semble très localisée et a peu de tendance à se généraliser comme à l'ordinaire, par l'envahissement du système lymphatique. La particularité histologique que M. Achalme a observée à l'autopsie d'un tigre royal mort après dix mois de captivité à la ménagerie du Muséum, peut expliquer cette immunité relative.

Dans ce cas, il a pu observer une réaction épithéliale qui ayant eu pour résultat la transformation de l'épithélium bronchique en épithélium pavimenteux stratifié, a isolé pour ainsi dire le bacille tuberculeux et l'a constamment maintenu à l'extérieur de l'organisme. Il en est résulté l'intégrité absolue du système lymphatique pulmonaire et l'absence de réaction pleurale, de lésions caséeuses et de généralisation. Il s'agit donc là d'un processus de défense qui, pour être rare, n'en était pas moins important à signaler.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1906)

Appendicite et typhlo-colite muco-membraneuse. — La discussion se poursuit sur cette question soulevée par M. Dieulafoy. M. LE DENTU, tout en reconnaissant qu'il a pu se commettre des erreurs de diagnostic et qu'on a dû opérer un certain nombre de malades qui n'avaient pas d'appendicite, se joint à ses collègues Reclus et Richelot pour critiquer certaines parties du discours de M. Dieulafoy et discuter à son tour la question du rapport de la typhlo-colite muco-mem-

braneuse avec l'appendicite. Voici d'ailleurs les conclusions de l'intéressante communication de M. Le Dentu :

1° L'erreur dénoncée par M. Dieulafoy a dû être réellement commise un certain nombre de fois, mais j'ai peine à croire qu'elle l'ait été aussi souvent qu'il le pense;

2° Les faits sur lesquels s'appuie notre collègue manquent de rigueur. Les dires de malades non guéris de leur typhlo-colite muco-membraneuse et de médecins de certaines stations hydrominérales, sans doute insuffisamment renseignés sur les antécédents de leurs clients, ne sauraient prouver qu'aucun des opérés n'avaient eu d'appendicite. On pourrait tout aussi bien dire que, débarrassés de leur appendicite, ils ont simplement continué à avoir de la colite muco-membraneuse;

3° S'il est exact que cette maladie ne semble pas constituer une prédisposition marquée à l'appendicite, la coexistence et peut-être la corrélation de l'une et l'autre apparaissent comme moins exceptionnelles que ne le dit notre collègue. Cette remarque s'applique encore plus aux formes chroniques de l'appendicite, qu'il semble négliger dans ses considérations, qu'aux formes aiguës;

4° Des cas personnels, joints à ceux mentionnés par certains de mes collègues, me permettent de croire à l'heureuse influence des appendicectomies sur la typhlo-colite muco-membraneuse, mais il se peut que ce soit dans un nombre restreint de cas.

Les opérés qui bénéficient de l'intervention constituent le groupe des balafrés satisfaits, de ceux qu'on ne voit ni à Plombières ni à Châtelguyon, qui bénissent leur balafre et la préfèrent à la douloureuse fabrication des paquets de ficelle, des peaux et du sable intestinal.

Trop fréquemment cette influence est nulle ou seulement temporaire;

5° L'examen superficiel et macroscopique d'un appendice ne suffit pas pour qu'on puisse affirmer qu'il n'a pas été atteint de lésions sérieuses quelque temps avant l'opération et qu'il n'en présente plus au moment de cette dernière. L'examen microscopique et bactériologique est nécessaire pour trancher la question;

6° De petites lésions justifient encore l'intervention, dans les cas aigus ou chroniques, lorsque la répétition des crises ou la persistance des symptômes fâcheux ou périlleux a inspiré des craintes pour l'avenir, et que le diagnostic n'a pu prêter au doute;

7° Il ne faut pas oublier qu'on n'a jamais sous les yeux l'appendice entier après son extirpation. Une partie échappe toujours à l'examen, c'est là le point d'implantation de cet organe sur le cæcum. L'insuffisance et la rétraction de la valvule de Gerlach, suivie de rétrécissement de l'orifice appendiculo-cæcal feraient comprendre bien des particularités cliniques ou anatomiques, mal expliquées, si l'on pouvait toujours se rendre compte de l'état de cet orifice et de la valvule; mais la technique courante prescrit de laisser en place un court moignon de l'appendice. On ne sait donc jamais quelles lésions existent à sa base;

8° Si, avec de l'attention, on parvient à diagnostiquer la typhlo-colite de l'appendicite aiguë et chronique, il est des cas où ce diagnostic est fort difficile. Lorsque la fixité des symptômes locaux permet un demi-diagnostic et que la santé des malades semble de plus en plus compromise, l'incision exploratrice est aussi légitime que s'il s'agissait de tel autre cas de chirurgie abdominale.

9° Si les symptômes sont assez nets pour qu'on puisse diagnostiquer une appendicite aiguë ou chronique, compliquant une typhlo-colite muco-membraneuse, il faut intervenir, non dans le but de guérir la typhlo-colite par l'appendicectomie, résultat trop aléatoire, mais pour parer aux inconvénients et aux dangers de l'appendicite abandonnée à elle-même.

Avec M. Reynier nous retrouvons en partie, les mêmes arguments. Tout d'abord, il se déclare très heureux de voir M. Dieulafoy qui a poussé tant d'appendices sous le couteau, venir à son tour les protéger et chercher à en sauver quelques-uns des mains du chirurgien. Il y a déjà longtemps que M. Reynier soutient ce même combat contre M. Dieulafoy lui-même. On a beaucoup abusé, dit M. Reynier, de l'importance du point de Mac-Burney. Mais ce point se rencontre dans certaines salpingites, dans des cas de calculs urétéraux, dans la tuberculose iléo-cæcale, dans la typhlite, dans la pleuro-pneumonie de l'enfance, comme l'a montré M. Robin. Aujourd'hui, M. Dieulafoy nous signale l'existence du point de Mac-Burney dans la typhlo-colite muco-membraneuse. M. Lancereaux l'a également constaté dans l'hystérie, chez les alcooliques. En présence du point de Mac-Burney, il y a donc présomption mais non certitude d'appendicite et le chirurgien, ainsi que le médecin, doivent, dans ces cas penser non seulement à l'appendice, mais aussi à l'ovaire ou à l'utérus chez la femme, aux calculs urétéraux, à la pleuro-pneumonie, etc.

M. Reynier s'associe à ses collègues Reclus et Richelot, pour s'élever contre cette opinion de M. Dieulafoy que la présence de l'entéro-colite muco-membraneuse tendait à exclure toute idée d'appendicite. C'est là, pour M. Reynier, une grande erreur de M. Dieulafoy. On ne saurait nier, en effet, la réalité d'entéro-colites muco-membraneuses d'origine appendiculaire. M. Reynier pourrait citer trois observations de malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, chez lesquels il a enlevé l'appendice à froid, après des crises très nettes d'appendicite et qui ont été guéris, non seulement de leur appendicite, mais aussi de leur entéro-colite muco-membraneuse.

M. Reynier, rappelant ici les idées souvent défendues par M. Robin, dit combien souvent l'histoire de l'entéro-colite muco-membraneuse, par suite d'un certain réflexe, vient compliquer une métrite, une salpingite, une tuberculose intestinale. Cette action réflexe peut tout aussi bien s'exercer sur l'appendice que sur l'intestin. M. Reynier reconnaît que des malades opérés d'appendicite ont pu continuer à souffrir du ventre, même en dehors de l'entéro-colite muco-membraneuse persistante. Eh bien! dans ces cas, une seconde intervention permet de reconnaître l'existence d'adhérences qu'il suffit de libérer pour faire cesser toutes les douleurs... si l'on considère toute une série de malades nerveux chez lesquels persistent des algies de toutes sortes après l'ablation de l'appendice ou de tout autre organe que l'on supposait être la cause des douleurs!

En terminant, M. Reynier tient à répondre à une accusation que M. Dieulafoy a portée contre les chirurgiens d'enlever trop aisément des appendices sains. M. Cornil a, d'ailleurs, déjà répondu à cette accusation; M. Le Dentu vient, à son tour, d'y répondre. Quand on opère à froid, comme le préconise M. Reynier, il y a certes bien des chances pour qu'on trouve un appendice bien peu malade, puisqu'on attend qu'il ne le soit plus pour l'enlever. Mais l'appendicite folliculaire constatée si souvent par le microscope, dans ces cas, est sujette à récidive. D'autre part, dans bien des cas d'opération

à froid, on trouve l'appendice bien plus malade qu'on ne croyait. C'est en raison de ces incertitudes que nous sommes obligés d'opérer dans la crainte, pour un appendice sain que nous enlèverons sans utilité absolue, d'en laisser beaucoup d'autres qu'il serait terriblement dangereux de conserver. Il n'est pas juste, dit en terminant M. Reynier, de condamner des opérations que nous pratiquons de toute conscience.

M. Richelot apporte au débat une intéressante allocution, il rappelle que le point dangereux de la doctrine de M. Dieulafoy, c'est l'antoganisme qu'il cherche à établir entre l'appendicite et la colite muco-membraneuse. Il va beaucoup trop loin quand il écrit cette phrase : « Si on observe de l'entérite glaireuse au cours d'une crise intestinale, on n'a rien à redouter de l'appendicite. » Voilà l'erreur et le danger.

M. Richelot reçoit d'un de ses anciens internes, le docteur Maurice Hepp, une observation qui vient tout à fait à l'appui de la thèse qu'il soutient avec Reclus. C'est sa propre histoire que Maurice Hepp raconte :

Il s'est fait opérer d'appendicite, il y a un an, par son ami M. Gosset. Les symptômes de son mal s'étaient bornés à ceux de l'entéro-colite muco-membraneuse ; il avait eu une seule petite crise fébrile de deux jours, avec nausées et sensibilité assez vive de la fosse illiaque droite, l'obligeant tout juste pendant trente-six heures à interrompre ses occupations. A peine sorti de cette crise légère, pendant laquelle la température n'avait pas dépassé 38 degrés et le pouls 80, il pria M. Gosset de lui enlever son appendice.

Or, malgré cette indigence extrême de symptômes, M. Gosset trouva un appendice très adhérent, présentant à sa surface deux larges taches noires, et du liquide si louche dans le péritoine qu'il dut drainer.

La coupe de cet appendice a été faite par M. Marcel Garnier, et elle est conservée comme un exemple d'appendicite au laboratoire de M. Roger à la Faculté. La muqueuse est entièrement détruite, et au niveau des taches sphacéliques qui semblaient truffer l'appendice, la séreuse elle-même est entamée, de telle sorte que, sans autres symptômes que ceux d'une entéro-colite banale, il y avait une appendicite qui menaçait l'existence d'une minute à l'autre. La guérison est complète. Plus d'entéro-colite.

Depuis 1898, M. Hepp souffrait de crises diarrhéiques consécutives à une dysenterie qu'il avait contractée en Bretagne, et qui a été certainement l'origine de l'appendicite.

Il eût été impossible à n'importe quel clinicien de discerner, dans ce cas, rien de particulièrement inquiétant. Il n'y en avait pas moins la forme la plus sévère de l'appendicite et l'ablation de l'appendice n'en a pas moins radicalement guéri la typhlo-colite.

M. Hepp pourrait en ajouter au moins une dizaine d'autres cas de sa pratique, aussi frappants.

Il semble, ajoute M. Richelot, que l'observation de M. Maurice Hepp nous fait assister à l'évolution ordinaire de l'appendicite et nous la fait bien comprendre : infection dysentérique première en date, contamination de l'appendice et progression lente de ses lésions histologiques, enfin développement des phénomènes nerveux réactionnels, de la névrose secrétoire et motrice appelée colite muco-membraneuse, entretenue par la présence de l'appendice malade et disparue avec lui. A cause de sa précision, ce nouveau fait m'a paru digne d'être versé au débat.

Consultations infantiles. — M. Budin rappelle à l'Académie qu'elle est l'organisation des consultations de nourrissons; dès leur création, en 1892, on s'est proposé : 1° d'y recevoir chaque semaine des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, de les examiner, de les peser et de conseiller leurs mères ; 2° d'y encourager l'allaitement au sein ; 3° quand les mères étaient ou devenaient insuffisantes, d'y distribuer en quantité nettement déterminée du lait stérilisé de bonne qualité.

Dans les villes de population limitée, si les enfants qui suivent les consultations meurent moins, il doit en résulter un retentissement sur la mortalité infantile de toute la commune, les bons résultats obtenus sont alors indiscutables. C'est, en effet, ce qu'on a observé.

M. Alexandre, maire de la ville d'Arques (Pas-de-Calais), y a fondé une consultation au commencement de 1903 ; pendant les cinq années qui avaient précédé, la mortalité infantile était de 190 p. 1000, elle est descendue à 112 et à 101 p. 1000; à Saint-Pol-sur-Mer, la mortalité s'est abaissée de 288 à 151 p. 1000; à Varangeville (Seine-Inférieure), de 145 à 77 p. 1000. Il a été de même dans un grand nombre de villes du Pas-de-Calais et de l'Yonne, ainsi que le montrent les chiffres publiés par MM. Viret et Marois, inspecteurs départementaux.

Ces résultats heureux sont dus à plusieurs causes et particulièrement au rétablissement de l'allaitement au sein qui tendait à disparaître de tous côtés. Si on montre bien aux mères les avantages qui peuvent en résulter pour leurs enfants, elles les nourrissent ; M. Panel (de Rouen) a vu le nombre de ces allaitements au sein s'élever de 1 à 60 p. 100 ; MM. Bresset et Carel (de Paris), de 40 et 61 à 81,4 p. 100; M. Ausset, de 22 à 77 p. 100 à Saint-Pol-sur-Mer ; MM. Blin et Lilin (d'Elbeuf) de 0 à 37,5 p. 100.

L'État et certains chefs d'industrie encouragent maintenant de leur mieux, chez les personnes qu'ils emploient, l'allaitement au sein. Ces idées se répandent de plus en plus et on voit aujourd'hui à Paris un certain nombre de patrons qui autorisent leurs ouvrières, blanchisseuses ou autres, à donner le sein à leur nourrisson.

Les consultations de nourrissons offrent encore cet avantage qu'elles peuvent s'adapter à beaucoup d'autres institutions, par exemple aux crèches et à la surveillance des enfants en vertu de la loi Roussel. Les mutualités maternelles en ont fondé un assez grand nombre dans le département de la Seine et les enfants y sont admis et surveillés pendant dix-huit mois. Les derniers chiffres, publiés par M. Félix Poussineau, montrent que dans ces conditions nouvelles, 87 p. 100 des mères ont nourri au sein ; cette proportion est considérable dans les milieux ouvriers, où l'on estime, en général, que les femmes dans leur situation sociale, sont dans l'impossibilité d'allaiter.

Les consultations de nourrissons rendent donc de réels services ; il en existe maintenant un très grand nombre dans certains départements, dans l'Yonne (106), dans le Pas-de-Calais (191), dans la Gironde, etc. Il s'en fonde de nouvelles un peu partout, en particulier dans le Rhône, dans les Alpes-Maritimes, dans le Nord, etc.

Leur diffusion se produit aussi à l'étranger, ainsi que l'ont montré les divers rapports présentés il y a trois semaines, au Congrès de Milan.

Quelques cas de suffusion sanguine brusque ou d'hématome subit de la luette. — M. Paul Fabre (de Commentry). La luette est parfois le siège d'une suffusion sanguine se produisant brusquement, d'une véritable apoplexie locale occasionnant une sensation de chatouillement, de présence d'un

corps étranger dans l'arrière-gorge, bientôt suivi d'un besoin inconscient de déglutir, et plus souvent de rejeter l'objet gênant du fond de la bouche; il survient alors des accès de toux, de vraies quintes, des envies de vomir, des nausées, d'affreux efforts de vomissement, des vomissements même, tendant, les uns et les autres, à rejeter le faux corps étranger représenté par un petit hématome à forme généralement globuleuse, une vraie boule, une cerise qui se trouve appendue au voile du palais. Cet accident, qu'il a constaté cinq fois en trente-quatre ans, à des intervalles plus ou moins éloignés, a été tantôt la suite de quintes de toux, tantôt le résultat d'un petit traumatisme par un fragment de croûte de pain avalé trop brusquement et ayant lésé l'arrière-gorge; une autre fois la suffusion sanguine est venue compliquer une angine grippale; dans deux autres cas, elle s'est produite sans cause apparente.

M. P. Fabre a observé cette apoplexie de la luette trois fois chez l'homme (à dix neuf, à quarante-cinq et à cinquante-huit ans) et deux fois chez la femme (trente-cinq et quarante-huit ans).

Les phénomènes prédominants qu'ont présentés la plupart des sujets observés sont surtout des faits d'ordre nerveux : légère inquiétude, d'abord, puis anxiété plus marquée, angoisse, effarement, jusqu'à un véritable affolement.

Il n'essaiera pas d'en préciser la pathogénie ni l'étiologie. Il se contentera de constater que, quant au traitement, il a suffi trois fois de piquer la néoformation vasculaire pour la faire disparaître, en conseillant, aussitôt après, l'usage de gargarismes astringents (à l'alun, au tannin, au ratanhia). Dans deux cas, il y a eu ulcération de l'appendice uvulaire, bientôt suivie de guérison sans autre phénomène ultérieur. Il n'a pas observé d'inflammation de la luette, d'*uvulite* (comme dit Morel-Mackenzie), à la suite de l'apparition de l'*apoplexie* de ce petit organe.

Donc, étiologie obscure; diagnostic on ne peut plus facile; symptômes plutôt désagréables et gênants que dangereux, quoique effrayant souvent le malade; pronostic bénin, et enfin traitement facile par des gargarismes astringents. C'est à quoi se réduit, au point de vue nosologique, l'histoire de l'hématome de la luette, histoire qu'il a voulu relater brièvement, en raison de sa rareté et surtout du silence des auteurs spéciaux sur cet accident.

Revision du Code civil. — Dans la dernière séance, M. Lacassagne avait émis le vœu que l'Académie proposât d'adjoindre à la commission chargée de reviser le Code civil quelques-uns de ses membres. Les noms proposés par l'Académie sont les suivants : MM. Brouardel, Hamy, Motet, Peyrot et Pinard.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Reynier sur les candidats au titre de membre correspondant national.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS (1).

Par L. Rénon,
Agrégé, médecin de la Pitié.

Les résultats politiques des élections vont orienter l'esprit législatif du Parlement vers une nouvelle répartition des charges fiscales et vers l'impôt sur le revenu. C'est le moment, pour les médecins, de ne pas se désintéresser de la préparation du nouvel édifice fiscal, et cela pour deux raisons. La première, c'est que, malgré la singularité apparente de la proposition, l'assiette de l'impôt sur le revenu a les plus grands rapports avec l'hygiène; la seconde, c'est que les médecins sont exposés à être très lourdement frappés par les nouvelles taxes, si les considérations que je vais développer ne préoccupent pas les législateurs, et surtout ne touchent pas nos quarante-six confrères du Palais-Bourbon.

Les divers projets d'impôt sur le revenu soumis aux commissions parlementaires procèdent de deux principes différents. L'un suppute les signes extérieurs de la vie du contribuable et prend pour base de taxation le prix de son loyer d'habitation. Vous avez un appartement composé de plusieurs pièces, bien ensoleillé et bien aéré, donc vous êtes riche : telle est la formule. Rien n'est plus faux. A l'heure où nous faisons une campagne énergique pour la salubrité de l'habitation, où nous admettons comme un axiome que « la tuberculose est la maladie de l'obscurité », où nous protestons de toutes nos forces contre le surpeuplement du logis, beaucoup de citoyens, sur la foi de nos principes d'hygiène sociale, n'ont pas hésité à restreindre leurs autres dépenses et, selon leurs ressources respectives, à payer cher la place, l'air, la lumière pour la santé de leur famille. Et ce serait le moment choisi pour imposer le logement en le considérant comme un signe de richesse! Cette base fiscale pousserait les classes populaires à s'entasser à nouveau dans des réduits mal éclairés, dans un encombrement et dans une hygiène des plus douteux. Et je ne parle pas des chefs de familles nombreuses, obligés de louer de grands espaces pour loger tous leurs enfants. L'Etat, les classant parmi les riches, les taxerait au maximum tandis qu'il dégrèverait les célibataires, dont certains, comme j'ai pu m'en rendre compte, bien que quatre à cinq fois millionnaires, habitent des appartements de 1 000 à 1 500 francs ! L'impôt sur le revenu basé sur le loyer d'habitation n'est pas juste; il est, de plus, contraire aux préceptes d'hygiène que nous nous honorons de développer, et il ferait perdre rapidement tous les bénéfices de la campagne ardente que nous menons en faveur de la santé publique.

Partant d'un second principe, l'impôt sur le revenu a le désir de taxer réellement le revenu, ou plutôt les revenus du contribuable, en les grévant plus ou moins, selon leur origine, les produits du travail étant moins frappés que ceux des rentes ou rapports divers. Cette taxation est infiniment plus juste, malgré ses difficultés pratiques d'application, résolues cependant dans d'autres pays. Elle ne soulève pas d'objections de la part des médecins, car elle ne saurait léser, comme la précédente, les intérêts hygiéniques du peuple.

Je viens de montrer le danger public de la taxation sur le loyer. Celle-ci serait très onéreuse pour les médecins. Nous avons tous un loyer plus élevé que ne le comporte notre situation de fortune personnelle. Cette représentation exté-

(1) Nous croyons devoir reproduire *in extenso* l'article très juste que notre excellent confrère M. Rénon vient de publier sur ce sujet tout d'actualité, dans le *Journal des praticiens*, 2 juin 1906. — *N. D. L. R.*

rieure est obligatoire pour nous, à la ville comme à la campagne. Les courses professionnelles nous obligent, dans la plupart des cas, à nous servir d'un cheval, d'une voiture, voire même d'une automobile, toutes choses dont nous nous passerions, si nous n'étions pas médecins. Nous avons donc l'apparence de la richesse, sans en avoir malheureusement la réalité. Beaucoup d'entre nous meurent pauvres, heureux encore d'avoir pu élever péniblement leur famille. Un impôt, basé uniquement sur le revenu, ne nous porterait, au contraire, pas de préjudice; il aurait, de plus, le mérite de montrer à l'Etat contrairement à ce qu'il pense, combien peu nous gagnons, et combien notre situation matérielle est précaire. Déjà, en raison de notre représentation extérieure obligatoire, nous sommes fortement touchés par le fisc. Notre patente, accrue des centimes additionnels qui font plus que la doubler à Paris (exactement 104c6 175), varie, dans cette ville, du sixième au septième de notre loyer; c'est avec celle des avocats, la patente la plus élevée. Un de mes confrères parisiens, pour une remise de 750 francs, paie 235fr16 d'impôts, soit 103fr53 pour la cote personnelle mobilière, 127fr88 pour la patente et 3fr75 pour la taxe municipale d'habitation. Si l'assiette de l'impôt sur le revenu portait sur le loyer, ces chiffres, qui seraient peut-être doublés ou triplés, laissent pressentir combien la situation deviendrait terrible pour les médecins. Ce serait la misère pour beaucoup d'entre eux. Et cependant, n'aurions-nous pas droit à la protection et à la sollicitude de l'Etat? Nous rendons à la collectivité des services inappréciables, en nous acharnant, contre notre propre intérêt, à réduire la morbidité publique et notre rôle social grandit de jour en jour.

Au moment où toutes les questions fiscales commencent à s'agiter devant l'opinion, j'ai cru utile d'attirer sur elles l'attention de tous mes confrères, ceux des campagnes, ceux des villes, ceux du Parlement. J'espère que les syndicats médicaux s'uniront pour montrer aux pouvoirs publics les dangers d'une fiscalité contraire à l'hygiène populaire, et pour leur demander en même temps un peu de bienveillance et de justice pour notre profession.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France. — Le 8e voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 12 septembre 1906.

Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage.

Le voyage d'études médicales de 1906 — comme les sept précédents — est placé sous la direction scientifique du professeur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 francs pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports de bagages, pourboires.

Bourses de voyage. — Quatorze bourses de voyage sont données au voyage d'études médicales de 1906. L'attribution en a été fixée comme suit par leurs fondateurs à :

1° Bourse du professeur Henrot : un interne des hôpitaux de Reims;

2° Bourse de la Société de Châtel-Guyon (Puy-de-Dome) : un interne des hôpitaux de Paris;

3° Bourse du Conseil municipal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) : « un médecin, à la fois membre du Concours médical et de l'Association générale des médecins de France; »

4° Bourse de la Compagnie générale des eaux minérales et bains de mer : un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Bordeaux, dans l'année scolaire 1905-1906;

5° Bourse de la Société des eaux thermales d'Evaux-les-Bains (Creuse) : « un membre du Concours médical affilié à l'Association des médecins de France; »

6°-10° Cinq bourses de la Société d'Evian (Haute-Savoie) : 1. un médecin anglais; 2. un médecin danois; 3. et 4. deux médecins italiens; 5. un étudiant en médecine, ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lyon, dans l'année 1905-1906;

11° Bourse de la Compagnie fermière du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) : un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lille, dans l'année 1905-1906;

12° Bourse de la Compagnie des eaux minérales de Pougues (Nièvre) : un interne des hôpitaux de Bruxelles;

13° Bourse de la Compagnie générale des eaux de Royat (Puy-de-Dôme) : un interne des hôpitaux de Paris;

14° Bourse de la Compagnie fermière de Vichy (Allier); un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Paris, dans l'année scolaire 1905-1906.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris, ou à M. le docteur Jouaust, 19, rue du Colisée, Paris (VIIIe).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1906, terme de rigueur.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

TUBERCULOSE LARYNGÉE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC (1)

B. Autres formes. — I. Nous avons déjà signalé la FORME CATARRHALE, qui, le plus souvent, constitue la première phase de la forme commune. Dans quelques cas rares, elle peut guérir spontanément : c'est ce que l'on observe lorsque les altérations, superficielles, respectent la région aryténoïdienne.

II. Les lésions qui caractérisent la forme commune peuvent se localiser à la région glottique. Cette forme, dite INFILTRO-ULCÉREUSE CIRCONSCRITE PÉRIGLOTTIQUE (Ruault), frappe souvent des sujets diabétiques : elle se caractérise par : α. l'intégrité de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques, de la région aryténoïdienne supérieure, des cordes vocales supérieures ; β. l'*atteinte des cordes vocales inférieures*, qui sont prises, soit sur toute leur longueur, soit seulement dans leur tiers postérieur. La région interaryténoïdienne se couvre alors de saillies papilliformes (*état velvétique* d'Isambert) ; puis apparaissent, sur le bord libre des cordes vocales inférieures, des *ulcérations* affectant la forme de longues encoches à fond plissé, recouvertes de muco-pus, à bords primitivement nets, ultérieurement décollés. Parfois, une seule corde est lésée, et l'ulcération y progresse en s'étendant d'avant en arrière, sans que sa largeur augmente, ni même sa profondeur : en avant, elle arrive presque jusqu'au cartilage thyroïde ; en arrière, elle s'arrête à la région interaryténoïdienne.

Ces ulcérations, le plus souvent, détruisent peu à peu les cordes vocales, mais cette destruction, le plus souvent, est *très lente*. D'autres fois, elles se compliquent de lésions hypertrophiques et végétantes : les cordes deviennent noueuses, lobulées, la région interaryténoïdienne subit la même transformation ; on a alors affaire à la forme scléreuse et végétante (v. plus loin).

Aux ulcérations s'associe toujours un certain degré d'*infiltration* périglottique, elle aussi : dans la plupart des cas, l'infiltration commence, et les ulcérations suivent ; quelquefois aussi, l'évolution évolue vers la sclérose : on voit alors la tuméfaction diminuer, devenir moins nette, puis, à la surface des cordes vocales, apparaissent des traînées vasculaires superficielles, s'étendant à la surface antérieurement infiltrée. C'est là un mode de guérison peut-être plus fréquent qu'on ne le croit habituellement (Ruault).

Parfois aussi, la forme infiltro-ulcéreuse circonscrite n'est que la première phase de la forme infiltro-ulcéreuse diffuse.

En résumé, la forme que nous sommes en train de décrire se caractérise par : *la localisation de ses lésions à la région périglottique* ; *leur peu de tendance à s'étendre*, *leur marche lente*. C'est *la plus curable* de toutes. Mais souvent, elle annonce l'apparition d'une nouvelle forme : scléreuse, végétante, infiltro-ulcéreuse diffuse.

III. Chez certains sujets fatiguant beaucoup leur larynx (fumeurs, orateurs), et atteints, depuis longtemps, de catarrhe chronique du larynx, la tuberculose prend souvent la FORME SCLÉREUSE ET VÉGÉTANTE.

Les signes fonctionnels sont les mêmes, à quelques nuances près, que dans la forme infiltro-ulcéreuse diffuse ; de même, les complications (dyspnée permanente ou paroxystique). Mais, ce qui est particulier à cette forme, ce sont les signes physiques et l'évolution. La cavité laryngée est rouge, dépolie (forme hypertrophique) ou luisante, pâle (forme fibreuse). Sur les cordes vocales, souvent sur une seule des deux, existent de nombreuses *végétations* papilliformes, sans ulcérations. Les lésions évoluent *lentement* vers l'infiltration et l'ulcération.

IV. Les TUMEURS TUBERCULEUSES du larynx sont des productions circonscrites, de couleur variable, mûriformes ou mamelonnées, renfermant des follicules tuberculeux. Ces tumeurs, qui siègent sur les cordes vocales supérieures et inférieures, *ne coexistent avec aucune autre lésion tuberculeuse du larynx*. Les lésions pulmonaires sont souvent très restreintes. Les tumeurs récidivent après ablation.

V. La TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUË se montre, tantôt, chez des malades jusque-là indemnes : alors elle apparaît d'abord au pharynx pour gagner ultérieurement le larynx (*tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée* d'Isambert) ; tantôt, chez des malades atteints de tuberculoses diverses, et particulièrement de tuberculose pulmonaire arrivée à la phase cavitaire.

Au début, il existe sur toute la surface du larynx des *granulations* miliaires nombreuses, isolées, disséminées un peu partout, mais prédominant sur le bord libre et la face laryngée de l'épiglotte. La muqueuse sous-jacente, tuméfiée dans toute son étendue, offre une coloration rouge sombre, ou, au contraire, est pâle, décolorée. Ces granulations, d'abord petites, arrondies, nettement limitées, s'étendent, deviennent jaunâtres, opaques, puis s'énucléent, laissent à leur place des *ulcérations* arrondies, petites, qui bientôt s'étendent et confluent entre elles, alors l'examen laryngoscopique montre : α. des pertes de substance à bords festonnés ; β. une muqueuse tuméfiée et infiltrée.

Des phénomènes locaux, le plus important est la *dysphagie*, qui atteint une extrême intensité : « La douleur à la déglutition est atroce... et je ne pense pas qu'il existe aucune autre affection de l'arrière-gorge où elle puisse atteindre un pareil degré d'acuité » (Ruault).

Les phénomènes généraux de cachexie tuberculeuse sont constants, l'évolution aboutit très rapidement à la mort, que détermine parfois une poussée de tuberculose généralisée.

PRONOSTIC. — Il est très difficile à fixer. Assurément l'apparition d'une laryngite bacillaire au cours d'une tuberculose pulmonaire aggrave toujours le pronostic de celle-ci, mais il faut encore distinguer plusieurs cas : dans la forme miliaire aiguë, la mort est fatale à bref délai ; dans la forme infiltro-ulcéreuse diffuse, même évolution, mais plus lente. Les formes infiltro-scléreuse circonscrite, sclérosante et végétante, et les tumeurs tuberculeuses ont pour elles leur relative lenteur. La forme catarrhale, enfin, tant qu'elle reste telle, n'influence guère les lésions pulmonaires.

D'une façon générale, le pronostic dépend, non seulement de la nature, mais du siège des lésions, de leur ancienneté, de l'absence ou de l'existence de complications (dyspnée, dysphagie), de l'état général. *Les cas où la tuberculose laryngée guérit sont tout à fait exceptionnels*, et encore la guérison des lésions laryngées n'entraîne-t-elle nullement la guérison de la tuberculose pulmonaire.

DIAGNOSTIC. — Lorsque apparaissent des troubles de la voix chez un individu, atteint depuis longtemps, de tuberculose pulmonaire, le diagnostic s'impose. C'est dire qu'il n'est difficile que dans quelques cas.

S'agit-il d'une *laryngite tuberculeuse à forme catarrhale*, il faudra la différencier : α. de la *syphilis laryngée secondaire*, où les lésions, disposées différemment, rétrocèdent sous l'influence du traitement, et coexistent avec d'autres accidents de même nature ; β. des laryngites banales, toujours suspectes chez un tuberculeux.

Dans le *cancer du larynx*, les lésions sont *unilatérales*, la corde vocale atteinte est *immobile*, l'haleine prend une odeur fétide ; les malades sont généralement des gens âgés, indemnes de toute tuberculose.

Dans la *syphilis tertiaire du larynx*, il n'y a aucun signe de tuberculose pulmonaire ; la gomme laryngée évolue en deux phases : une de crudité ; déformation limitée, rosée, d'une corde ; une d'ulcération à surface lisse, à contours régulièrement arrondis, taillés à pic, entourés d'un cercle rouge ; elle s'améliore rapidement par le traitement spécifique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 64, p. 767.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 68. — SAMEDI 16 JUIN 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 16 JUIN 1906. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance de lecture du 15 juin 1906 : MM. Fredet et Wiart, 27; Lecène, 26,

La prochaine séance aura lieu le lundi 18 juin, à huit heures du matin, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Trouillet (de Paris) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — COMMISSIONS DES PRIX POUR 1906. — *Prix de l'Académie.* — MM. François-Franck, Grancher, Netter.

Prix Alvarenga. — MM. Chatin, Pozzi, Chantemesse.
Prix Apostoli. — MM Gariel, d'Arsonval, Regnard.
Prix Baillarger. — MM. Magnan, Motet, Joffroy.
Prix Barbier. — MM. Laveran, Ménard, Reynier.
Prix Boullard. — MM. Brouardel, Richer, Raymond.
Prix Bourceret. — MM. Ed. Perrier, Gley, Reynier.
Prix Buignet. — MM. Riche, Robin, Marty, Delorme, Pouchet, Gréhant.
Prix Campbell Dupierris. — MM. Guyon, Ch. Perrier, Reclus.
Prix Capuron. — MM. Moissan, Hanriot, Bourquelot.
Prix Chevallier. — MM. Hérard, Dieulafoy, Duguet.
Prix Chevillon. — MM. Labbé, Cornil, Ch. Monod.
Prix Civrieux. — MM. Bouchard, Motet, Troisier.
Prix Clarens. — MM. Besnier, Vallin, Chauffard.
Prix Daudet. — MM. Lancereaux, d'Arsonval, Chauvel.
Prix Desportes. — Section de thérapeutique et d'histoire naturelle.
Prix Godard. — MM. Bucquoy, Debove, Gilbert.
Prix Guzman. — MM. Hayem, Huchard, Fernet.
Prix Herpin (de Genève). — MM. Empis, Magnan, Landouzy.
Prix Herpin (de Metz). — MM. Lereboullet, Laveran, Hutinel.
Prix Hugo. — MM. Lancereaux, Yvon, Hamy.
Prix Itard. — MM. Duguet, Hallopeau, Landouzy.
Prix Laborie. — Section de chirurgie.
Prix Larrey. — MM. Sée, Pinard, Kermorgant.
Prix Laval. — MM. Guéniot, Debove, Josias.
Prix Lorquet. — MM. Brouardel, Magnan, Raymond.
Prix Meynot. — MM. Duplay, Kirmisson, Poirier.
Prix Monbinne. — MM. Chauvel, Duguet, Benjamin.
Prix Nativelle. — MM. Jungfleisch, Prunier, Guignard.
Prix Orfila. — MM. Bouchardat, Vallin, Hanriot, Pouchet, Netter.
Prix Saintour. — MM. Dieulafoy, Pinard, Motet, Richelot, Cadiot.
Prix Stanski. — MM. Laveran, Roux, Chauffard.
Prix Tarnier. — MM. Budin, Pinard, Doléris.
Prix Vernois. — MM. Delorme, Chantemesse, Vaillard.

LE IIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DE MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD aura lieu aux Trois-Rivières, les 26, 27 et 28 juin prochain.

La Faculté de médecine de Paris sera représentée par M. R. Proust, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

La Société de thérapeutique de Paris a délégué M. H. Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris.

La Société française d'hygiène sera représentée par M. Foveau (de Courmelles).

La Société de médecine de Paris, la Société internationale de médecine physique, la Société médicale des hôpitaux de Paris, la Société médicale des praticiens seront également représentées.

HOMMAGE AU PROFESSEUR GILBERT. — Les amis et les élèves du professeur Gilbert, désireux de lui offrir une médaille à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, viennent d'ouvrir une souscription.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité ; à tout souscripteur de la somme de 25 francs sera remis un exemplaire de la médaille offerte.

Les cotisations doivent être adressées, avec une carte de visite à MM. J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19. La souscription sera close le 15 novembre 1906.

REVUE GÉNÉRALE

LE GLAUCOME

SYMPTOMATOLOGIE. ANATOMIE. PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT (1)

Par le docteur F. TERRIEN,
Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

VII

Étiologie. — La cause du glaucome primitif est encore à trouver. Celui-ci se rencontre surtout chez les sujets d'un certain âge, de préférence après cinquante ans et chez les goutteux et les athéromateux. On constate, en effet, presque toujours des altérations vasculaires généralisées en même temps que de l'athérome des vaisseaux choroïdiens et souvent aussi rétiniens. Il est plus fréquent chez les juifs.

L'état de réfraction de l'œil semble exercer une influence indéniable sur son apparition, en particulier l'hypermétropie (qui se rencontre dans 70 p. 100 des cas) et l'astigmatisme.

Parmi les causes occasionnelles de l'accès de glaucome prodromique ou aigu, il faut noter les insomnies, les veilles, la faim, l'épuisement, les efforts physiques et surtout les émotions morales vives (peur, colère, chagrin). Il importe donc pour les sujets prédisposés d'éviter toute émotion, mais la cause véritable du glaucome est encore inconnue.

VIII

Pathogénie. — Deux grandes théories dominent la pathogénie du glaucome ; théorie de l'*hypersécrétion*, l'hypertonie étant la conséquence d'une exagération de sécrétion des liquides intra-oculaires, et *théorie de la rétention*, l'hypertonie étant due au contraire à un défaut d'excrétion.

a. Théorie de l'hypersécrétion. — C'est la plus ancienne. C'est ainsi que, suivant De Græfe, le glaucome était la conséquence d'une choroïdite séreuse, et pour Donders, l'hypersécrétion était due à une irritation des nerfs ciliaires ; c'était une sorte de névrose sécrétoire, une névrose réflexe. Cette névrose pouvait être sous la dépendance d'une névralgie du trijumeau, l'irritation des filets de la cinquième paire exerçant une influence directe ou réflexe sur l'hypersécrétion pathologique.

Partant de cette donnée, Abadie invoque dans la pathogénie du glaucome une excitation des filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical, excitation passagère pour les formes aiguës, permanente pour le glaucome simple. La dilatation vasculaire déterminerait une hypersécrétion intra-oculaire. De Lapersonne admet une vaso-dilatation analogue pour expliquer la pathogénie de l'hydrophtalmie.

A côté de cette hypersécrétion *active* on a invoqué l'hypersécrétion *passive* par gêne de la circulation veineuse de l'œil. Il s'agirait alors d'une congestion passive de la choroïde due à une augmentation de la pression artérielle amenée par une suractivité cardiaque, les efforts physiques, etc. Certains auteurs admettent un obstacle du côté des veines ciliaires, dû à la compression des veines vorticineuses (Roser, Fuchs).

b. Théorie de la rétention. — a. *Rétention antérieure.* — C'est la théorie de Knies. L'hypertonie serait la conséquence de l'oblitération de l'angle irien et du canal de Schlemm, par suite de l'adhérence de la racine de l'iris à la cornée (soudure de Knies). C'est ainsi qu'on a pu réaliser expérimentalement le glaucome en oblitérant l'angle de filtration par des embolies graisseuses (injection d'huile d'olive dans la chambre antérieure). Cette oblitération de l'angle irien serait la conséquence d'une inflammation adhésive dans la région de l'angle de filtration. La rétention dans les yeux glaucomateux est en effet certaine, car ceux-ci après la mort restent durs pendant plusieurs heures (Panas et Rochon-Duvigneaud), mais elle n'est pas la conséquence d'une inflammation, car le glaucome n'est rien moins qu'une maladie inflammatoire. On a incriminé alors, pour expliquer le refoulement de l'iris en avant, l'action des procès ciliaires tuméfiés, et aussi l'agrandissement du cristallin au niveau de l'équateur, d'où refoulement en avant des procès ciliaires et par là même de la racine de l'iris (Priestley Smith).

Sans doute la soudure irido-cornéenne est constante dans le glaucome invétéré, mais l'oblitération de l'angle irien est toujours secondaire, tout au moins dans le glaucome primitif. Ce n'est donc pas la cause du glaucome, comme on l'a dit quelquefois. Au contraire dans le glaucome secondaire l'oblitération de l'angle irien est souvent la cause de l'hypertonie. Elle survient, par exemple, à la suite de plaie pénétrante de la cornée avec enclavement de l'iris, de leucome adhérent, de subluxation du cristallin avec refoulement en avant de la racine de l'iris, etc., à la suite de l'adhérence de la racine de l'iris à la cornée, l'hypertonie apparaît avec toutes ses conséquences.

Rétention postérieure. — Cette théorie, proposée par Stilling, explique l'hypertonie par une obstruction des voies de filtration postérieure. Si, en effet, on étrangle le nerf optique par une ligature placée immédiatement derrière le globe, on obtient après quelques jours une hypertonie manifeste ; il y aurait donc une seconde voie de filtration autour de la papille optique et il faudrait diviser le glaucome en deux groupes : l'un, *postérieur*, correspondant au véritable glaucome, au glaucome primitif ; et l'autre *antérieur*, résultant de l'oblitération de l'angle irien, et correspondant au glaucome secondaire. Ceci est tout à fait hypothétique (1).

En outre de ces deux théories principales, théorie de l'hypersécrétion, à peu près abandonnée aujourd'hui, et théorie de la rétention, qui ne peut suffire à elle seule à expliquer l'hypertonie, il faut mentionner deux autres théories :

1° *Théorie accommodatrice de Schöen.* — On sait, en effet, que le glaucome est plus fréquent chez les hypermétropes et les astigmates. Il serait la conséquence d'efforts accommodatifs, la contraction du

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 65, p. 771.

(1) A côté de la théorie de la rétention, il faut noter l'opinion de quelques auteurs attribuant le glaucome à des altérations des liquides intra-oculaires rendant la filtration plus difficile. Uribe-Troncoso a constaté, en effet, que dans le glaucome inflammatoire l'humeur aqueuse est plus riche en albumine. Nous y reviendrons plus loin à propos de la théorie vasculaire.

muscle ciliaire augmentant la pression dans le corps vitré et refoulant le cristallin en avant. Il s'agit là d'une pure hypothèse.

2° *Théorie sclérale.* — L'épaississement de la sclérotique (voy. plus haut) entraînerait la rétraction de la coque oculaire et serait le point de départ de l'hypertonie, par suite de la diminution de la capacité du globe qu'elle détermine.

En résumé la véritable cause de l'hypertonie dans le glaucome primitif nous échappe encore et toutes les théories proposées ne sont pas exemptes d'objections.

Théorie vasculaire. — Les altérations vasculaires et athéromateuses de l'œil paraissent jouer un rôle manifeste dans la pathogénie de l'hypertonie. L'artério-sclérose, aussi bien des vaisseaux choroïdiens (Fucsh) que des vaisseaux rétiniens (Panas et Rochon-Duvigneaud) est fréquente. Elles permettent d'édifier une *théorie vasculaire.*

Il paraît résulter, en effet, des recherches actuelles, que le glaucome s'observe surtout chez les artério-scléreux et chez les sujets présentant des phénomènes d'hypertension artérielle. Joseph, reprenant, sur les conseils du professeur de Lapersonne, les travaux de Bajardi et de Terson et Campos, a constaté chez tous les glaucomateux qu'il a observés en même temps qu'une hypertension artérielle très prononcée de grosses altérations de la perméabilité rénale (1). Avec Panas et Rochon-Duvigneaud, il conclut que le glaucome aigu est presque toujours la conséquence de l'œdème du vitré. Celui-ci tiendrait à un rétrécissement précoce des vaisseaux rétiniens sous la dépendance d'une artério-sclérose locale ou même généralisée. Cet œdème du vitré serait la cause déterminante des phénomènes prodromiques du glaucome et de la soudure irido-cornéenne.

Il est évident qu'on ne peut expliquer autrement que par l'œdème du vitré les accès brusques d'hypertonie qui peuvent survenir sur un œil prédisposé au glaucome mais jouissant dans l'intervalle des accès d'une tension normale. Cet œdème du vitré est entièrement comparable à l'œdème aigu du poumon. L'élément nerveux intervient directement dans sa production et peut-être s'agirait-il d'un trouble vaso-moteur (2).

IX

Traitement. — Il est à la fois médical et chirurgical.

Traitement médical. — Il convient à tous les cas de glaucome et réside avant tout dans l'emploi des myotiques (ésérine ou pilocarpine) employés en collyre.

On prescrira :

Nitrate de pilocarpine......	0,20 centigr.
Eau distillée bouillie......	10 grammes.

ou bien :

Salicylate d'ésérine........	0,10 centigr.
Eau distillée bouillie......	10 grammes.

(1) H. Joseph. Th. de Paris, 1904.

(2) Cet œdème du vitré a été noté par nous dans un cas de glaucome absolu où la sclérotomie postérieure était demeurée sans résultat, malgré la perméabilité absolue des enveloppes de l'œil au niveau de la plaie sclérale. (F. Terrien. *Arch. d'ophtalmol.*, déc. 1899.)

L'ésérine a une action plus énergique mais occasionne quelquefois des douleurs névralgiques dues à la contraction du muscle ciliaire.

Les myotiques dont l'action sur l'hypertonie est très réelle, bien que le mécanisme en soit peu connu, agissent en rétrécissant la pupille. Il faut donc que la pupille soit capable de bien se contracter ; aussi n'agissent-ils plus dans les glaucomes anciens lorsque l'iris est complètement atrophié. Leur action sur l'hypertonie ne s'exerce d'ailleurs qu'autant que le myosis persiste, c'est-à-dire pendant sept à huit heures ; aussi recommandera-t-on de renouveler les instillations trois fois par jour : au début de la journée, vers midi et le soir avant le coucher.

Le traitement chirurgical réside dans la sclérotomie ou mieux dans l'iridectomie. Nous n'avons pas à en étudier ici la technique ; nous passerons en revue les indications du traitement suivant la variété de glaucome.

Glaucome aigu. — 1° Au début, au *moment des attaques prodromiques*, on aura recours aux myotiques combinés, au traitement antiphlogistique habituel (compresses chaudes, sangsues à la tempe, bains de pied sinapisés, purgatifs, etc.). Les myotiques peuvent suffire à faire cesser l'accès à condition d'être employés en solution forte. Mais le retour des accès doit être attentivement surveillé et le malade, ou tout au moins son entourage, seront prévenus de la gravité de l'affection.

Pendant l'accès on prescrira donc les instillations quotidiennes de collyre à l'ésérine, instillations qui devront être faites trois fois par jour.

Après l'accès on pourra se contenter de deux instillations par jour, une le matin et une le soir, en diminuant peu à peu la dose de l'alcaloïde, puis l'ésérine sera remplacée par la pilocarpine à 2 p. 100 d'abord, puis à 1 p. 100 (1).

On peut mélanger les deux alcaloïdes et prescrire :

Salicylate d'ésérine........	0,05 centigr.
Nitrate de pilocarpine.....	0,20 —
Eau distillée bouillie......	10 grammes.

Le myotique sera continué longtemps et ne sera jamais abandonné complètement. Un œil ayant subi une première poussée est de ce chef très exposé à une nouvelle et il est rare que celle-ci fasse défaut. Il faut donc par l'emploi des myotiques en reculer l'échéance. Si une nouvelle attaque prodromique survient elle serait traitée de la même manière, à condition, bien entendu, que la pupille se contracte bien sous l'influence du myotique et que l'accès disparaisse rapidement.

Car, on ne saurait trop le répéter, le traitement du glaucome aigu demeure essentiellement chirurgical. Le traitement médical ne peut être employé qu'au début, à la période prodromique et à condition que

(1) Le collyre à la pilocarpine est et reste incolore. Le collyre à l'ésérine, incolore au début, prend au bout de trois ou quatre jours une teinte rosée (par suite de la transformation de l'ésérine en rubrésérine) qui peut même aller jusqu'au rouge assez intense. Il est bon d'être prévenu de ce changement de coloration qui n'altère pas les propriétés de ce collyre.

Les douleurs consécutives à l'instillation du collyre à l'ésérine et qui peuvent durer une heure ou deux sont dues à la contraction du muscle ciliaire, quelquefois même à une véritable crampe de ce muscle. Souvent, en même temps la vision est troublée, l'ésérine déterminant souvent un astigmatisme passager dû sans doute aussi à des contractions irrégulières du muscle ciliaire.

les accès cèdent facilement aux myotiques, lesquels seront continués dans l'intervalle des attaques. Mais ici encore, si les attaques sont fréquentes et longues, la question de l'intervention peut être discutée.

L'opération peut suffire à enrayer définitivement la marche de l'affection et l'iridectomie est d'autant plus efficace qu'elle est faite de bonne heure.

Bien plus, c'est surtout au cours de la période prodromique et dans cette forme de glaucome aigu précédée de poussées légères d'hypertonie que l'iridectomie donne les meilleurs résultats, alors que l'angle irien n'est pas encore effacé et que l'œil est peu altéré. C'est donc toujours à cette période que l'opération devrait être faite et c'est le moment idéal pour intervenir. Mais par contre l'acuité visuelle à cette période est encore normale ou à peine diminuée; le malade ne souffre pas dans l'intervalle des accès qui sont de peu de durée et cèdent facilement aux myotiques, aussi accepte-t-il difficilement une intervention. En outre celle-ci implique toujours un certain risque; l'excision de l'iris peut entraîner par la suite un certain degré d'éblouissement et même, dans les cas malheureux, une légère diminution de l'acuité visuelle.

On comprend donc qu'on n'ose pas toujours, au début d'un glaucome aigu en voie d'évolution, recourir à une intervention chirurgicale (bien que celle-ci soit formellement indiquée) et qu'on se contente des myotiques.

A côté des myotiques, il faut mentionner la dionine, préconisée par Darier et qui donne quelquefois des résultats excellents, grâce à ses propriétés anesthésiantes et lymphagogues. Elle est employée en collyre à 2, 5 et 10 p. 100. Elle est instillée deux ou trois fois par jour, par séries de quatre instillations espacées de cinq à dix minutes. La dionine peut être employée au cours de la période prodromique, mais en général les myotiques suffisent. C'est surtout au cours de l'attaque de glaucome que les effets en sont quelquefois merveilleux, les douleurs cessent et l'hypertonie, qui avait résisté à l'ésérine, ne tarde pas à diminuer. Mais ce résultat est rarement obtenu.

2° *Attaque de glaucome.* — L'iridectomie s'impose et doit être faite sans tarder. C'est une opération d'urgence au premier chef et c'est l'intervention de choix. Toutefois il est préférable de ne pas intervenir en pleine attaque, alors que l'œil est très dur, fortement injecté et les douleurs excessives. On chercherait tout d'abord à détendre l'œil pendant vingt-quatre heures par des instillations répétées de myotiques. Si même la tension était très élevée et la chambre antérieure effacée on ferait tout d'abord une sclérotomie réduite, ou mieux une ponction du vitré avec le couteau de de Græfe; l'iridectomie ne serait pratiquée que le lendemain, une fois la chambre antérieure rétablie. Dans ces conditions seulement on évitera les désastres qui peuvent suivre une iridectomie faite sur un œil hypertendu à l'excès (luxation du cristallin, hémorragies intra-oculaires graves, etc). C'est ainsi que dans le glaucome absolu, l'iridectomie, qui là aussi peut donner de bons résultats, ne serait faite qu'avec une extrême prudence.

Toutefois il ne faut pas perdre un temps précieux et si la tension ne cède pas rapidement, on interviendra néanmoins. Si au contraire on se trouve en présence d'une poussée relativement légère, qui paraît devoir céder assez rapidement, en quelques jours, au traitement médical par les myotiques et les moyens antiphlogistiques (on s'en aperçoit lorsque très rapidement la rougeur de l'œil s'atténue, les douleurs sont moins accusées et que le tonus diminue), attendra pour intervenir que l'accès ait complètement ou à peu près disparu.

Dans tous les cas, l'iridectomie sera *toujours pratiquée sous le chloroforme.* Les anesthésiques locaux (cocaïne ou stovaïne) n'ont aucune action sur un œil enflammé, et outre la douleur qui résulterait de l'opération, celle-ci ne pourrait être faite complètement et exposerait à de graves complications (blessure de la cristalloïde, etc.) par suite des mouvements intempestifs du malade sous l'influence de la douleur (1).

Faite ainsi avec prudence l'iridectomie peut donner des résultats excellents, enrayant définitivement l'attaque et prévenant le retour de nouveaux accès. Après l'opération, la tension revient peu à peu à la normale, les phénomènes inflammatoires cèdent, la vision redevient ce qu'elle était avant l'attaque et le tonus reste peu élevé ou même normal. Mais ce résultat idéal n'est pas toujours obtenu. On peut dire que, dans la moitié des cas environ, l'iridectomie exerce une opération favorable; quelquefois le bénéfice retiré est peu considérable. Ailleurs l'affection continue à évoluer, ou même l'iridectomie ne fait que hâter le processus fatal. Cette complication qu'on observe assez souvent avec le glaucome chronique est très rare dans le glaucome aigu.

On ne peut prévoir avec certitude avant l'intervention l'effet de l'iridectomie, mais il y a néanmoins quelques éléments dont il faut tenir compte.

L'opération, si elle est efficace peut amener avec la diminution du tonus la suppression des douleurs et le rétablissement de la vision telle qu'elle était avant l'attaque (2).

Ce triple effet ne sera pas toujours obtenu et la

(1) On n'oubliera pas que l'iridectomie pratiquée sur l'œil malade peut faire éclater une attaque de glaucome sur l'œil congénère. On instillera toujours dans ce dernier, au moment de l'opération et dans les jours qui précèdent, les myotiques afin de bien contracter la pupille. L'état de la pupille en effet paraît exercer une influence directe sur l'attaque de glaucome. C'est ainsi que l'action bienfaisante du sommeil est due vraisemblablement à la contraction de la pupille pendant ce temps.

Peut-être l'accès apparaissant sur l'œil congénère à l'occasion d'une opération est-il dû seulement à l'émotion morale déterminée par celle-ci et provoquant à la fois un trouble de circulation et la dilatation réflexe consécutive de la pupille. On sait aussi que l'instillation d'un mydriatique (atropine, holocaïne ou cocaïne) peut déterminer une attaque de glaucome sur un œil prédisposé.

(2) Nous ne connaissons pas encore pourquoi l'iridectomie diminue ou supprime l'hypertonie et le mécanisme par lequel se produit alors la régularisation de la tension oculaire. D'autant plus que c'est seulement la pression pathologiquement augmentée qui est diminuée ou supprimée par l'iridectomie. Celle-ci dans un œil normal n'a aucune action sur le tonus. Pour certains auteurs, elle agirait en interrompant le plexus nerveux de la partie moyenne de l'iris, et en supprimant par là l'influence vaso-dilatatrice partant de ce plexus (Abadie). Cette théorie est purement hypothétique.

Pour d'autres (de Græfe, de Wecker), l'iridectomie devrait son efficacité bien moins à l'excision de l'iris qu'à la section de la sclérotique; l'incision sclérale entraînerait une cicatrice à filtration. Mais cette théorie n'est nullement confirmée par la réalité des faits; la sclérotomie a sans contredit une action beaucoup moins efficace et moins durable que l'iridectomie et l'anatomie pathologique n'a pas confirmé l'existence d'une cicatrice moins résistante au niveau de la section que dans le reste de la sclérotique. Une bonne explication physiologique de l'iridectomie est encore à trouver.

durée de l'attaque prend ici au point de vue du pronostic une importance capitale. Si l'iridectomie est faite de bonne heure, le lendemain ou le surlendemain du début de l'accès, alors que la rétine et la papille n'ont pas été soumises assez longtemps à cette pression exagérée pour être définitivement altérées, on peut espérer à la fois la diminution du tonus, la suppression des douleurs et le rétablissement de la vision. Dans le cas contraire, lorsque l'accès dure déjà depuis plusieurs jours, lorsque surtout la sensibilité lumineuse existe à peine ou fait totalement défaut, si avec cela il y a mauvaise projection, le pronostic doit être réservé. L'opération, à supposer qu'elle réussisse, diminuera le tonus et supprimera les douleurs, conséquence directe de l'hypertonie, mais la vision demeure compromise. On tiendra compte aussi de l'âge du malade, le glaucome est d'autant plus grave que le malade est plus âgé.

L'iridectomie ne suffit pas toujours à prévenir le retour de nouvelles attaques. On n'aurait alors d'autre ressource que la ponction au niveau de l'ancienne cicatrice ou un peu en arrière en pleine sclérotique (oulétomie), moyen qui peut donner d'excellents résultats. S'il échoue, on n'hésiterait pas, comme le faisait de Græfe, à pratiquer une nouvelle iridectomie au point diamétralement opposé, en bas, par conséquent, malgré l'éblouissement qui peut en résulter.

Dans tous ces cas, après la première opération, que l'attaque se renouvelle ou non, les myotiques seront longtemps continués (plusieurs mois). Ils ne seraient abandonnés qu'après s'être assurés que la marche de l'affection est définitivement enrayée et que celle-ci n'a aucune tendance à reparaître. Cette action du myotique après l'iridectomie peut paraître douteuse au premier abord, le sphincter n'existant plus. Elle est néanmoins très réelle et suffit à faire disparaître les petites poussées d'hypertonie passagères qui peuvent apparaître après l'iridectomie, preuve que les myotiques n'agissent pas seulement par la contraction de la pupille qu'ils déterminent. C'est là un fait qu'il faut retenir afin de ne pas abandonner l'ésérine après l'opération, comme on pourrait être tenté de le faire.

L'iridectomie, bien que ne donnant pas toujours des résultats satisfaisants, est l'opération de choix dans le glaucome aigu dont elle peut suffire à enrayer la marche. Elle ne sera jamais faite au contraire dans le glaucome hémorragique et dans le glaucome infantile (buphtalmie) pour lesquels on aurait recours à des opérations moins complètes (sclérotomies réduites, paracentèses très étroites, etc.). L'iridectomie en pareil cas pourrait amener un désastre.

b. *Glaucome chronique irritatif.* — Cette variété tient le milieu entre le glaucome aigu et le glaucome chronique. L'iridectomie peut être faite au moment des accès ou dans leur intervalle, surtout s'ils se renouvellent fréquemment, mais l'opération donne des résultats moins certains. Elle n'est jamais aussi urgente et peut être remplacée momentanément par des sclérotomies et des paracentèses répétées. On peut ainsi juger, suivant l'effet obtenu, du résultat qu'il est possible d'attendre de l'iridectomie. Dans tous les cas, le traitement par les myotiques ne sera pas négligé et sera combiné au traitement chirurgical (1).

(1) F. Terrien. *Chirurgie de l'œil et de ses annexes*, p. 106, Steinheil, éditeur.

c. *Glaucome chronique simple.* — On se contentera ici du traitement médical par les myotiques qui demeurent la seule ressource, car on a vu souvent l'iridectomie en pareil cas être suivie d'une diminution rapide de la vision.

Le traitement demeure donc essentiellement médical. Bien dirigé il peut maintenir longtemps l'acuité et le champ visuels intacts, ou du moins dans le même état qu'au moment où le traitement a été institué (1).

Dans d'autres cas et en dépit du traitement le plus rigoureux, le champ visuel se rétrécit et l'acuité visuelle diminue.

La question de l'intervention peut alors être discutée. Il faut ici envisager deux cas : ou bien l'élévation du tonus est appréciable et l'intervention peut amener une amélioration réelle (mais en pareil cas les myotiques exercent une action favorable), ou bien l'élévation du tonus est insensible. L'iridectomie demeure alors inefficace et peut même être funeste. Mieux vaudra recourir alors à des paracentèses très étroites ou à des sclérotomies réduites, afin de tenter en quelque sorte la susceptibilité du globe.

Enfin lorsque l'affection progresse en dépit de tous les traitements institués on peut être autorisé à tenter la résection du sympathique cervical préconisée par Jonnesco et par Abadie. L'opération est de date encore trop récente pour être jugée définitivement, mais jusqu'ici, d'après les cas rares que nous avons pu observer, les résultats ne semblent guère encourageants. L'amélioration, si tant est qu'elle existe n'est jamais durable et l'opération n'est pas exempte de complications (douleurs névralgiques, etc.). Si donc l'opération peut être tentée dans le glaucome chronique simple, alors qu'il persiste encore un certain degré d'acuité visuelle et que tous les autres moyens ont échoué, dans le glaucome absolu ou hémorragique avec perte complète de la vision, l'énucléation doit lui être préférée ; elle fera disparaître les douleurs beaucoup plus sûrement qu'elle et n'offre aucun danger (2).

(1) D'ordinaire, au moment où l'on commence le traitement par les myotiques dans le glaucome chronique simple celui-ci est toujours à un stade assez avancé, tout au moins pour l'un des deux yeux. L'affection en effet est rarement au même degré des deux côtés, et ce n'est que par hasard, alors que la vision commence à diminuer d'un côté que le malade s'aperçoit du trouble visuel de l'œil congénère, généralement très considérable. Si on instille alors les myotiques, on obtient dans les premiers jours une amélioration assez sensible de l'acuité visuelle qui, par exemple de 1/8 peut monter à 1/6 ou même à 1/4. Puis la vision demeure stationnaire et les myotiques n'ont d'autre effet (et encore dans les cas les plus favorables) que le maintien du *statu quo*.

(2) A côté du traitement propre au glaucome il y a lieu de ne pas oublier le traitement général. On connaît l'influence fâcheuse d'une mauvaise perméabilité rénale sur la rétention en général. Il résulte des recherches de Cantonnet, entreprises sous la direction du professeur de Lapersonne, que le glaucome serait amélioré tant au point de vue de l'acuité que du champ visuel par la cure de chloruration ou de déchloruration, procédés diamétralement opposés mais tendant à un but unique : modifier la concentration moléculaire et le volume des humeurs de l'œil par la mise en jeu du mécanisme régulateur de la composition du sang. On prendra donc pour base du traitement l'état de la perméabilité rénale aux chlorures ; le rein est-il perméable on fait ingérer du chlorure de sodium en commençant toujours par une dose faible afin de ne pas provoquer de rétention chlorurique brusque ; dans le cas contraire, on ferait la cure de déchloruration. (Cantonnet. *Arch. d'ophtal.*, 1904, et Th. de Paris, 1905.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1906)

Infection générale. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation adressée par M. Tillaye (de Tours). Il s'agit d'un enfant d'une douzaine d'années qui présenta successivement les accidents suivants : parotidite suppurée du côté droit, prostatite suppurée, ouverture, hémorragie secondaire grave, tamponnement, abcès multiples de l'avant-bras; l'examen du pus de ces divers abcès révéla la présence du micrococcus tétragène. L'examen de l'urine montrait des traces d'albumine. L'examen des selles ne révéla pas la présence du bacille d'Eberth; le séro-diagnostic fut nul au point de vue de la fièvre typhoïde. Pendant la production de ces divers abcès, la température resta toujours élevée. Après les abcès de l'avant-bras, survint une parotidite suppurée du côté gauche. Le pus de ces abcès ne contenait pas de bacilles. Il n'y avait donc pas plus de tuberculose que de fièvre typhoïde. A cette nouvelle parotidite, succédèrent des abcès de la jambe droite, puis il se forma un empâtement dans la région lombaire droite; il s'agissait d'un abcès périnéphrétique qui fut ponctionné et donna issue à 200 grammes de pus. Un nouvel abcès se forma du côté gauche; le pus contenait surtout des staphylocoques. La fièvre persistait toujours, même après l'évacuation du pus des abcès. Il se forma des escares au sacrum et l'enfant finit par succomber deux mois après le début de l'affection. Il s'agissait là d'une septicémie d'origine interne causée par le micrococcus tétragène. Cette variété d'infection s'observe généralement dans la gorge à la suite d'accidents d'origine douteuse. Elle est bien rarement la cause d'une infection générale et c'est en cela que l'observation de M. Tillaye présente un réel intérêt.

Kystes hydatiques du poumon. — M. TUFFIER analyse deux observations de kystes hydatiques du poumon communiquées par M. Lannoy. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante-trois ans qui présenta des signes d'épanchement pleural à la base droite. Il avait eu antérieurement de fréquentes poussées de congestion pulmonaire. On le considérait comme tuberculeux. Une ponction fut pratiquée dans le service de M. Widal; on tira un liquide clair comme de l'eau de roche. Le diagnostic de kyste hydatique fut dès lors porté et le malade fut transféré dans un service de chirurgie. M. Lannoy réséqua deux côtes, ouvrit le kyste et le vida. La membrane hydatique sortit d'elle-même dans un effort de toux. On fit le drainage et le malade guérit, mais il y eut une fistule bronchique secondaire.

Dans le second cas, c'est un homme de soixante-cinq ans qui a eu des accès d'hémoptysies, qui présente tous les signes d'un épanchement pleural gauche; on ponctionne, on tire un liquide clair comme de l'eau de roche avec des crochets; M. Lannoy résèque les huitième et neuvième côtes, pénètre dans le kyste, le vide et retire la poche. Guérison, fistule bronchique gauche.

M. Tuffier rapproche de ces deux faits l'observation suivante qui lui est personnelle : homme de trente-trois ans, pas d'hémoptysies antérieures; point de côté violent du côté gauche, dyspnée, oppression, élévation de température, tous les signes d'un épanchement pleurétique. On fait, dans le service de médecine où se trouvait ce malade, une ponction, on tire du liquide eau de roche, on fait une injection de 60 grammes de liqueur de van Swieten; cette injection est suivie d'accidents très graves, asphyxie bleue ayant nécessité une saignée. Il se fait de l'hydropneumothorax; le liquide devient purulent. M. Tuffier fait une résection totale, ouvre le kyste, l'évacue et draine. Il traite une fistule bronchique secondaire.

De ces faits, M. Tuffier conclut que la même erreur de diagnostic est toujours commise dans ce cas; on croit avoir affaire à une pleurésie avec épanchement. Ce sont les mêmes signes physiques. L'auscultation et la percussion ne donnent rien autre que ces signes. Dans aucun de ces trois cas, il n'y eut de vomique. L'examen radioscopique pourrait être de quelque utilité. D'après ces faits, on voit aussi la fréquence de la fistule bronchique secondaire. Enfin M. Tuffier insiste sur le danger des infections dans ces cas.

M. POTHERAT, dans un cas très grave qu'il a observé avec M. Œttinger, a opéré un kyste hydatique, a retiré la membrane hydatide et a constaté la coexistence de plusieurs cloisons remplies de liquide séreux. Il n'y eut pas, dans ce cas, de fistule bronchique consécutive. M. Potherat pense que celle-ci est évitée dans les cas où il n'y a pas de suppuration péri-kystique.

Nouveau procédé d'hystérectomie pour cancer de l'utérus. — Dans l'une des dernières séances, M. DUVAL nous a fait une communication fort intéressante relative à un procédé très ingénieux pour éviter toute chance d'inoculation au cours de l'ablation d'un utérus cancéreux. Il s'agissait d'une malade que M. Quénu avait opérée d'une annexité bilatérale par l'hystérectomie vaginale et l'ablation des annexes. Cette malade, quelque temps après, fut atteinte d'un épithélioma sur la cicatrice vaginale. Pour la débarrasser de cet épithélioma, M. Duval pratiqua d'abord une désinsertion du vagin au niveau de la vulve en transformant cette muqueuse vaginale en une sorte de bourse, il y enferma complètement l'épithélioma. Cela fait, il fit la laparotomie, désinséra le vagin par en haut, et enleva la bourse contenant l'épithélioma. Le succès opératoire fut parfait. A propos de ce fait, M. Duval se demande, avec raison, s'il n'y aurait pas lieu d'employer un procédé analogue pour enlever les cancers du col de l'utérus. L'opération consisterait donc à employer d'abord la voie vaginale pour désinsérer le vagin, en former une bourse dans laquelle on enfermerait le col cancéreux; de passer ensuite par la voie abdominale et d'enlever l'utérus avec son col ainsi enfermé dans cette bourse préalablement constituée.

M. FAURE discute les deux techniques, la technique courante consistant dans l'hystérectomie abdominale ordinaire pour cancer, et la technique nouvelle, ou plutôt la technique ancienne renouvelée par M. Duval.

En effet, il y a déjà longtemps qu'on a eu recours aux deux voies, à la voie vaginale et à la voie abdominale combinées pour l'ablation de certains fibromes utérins et il n'eût été que justice que M. Faure rappelât ici les nombreuses observations publiées par Péan à ce sujet. Quoi qu'il en soit, M. Faure fait observer, avec justesse, que, lorsque l'on a fait préalablement cette désinsertion vaginale par en bas, l'hystérectomie abdominale s'en trouve singulièrement facilitée.

Et en effet, nous savons tous que ce qui rend difficile l'hystérectomie par l'abdomen dans les cas de cancer du col, c'est précisément le petit volume et la profondeur de l'utérus. Or, quand on a désinséré le vagin on atteint et on attire beaucoup plus facilement l'utérus hors de l'abdomen après la laparotomie.

M. Faure a calculé que si, en moyenne, il mettait une heure passée pour pratiquer une hystérectomie abdominale dans ces cas, il ne mettait plus que 35 à 40 minutes, après cette désinsertion préalable par la voie vaginale. C'est là un avantage réel de l'opération combinée, de ce que nous appelions avec Péan, la bivoie.

Il y a dans l'intéressant rapport de M. Faure deux questions : 1° La question de l'enveloppement du cancer pour éviter toute inoculation très ingénieusement pratiqué par M. Duval dans le cas qu'il a communiqué ;

2° La question de la désinsertion vaginale préalable par en bas pour faciliter l'ablation de l'utérus par en haut. M. Faure s'est plus particulièrement occupé de la seconde question d'ordre plus général que la première.

M. Walther a eu recours plusieurs fois à cette méthode mixte de désinsertion préalable du vagin et d'hystérectomie abdominale. Il a vu un cas où cette dernière eût été impossible sans le secours de la première.

M. Hartmann établit bien nettement la distinction que nous venons de signaler entre le procédé imaginé par M. Duval et la méthode mixte sur laquelle a insisté M. Faure.

Il trouve que M. Faure a exagéré les difficultés de l'hystérectomie abdominale; que M. Hartmann nous permette de lui faire observer que cela dépend des cas.

M. Monprofit trouve intéressant le procédé proposé par M. Duval. Comme M. Faure, il reconnaît que la désinsertion vaginale préalable par la voie basse facilite l'ablation de l'utérus par la voie haute. Pour ce qui est du cancer, M. Monprofit estime que lorsqu'il s'agit de cancers étendus, il repousse ces graves interventions qui consistent dans la dissection de tout le petit bassin et qui ne mettent pas pour cela à l'abri des récidives prochaines.

M. Segond est d'accord avec M. Monprofit sur l'inutilité de ces grandes dissections dans les cas de cancer étendu. Quant au procédé opératoire de M. Duval, il le comprend très bien et l'approuve s'il est pratiqué dans le but d'éviter toute inoculation au cours de l'opération. Mais faciliter l'intervention par l'abdomen autant que le dit M. Faure, il ne faudrait pas que l'utérus fût encore fixé par les ligaments larges.

M. Quénu fait observer que le but de M. Duval n'est pas de faciliter l'hystérectomie abdominale, mais bien d'enlever un cancer aussi aseptiquement que possible, en vase clos, pour ainsi dire.

M. Faure répond à ses collègues, à MM. Monprofit et Segond, qu'il est de leur avis sur l'inutilité des opérations dans les cas de cancer étendu ; à M. Hartmann, qu'il y a des cas où on est bien aise d'avoir un moyen de faciliter l'ablation de l'utérus par le ventre; à M. Segond, que la dissection péricervicale du vagin, même sans couper les ligaments larges, permet une mobilisation très sérieuse de l'utérus.

Bec de lièvre. — M. Sebileau présente le moule de la face d'un enfant de trois ans, qui est atteint de fistule labiale et alvéolaire avec division partielle de la voûte, auquel il a fait porter un appareil prothétique ingénieux, paraît-il, car nous n'avons pu entendre un seul mot de la description faite par M. Sebileau au milieu du bruit des conversations qui éclate dès que M. le président annonce les présentations.

Ganglion suppuré. — M. Walther présente la tumeur qu'il a enlevée au malade qu'il a présenté dans la dernière séance. Était-ce un lymphadénome, un fibro-lipome ou un kyste dermoïde? Les avis étaient partagés. C'était simplement un ganglion suppuré datant de sept ans.

Kyste utérin. — M. Monod présente un utérus kystique qui a été pris et opéré pour un fibrome.

Calcul vésical. — M. Routier présente un calcul dont le point de départ est une épingle à cheveux qu'une jeune fille s'était introduite dans la vessie.

ANALYSES

MEDECINE

Contribution à l'étude des applications thérapeutiques des oxydases et des métaux ferments. (Pierre Sée. Thèse de Paris, 1905; O. Doin, éditeur.) — Cet ouvrage, qui n'a pas moins de 530 pages, constitue l'exposé le plus complet qui ait été fait jusqu'à ce jour, sur l'histoire des ferments que l'on désigne sous le nom d'oxydases et de réductases.

La première partie du volume a trait à l'étude chimique de ces ferments, ainsi qu'à leur rôle physiologique.

L'auteur étudie la question depuis son origine, et résume les théories les plus récentes aussi bien celles qu'ont émises les chimistes français, comme le professeur Emile Bourquelot et M. Gabriel Bertrand, que les étrangers tels que MM. Chodat et Bach.

La deuxième partie du livre est consacrée aux solutions colloïdales métalliques. L'auteur s'efforce d'y démontrer l'analogie qu'elles présentent avec les diastases, et relate les expériences à ce sujet. Il insiste tout particulièrement sur les travaux de MM. Bredig et Muller v. Berneck, qui montrent que les solutions métalliques méritent le nom de « ferments inorganiques ».

M. Pierre Sée indique en même temps les différents modes de préparation de ces solutions.

Enfin dans la troisième partie nous trouvons une intéressante étude sur les rapports qui existent entre la quantité d'oxydase contenue dans les organes et certains états pathologiques. L'auteur termine son travail par l'exposé des applications thérapeutiques qui ont été faites des ferments oxydo-réducteurs et des métaux en solution colloïdale. Il s'est inspiré des recherches de MM. Albert Robin et G. Bardet. Cette dernière partie est accompagnée de nombreux graphiques et d'un important index bibliographique mentionnant les travaux qui ont été faits à ce sujet en France et à l'étranger.

L. Gayard.

CHIRURGIE

Des tumeurs malignes primitives de Bartholin. (G. Chaboux. Thèse de Lyon, 1906.) — L'auteur rapporte, outre un cas personnel, 11 observations, dont 7 accompagnées d'examens histologiques, recueillies dans les littératures française et allemande, et relatives à des cancers primitifs de la glande de Bartholin. A cette occasion, il a fait, en collaboration avec M. A. Jambon, une série de recherches sur la constitution histologique de la glande normale, et apporté des modifications à la description déjà ancienne, et restée classique, de de Sinéty. Ils démontrent : 1° que la glande vulvo-vaginale n'est pas formée de grains glandulaires disséminés dans le tissu de la grande lèvre, mais forme un tout homogène complètement distinct, et entouré d'une capsule conjonctive; 2° qu'il n'y a pas de faisceaux musculaires striés dans la glande. Il n'y a que quelques fibres lisses autour des gros canaux vecteurs.

L'auteur décrit les différentes formes cliniques de ces

tumeurs, assez rares, souvent consécutives à des bartholinites chroniques; la marche est, en général, rapide, les récidives fréquentes dans les glanglions inguinaux. L'ablation précoce et large s'impose, et l'intervention doit se compléter d'un curage minutieux du pli inguinal. L. GAYARD.

NEUROLOGIE

Preuve de l'existence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien à l'aide du microscope polarisant. (DOUATH. *Revue neurologique*, 28 fév. 1906.) — L'emploi du microscope polarisant permet de déceler les plus petites quantités de choline existant dans le liquide céphalo-rachidien; or on sait l'importance de cette constatation : l'auteur dans un précédent travail faisait ressortir d'une part, la présence de la choline dans l'épilepsie, et de l'autre, l'action convulsivante de cette substance. Actuellement, il décrit un procédé malheureusement un peu compliqué, pour rechercher la choline par le microscope polarisant. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons (1), par L. RÉNON.

Les *Conférences pratiques* de M. Rénon se divisent en deux parties : la première est consacrée aux *maladies du cœur et des vaisseaux*, la seconde, aux *affections du cœur et des poumons*.

La première partie débute par un exposé très clair de la *question des chlorures*. Après avoir rappelé les recherches récentes sur le rôle du chlorure de sodium chez l'individu sain et chez l'individu malade, après avoir décrit la rétention chlorurée ordinaire, la rétention chlorurée sèche et la rétention azotée, M. Rénon aborde l'étude du régime déchloruré, avec ses avantages, ses inconvénients et ses indications. Cette question si importante pour le praticien, et sur laquelle il existe encore peu de travaux d'ensemble, a été l'objet de soins tout particuliers de la part de l'auteur.

L'*alimentation des cardiaques* figure également au nombre des questions qui intéressent le plus le médecin. M. Rénon montre, dans cette leçon, les bienfaits que l'on peut retirer du régime déchloruré ou hypochloruré, et du régime lacto-végétarien, confirmant ainsi l'adage connu de M. Huchard : « Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale. » Relativement à la *vie des cardiaques*, M. Rénon admet, avec Potain, Vaquez, Vinay et Huchard, la nécessité de reviser la loi de Peter et de l'interpréter toujours dans un sens très libéral.

Parlant ensuite des *grandes médications cardiaques*, M. Rénon invoque encore ce principe qu'il n'existe pas de maladies où une médication rationnelle ait autant d'action que dans les affections cardiaques, et, après avoir décrit successivement les hypotenseurs, les eusystoliques et les sédatifs, consacre encore quelques lignes à la thiosinamine, envisagée comme médicament pathogénique des fibroses cardiaques.

Les autres conférences qui constituent la première partie ont trait à des cas cliniques intéressants, et généralement mal connus : *cachexie cardio-rénale*, *anévrisme aortique d'origine rhumatismale*, *cachexie anévrismatique*, *cardio-sclérose*, etc.

(1) In-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Signalons particulièrement la *pleurésie droite des cardiaques*, dont l'auteur s'est occupé à diverses reprises, et dont il souligne avec soin le caractère insidieux, qu'elle apparaisse au cours des cardiopathies artérielles ou des affections valvulaires, et la question brûlante de l'*anesthésie générale chez les cardiaques*, où l'auteur, avec l'unanimité de ses confrères, démontre le peu de valeur des arguments invoqués par le fameux jugement de Château-Thierry.

Dans la seconde partie du livre, M. Rénon s'occupe d'abord des *congestions pulmonaires*, sujet sur lequel on peut, même aujourd'hui, dire encore quelque chose d'intéressant, de la *pneumonie des alcooliques*, de la *pleurésie rhumatismale*. Le reste des leçons est consacré à l'étude de la *tuberculose pulmonaire*. Clinique, cette étude envisage successivement les *rapports de la tuberculose avec la syphilis*, *le diabète*, *la pneumonie franche*, *l'emphysème*, *la grossesse thérapeutique*; elle nous fait connaître les idées de l'auteur sur les résultats de l'*alimentation supplémentaire raisonnée*, des *médications antituberculeuses*, et, en particulier, de la recalcification des tuberculeux (Ferrier); sur le *traitement précoce de la tuberculose pulmonaire chronique*; sur les *méthodes thérapeutiques à opposer* aux *hémoptysies* et à la *fièvre des tuberculeux*.

Telles sont, très rapidement esquissées, les grandes lignes du livre de M. Rénon; par la clarté de l'exposition, par le souci de la documentation, par l'esprit clinique qui les anime, les *Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons* font le plus grand honneur au jeune maître qui s'y révèle, une fois de plus, thérapeute habile et clinicien consommé. L. BABONNEIX.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LES MODIFICATIONS CHIMIQUES DU LAIT DE FEMME, SOUS L'INFLUENCE DE L'EXTRAIT DE GRAINES DE COTONNIER

Nous avons déjà rapporté la communication faite par M. Barlerin (de Paris) à l'Académie de médecine, au sujet d'intéressantes observations recueillies au dispensaire de M. Variot à Belleville (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 34, p. 403).

Le professeur N. Charles (de Liège), revenant sur ce sujet, dans son *Journal d'accouchements* expose qu'il a essayé tous les moyens préconisés pour augmenter la sécrétion lactée en quantité et en qualité. Le résultat a toujours été nul ou insignifiant.

Il a recommencé ses expériences avec le *lactagol* (extrait de graines de cotonnier), le même produit qui avait été employé par M. Barberin, et depuis six mois il a constaté, dans un grand nombre de cas, l'efficacité non douteuse et le plus souvent remarquable de ce nouveau galactogène.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 19, 10 mai 1906.) David W. Cheever : 1806-1906. Le centenaire de la « Boston Medical Association ». — James C. White : Le passé de la « Boston Medical Association ». Les changements dans les règles déontologiques. — George M. Gould : Une biographie clinique de Tchaïkovsky (*à suivre*). — Farrar Cobb : Le traitement des pseudarthroses du col du fémur par les opérations. Une observation. — A. L. Benedict : Etude sur les régimes alimentaires.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 24 mai 1906.) Ledderhose : Diagnostic et traitement du pied plat. — Herxheimer : Pancréas et diabète. — Martin : Un cas de fièvre typhoïde et de dysenterie amibienne associées, compliquées d'abcès du foie et de la rate. — Riese : Opération pendant la maladie de Barlow. — Hirsch : Un cas de blessure du médian avec troubles trophiques rares. — Busalla : Phénomène curieux du côté du pouls pendant une hémorragie interne. — Matté : Trépanation du labyrinthe et curetage du vestibule à cause de bruits subjectifs insupportables dans la sclérose de l'oreille moyenne. — (N° 22, 31 mai.) Lewin : Sur les doses maxima des médicaments qui ne sont pas indiqués dans les livres de médecine allemande. — Lydia Rabinowitch : Sur la tuberculose spontanée des singes. — Hoffmann et Beir : Nouvelles recherches sur la présence du spirochæte pallida dans les tissus. — Krœnitz : Sur la présence de spirochètes de différentes formes dans le contenu gastrique au cours du carcinome de l'estomac. — Alexander et Schlesinger : Sur l'emploi de la réaction dermoïde de Sahli. — Richartz : Sur la goutte viscérale et en particulier sur la forme gastro-intestinale. — Boveri : Action de l'iode sur l'athérome de l'aorte d'origine adrénalienne. — Riese : Kystes hydatiques solitaires du mésentère. — Seeligmann : Sur un cas de grossesse ectopique abdominale avec insertion du placenta à la face inférieure du foie et de la vésicule biliaire. — Canon : Les injections à la période aiguë de la blennorragie de l'homme sont-elles un moyen de traitement rationnel?

Medical Record. — (Vol. LXIX, n° 16, 21 avril 1906.) Georges Loper : Conditions atmosphériques dans le chemin de fer souterrain de New-York. — Robert Abbe : Explosion d'un tube de radium. — Rockwell : Radiothérapie. — Heinrich Stern : Traitement de la gangrène diabétique. — Harmon Smith : Œdème laryngé. — Wolbarst : L'épreuve du « cathétérisme en trois verres » : méthode pratique pour identifier et séparer les excreta de l'urètre et de la vessie au cours de l'urétrite. — (N° 17, 18 avril.) Neumann : Etiologie des rechutes dans la syphilis. — Croftan : Insuffisance hépatique; causes, diagnostic, signification et traitement. — Samuel Gant : Traitement de la fissure anale. — A. Drew : Forme commune de l'aliénation. — Nammach : Traitement pratique de la fièvre typhoïde. — Marx : Diagnostic précoce et traitement des infections puerpérales. — Hess : Détermination de l'absence de l'acide chlorhydrique par un examen simple des selles. — Livengood : Diabète sucré chez les enfants. — (N° 18, 5 mai.) Robert Morris : Greffe ovarienne hétéroplastique suivie de grossesse et la mise au monde d'un enfant vivant. — Wadsworth : Signification pratique de notre connaissance des bactéries dans leurs rapports avec la pneumonie. — Schlapp : Un cas de syringomyélie avec macrosomie partielle. — Montgomery Hunt Sicard : Manifestations rhumatismales chez l'enfant. — Francis Walk : Formation d'un cul-de-sac pour œil artificiel. — Charles Goodman : Etranglement de l'intestin grêle à travers un orifice de l'épiploon. — A. Boot : Corps étranger de l'orbite. — (N° 19, 12 mai.) Fox Frissel : Etiologie du rhumatisme aigu. — Allen Star : Apoplexie cérébelleuse. — Melvin Burnham : L'Etat et les sanatoriums contre la tuberculose. — Wasson : Cirrhose atrophique du foie avec observation de deux cas. — Joseph N. Study : A propos du diagnostic. — (N° 20, 19 mai.) Van R. Hoff : La Croix-Rouge russe. — Francis Kinnicut : Traitement des affections chroniques du cœur par la méthode de Nauheim; ses indications et ses contre-indications. — Von Raitz : Traitement du tabes dorsalis. — S. Billings : Inspection sanitaire de la tuberculose pulmonaire et des autres maladies contagieuses par le service de santé de la ville de New-York. — Seymour Emans : Un cas d'inversion complète de l'utérus.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 22 mai 1906.) Weil et Nakajama : Sur la présence d'antituberculine dans le tissu tuberculeux. — Schickele : Sur la connaissance et l'appréciation de l'avortement criminel. — Rosenstern : Recherches sur les échanges dans la leucémie pendant la radiothérapie. — Walz : Diagnostic de l'atrésie congénitale de l'intestin grêle, recherche du méconium. — Scheibe : Traitement des otites moyennes en rapport avec leurs différentes étiologies. — Gerlach : Recherches sur le neuronal chez les aliénés. — Lindemann : Recherche de l'acide acétique dans l'urine. — Kuhn : Technique de la stase de Bier. — Uffenheimer : La psychologie médicale; son application au traitement et à l'éducation des idiots congénitaux. — (N° 22, 29 mai.) Dieudonné : Immunisation active contre les maladies infectieuses. — Fornet : Contribution à la recherche des bacilles typhiques dans le sang. — Lœle : Emploi du formol dans le procédé d'Ulenluth. — Köster : Sur un cas de polycythémie; contribution à l'étiologie de la migraine ophtalmique. — Martin : Un cas d'opération césarienne dans un ileus par adhésion. — Bier : Sur l'histoire de l'anesthésie lombaire. — Fink : Salles de repos pour les lithiasiques biliaires. — Gebele : Rapport annuel de l'ambulance de la clinique chirurgicale de Münich. — Arneth : Remarque sur la radiothérapie dans la leucémie. — Rosenstern : Recherches sur les échanges dans la leucémie pendant la radiothérapie (*fin*). — (N° 23, 5 juin) Hahn : Les endotoxines cholérique et typhique. — Wolf Eisner : L'hyperémie de stase de Bier au point de vue des endotoxines. — Theilhaber : Procédé pour diminuer les possibilités de l'infection dans les opérations sur la cavité abdominale. — Schilling : Sur la mesure de la pression sanguine. — Körig : Traitement de l'hypertrophie de la prostate. — Levinger : Grossesse et tuberculose laryngée. — Künig : Paralysie spinale durable après l'anesthésie lombaire. — Rœder : Deux cas de paralysie de l'abducens gauche après anesthésie lombaire. — Heller : Sur une affection fébrile inexpliquée avec les plus hautes températures mesurées jusqu'à maintenant. — Frank : Sur la déchirure à l'aponévrose d'extenseur des doigts. — Köster : Sur la polycythémie; contribution à l'étiologie de la migraine ophtalmique (*suite*).

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 20, 20 mai 1906.) Imredy : Quelques remarques sur l'estomac en sablier. — Remete : Un cas de paraplégie après une lithotomie suprapubienne. — (N° 21, 27 mai.) Tudös : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — Imredy : Quelques remarques sur l'estomac en sablier (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 69. — MARDI 19 JUIN 1906. 79e ANNÉE. MARDI 19 JUIN 1906. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgiens des hopitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance de lecture du 18 juin 1906 : MM. Mouchet, 27; Grégoire, 24; Iselin, 23.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 20 juin, à huit heures du matin, à la Charité.

— Concours de l'externat. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 mai 1907, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu, le lundi 17 septembre 1906, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du mercredi 1er août au vendredi 31 août inclusivement.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1906-1907. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé aux jours et heures ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1906-1907, le mercredi 27 juin 1906, à deux heures.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

GUERRE. — Armée territoriale. — Sont portés au tableau de concours pour la Légion d'honneur :

Pour le grade d'officier. — M. le médecin-major de Cours.

Pour le grade de chevalier. — M. le médecin-major Ricard; — M. le médecin aide-major Zuccarelli.

LES ÉTUDES DES DERNIERS DISPENSÉS. — Pour tenir compte du tort que causerait à beaucoup des derniers dispensés (art. 23 de l'ancienne loi militaire) incorporés depuis peu l'interruption complète de leurs études pendant un an, le ministre vient de donner des instructions, prescrivant notamment ce qui suit :

Les généraux commandant les corps d'armée les feront changer de corps, s'il est nécessaire, afin de les placer dans la ville où ils ont à subir des examens ou à proximité. De courtes permissions seront accordées pour passer ces examens sur le vu d'un certificat délivré par l'autorité compétente, indiquant le genre d'examen et la date. Mais aucune autre exemption de service ne sera donnée.

Si de courtes permissions étaient insuffisantes pour ces examens, l'annulation de l'engagement serait prononcée, sous réserve que la demande d'annulation aura été faite le 20 juin au plus tard.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 20, 17 mai 1906.) Francis P. KINNICUT : Le traitement des maladies chroniques du cœur par la méthode de Nauheim. Ses indications et contre-indications. — Charles E. QUIMBY : Le traitement des maladies organiques du cœur par le cabinet pneumatique (avec 7 figures). — Fred'k C. SHATTUCK : La déplétion dans les maladies du cœur. — Franz PFAFF : L'usage et l'abus de la digitale. — George M. GOULD : Une biographie clinique de Tchaïkovsky (*suite* du n° 19, p. 517). — (N° 21, 24 mai.) J. S. BILLINGS : La fièvre typhoïde dans la ville de New-York pendant l'année 1905 (avec 3 tableaux). — Robert W. LOWETT : Remarques sur l'infection des articulations. — Ralph C. LARRABEC : L'enseignement de l'hématologie (avec 1 figure). — C. Chittendon HILE : Le prurit anal, son origine et son traitement. — Charles P. SYLVESTER : Un cas de psoriasis guéri par une laparotomie et un curetage.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 57, 13 mai 1906.) Spiro LIVIERATO : A propos d'un cas d'anévrisme sacciforme de l'artère hépatique. — Ivo BANDI et Francesco SIMONELLI : Parasitisme cellulaire dans la syphilis. — Salvator DIEZ et G. CAMPORA : Contribution expérimentale à la leucothérapie dans les infections péritonéales. — Giuseppe CONFORTI et Tito BORDONI : Contribution à la pathologie des adénites cervicales suppurées aiguës de la première enfance. — Nicolini FEDERICI : Le choix des anesthésiques. — (N° 60, 20 mai.) Gioacchino BRECCIA : Sur un cas de maladie de Roger compliqué d'insuffisance aortique ayant évolué sans symptômes. — Ernesto SKULTECKI : Contribution à la chirurgie du poumon. — Ernesto PESCI : Sur la valeur hypotensive du veratrum viride. — Alfredo TOGNETTI : Un réactif nouveau et extrêmement sensible de l'albumine dans l'urine. — (N° 63, 27 mai.) Guido TIZZONI et Alessandro BONGIOVANNI : A propos de l'action du radium sur le virus rabique. — Augusto GALLUZZI : Contribution clinique à l'étude de la pneumonie fibrineuse traumatique. — Pasquale Castiglione MORELLI : Un nouveau procédé pour réparer les pertes de substance osseuse. — Alessandro BONGIOVANNI : Action malarigène des macérations de chanvre. Etudes sur l'origine et les conditions de production des toxines larvicides. — (N° 66, 3 juin.) Prof. Olimpio COZZOLINO : Les vues contemporaines sur l'étiologie [et la pathogénie des affections gastro-intestinales des enfants et en particulier des nourrissons. — Prof. MARIANI : Sur un cas d'apoplexie spinale. — Prof. RIVA-ROCCI : Le diagnostic et le pronostic des affections cérébrales aiguës. — F. STINELLI : Abcès éberthien sous-capsulaire du rein. — Alberto SANTA-MARIA : Un cas d'amaurose consécutif à l'extraction d'une dent.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Mai 1906.) GANGHOFNER : Utilisation en thérapeutique infantile de la tuberculine. — TORDAY : Ulcère duodénal chez les nourrissons. — HECKER : Extension de l'alcoolisme chez les enfants des écoles ; ses résultats ; — THEODOR : Sténose laryngo-trachéale, avec relation d'un cas guéri par l'extirpation du thymus. — KŒPPE : Alimentation avec « l'aliment hollandais pour les nourrissons ». — ROSENFELD : Mortalité élevée des enfants illégitimes.

Medizinische Blatter. — (N° 20, 19 mai 1906.) VELICH : Contribution à l'étude de l'action de la nicotine, cocaïne, piperidine et de l'adrénaline sur les vaisseaux sanguins. — HELLSTRÖM : Rougeole et diphtérie. — WEISS : Conséquences thérapeutiques de la pathogénie des arthrites aiguës multiples. — (N° 22, 2 juin.) VELICH : Contribution à l'étude de l'action de la nicotine, cocaïne, piperidine et adrénaline sur les vaisseaux sanguins (*suite*). — HELLSTRÖM : Rougeole et diphtérie (*suite*). — HAMBURG : Composition et propriétés des extraits de malt ; leur importance comme aliment.

Policlinico. — *Section médicale.* — (Fasc. V, mai 1906.) Nicola PENDE : Le liquide céphalo-rachidien dans quelques cas de fièvre malarienne pernicieuse. — Gino DE PASCALIS : La syphilis dans la pathogénie du tabes dorsal. — Pr. Camillo POLI : Le syndrôme d'Avellis. — Alessandro SALERNI : Des relations entre la fonction menstruelle et les maladies mentales. — Ernesto RUBERTI : Image visuelle cérébrale ou image visuelle réflexe ? — *Section chirurgicale.* — Giuseppe ZIRONI : Contribution expérimentale au traitement chirurgical des néphrites. — Annibale PASSAGGI : La gonadiparthrite chronique d'origine traumatique et son traitement. — Umberto ALEGIANI : Mobilité anormale acromio-claviculaire compensant la rigidité de l'articulation scapulo-humérale. Contribution à l'étude de la mécanique des mouvements de l'articulation de l'épaule.

Riforma medica. — (N° 19, 12 mai 1906.) E. DE RENZI : A propos de deux cas de leucémie traités par les rayons Röntgen. — Guido TIZZONI et Alessandro BONGIOVANNI : A propos du mode d'action du radium sur le virus rabique. — Tomaso SECCHI : Observations cliniques sur les arthrites blennorragiques et leur traitement par la méthode de Bier. — (N° 20, 19 mai.) Umberto BACCARANI : Contribution à l'étude de l'infection staphylococcique. — A. B. GIANASSO : L'urobilinurie dans la chloronarcose. — Tomaso SECCHI : Observations cliniques sur les arthrites blennorragiques et leur traitement par la méthode de Bier (*suite*). — (N° 21, 26 mai.) Antonio COLETTI : Contribution à l'étude des corps organiques libres dans la cavité de la séreuse testiculaire. — Umberto BACCARONI : Contribution à l'étude de l'infection staphylococcique. — (N° 22, 2 juin.) Mario SEGRI : Contribution à la chirurgie de la vésicule biliaire et du canal cystique. — Umberto BACCARONI : Contribution à l'étude de l'infection staphylococcique (*suite*). — Ferdinando FAZIO : Mélanosarcome du foie consécutif à un mélanosarcome de la choroïde.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 21, 24 mai 1906.) DETRE : Sur la présence d'anticorps spécifiques et de leurs antagonistes chez les syphilitiques. — KRAUS et VOLK : Etudes sur l'immunité dans la syphilis et dans la vaccination contre la variole. — MÜLLER et SCHERBER : Sur la balanite érosive circinée et sur la balanite gangréneuse. — PASSINI : Les substances empêchantes bactériennes de Conradi et leur influence sur le développement des anaérobies de l'intestin. — BLOCH et REITMANN : Recherches sur les échanges dans la sclérodermie. — FAVARGER : Sur la question de l'intoxication chronique par le tabac. — MORO : Les réflexes du visage chez les nourrissons. — (N° 22, 31 mai.) KRAUS : Sur les poisons du vibrion cholérique et des vibrions voisins. — NOBL : Sur l'immunité vaccinale. — FISCHER : Sur un amincissement particulier des fémoraux de la moelle dans l'écorce cérébrale, dans la paralysie. — VELICH : Etude sur l'influence du système nerveux sur le pouls. — ULLMANN : Mes résultats avec le sérum antituberculeux de Marmorek.

Tribune médicale. — (N° 17, 5 mai 1906.) PIQUANT : Diagnostic des fibro-myomes de l'utérus. — Ch. ESMONET : Sur la pathogénie de l'entéro-colite. — (N° 18, 22 mai.) PIQUANT : Diagnostic des fibro-myomes de l'utérus.

LES TROUBLES DE L'INTESTIN
CHEZ LES TUBERCULEUX
ÉTUDIÉS A L'AIDE DES MÉTHODES NOUVELLES DE COPROLOGIE CLINIQUE

Par le docteur René GAULTIER,
Chef de clinique médicale adjoint à l'Hôtel-Dieu.

I

Symptômes. Diagnostic. — Les troubles intestinaux des tuberculeux, conséquences des défauts de sécrétion ou des vices d'absorption, échappent encore la plupart du temps à notre appréciation directe, et ne peuvent être soupçonnés que par une indication toujours un peu vague, basée sur l'analyse physiologique des symptômes (Jaccoud). Aussi serait-il assurément intéressant, fait remarquer M. Girode dans sa thèse, de préciser les caractères chimiques de la diarrhée tuberculeuse, de déterminer sa composition, surtout au point de vue des déchets organiques, pour remonter des symptômes à l'appréciation des lésions. C'est ainsi que par des méthodes analogues, grâce *au chimisme stomacal*, les dyspepsies gastriques des tuberculeux ont pu être nettement définies; les *méthodes coprologiques* permettent à l'heure actuelle de combler cette lacune pour les dyspepsies intestinales, et de répondre au désir formulé dans la thèse de M. Girode.

Notre méthode coprologique (1) s'appuie d'abord sur un *repas d'épreuve* logiquement composé, mettant en jeu l'activité spéciale des différentes glandes digestives dont on désire connaître la valeur fonctionnelle. Ce repas d'épreuve comprend :

Pain blanc	100	grammes.
Viande de bœuf	60	—
Beurre	20 à 30	—
Lait	3 à 500	—
Pommes de terre	100	—

Ensuite elle nécessite l'emploi d'un moyen commode de *délimiter* aussi exactement que possible les résidus fécaux correspondant à ce repas, moyen qui consiste dans l'emploi de poudre de carmin administrée sous forme de cachets, au commencement, au milieu et à la fin du repas.

Les fèces ainsi délimitées, recueillies, sont examinées au point de vue physiologique de la durée de la traversée digestive, au point de vue des caractères physiques généraux, au point de vue macroscopique, microscopique, chimique, au besoin bactériologique; et de ce *syndrome coprologique*, ainsi constaté, peuvent être tirées des conclusions diagnostiques suivant des formules au préalable bien établies.

A. Diarrhées acides du début. — Ainsi envisageant par période les troubles intestinaux de la tuberculose, nous verrons tout d'abord que ces diarrhées du début, que Graves considérait comme des sueurs internes, ne sont pas plus des diarrhées *d'excrétion* qu'elles ne sont des diarrhées *nerveuses* ou des diarrhées d'absorption, et qu'elles nous ont semblé être le plus souvent des *diarrhées de sécrétion*, par défaut de bile, de sucs pancréatique et intestinal, lié à l'hyperacidité gastrique du début de la tuberculose, revêtant le type de *diarrhées acides*. En voici du reste le syndrome clinique et le syndrome coprologique.

Syndrome clinique. — Les malades qui en sont atteints ont l'appétit plus ou moins conservé, la langue saburrale, les garde-robes ont une âcreté particulière qui irrite la région anale et sont acides au papier tournesol. Il existe des épreintes, des flatulences, des gaz intestinaux; peu à peu les malades prennent une teinte jaune terreux de la peau, les forces s'en vont, et ils s'amaigrissent considérablement.

Syndrome coprologique. — Traversée digestive raccourcie. Abondance des fèces, mal liées, composées de parties dures et de parties liquides; coloration jaune clair ou grisâtre, tenant à la présence d'une petite quantité de bile mal colorée, et aussi à l'abondance des graisses. On peut voir facilement à l'œil nu des restes de nourriture mal digérés, mais on n'y rencontre ni glaires, ni pus, ni sang. L'examen microscopique montre la présence d'assez nombreuses fibres musculaires

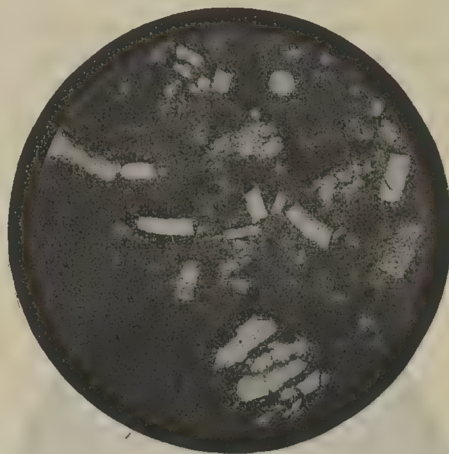


Fig. 1. — *Nombreux résidus de fibres musculaires non digérées dans les fèces* (1).

striées, et de blocs d'albumine coagulée, des gouttes de graisses en abondance, avec quelques rares cristaux d'acides gras et de savons. La réaction est franchement acide. Le rapport du poids des substances fraîches au poids des substances sèches est renversé. L'utilisation des graisses apparaît au point de vue chimique comme très défectueuse et le rapport des graisses neutres aux graisses dédoublées est également renversé. L'utilisation des hydrates de carbone est relativement bonne; les albuminoïdes excrétés sont augmentés dans des proportions variables.

B. Phase d'atonie gastro-intestinale. — Mais cette diarrhée fréquente du début que nous venons

(1) R. Gaultier. *Technique de l'exploration du tube digestif* (Actualités médicales), Paris 1905; — *De l'exploration fonctionnelle de l'intestin par l'examen des matières fécales*, Thèse de Paris, 1905.

(1) Ces figures sont extraites du *Précis de coprologie clinique* du docteur René Gaultier, qui va paraître à la librairie Baillière, Paris 1906. Nous remercions le docteur Georges Baillière d'avoir bien voulu nous les communiquer.

de décrire n'est pas la seule variété que l'on puisse constater. Elle peut se montrer à une époque plus ou moins éloignée de la tuberculose pulmonaire, mais au fur et à mesure de l'évolution des lésions, le type clinique change. Aux troubles fonctionnels observés à la phase précédente s'adjoignent des troubles lésionnels, et il n'est pas rare de pouvoir constater à ce moment tous les symptômes d'une *entérite catarrhale* vulgaire qu'a précédée ou que suit une phase d'*atonie gastro-intestinale*, bien particulière aux phtisiques.

Syndrome clinique. — Cette atonie gastro-intestinale est manifestée cliniquement par la perte d'appétit, la langue est saburrale; les digestions sont lentes et pénibles, avec sensations douloureuses plusieurs heures après le repas, douleurs plutôt péri-ombilicales et sus-ombilicales qu'épigastriques, s'accompagnant de météorisme abdominal, et se terminant souvent par une véritable débâcle de gaz intestinaux. Une pseudo-constipation est souvent observée ; les selles sont pâles, décolorées, gris jaunâtre, indiquant l'acholie plus ou moins considérable; il semble qu'il n'y ait plus de diarrhée, et cependant ce phénomène existe encore plus ou moins accentué ; ce qui trompe, c'est qu'il y a atonie du gros intestin qui se laisse distendre sous l'influence des matières fécales ; il y a, pourrait-on dire, une diarrhée sans selles : l'examen coprologique nous en montre l'existence et du même coup en caractérise la nature.

Syndrome coprologique. — Traversée digestive prolongée. Fèces abondantes composées de parties dures et de parties molles ; l'examen macroscopique permet de reconnaître souvent des restes de nourriture non digérés, mais ici on ne trouve point trace de mucus, de glaires, de pus ou de sang. L'examen microscopique révèle une certaine abondance de graisses, sous forme de gouttelettes de graisses neutres et

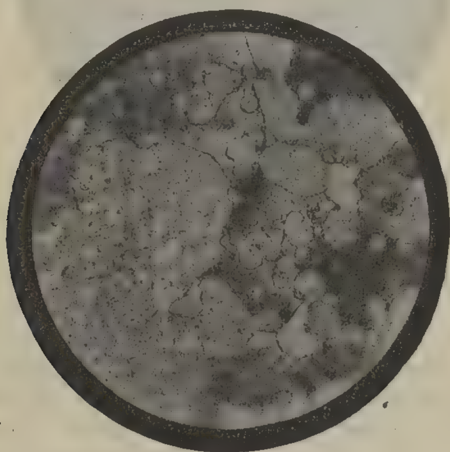


Fig. 2. — *Abondance de gouttelettes de graisses dans les fèces.*

aussi de cristaux d'acides gras et de savons, on rencontre également fréquemment des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, indices de fermentations putrides. La réaction est souvent acide ; le rapport du poids des fèces sèches au poids des fèces fraîches est modifié, tantôt il y a diminution de la quantité d'eau avec augmentation du poids des substances sèches, tantôt inversement il y a augmentation de la quantité d'eau et diminution du poids des substances sèches, constatations qui rendent compte de cet état mal cohérent que nous avons signalé plus haut. La quantité de graisses du repas d'épreuve est beaucoup moins bien utilisée qu'à l'état normal, et l'on trouve parmi celle-ci une assez grande quantité de graisses neutres qui n'ont pas subi de décomposition ; les hydrates de carbone sont en général bien assimilés ; les albuminoïdes sont souvent augmentés.

C. Entérite dite catarrhale. — Dans d'autres cas c'est l'*entérite catarrhale* simple, prélude de l'entérite tuberculeuse qu'on observe souvent à la phase terminale.

Syndrome clinique. — C'est l'entérite catarrhale avec douleurs entéralgiques continues, ou accompagnées de tiraillements et d'expulsion comme cela se voit dans la simple colique, qui, elle, est une douleur intermittente, tormineuse et expulsive.

Syndrome coprologique. — Les selles encore fréquentes, plus ou moins dures, mal cohérentes, composées de parties dures et de parties molles, souvent enrobées de mucus visible à l'œil nu, accompagnées de glaires, souvent de filets de



Fig. 3. — *Grande quantité de mucus et gouttelettes de graisses dans les fèces.*

sang. Ici le syndrome coprologique confine à celui de l'entérite tuberculeuse proprement dite, car il exprime, joints à des troubles de sécrétions glandulaires, des troubles plus ou moins marqués d'absorption intestinale. En effet macroscopiquement, microscopiquement et chimiquement on trouve de nombreux déchets alimentaires, mais en ce qui concerne les graisses on peut dire que celles-ci se montrent le plus souvent dans un état de dédoublement voisin de la normale, tandis que les hydrates de carbone sont rendus en proportions notables ainsi que les éléments albuminoïdes. L'absence de pus, de grandes quantités de cristaux d'hématoïdine, c'est-à-dire de sang, de cellules épithéliales desquamées, de bacilles de Koch en grande abondance, font écarter le diagnostic d'entérite tuberculeuse ulcérative, tandis que la présence de mucus de glaires permet celui d'entérite catarrhale.

D. Entérite tuberculeuse ulcérative. — C'est souvent l'*entérite tuberculeuse ulcérative* que l'on observe à la dernière période de la tuberculose pulmonaire chronique et qui complique les formes précédentes.

Syndrome clinique. — Elle se caractérise par une diarrhée abondante, persistante, diarrhée de long cours, si bien décrite par Louis et Chomel, souvent précédée de douleurs continues

et comme névralgiques, généralisées à tout l'abdomen, douleurs très violentes que réveille l'ingestion de certains aliments, se localisant dans les flancs à droite et à gauche augmentées par la pression, souvent aussi à la décompression, quand la main s'écarte brusquement du ventre qu'elle vient d'explorer.

Syndrome coprologique. — Les matières sont noirâtres comme du mélæna, c'est une diarrhée noire, dit Girode; elles dégagent une odeur putride et présentent à leur maximum le syndrome coprologique des troubles de l'absorption intestinale, ébauchés seulement dans le cas d'entérite catarrhale. Ainsi raccourcissement de la durée de la traversée digestive, abondance des matières liquides, d'odeur infecte, nombreuses particules alimentaires non digérées reconnaissables macroscopiquement et microscopiquement et surtout cellules de pus, globules sanguins, mucus en abondance, cristaux de Charcot-Leyden. Augmentation de la quantité d'eau par rapport au poids des substances sèches, grandes quantités de graisses plus ou moins dédoublées, azote total considérablement augmenté. La recherche du bacille de Koch pratiquée suivant le procédé indiqué par Anglade et Chocraux ou suivant la méthode du professeur de Nabias souvent positive, tout permet d'établir un diagnostic que la clinique laissait déjà facilement entrevoir.

C'est à cette période aussi que s'observent ces *diarrhées dites colliquatives* telles qu'on les rencontre dans la période ultime des carcinomes gastriques ou dans le cours de la septico-pyohémie. En pareil cas le ventre n'est pas sensible, il ne survient pas de coliques; le sang n'apparaît jamais dans les évacuations qui sont liquides et blanchâtres; et le malade présente en même temps par ailleurs des symptômes de maladie amyloïde dont cette diarrhée est l'expression clinique comme le prouve l'examen anatomo-pathologique des artères intestinales en pareil cas.

II

Thérapeutique fonctionnelle. Régime rationnel. — A. Thérapeutique. — Ainsi par l'examen des fèces pourra être établi d'une façon plus certaine le diagnostic des troubles intestinaux observés; à les combattre pourra être adoptée une thérapeutique fonctionnelle basée sur l'interprétation pathologique raisonnée que seul il permet de faire avec sûreté.

Aux diarrhées acides, on pourra remédier d'une part en saturant l'estomac par des poudres alcalino-terreuses, d'autre part en enrayant les fermentations intestinales par un médicament approprié tel que le peroxyde de magnésium (1), qui agit fort bien en milieu acide; enfin en cherchant, tout en respectant l'hyperfonctionnement de l'estomac, à solliciter les fonctions biliaires et pancréatiques par leurs excitants naturels, les aliments, car nous l'avons montré ailleurs par de nombreuses expériences, c'est l'alimentation en proportion réglée qui est le meilleur régulateur des fonctions intestinales.

Aux symptômes d'atonie gastro-intestinale, c'est encore le régime que l'on opposera avec le plus de chances de succès. Dans ce cas tout le tube digestif est en hypofonction. Pas plus qu'il ne faudra donner à ce moment l'acide chlorhydrique ou la pepsine, pas plus il ne faudra substituer la pancréatine au suc pancréatique déficient; ce serait diminuer encore le travail de l'estomac et de l'intestin, ce serait aller à l'encontre du but désiré, qui est au contraire de le solliciter par les moyens les plus appropriés. On emploiera pour cela les aliments convenablement choisis, joints aux excitants gastriques et intestinaux: la teinture de noix vomique, les gouttes amères de Baumé, la belladone, le podophyle et encore la médication acide duodénale (acide tartrique dans des capsules de gluten digérées seulement dans l'intestin); il faut encore ajouter à cette liste l'eau de Vichy (Hauterive), l'hydrothérapie et l'électrisation.

Aux malades qui auront la diarrhée catarrhale, avec rejet de mucus, de glaires, diarrhée surajoutée à l'atonie gastro-intestinale et coïncidant avec des coliques plus ou moins violentes, on donnera un régime de purée de viandes, de pâtes, de laitage; on adjoindra les opiacés, les laxatifs doux, l'hydrothérapie chaude.

Pour ceux qui seront arrivés à la période d'entérite ulcéreuse, on déploiera tout l'arsenal thérapeutique, opium, diascordium, bismuth, tannin, ratanhia, nitrate d'argent, acide lactique, silicate de magnésie ou encore bleu de méthylène qui dans ces dernières années a été préconisé par M. Rénon comme un des moyens les plus efficaces contre les diarrhées tuberculeuses ulcéreuses. Le lait et la viande crue constitueront leur régime.

B. Régime. — Cet examen des fèces permet encore de mesurer après un repas d'épreuve la capacité digestive individuelle d'un tuberculeux et d'établir en conséquence le *régime alimentaire* qui lui convient. L'augmentation de poids d'un phtisique ne renseigne qu'incomplètement sur le point de savoir s'il est bien ou mal alimenté, car il peut gagner en eau ce qu'il perd en albumine et en graisse; il est vrai que l'analyse des urines en tenant compte des coefficients des P. Bouchard et Albert Robin peut nous renseigner sur ce point. Il nous semble qu'on pourrait avec facilité, par un examen méthodique des fèces, juger du degré d'utilisation des aliments, et de là calculer d'après cette utilisation la ration suffisante à tel ou tel individu. Récemment Laufer, cherchant à se rendre compte de la valeur alimentaire des graisses chez les tuberculeux, a montré que quand on leur donnait des quantités croissantes de graisses, les malades commençaient par perdre moins d'azote et augmentaient de poids; puis, qu'après un moment d'arrêt, si l'on augmentait la dose des graisses, de nouveau la courbe de poids s'abaissait et l'élimination azotée augmentait; c'est qu'à ce moment, comme il le constatait, les graisses apparaissaient dans les fèces sous une forme inutilisable. De ce fait il est donc évident qu'il y a lieu pour calculer la valeur nutritive d'un aliment de tenir compte du coefficient d'utilisation intestinale de cet aliment, variable avec chaque individu suivant

(1) René Gaultier et Bertherand. De l'action du peroxyde de magnésium dans le traitement des diarrhées acides, Soc. de thérap., mai 1904.

l'état de son tube digestif. Ainsi par ces examens coprologiques pourrait-on ne donner avec connaissance de cause que les aliments facilement digestibles, les augmenter jusqu'à la limite d'assimilation, les retrancher en cas de non-utilisation, faire en somme une *suralimentation rationnelle*, calculée d'après la capacité digestive individuelle fort de ce précepte : « Qu'on ne vit point de ce qu'on ingère, mais de ce qu'on digère. »

LA PNEUMONIE D'UN JOUR

Par M. NORDMANN,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Sous ce nom il faut comprendre avec Leübe et son école une variété bien spéciale de pneumonie. Dans celle-ci la température, montée brusquement à un degré élevé, redescend non moins vite en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Tous les autres phénomènes persistent. Les signes physiques, les signes généraux se comportent comme dans une pneumonie ordinaire. Le terme de pneumonie d'un jour nous semble bien préférable au terme de pneumonie éphémère — car il évite toute confusion avec les pneumonies abortives. Dans ces dernières, c'est le processus pneumonique lui-même, non la fièvre seule qui rétrocède brusquement. En trois-quatre jours, tous les signes disparaissent. La synoque pneumonique, la fibricule pneumonique de Bernheim se rattachent à la pneumonie abortive, non à la pneumonie d'un jour.

Si nous séparons ainsi la pneumonie éphémère et la pneumonie d'un jour, nous devons rapprocher cette dernière de la pneumonie apyrétique.

D'abord parce que, dans les deux cas, l'état local et général n'est amélioré nullement par la chute de température. Ensuite parce que bien souvent l'élévation de température, vu sa brusquerie, a dû passer inaperçue. Combien il est rare à l'hôpital de voir un pneumonique au premier jour!

C'est Leübe en 1877 qui le premier établit nettement le type de la pneumonie d'un jour. Wunderlich en 1872 semble l'avoir un peu devinée, mais il ne montre pas nettement la persistance plusieurs jours de suite des signes physiques.

Leübe décrit 2 cas typiques. Dans l'un d'eux, il y eut à huit semaines d'intervalle chez le même sujet deux pneumonies d'un jour.

Weill en 1879 signale de nouveaux cas. Puis de nouvelles observations sont publiées en Allemagne par Fischl, Bernhard, Peükert, Weissemberg.

Plus récemment Steiner sur une statistique de 1577 pneumonies trouve 23 cas auxquels puisse être appliquée notre définition.

Jürgensen sur 933 observations collige 6 cas, Fismer un seul.

Urdariano plus heureux rapporte 15 observations.

Bechtold enfin, tout récemment, collige 10 pneumonies d'un jour sur 1057 pneumonies soignées à la clinique de Würtzbourg.

Nous n'avons connaissance d'aucun exemple publié en France. Les faits de d'Espine ressortissent à la pneumonie abortive. Aussi croyons-nous intéressant de relater une observation que, dans le service de notre excellent maître le docteur Devic, nous avons pu suivre en détail :

E... (Narcisse), vingt-cinq ans, maréchal-ferrant, entré salle Saint-Nizier le 5 novembre 1905.

Antécédents. — Parents en bonne santé. S'est toujours très bien porté. A fait son service militaire sans infirmerie. N'a jamais toussé. Boit à peine 2 litres de vin par jour. Pas de spécificité.

Début. — La veille de l'entrée, 4 novembre, grand frisson, claquement de dents, à quatre heures de l'après-midi. Rentre alors chez lui, vomit 3 ou 4 fois, puis accuse un violent point de côté à gauche. Toute la nuit dyspnée, insomnie, petite toux.

A l'entrée (5 novembre), température à 40°5, grosse dyspnée.

Le lendemain (6 novembre) le malade présente à la base gauche des signes de pneumonie des plus nets : matité de bois dans le tiers inférieur, souffle tubaire étendu avec une pluie de râles crépitants. Ces signes se propagent sous l'aisselle.

Rien au cœur.

Foie normal.

Rate un peu perçue.

Urines uratiques avec un léger disque d'albumine.

Petits points de suppuration superficiels sur les doigts et sur la paroi abdominale.

Les signes fonctionnels persistent. Le point de côté est toujours violent. La respiration un peu plus aisée à 29. La langue saburrrle, le pouls à 108.

9 novembre. — En quarante-huit heures, la température est tombée de 40°7 à 37°4 après des sueurs abondantes et de la polyurie.

Pas d'herpès.

Langue sèche et saburrale.

Anorexie malgré la chute de température.

Les signes physiques persistent. La matité est aussi étendue. Mais le souffle ne reste bien net qu'au niveau de la grosse bronche. Plus bas, nombreux râles gras et humides.

La rate donne une très légère submatité.

Urines, léger louche d'albumine.

10 novembre. — La température est à 37.

Pour la première fois, on a des crachats gelée d'abricot.

12 novembre. — Le poumon reste mat dans son tiers inférieur, avec diminution des vibrations. Mais, à l'auscultation, on n'a plus qu'un souffle expiratoire assez doux sur une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Dans la toux, quelques râles de retour. Expectoration gelée d'abricot, adhérente et visqueuse.

13 novembre. — Persistance de la matité. Respiration obscure. Quelques râles.

15 novembre. — Les signes de pneumonie ont disparu. On n'a plus que quelques râles secs, éclatant en bouffées.

L'état général est parfait.

La rate n'est plus perçue.

Il n'y a plus d'albumine.

2 décembre. — Part à l'asile des convalescents.

10 janvier 1906. — Est revu. L'état général est excellent. Ne tousse pas. Les poumons sont intacts. La respiration est parfaite partout. La rate n'est plus perçue.

Cette observation ressemble à toutes celles qui ont été publiées. Comme dans celles-ci le début a été

brusque, avec frissons, vomissements, point de côté intense. La chute de température s'est faite en ligne droite avec sueurs abondantes et polyurie.

Les signes physiques n'ont rien eu de spécial, se sont comportés comme dans une pneumonie ordinaire.

Nous avons constaté une splénomégalie passagère. Mais, comme l'a bien montré Gerhardt, cette réaction splénique est loin d'être rare.

Habituellement, disent Leübe et Bechtold, les crachats sont peu caractéristiques. Mais nous avons vu apparaître des crachats gelée d'abricot des plus typiques.

La guérison est survenue sans le moindre incident. La convalescence s'est faite dans les délais normaux. Au onzième jour, l'auscultation était négative. Dans toutes les observations que nous avons parcourues, il en est de même.

En présence d'une pneumonie d'un jour, on pourra donc affirmer presque sûrement la proche guérison.

Il est vrai que les malades atteints sont généralement des hommes jeunes et surtout vigoureux, vierges d'antécédents pathologiques. On a donc pu dire que la pneumonie d'un jour était redevable au terrain de son cycle thermique.

Il nous semble plutôt qu'il faut faire intervenir une infection atténuée en raison de la marche de cette affection et du caractère épidémique quelquefois constaté.

La pneumonie d'un jour ne demandant qu'à guérir, tout traitement sera illusoire.

BIBLIOGRAPHIE

Bechtold. *Münch. med. Woch.*, 1905; *Wiener klin. Woch.*, 1905. — Bernheim. *Traité de pathologie.* — Bernhard. *Zeit. f. Med.*, 1878. — D'Espine. *Revue de médecine*, 1888. — Eichhort. *Traité de pathologie.* — Fischl. *Prager med. Woch.*, 1877. — Fismer. *Zitiert in Finkler.* — Guyachis. Th. de Paris, 1896-97. — Jurgensen. *Zihert in Finkler.* — Leübe. *Thür korresp.*, bl. VI. — Peükert. *Berl. Klin. Woch.*, 1881.— Steiner. *Deutsch. Arch. f. Klin.*, 1899. — Urdariano. *Jahrb. f. Kind.* — Weil. *Berl. klin. Woch.*, 1879. — Weissenberg. *Deutsch. med. Woch.*, 1893. — Wunderlich. *De la température dans les maladies*, 1872.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 15 juin 1906)

Sérothérapie des paralysies diphtériques. — M. Comby, depuis 1902, a traité ou fait traiter 9 cas de paralysie diphtérique tardive par les injections de sérum de Roux. Tous ces cas se sont terminés favorablement. Avant l'emploi de cette méthode, il a eu plusieurs décès à déplorer. Dans le dernier cas qu'il a traité, il s'agit d'une fillette de quatre ans, ne pesant que 11 kilogrammes, par conséquent très faible et très amaigrie, ayant eu une angine suspecte un mois auparavant. Chez elle il existait une paraplégie complète, avec parésie des membres inférieurs et du tronc. Cinq injections ont été faites (20 centimètres cubes les deux premiers jours, 10 centimètres cubes les trois jours suivants : en tout 70 centimètres cubes en cinq jours). Malgré cette dose formidable pour son poids et son âge, l'enfant n'a présenté aucun accident sérique. En revanche la paralysie a cédé très rapidement, l'enfant a pu en quelques jours se tenir debout, puis marcher. Elle a gagné un kilogramme en quinze jours; sa guérison a été rapide et complète. On peut conclure :

I. Toute paralysie diphtérique doit être traitée par le sérum antidiphtérique.

II. Les injections seront répétées en série (10 ou 20 centimètres cubes par jour, pendant trois, quatre ou cinq jours).

III. Ces injections n'ont aucun inconvénient sérieux; elles sont très bien tolérées.

IV. Aucune contre-indication tirée de l'âge ou de l'état antérieur des malades; un adulte de cinquante ans, artério-scléreux, a été traité avec succès.

V. Les injections de sérum doivent être faites même quand les malades ont été injectés à la place angineuse qui a précédé la paralysie.

M. Barbier confirme les assertions de M. Comby, et s'associe à ses conclusions. Il fait remarquer combien il est dangereux de croire que quand les fausses membranes ont disparu après l'angine diphtérique, tout danger a disparu également, car il faut compter avec les accidents toxiques tardifs; ceux-ci se manifestent souvent pendant la convalescence par de la tristesse, de l'abattement, des vomissements, signes qui précèdent la paralysie du voile du palais. Dans ces cas il faut injecter du sérum, vite, et à hautes doses.

MM. Guinon et Sicard, tout en s'associant aux conclusions de M. Comby, citent des cas de mort due à la paralysie diphtérique, même traitée par le sérum.

Notes sur l'anémie des enfants tuberculeux et la reconstitution du sang de ces malades. — MM. H. Barbier et Ravry. — L'appréciation de l'anémie des enfants tuberculeux, soignés au sanatorium de l'hôpital Hérold ne doit pas être basée seulement sur l'examen hématimétrique, donnant uniquement le nombre de globules rouges par millimètres cubes. La seule mesure exacte est celle qui donne celui-ci en fonction de la quantité Q de sang de ces malades, c'est-à-dire la capacité globulaire totale. Or un certain nombre de constatations cliniques font penser que cette quantité Q est *diminuée* chez ces malades. Il en résulte que l'anémie réelle est plus prononcée que celle qu'on serait disposé à admettre d'après l'hématimètre. C'est ainsi qu'un malade chez qui l'hématimètre donnerait une perte de 1/3 du nombre des hématies [ou 5/15] par millimètre cube, aurait en réalité, comme le prouve le calcul, une perte de 7/15 si la quantité totale de son sang est diminuée en même temps de 1/5 seulement.

Il faut tenir compte de ces faits pour apprécier la reconstitution du sang chez ces malades sous l'influence du traitement. Car on observe des cas où le nombre des globules rouges paraît rester stationnaire alors que les signes d'anémie disparaissent, et que quelquefois la valeur globulaire R augmente : il faut dans ces cas admettre que la quantité de sang tend à revenir à la normale.

Ces réserves faites, la reconstitution du sang est un phénomène régulier qui accompagne la reprise de poids, et l'amélioration de l'état général. Elle est assez rapide, puisque dans les 4 cas observés elle a été de 1 à 3 millions en deux et trois mois. Elle se maintiendrait sans doute si les conditions de vie des malades restaient celles de la cure, mais par contre l'absence de régime, la fatigue, l'apprentissage la font rapidement disparaître.

Envahissement du liquide céphalo-rachidien par le colibacille à la période terminale d'une méningite tuberculeuse. — MM. GRIFFON et ABRAMI communiquent un cas de méningite tuberculeuse dans lequel le liquide céphalo-rachidien, recueilli par ponction lombaire vingt-huit heures avant la mort, fourmillait de colibacilles sans que la formule lymphocytique classique ait été modifiée par l'arrivée des germes d'envahissement agonique. La présence du colibacille fut également mise en évidence dans le sang de la circulation générale.

D'autre part, la nature tuberculeuse de la méningite fut établie par l'autopsie et par les résultats positifs de l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien recueilli pendant la vie.

La durée de la période d' « agonie bactériologique » est ici beaucoup plus longue que dans les cas analogues antérieurement mentionnés, puisqu'elle n'est pas seulement de quelques heures, mais dépasse un jour.

MM. RIST et BORNAIT-LEGUEULE citent **un cas d'amaurose saturnine avec hypertension artérielle.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1906)

Sur la valeur séméiologique du tissu conjonctif retrouvé dans les fèces après ingestion de viande crue comme signe d'insuffisance digestive gastrique. — Confirmant les expériences anciennes de Ogata, MM. Ch. ROUX et RIVA ont établi par des expériences variées que le tissu conjonctif cru n'est digéré que dans le suc gastrique et reste intact dans le suc pancréatique ou intestinal. Sur un chien porteur d'une fistule jéjunale les fragments de tissu conjonctif cru introduits directement dans l'intestin ne sont pas digérés et se retrouvent dans les fèces ; introduits par la gueule, dans l'estomac ils sont au contraire entièrement digérés.

Ces auteurs ont également établi sur l'homme, en se servant de capsules kératinisées, que l'estomac est le seul organe qui puisse digérer le tissu conjonctif cru.

Le tissu conjonctif cuit est au contraire parfaitement digéré par les sucs intestinaux sans intervention de l'estomac. On peut donc admettre à l'exemple de Schmidt (de Dresde) que la présence du tissu conjonctif dans les fèces après ingestion de viande crue révèle une insuffisance digestive gastrique.

Origine mésodermique du foie. — M. GÉRAUDEL considère le bourrelet mésodermique hépatique de Kölliker ou avant-foie de His comme la matrice même du parenchyme hépatique, comme un tissu hépatogénique, le diverticule ectodermique ne fournissant que les voies biliaires. L'anastomose de ces deux formations crée les passages de Hering.

Il généralise cette conception de la dualité d'origine des parenchymes et des canaux excréteurs à la majorité des glandes, et montre que si l'on réunit à ces parenchymes secondairement anastomosés aux diverticules ectodermiques les parenchymes qui comme la rate, le cœur, la surrénale restent toujours isolés et indépendants, on crée une famille naturelle de parenchymes ayant même origine mésodermique, même mode de développement, même circulation, mêmes réactions pathologiques.

Sérothérapie de la septicémie gonococcique expérimentale. — D'après MM. BRUCKNER, CRISTEANU et CUICA (de Bucarest), le sérum d'un cheval ayant reçu depuis vingt-trois mois des cultures de gonocoque, et dans le dernier temps un gonocoque virulent pour le lapin, s'est montré doué de propriétés préventives et surtout curatives très manifestes.

Un lapin qui reçoit dans le péritoine dix doses mortelles de gonocoque suffisantes pour tuer un lapin de 1 500 grammes en deux à trois heures, présente après trente à quarante minutes de la dyspnée, une diarrhée fétide et très abondante, et un abaissement thermique remarquable ; s'il reçoit même une heure et demie après 3 centimètres cubes de sérum dans les veines, ou 10 centimètres cubes dans le péritoine, l'animal guérit rapidement.

Si le sérum est injecté aux mêmes doses et de la même manière en même temps que les dix doses mortelles du gonocoque, l'animal ne présente qu'une hyperthermie passagère. Injectés *sous la peau* vingt-quatre ou quarante-huit heures d'avance, 10 centimètres cubes amènent une survie pouvant aller jusqu'à quatre jours.

L'élévation de la température du corps dans le traitement de la rage et des maladies infectieuses. — En 1824, un médecin français, Boisson, eut l'idée de placer dans un bain russe à 42 degrés Réaumur une personne qu'il croyait atteinte de rage. Elle en sortit guérie et ce fut le point de départ d'une méthode quelque temps en honneur pour le traitement préventif et curatif de la maladie. M. Remlinger n'a pas été peu étonné de la voir préconiser dans une publication récente comme donnant toute sécurité et devant systématiquement être préférée aux injections. Cela lui a donné l'idée d'étudier l'action de la chaleur sur le virus rabique in vivo. Il s'est servi de la chaleur sèche sous forme d'une étuve de Schritaux réglée à 50-52 où il plaçait des cobayes et des lapins inoculés avec du virus rabique. La durée des séances était calculée de façon que la température centrale des animaux se maintient à 43 degrés pendant quinze à vingt minutes au moins. Alors même que l'inoculation était faite sous la peau, que la mise à l'étuve suivait immédiatement et que les séances étaient répétées journellement, il n'a observé aucune survie et presque toujours les lapins et les cobayes soumis à l'action de la chaleur sont morts avant les témoins. Un lapin trépané avec du virus fixe a été mis à l'étuve à 60 degrés de façon que sa température centrale s'élevât à 46 et que la mort s'ensuivît. Les passages faits avec le bulbe démontrèrent que le virus rabique n'avait pas subi la moindre atténuation. Les résultats obtenus par Boisson ne peuvent donc s'expliquer que par des erreurs de diagnostic. Le microbe rabique étant in vitro un des germes les moins résistants à la chaleur, on peut tirer des expériences précédentes un argument contre cette opinion qu'il pourrait y avoir dans l'élévation de la température du corps un facteur thérapeutique et que, dans certaines maladies infectieuses, la fièvre devrait être sinon provoquée, du moins respectée.

De la teneur des organes en chlorures et en eau. — MM. JAVAL et ADLER ont cherché si l'hyperhydratation et l'hyperchloruration de l'organisme se localise uniquement dans le tissu cellulaire sous-cutané sous forme d'œdème où si elle se manifeste également dans les organes visceraux.

Ils ont dosé la quantité d'eau et de chlorures contenus dans les principaux organes de malades morts des affections les plus diverses, et dans des états d'hydratation aussi différents que possible. Ils ont trouvé que la teneur en eau et en chlorures des organes viscéraux n'était pas influencé en général par la présence ou l'absence d'œdème dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le cerveau, le foie, la rate, le cœur et le rein renferment une quantité d'eau remarquablement constante qui s'écarte rarement de 76 à 82 p. 100.

Pour un même organe, la variation de la chloruration est petite d'un sujet à l'autre, et les différences que l'on trouve sont du même ordre que celles que MM. Langlois et Richet ont indiquées pour les organes d'animaux d'une même espèce pris au hasard.

Les deux scolex échinococciques. — Pour M. Devé, on doit distinguer deux variétés de scolex échinococciques : les *ortho-scolex* d'aspect clair et réfringent, de forme ovoïde, sertis par une cuticule épaisse, brillante, à pédicules relativement résistants, à protoplasma clair, renfermant de nombreuses plaques calcaires, possédant une ventouse et un rostre très reconnaissables, et, surtout, présentant une grande résistance, et les *métascolex*, d'aspect sombre, de forme irrégulière, un peu ovoïde, à pédicule fragile, sans cuticule réfringente, sans plaques calcaires, à ventouse et à rostre difficilement reconnaissables, et, surtout, présentant une grande fragilité.

Ces métascolex ne sont ni des orthoscolex en involution, ni des scolex normaux en cours de développement : ce sont sans doute des scolex bâtards, atypiques, indépendants, sans vitalité et sans avenir.

Insuffisance thyroïdienne et bacilles mucinogènes de l'eau. — Pour M. Broca, les bactéries mucinogènes de l'eau sont peut-être capables d'exercer, par leurs produits, une irritation continue sur la thyroïde et de provoquer à la longue, soit le goitre, soit les divers états d'insuffisance thyroïdienne qu'on observe dans les foyers de crétinisme endémique.

Auto-thérapie thyroïdienne de la grossesse. — Pour MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild, au cours de la grossesse, la migraine disparaît ou s'atténue d'habitude (21 fois sur 25), par suite d'une véritable auto-thérapie qui s'applique également au rhumatisme chronique — les auteurs en fournissent deux exemples — et à l'asthme (Rey, Nicolas).

La grossesse agit, dans ces cas, comme le traitement thyroïdien, appliqué ultérieurement, en fournit la preuve, en exaltant le fonctionnement thyroïdien. L'hyperthyroïdisation est d'ailleurs précédée et suivie d'hypothyroïdie. Par un mécanisme analogue, se produit l'amélioration du myxœdème pendant la grossesse et aussi des petits accidents de l'hypothyroïdie; dix femmes sur quarante deux se sont mieux portées pendant leur grossesse.

Migraine, rhumatisme chronique, asthme représentent des manisfestations de l'arthritisme. Il est permis de penser qu'une part au moins de l'arthritisme relève de l'hypothyroïdie et devient justiciable de la médication thyroïdienne.

Le bacille gracile éthylogène, microbe anaérobie de l'estomac, produit la fermentation alcoolique du lait. — MM. P. Achalme et G. Rosenthal décrivent un microbe trouvé dans le suc gastrique, qui a la propriété de faire fermenter le lait en produisant de l'alcool. Le microbe très pathogène tue le cobaye avec production d'un abcès local, lorsqu'il en injecte à haute dose et fait mourir les animaux de cachexie lente lorsqu'il est injecté à petites doses répétées. Il marque la transition entre la série butyrogène et la série éthylogène des bactéries.

L'opsiurie expérimentale. — MM. A. Gilbert et M. Villaret ont pu, par des ligatures complètes ou incomplètes des branches ou du tronc de la veine porte, déterminer à longue échéance, chez de jeunes chiens dont le système urinaire fu trouvé normal, une hypertension portale de 2 à 4 centimètres de mercure, et consécutivement une oligurie et une opsiurie des plus nettes.

Autres communications :

De l'action des doses minuscules de substance sur la fermentation lactique. — M. Ch. Richet.

Un nouveau colorant nucléaire : la safraninebase. — M. Curtis.

L'exclusion longitudinale des vaisseaux et ses résultats. — MM. Carrel et Guthrie.

Variations de l'excitabilité du muscle dans la curarisation. — M. et Mme Lapicque.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'histologie [Collection Gilbert et Fournier] (1), par M. Branca.

Le livre de M. Branca, destiné aux étudiants, se distingue par deux grandes qualités : il est didactique et moderne. Didactique, il l'est par la concision des descriptions, l'absence de discussions théoriques, la simplicité et l'extrême clarté du style, qui rendent sa lecture facile et agréable. Et cependant on est étonné du nombre de détails et de l'érudition que renferme ce *Précis* dont chaque chapitre constitue presque une revue générale des travaux récents les plus importants sur chaque question. Enfin, de nombreuses figures, pour la plupart originales, toutes claires, faciles à interpréter et à retenir, viennent heureusement compléter les descriptions et ajoutent à l'ouvrage un nouvel attrait.

Mais ce qui fait surtout l'originalité de ce livre et le distingue des autres manuels ou précis d'histologie, c'est qu'il résume admirablement les tendances modernes de l'histologie qu'exposent les lignes suivantes, empruntées aux premières pages du *Précis* de M. Branca : « Il ne suffit pas de corriger des descriptions anciennes et d'apporter des faits nouveaux; il ne suffit pas de décrire sans fin. Il faut connaître la signification des dispositions morphologiques. Non content de savoir ce qu'est une cellule, comment elle naît, comment elle évolue, l'histologie tend à rechercher pourquoi cette cellule a telle ou telle structure, pourquoi elle fonctionne de telle ou telle façon, pourquoi elle évolue dans tel ou tel sens. » Aussi une large place est réservée à l'histophysiologie à la fin de chaque chapitre, et les modifications et transformations des divers éléments sont exposés à côté de la description de leur état habituel. Ainsi apparaissent aux yeux du lecteur les liens qui unissent si étroitement aux autres sciences biologiques, l'histologie que le Précis de M. Branca contribuera à faire aimer des étudiants en leur faisant pour ainsi dire toucher du doigt, à chaque instant, son utilité. L. Alquier.

Histoire des maladies du pharynx. De 1800 à 1875. Angines (2), par le docteur C. Chauveau, avec une préface de M. le docteur Du Castel.

Cet ouvrage est le quatrième d'une série que l'auteur consacre à l'histoire des maladies du pharynx. Cette manière de faire est judicieuse, car autant un trop long historique est dé-

(1) In-8° de 648 pages avec 306 fig. en noir. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8° de 760 p. — Paris, J.-B. Baillière.

placé dans un livre de pathologie, autant il est bon que des travaux d'ensemble permettent de suivre l'évolution des idées relatives à une maladie ou à un groupe de maladies et de rendre à chacun de nos devanciers ce qui lui revient dans la somme des connaissances acquises.

Dans la première partie de l'ouvrage, l'auteur a résumé avec une patience digne de louanges tous les travaux ayant trait aux maladies du pharynx parus dans les deux premiers tiers du XIXe siècle, en répartissant les matériaux dans autant de chapitres qu'il existe d'affections pharyngées.

La seconde partie est consacrée à l'histoire de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, de l'étude clinique et thérapeutique de ces affections.

L'auteur s'est arrêté en 1875 car, à partir de ce moment, « c'est encore de l'actualité, ces problèmes échappent donc, pour le moment du moins, au domaine de l'histoire. »

L'ouvrage du docteur Chauveau est une mine abondante de documents où il sera souvent profitable de puiser.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Mouches et choléra (1), par MM. Chantemesse et Borel.

Le choléra a sévi récemment chez nos voisins d'Outre-Rhin; il était à nos portes, il menaçait et menace toujours de franchir nos frontières. Question toute d'actualité, par conséquent, mise au point par MM. Chantemesse et Borel.

Les auteurs reprennent dans leur livre toute la question d'épidémiologie de cette infection, en montrant tout d'abord ce qu'a été le choléra dans l'histoire, puis ils abordent les épidémies récentes, leur marche, leur mode de propagation, de dissémination, etc. Ils insistent surtout sur le rôle des insectes, vecteurs de germes, qu'ils démontrent d'une façon saisissante pour le laboratoire, mais aussi à l'occasion de faits connus dans l'épidémiologie du choléra. Ils font ressortir particulièrement non seulement le rôle des cholériques avérés, mais aussi le rôle contaminateur des sujets sains, ayant vécu en milieu cholérique, et porteurs des germes spécifiques. Le danger de ce microbisme latent pour la contagion est notoire, puisqu'un porteur de vibrions est à redouter autant que le malade, davantage même, car il constitue un foyer infectieux qui échappe habituellement aux mesures prophylactiques.

Prophylaxies nationale, urbaine, individuelle sont passées en revue : elles montrent ce qu'on est en droit d'espérer d'une pratique rigoureuse, qui d'ailleurs a récemment porté ses fruits, puisqu'en 1905 notre territoire menacé est resté indemne.

C. DOPTER.

(1) In-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 JUIN 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Balthazard; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 26 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Dupré ; — (2e série) : MM. Robin, Méry et Carnot; — M. Vaquez, suppléant.

Mercredi 27 juin, à une heure. — 3e (1re partie, oral, 2e série) : MM. Kirmisson, Lepage et Branca; — (2e partie) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Macaigne.

1er (sages-femmes) : MM. Ribemont-Dessaignes, Wallich et Cunéo; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 28 juin, à une heure. — 3e (2e partie, oral, 1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Guiart; — (2e série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Bezançon.

1er (sages-femmes (1re série) : MM. Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Bonnaire ; — (2e série) : MM. Poirier, Bar et Demelin; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 29 juin, à neuf heures du matin. — 2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Wallich ; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 30 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Méry; — (2e série) : MM. Chantemesse, Renon et Gouget; — (3e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon ; — M. Launois, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Demelin; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 27 juin 1906, à une heure. — M. Leborgne. Contribution à l'étude des symptômes et des lésions médullaires de la démence précoce. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Roger et Launois.) — M. Blondel. Les auto-mutilateurs. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Roger et Launois.) — M. Trémolières. L'entéro-colite muco-membraneuse; étude critique, expérimentale et clinique. (MM. Roger, président; Brissaud, Déjerine et Launois.)

Jeudi 28 juin 1906, à une heure. — M. Le Mière. De la dystrophie congénitale du tissu fibro-élastique (maladie évolutive. (MM. Guyon, président; Cornil, Berger et Jeanselme.) — M. Berthomier. Les courants de haute fréquence dans les dermatoses, dites autrefois diathésiques. (MM. Cornil, président; Guyon Berger et Jeanselme.) — M. Damiot. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. (MM. Berger, président; Guyon, Cornil et Jeanselme.) — M. Bourgoix. La consultation de nourrissons à la maternité de Lariboisière. (MM. Budin, président; Delapersonne, Gilbert et Carnot.) — M. Delbarre. Etude clinique sur le traitement opératoire du strabisme concomitant interne. (MM. de Lapersonne, président; Budin, Gilbert et Carnot.) — M. Loyer. De l'acholie pigmentaire chez les enfants. (MM. Gilbert, président ; Budin, de Lapersonne et Carnot.) — M. Couppe de Lahongrai. Le voisinage du chien. Ses dangers. (MM. Gilbert, président; Budin, de Lapersonne et Carnot.)

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance de lecture du 20 juin 1906 : MM. Baumgartner, 29; Algave, 25; Desjardins, 20.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes en date du 18 juin 1906, les chaires de médecine légale et de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Okynczye et Gernez.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. le professeur Caubet est nommé, pour une période de trois ans, doyen de la Faculté de Toulouse.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Verneau, assistant au Muséum, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

L'APPEL DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE LA TERRITORIALE EN 1906. — Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1906 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

RÉSERVE (PÉRIODE DE QUATRE SEMAINES)	
Médecins-majors de deuxième classe.	10
Médecins aides-majors de première classe.	67
Médecins aides-majors de deuxième classe.	432
Total.	509
ARMÉE TERRITORIALE (PÉRIODE DE DEUX SEMAINES)	
Médecins-majors de deuxième classe.	29
Médecins aides-majors de première classe.	216
Médecins aides-majors de deuxième classe.	78
Total.	323

La convocation et l'instruction des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront assurées dans les conditions fixées par l'instruction du 28 décembre 1898 sur l'administration des officiers de réserve et des officiers de l'armée territoriale (dispositions spéciales au service de santé, art. 16, 17, 18 et 19), sous réserve des modifications ci-après :

La durée de la période d'instruction sera réduite, s'il y a lieu, pour chaque médecin de réserve ou de l'armée territoriale, dans les conditions fixées par la circulaire du 27 mars 1906, portant modifications au règlement ministériel du 16 juin 1897 sur le recrutement, la répartition, l'instruction, l'administration et l'inspection des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

Il demeure entendu que les services spéciaux du service de santé en campagne rentrent dans la catégorie des séances pratiques d'instruction qui, aux termes de cette circulaire, sont de nature à faire bénéficier les officiers y ayant assisté d'une réduction de la période normale d'instruction.

D'autre part, pour les médecins de réserve ou de l'armée territoriale affectés aux formations sanitaires, les directeurs du service de santé reçoivent la latitude de les convoquer, pendant une partie ou même la totalité de leur période d'instruction dans certains centres où seraient organisées des conférences sur les règlements concernant le service de santé militaire, des démonstrations du matériel sanitaire de mobilisation et enfin, si possible, des applications sur le terrain du fonctionnement des formations sanitaires de campagne.

Ces convocations seront appliquées de préférence aux

médecins aides-majors de première classe de réserve ou de l'armée territoriale susceptibles d'être proposés pour le grade supérieur et l'instruction pratique qui leur sera ainsi donnée pourra tenir lieu du cours préparatoire prévu par la circulaire du 22 février 1902.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont d'ailleurs autorisés à demander des changements de lieu de convocation ou des stages sans solde dans les conditions arrêtées par l'article 18 visé ci-dessus et libellé ainsi qu'il suit :

« C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un autre corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet, en cas d'acceptation, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

Ce général statue sur les demandes qui lui sont adressées après avoir pris l'avis du directeur du service de santé du corps d'armée. »

Il est entendu également que si les médecins d'un grade déterminé venaient à faire défaut, le directeur du service de santé du corps d'armée convoquerait à leur place les médecins du grade immédiatement inférieur.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 26 mai 1906.*) Joris : Les nerfs des vaisseaux sanguins. — Bordet : La méthode de mise en évidence des sensibilisatrices et ses applications récentes. — Rommelaere : Pathologie du système veineux abdominal (discussion).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1906.) Killian : De l'origine des polypes muqueux des arrière-narines. — G. Mahu : Des injections prothétiques de paraffine en rhinologie. — Bar : Mastoïdite sans otorrhée. Trépanation. Audition recouvrée. Guérison absolue. — Mackiewitz : Procédé facile pour élargir le méat auditif en cas d'évidement pétro-mastoïdien. Avantages de cet élargissement au point de vue de l'esthétique des opérés.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1906.) P. Brouardel : Responsabilité médicale : mort pendant la chloroformisation. Condamnation en première instance. Acquittement en appel. Consultation médico-légale. — P. Parisot : L'hospitalité de nuit à l'étranger. — Léon Garnier : Empoisonnement après avortement par la sabine.

Archives de médecine navale. — (N° 6, juin 1906.) Auffret : Secours aux blessés des guerres maritimes. — Machenaud : Ostéotomie cunéiforme sous-trochantérienne. — Chastang : Fièvre typhoïde et abcès de fixation. — Audibert et Peyraud : Diabète pancréatique avec autopsie. — Tambon : Méthode spéciale pour la séparation et le dosage de l'oxyde de zinc dans tous les cas où se trouve ce produit (peintures blanches, grises, brunes). — F. Brunet : Etat actuel de l'opothérapie pulmonaire. — Le Méhauté : Instruction relative à l'examen de l'acuité visuelle et du sens chromatique à l'aide du disque chromo-optométrique.

Archives générales de médecine. — (N° 22, 29 mai 1906.) Kabanov : Rôle de l'hérédité dans l'étiologie des affections gastro-intestinales chroniques (*suite*). — Jules Voisin, Roger Voisin et Rendu : Hydroé et lésion cérébelleuse. Amélioration des symptômes. — Luc : Des progrès accomplis depuis ces vingt dernières années dans le diagnostic et le traitement des sinusites maxillaires et frontales. — P. Corneille : La radiographie dans les hôpitaux. Son état actuel. Projet de réorganisation. — (N° 23, 5 juin.) N. Kabanov : Rôle de l'hérédité dans l'étiologie des affections gastro-intestinales chroniques (*fin*). — F. Gillard : Méningite tuberculeuse au cours d'une granulie; polynucléose rachidienne. — Dardel : Le traitement de la syphilis aux eaux sulfureuses. — (N° 24, 12 juin.) V. Thébault : A propos d'une luxation dorsale du semi-lunaire chez un accidenté du travail (3 fig.). — Dardel : Le traitement de la syphilis aux eaux sulfureuses (*suite*) [4 fig.].

Bulgarie médicale. — (Avril-mai 1906.) Stoïanoff : Les rayons de Röntgen à la portée de tous les médecins. — La lèpre en Bulgarie.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 juin 1906.) J. Lucas-Championnière : Les réformes nécessaires de l'enseignement de nos Facultés de médecine.

Journal des praticiens. — (N° 22, 2 juin 1906.) Raymond : Un cas de tumeur du cervelet — (N° 23, 9 juin.) Debove : Tabes et anévrisme aortique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 21, 26 mai 1906.) Piet : Note sur le début de certaines pleurésies. — Sablé : Ecrasement du membre supérieur avec arrachement complet de l'avant-bras et de la peau du bras. Désarticulation interscapulo-thoracique. Guérison. — G. Lemière : La cryoscopie (*fin*). — (N° 22, 2 juin.) H. Desplats et R. Desplats : Arthrite et myosite suppurée blennorragiques traitées et guéries par les courants contiuus. — H. Delezenne : Cancer de la vésicule biliaire. Péritonite consécutive. — (N° 23, 9 juin.) A. Besson : Double étranglement interne dans une hernie inguinale congénitale. Gangrène partielle de l'anse avec perforation. Anus artificiel, sept semaines après, résection de l'anus artificiel. Entérectomie et entérorraphie circulaire. Guérison. — Gaston Top : Deux cas de plaie par arrachement, l'un complet, l'autre inachevé.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 21, 24 mai 1906. Stocké : Considérations à propos d'un cas de névro-rétinite violente avec lésions choroïdiennes. — Tacké : Des affections syphilitiques lacrymales.. — (N° 22, 31 mai.) Vandervelde : La monothermie ou monotonie thermique. — (N° 23, 7 juin.) A. Marique : Intoxication d'un enfant de seize mois par le camphre. — Libotte : La thérapeutique du goitre enophtalmique au Congrès de Munich (avril 1906.)

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 5, 25 mai 1906.) Pujol (d'Ussat) : Quelques réflexions sur l'entérite muco-membraneuse et son traitement.

Marseille médical. — (N° 11, 1er juin 1906.) Alezais et Livon : Chorio-épithélioma. — Silhol : Hernies de l'appendice à droite et à gauche. — Livon : Basiotripsie sur un enfant mort dans un bassin rétréci.

DES RÉFLEXES PUPILLAIRES

DANS LES

CARDIOPATHIES MITRALES

Par le docteur BRAILLON (d'Amiens),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chargé du cours de pathologie interne à l'École de médecine.

A la suite de la communication de M. Babinski à la Société médicale des hôpitaux, les travaux confirmatifs de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons MM. Vaquez, Widal, Beauchesne, Dufour, Mantoux, Vautier, ont mis en pleine évidence la signification et la valeur du syndrome décrit par cet auteur. La constatation chez les aortiques indemnes en apparence de toute atteinte du système nerveux, de l'immobilité pupillaire à la lumière, est entrée dans le domaine de la clinique courante et l'on sait qu'il faut voir dans cette association non pas une relation de cause à effet, mais un syndrome réalisé par l'action d'une même cause, l'infection syphilitique, s'exerçant à la fois sur l'aorte et sur le système nerveux central.

La connaissance du syndrome de Babinski permet donc d'affirmer, en dehors de tout commémoratif, par le seul examen de la pupille, la nature de lésions de l'aorte d'origine indéterminée, dont la spécificité ne pouvait être mise en évidence, ou qui paraissaient même devoir être rattachées tout entières à une autre cause, telle qu'un traumatisme (Vaquez). Inversement l'intégrité des réactions pupillaires, sans avoir la même valeur, constitue un argument qui mérite d'être pris en considération, quand l'histoire clinique paraît devoir faire rattacher à une autre cause qu'à la syphilis, au rhumatisme par exemple, certaines ectasies aortiques, et qui plaide en faveur de cette hypothèse (Rénon).

Les renseignements si précieux dont la clinique des aortiques est redevable à la valeur, établie par M. Babinski, du signe d'Argyll-Robertson isolé ou associé à d'autres symptômes de tabes fruste comme symptôme d'une méningite syphilitique chronique peuvent-ils être étendus à d'autres départements du système circulatoire? L'examen systématique des réflexes pupillaires peut-il en particulier nous donner des renseignements sur le rôle encore si mal défini de la vérole dans la pathogénie des endocardites chroniques? Nous avons observé dans le service du docteur Babinski, alors que nous avions l'honneur d'être son interne, un malade qui en même temps que des symptômes d'aortite, le signe d'Argyll, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, et une sciatique guérie sous l'influence du traitement spécifique, présentait un souffle caractéristique d'insuffisance mitrale, diagnostiquée déjà quelques années auparavant par le professeur Jaccoud. L'observation de ce malade est rapportée dans la thèse de Déchy. Depuis quelques mois, chez deux malades présentant tout le complexus d'une insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche par lésion organique, arrivée à la phase asystolique de la maladie, indemnes en apparence de toute lésion organique du système nerveux, nous avons constaté l'existence de modifications des réflexes pupillaires; ces deux malades ne présentaient pas de signe clinique de lésion aortique; la femme de l'un d'eux avait également des troubles pupillaires; chez tous deux nous avons pu déceler une infection syphilitique ancienne.

Observation I. — Dans un premier cas observé par nous chez un malade de notre excellent confrère le docteur Sorel, de Villers-Bretonneux (Somme), le syndrome existait à l'état de pureté. Il s'agissait d'un malade de soixante-dix ans, jusque-là, d'après ses dires, absolument bien portant. Il existait une oppression très marquée, expliquée par un double hydrothorax, le foie abaissé était en outre volumineux et douloureux; il y avait de l'œdème des membres inférieurs; le pouls, assez régulier, hypotendu, battait à cent pulsations; urines peu abondantes, non albumineuses, pas d'athérome des artères périphériques.

La pointe bat dans le sixième espace intercostal en bas et en dehors du ventricule gauche; hypertrophie nettement décelable à la percussion du ventricule gauche; il existe à l'auscultation un souffle systolique apexien, en jet de vapeur, très accusé, à propagation axillaire.

L'aorte est normale à la percussion, n'est pas perçue au-dessus du sternum, les sous-clavières ne sont pas surélevées. A l'auscultation du foyer aortique et de la base de l'appendice xiphoïde on n'entend pas de bruit de souffle, mais on note un peu de dureté du second bruit aortique.

Les pupilles du malade sont égales, mais en myosis extrêmement accusé, le réflexe lumineux est complètement aboli, le réflexe à l'accommodation et à la convergence n'est pas nettement perçu; les réflexes tendineux et cutanés sont normaux, il n'y a pas de trouble de la motilité ou de la sensibilité.

Nous nous inquiétions alors des antécédents du malade au point de vue de la syphilis, et le docteur Sorel nous apprend qu'il l'a soigné à l'âge de vingt-sept ans pour un chancre induré contracté à la fin du service militaire et suivi d'accidents secondaires.

Le malade a succombé très rapidement quelques jours après notre examen, au cours d'une résorption très active de ses œdèmes provoquée par l'administration de la théobromine.

Obs. II. — Nous avions fait des constatations analogues chez un malade de quarante-cinq ans que nous avions suivi à partir de juin 1905 avec notre confrère le docteur Peaucellier (d'Amiens). Ce malade était atteint d'accidents d'asystolie extrêmement prononcés, qui se montrèrent irréductibles et auxquels il finit par succomber au mois d'août 1905. Malgré la faiblesse du myocarde, la petitesse et la rapidité du pouls, qui ne fut jamais inférieur à 140 pulsations à la minute, il existait un souffle systolique de la pointe, très accusé, se propageant dans l'aisselle, que nous constatâmes à chacun de nos examens, et dont la nature organique ne faisait aucun doute. Le cœur était hypertrophié et dilaté, l'auscultation et la percussion de l'aorte ne décelaient rien de spécial; il n'existait aucun signe de sclérose cardio-rénale, ni d'athérome. L'attention était attirée du côté des yeux par des lésions de la cornée, considérablement améliorées d'ailleurs, pour lesquelles le docteur Fage avait posé le diagnostic de kératite interstitielle et soumis le malade au traitement spécifique; malgré les lésions de la cornée, la vision était satisfaisante; le malade ne présentait aucun symptôme d'iritis; les pupilles en dilatation moyenne, régulièrement arrondies, légèrement inégales, ne

réagissaient pas à la lumière, elles réagisssaient faiblement à l'accommodation.

Le malade avait été atteint dix ans auparavant d'un chancre induré, suivi d'accidents non traités qui laissaient encore leur trace du côté de la peau sous forme de grandes taches pigmentaires, à bords polycycliques, particulièrement étendues aux membres inférieurs et à la région sacrée.

Le malade était marié quand il a contracté la syphilis; sa femme cependant a toujours été, dit-elle, bien portante. Depuis quelque temps cependant elle voit moins bien de l'œil gauche, elle présente une inégalité pupillaire des plus considérables; la pupille droite plus petite a une réflectivité normale, la pupille gauche au contraire dilatée au maximum est complètement immobile à la lumière et à l'accommodation; le muscle accommodateur lui-même paraît intéressé, et la vision de près paraît troublée. L'étude des réflexes consensuels montre l'intégrité de la voie optique centripète. L'examen du cœur et des vaisseaux ne dénote chez elle rien de particulier.

Les conditions dans lesquelles nous avons étudié ces deux malades ne nous ont pas permis de procéder à la vérification cadavérique. L'existence d'une insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche par lésion organique de la valvule mitrale n'en fait pas moins chez eux aucun doute; les caractères du souffle, son intensité, sa constance nous permettent d'être affirmatif à cet égard, et l'examen de l'appareil cardio-vasculaire nous montre que c'est bien la lésion vasculaire qui est le point de départ des accidents asystoliques qui ont emporté nos malades. L'insuffisance myocardique est bien certainement sous la dépendance de l'altération orificielle, elle ne lui est pas antérieure ou contemporaine.

Quelle est la nature exacte de cette lésion de la valvule auriculo-ventriculaire? Doit-on la considérer comme liée à un processus d'aortite sous-sigmoïdienne ayant intéressé la face artérielle de la grande valve de la mitrale? (Deguy.)

Nous n'avons constaté chez l'un de nos malades qu'un peu de dureté du second bruit aortique, chez l'autre rien n'a attiré notre attention du côté de la base, il semble bien qu'il se soit agi chez eux d'un processus bien localisé à l'appareil valvulaire auriculo-ventriculaire gauche et lié à des lésions d'endocardite chronique; cliniquement ils réalisaient dans toute sa pureté le syndrome mitral.

Nous n'insisterons pas sur les rapports qui existent entre les troubles des réflexes pupillaires constatés chez nos malades, et la syphilis.

La confirmation de ces rapports, découverts par M. Babinski et précisés par le cyto-diagnostic n'est plus à faire; il peut être considéré comme établi, aujourd'hui, que, quand elle porte sur la voie centrifuge, l'abolition du réflexe lumineux, avec ou sans conservation du réflexe accommodateur, avec ou sans autres signes d'affection organique du système nerveux, est l'expression, à peu près sinon complètement pathognomonique d'une méningite syphilitique chronique. Nous nous contenterons de souligner la coexistence chez l'un de nos malades de la syphilis oculaire, se traduisant par des lésions de la cornée, avec la syphilis du système nerveux caractérisée par l'abolition des réflexes lumineux, indépendante de toute inflammation antérieure ou concomitante de l'iris ou des membranes profondes de l'œil; c'est là un exemple des relations intimes sur lesquelles a insisté le professeur de Lapersonne, qui existent entre la syphilis oculaire et la syphilis des méninges. Signalons également que, chez la femme du même malade, les troubles pupillaires sont la seule trace de la contamination conjugale, ce qui vient souligner l'importance du précepte posé par M. Babinski, qu'il faut se rendre compte non seulement des réactions pupillaires d'un malade soupçonné ou convaincu de syphilis, mais encore de celles des membres de sa famille.

Devons-nous établir des rapports aussi directs entre les lésions mitrales et la syphilis? On ne trouve dans l'histoire de nos malades aucune autre infection qui puisse expliquer leur existence et il semble bien que ce soit la même cause morbide qui ait porté son action sur l'endocarde et le système nerveux. Si le rôle prépondérant que joue la vérole dans la pathologie de l'aorte est aujourd'hui pleinement mis en lumière, il n'en est pas de même de la question de l'importance que l'on doit attribuer à la syphilis acquise dans le développement des altérations auriculo-ventriculaires (1), et cette question est des plus délicates à traiter (Deguy); si quelques auteurs, se basant sur la clinique (Rendu), admettent le rôle de la syphilis dans la production de l'insuffisance mitrale, les documents fournis par l'anatomie pathologique sur ce sujet sont extrêmement restreints, et au nom de cette dernière, M. Lancereaux refuse à la syphilis toute action sur l'endocarde.

Les recherches antérieures que nous avons poursuivies sur la tuberculose de l'endocarde, en nous montrant que cette infection ne se traduisait pas au niveau de cet organe par des lésions anatomiquement spécifiques, en nous révélant l'existence d'affections valvulaires chroniques consécutives à une endocardite locale à bacilles de Koch, banale au point de vue anatomique, permettent de se demander si les conclusions auxquelles nous sommes arrivé dans l'étude des lésions tuberculeuses ne peuvent pas être étendues à la syphilis de l'endocarde.

Comme pour le bacille de Koch on doit penser que vis-à-vis du treponema pallidum, la spécificité de structure anatomique de l'endocarde infecté peut dominer et masquer la spécificité du germe, et la question se pose de savoir si, malgré l'absence de la signature anatomique, la vérole ne peut pas jouer à côté de la tuberculose un rôle important dans la pathologie de cet organe. Le long intervalle qui peut séparer l'accident primitif de l'apparition des troubles de la compensation cardiaque et qui dans notre première observation est de quarante-trois ans, ne permet guère dans bien des cas de faire fond sur les commémoratifs et l'interrogatoire du malade pour remonter à la cause de l'affection valvulaire. Dans ces conditions, il est permis de penser que l'examen systématique du système nerveux permettra de rattacher à la syphilis plus d'une endocardite chronique d'apparence banale

(1) Nous laissons de côté ici les rapports de la syphilis héréditaire avec le rétrécissement mitral pur.

au point de vue étiologique comme au point de vue anatomique. Albespy avait déjà constaté la fréquence des lésions mitrales chez les tabétiques, à une époque où les relations de processus tabétique avec la syphilis étaient considérées comme beaucoup moins directes et fréquentes qu'on ne le sait actuellement (1883). Les observations que nous rapportons aujourd'hui nous font croire que les connaissances acquises en séméiologie du système nerveux, sur la fréquence du tabes fruste et la valeur du signe d'Argyll-Robertson comme stigmate monosymptomatique de la syphilis nerveuse, permettront, par l'examen des réactions pupillaires de tous les cardiaques, de rattacher à la grande maladie spécifique bien des cardiopathies se traduisant par le syndrome mitral, qui ne sont expliquées ni par un rhumatisme antérieur, ni par une autre infection, et rattachées jusqu'à présent à un processus d'athérome vulgaire.

BIBLIOGRAPHIE

Albespy. Th. de Paris, 1883. — Babinski et Charpentier. Soc. de dermatol., juillet 1889; Soc. méd. des hôpit., 1901. — Charpentier. Th. de Paris, 1899. — Nageotte. *Presse méd.*, 1901. — Widal, Sicard et Ravaut. Soc. méd. des hôpit., 18 janv. 1901. — Babinski et Nageotte. *Ibid.*, 31 mai 1901. — Vaquez. *Ibid.*, fév. 1902, déc. 1904. — Rénon. *Ibid.*, 1905. — Deguy. Th. de Paris, 1900. — Déchy. *Ibid.*, 1902. — Heitz. *Ibid.*, 1903. — Mantoux. *Ibid.*, 1904. — Braillon. *Revue de la tuberculose,* et Th. de Paris, 1904. — Vautier. *Ibid.*, 1905.

LA CURE DE LAVAGE INTERNE

A AIX-LES-BAINS

COMME COMPLÉMENT DU TRAITEMENT DE L'ARTHRITISME DU RHUMATISME ET DE LA GOUTTE

Par le docteur Henri-A. VOISIN,
Médecin consultant à Aix-les-Bains et à Marlioz,
Médecin de l'hôpital d'Aix-les-Bains,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

De temps immémorial, on accusait les eaux thermales, celles qui étaient à peu près exclusivement utilisées pour le traitement externe, de provoquer des troubles que l'on dénommait du terme vague de fièvre thermale : troubles digestifs, voire vomissements, états congestifs, excitation nerveuse, température montant à 39 degrés et au delà, tel était l'ensemble de symptômes que les anciens auteurs décrivaient, comme survenant à la suite d'un traitement intensif. Ils décrivaient ainsi, sans en connaître la vraie cause, les troubles causés par l'insuffisance urinaire et résultant de la rétention des principes azotés.

Une plus saine modération dans l'application du traitement fit en partie disparaître ces inconvénients; puis les médecins observèrent que l'ingestion de l'eau sulfureuse, à dose de trois à quatre verres par jour préservait de ces malaises; ils virent que l'on obtenait ainsi un meilleur effet du traitement. Ils attribuaient ce résultat à la vertu cachée de l'eau sulfureuse, à l'action du soufre à l'intérieur, sans penser que la diurèse ainsi obtenue jouait le rôle prépondérant.

L'ingestion de cette eau sulfureuse continua à être prônée jusqu'à ces derniers temps, mais fut toujours mal acceptée par les baigneurs qui n'avaient aucun goût à boire de l'eau à la température de 42 degrés.

Source Raphy. — Voici plus de cinquante ans que la cure de lavage interne fut instituée à Aix-les-Bains, avec la source Raphy, à Saint-Simon.

Cette source a le grand inconvénient de sourdre à 1500 mètres d'Aix-les-Bains; le griffon se trouvant à une cote trop basse, on ne pouvait songer à l'amener directement à Aix. De plus à l'émergence, la température est de 16 à 17 degrés; le transport ne faisait que rendre cette eau plus tempérée encore et par suite plus désagréable à boire : l'expérience montre en effet que la température la mieux tolérée pour les cures de lavage interne est dans les alentours de 12 degrés. Enfin, chose essentielle, la minéralisation de cette source est trop considérable pour réaliser l'eau de lavage parfaite.

Source Massonnat. — Aussi l'adduction directe de la source Massonnat devant l'établissement thermal, réalisée il y a une huitaine d'années, fut-elle un véritable progrès. Eau bicarbonatée calcique et magnésienne, très oxygénée, elle a cependant l'inconvénient d'arriver encore à 16 ou 17 degrés à la buvette, sa température au griffon étant de 14°5. L'effet thérapeutique de l'eau de cette source a fait l'objet d'une étude de mon ami et confrère le docteur Fiquet (communication au Congrès de Grenoble, octobre 1902) et les conclusions auxquelles il arrivait étaient sensiblement les mêmes que celles que j'indiquerai plus loin pour la source des Deux-Reines, la dernière venue.

L'analyse de la source Massonnat, faite par Bellier, chimiste à Lyon, donne la composition suivante :

Acide carbonique libre	0,048
Bicarbonate de chaux	0,350
Bicarbonate de magnésie	0,070
Sulfate de chaux	0,035
Alumine et oxyde de fer	0,001
Silice	0,007

Mais les baigneurs continuaient à trouver cette eau trop tempérée et l'estomac supportait malaisément les quatre à cinq verres nécessaires au minimum pour constituer une cure de lavage interne. Et si pour certains cas où l'absorption de l'eau à 16 degrés est indiquée, si cette température est bien supportée le matin à jeun, cette source ne répondait pas complètement aux qualités requises pour un type de lavage interne.

Source des Deux-Reines. — En 1904 sur les pentes du mont Revard, fut captée la source des Deux-Reines, admirablement protégée contre toute cause de contamination. L'exploitation de cette source débuta avec succès en 1905 et aujourd'hui une canalisation directe amène ses eaux devant l'établissement thermal. Au griffon, sa température est de 8 degrés ;

aussi à la buvette, observe-t-on entre 11 et 12 degrés.

Voici l'analyse qu'en fit le professeur Villejan :

Chaux totale	0,05457
Magnésie totale	0,09745
Silice	0,01130
Acide sulfurique total	0,01210
Chlore total	traces
Alcalis en chlorures	0,00024
Acide carbonique combiné	0,05410
Acide carbonique libre	0,042
Résidu sec à 180 degrés	0,14380
Résidu fixe	0,13280
Oxygène dissous en poids	0,0259
— volume	0'01811
Degré hydrotimétrique total	16 degrés

L'examen de cette analyse montre que l'eau des Deux-Reines possède bien les qualités requises pour une eau de lavage, et nous pouvons dire que grâce à cette source, la station d'Aix-les-Bains est abondamment pourvue pour la cure interne des arthritiques, des rhumatisants, des goutteux.

Pureté, minéralisation très faible, aération parfaite, par suite digestibilité absolue ; température à la buvette de 12 degrés, telles sont ses grandes qualités. Cette eau est très agréable au goût; le verre chauffé dans la main dégage de nombreuses et fines bulles d'oxygène et d'acide carbonique. J'insiste sur la teneur en bicarbonate de chaux (0,08495) et de magnésie (0,03049) et sur la dose infime de sulfate de chaux (0,0168), ces chiffres étant le produit du groupement hypothétique des éléments.

Action physiologique. — L'utilité de la cure de lavage des reins pour les arthritiques, les rhumatisants et les goutteux n'est plus à démontrer.

Que se passe-t-il chez l'individu soumis au traitement d'Aix-les-Bains, traitement jusqu'à ces derniers temps presque entièrement constitué par la cure externe des douches, du massage, des bains, et durant lequel *on buvait peu ou pas*? Les recherches urologiques que j'ai pu faire, venant après celles des docteurs Monard et Saloz, Ranglaret, Forestier, Fiquet, montrent que le traitement thermal amène rapidement l'augmentation des oxydations azotées, démontrée par l'élévation du rapport de l'urée à l'azote; l'augmentation du coefficient de déminéralisation; l'augmentation des oxydations sulfurées; l'augmentation de l'élimination urique entre le cinquième et le quinzième jour du traitement; la diminution du phosphore organique.

En même temps on constate la diminution de la quantité d'urine émise pendant la première quinzaine : oligurie très nette, pouvant atteindre 500 et 400 grammes par vingt-quatre heures; l'élévation de la densité et le plus souvent de l'acidité en sont les conséquences. On observe que les urines de la veille présentent un abondant dépôt rougeâtre qui adhère au vase; les baigneurs se plaignent parfois de quelques maux de reins, lorsque l'oligurie est très nette.

Tel est le tableau présenté par l'examen des urines durant le cours du traitement exclusivement externe d'Aix-les-Bains, l'abondante transpiration durant la douche et après elle dans la pratique de l'enveloppement chaud avec le maillot amenant une abondante transpiration, d'où diminution de la production des urines. Il fallait attendre la fin du traitement, vers le vingtième ou le vingt-cinquième jour, pour voir les éliminations rénales reprendre leur cours régulier.

L'ingestion de l'eau de la source des Deux-Reines, eau de lavage que j'ai choisie pour ses qualités, modifie très heureusement cet état de choses. Grâce à la masse absorbée, grâce aux qualités diurétiques de cette source, au lieu de l'oligurie, on observe soit des urines normales comme quantité (1 200 centimètres cubes), soit de la véritable polyurie (de 1500 à 2200 centimètres cubes), et ce pendant toute la durée du traitement.

Il est malaisé de soumettre les baigneurs à une observation régulière et de les astreindre à recueillir toutes leurs urines, mais les quelques observations complètes que j'ai pu recueillir, me démontrent bien que les modifications urinaires constatées par les auteurs précités et que je puis confirmer, continuent toujours à se produire, en ayant soin de rapporter les chiffres des analyses au total des urines par vingt-quatre heures.

Il est évident que rapportés au litre, il semblerait y avoir inversion de la formule. Au contraire, la diurèse me paraît augmenter les éliminations par vingt-quatre heures dans des conditions assez sensibles; je n'ai pas malheureusement suffisamment d'analyses complètes, pour la raison dite plus haut, pour établir un tableau comparatif.

Un autre effet de cette cure de lavage, très apprécié des malades, est la suppression des douleurs de rein dont ils se plaignaient parfois. Les digestions sont parfaites, grâce à la faible quantité de magnésie contenue dans l'eau des Deux-Reines.

Indications. — Cette cure de lavage est indiquée comme complément de la cure externe à l'établissement thermal d'Aix-les-Bains, pour les arthritiques, les rhumatisants, les goutteux. Elle favorise les éliminations rénales.

Pour les goutteux, elle s'ajoute heureusement à la cure par le jus de citron : les malades qui souvent n'arrivaient que difficilement à prendre plus de quatre à six citrons par jour, supportent admirablement la prise de dix à douze citrons par jour, en en délayant le jus dans une masse considérable d'eau. L'estomac supporte ce régime sans difficulté.

J'ai remarqué que les malades qui prenaient le citron même à haute dose et qui ne voulaient pas boire d'eau de lavage ne retiraient pas du traitement les effets qu'ils devaient espérer.

Les deux observations ci-dessous me semblent assez démonstratives.

Observation I. — C..., cinquante ans, hôtelier. Habitudes d'intempérance, boit deux à trois absinthes par jour avec vermouth, vin pur. Depuis trois ans, accès répétés de goutte, varices. A eu son dernier accès, il y a un mois.

Traitement : douches avec massage léger sous l'eau à 36 degrés. Pas d'affusions chaudes. Suppression de l'alcool.

Ingestion de trois citrons le premier jour pour monter rapidement à dix. Trois verres d'eau le premier jour, augmenter d'un par jour.

Malgré les recommandations faites, continue à prendre absinthes et amers; ne boit pas d'eau. Mêle son citron à l'absinthe.

Le quatrième jour, se plaint de douleurs dans la région lombaire. Urines, quantité 625 grammes par vingt-quatre heures.

Le septième jour, accès de goutte au gros orteil droit.

Obs. II. — D..., quarante-quatre ans, commissionnaire aux halles. Habitudes éthyliques, tremblement des doigts, etc. Rhumatisant goutteux.

Traitement : bains à 36 degrés prolongés durant une heure. Boire cinq verres d'eau et prendre quatre citrons pour commencer. Augmenter progressivement.

Au bout de deux jours, déclare ne pas pouvoir boire d'eau, il prend le jus de ses citrons pur.

Le neuvième jour, accès de goutte.

Malgré l'excellent résultat obtenu par le traitement par le jus de citron chez les goutteux en général, malgré l'application modérée du traitement à l'établissement thermal, voilà deux insuccès thérapeutiques que je crois pouvoir imputer à la mauvaise hygiène suivie par ces baigneurs, ainsi qu'à l'élimination insuffisante. Les déchets de l'organisme, mis en liberté par l'action des eaux thermales et par l'action de l'acide citrique, ne sont pas suffisamment entraînés par les urines et concourent même à reproduire ces accès.

Il est également nécessaire avant d'instituer le traitement interne par les eaux de surveiller attentivement le cœur : cette cure, comme celle par la douche et par le massage, doit être modérée chez les individus à cœur gras et mou, partant dilatable.

Mode d'administration. — La parfaite digestibilité des eaux de source dont on peut user à Aix-les-Bains et particulièrement de la source des Deux-Reines, permet d'administrer aisément jusqu'à dix et douze verres par jour. Il est bon de tâter les premiers jours la digestibilité de son client; aussi je ne commence que par trois à quatre verres, un verre à jeun avant la cure à l'établissement, un verre après, un verre à 4 heures, un quatrième à 6 heures.

Puis, au fur et à mesure que le traitement avance, j'augmente les doses et j'arrive à faire boire parfois jusqu'à dix à douze verres, en espaçant les prises de deux heures en deux heures, et en faisant boire successivement deux verres à un quart d'heure d'intervalle chacun. Je conseille en même temps aux arthritiques, qui souvent sont des obèses, de ne pas boire aux repas, de diminuer la quantité de viande et d'insister comme nourriture surtout sur les légumes verts, les purées, le laitage.

Mais je ne considère pas le traitement comme terminé sitôt les vingt et un à vingt-cinq jours de traitement écoulés : je pense qu'il est bon que le baigneur, rentré chez lui et sous la direction de son médecin, suive au moins durant un mois un traitement de lavage interne; ce temps est nécessaire pour que les échanges urinaires reviennent à la normale. Il est nuisible de ne pas apporter aux reins l'aide d'une eau légèrement diurétique et en même temps peu minéralisée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 11 juin 1906)

Sur la vaccination contre la tuberculose par les voies digestives, par MM. A. Calmette et Guérin. — Les expériences que ces auteurs poursuivent depuis deux ans sur l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire, parallèlement avec M. Vallée (d'Alfort), les ont amenés à démontrer que, chez les animaux de diverses espèces (bovidés, caprins, rongeurs), l'infection tuberculeuse du poumon n'est ordinairement pas due à l'inhalation de poussières infectantes, mais qu'elle résulte de l'absorption de bacilles tuberculeux virulents par le tube digestif.

Ces faits établis, ils ont été conduits à rechercher s'il serait possible de vacciner les animaux sensibles à la tuberculose contre l'infection naturelle par le tube digestif en leur faisant absorber dans leur jeune âge des bacilles tuberculeux modifiés, atténués ou privés de virulence.

Leurs expériences, dont le détail sera publié ultérieurement dans un mémoire, leur permettent dès maintenant d'admettre *qu'on peut vacciner les jeunes veaux par simple absorption de bacilles modifiés par la chaleur et que cette méthode de vaccination ne présente aucune sorte de danger*. Il reste à multiplier les expériences sur un nombre d'animaux suffisant pour justifier son application à la prophylaxie de la tuberculose bovine. Et si les résultats énoncés ci-dessus sont confirmés, rien ne paraît devoir s'opposer à ce que cette méthode de vaccination, sûrement inoffensive, soit appliquée à l'espèce humaine.

M. Émile Roux et M. Vallée, comme MM. Calmette et Guérin, ont eu l'idée de faire ingérer à des veaux des bacilles tuberculeux tués, par divers procédés, afin de leur conférer l'immunité. Bien que leurs expériences ne soient pas complètement terminées, ce qu'elles ont montré à MM. Roux et Vallée est d'accord avec les résultats de MM. Calmette et Guérin. A savoir : qu'il est possible de donner aux *bovidés* l'immunité par les voies digestives.

Effets de la radiothérapie dans un cas de sarcome du fémur chez un enfant, par M. A. Imbert. — Une observation qu'apporte M. A. Imbert montre que l'action thérapeutique des rayons X n'est pas limitée à la surface du corps, mais peut s'exercer dans la profondeur sur le tissu osseux.

Les déformations déjà subies par le fémur lors du commencement du traitement sont restées telles quelles; en particulier les traînées qui surmontaient la région transparente et rejoignaient tangentiellement la diaphyse, ont persisté. La minéralisation déterminée par le traitement s'est faite d'abord irrégulièrement, mais l'examen des derniers clichés montre qu'il y a au moins tendance actuellement à une répartition uniforme des sels calcaires et à une reconstitution de la structure interne normale de l'os, autant du moins que l'on peut en juger sur un bon cliché radiographique.

Malgré la longueur du traitement, et bien que le faisceau de rayons X atteignît fatalement l'épiphyse, le développement

en longueur du fémur n'a nullement été intéressé, l'enfant ne boite pas, les deux membres présentent la même longueur.

(SÉANCE DU 18 JUIN 1906)

Un procédé d'isolement à l'état de pureté des hématoblastes. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont réalisé cet isolement de la manière suivante : on prélève sur un lapin quelques centimètres cubes de sang qui sont reçus dans une quantité égale d'une solution isotonique de chlorure de sodium, additionnée d'oxalate de potasse. Le mélange est fait de manière à oxalater le sang dans la proportion de 2 p. 100. Ce sang incoagulable est soumis à des centrifugations successives ayant pour but d'isoler la couche superficielle du culot globulaire (leucocytes et hématies). Cette portion est décantée et centrifugée dans un tube effilé où s'opère une sédimentation telle qu'on y observe la superposition de trois couches : l'une inférieure d'hématies, l'autre moyenne de leucocytes et d'hématies, une troisième supérieure absolument blanche. L'examen microscopique montre que celle-ci est composée sur la plus grande partie de sa hauteur de corpuscules ayant tous les caractères morphologiques et les réactions tinctoriales des éléments qu'on désigne sous le nom d'hématoblastes ou de plaquettes sanguines.

Ce procédé permet donc d'isoler dans le sang du lapin (et également dans le sang de l'homme comme l'ont vu les auteurs) les hématoblastes qui apparaissent ainsi absolument incolores et se différenciant par leur densité des autres éléments cellulaires du sang. Il y a là une méthode d'étude nouvelle de ces éléments tant au point de vue quantitatif (hématocrite) qu'au point de vue biologique : rôle joué dans les processus de la coagulation, de la rétraction du caillot, de la rénovation sanguine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1906)

Appendicite et typhlo-colite. — L'Académie semble vraiment s'être rénovée ; on y retrouve les belles séances d'antan. La grande majorité des membres occupent leurs fauteuils, la galerie réservée au public devient insuffisante; le poulailler des journalistes est comble. D'où vient cet empressement ? Quelle est la cause de cette curiosité inaccoutumée ? C'est l'appendicite qui a fait sa réapparition à la tribune de l'Académie ; et qui doit en parler aujourd'hui ? C'est M. Dieulafoy ; tout s'explique.

M. le professeur Dieulafoy répond aux orateurs qui ont pris part à la discussion ; il se défend tout d'abord d'avoir visé qui que ce soit, parmi les chirurgiens, dans ses critiques ; il n'y a pas eu dans son argumentation de question personnelle; il a toujours eu pour ses collègues chirurgiens la plus grande estime et la chirurgie a toujours eu sa tendresse. Il l'a maintes fois prouvé dans son enseignement à l'Hôtel-Dieu en abordant plus particulièrement les questions médico-chirurgicales. Donc, sa communication n'a pas été un réquisitoire contre la chirurgie ou les chirurgiens; M. Dieulafoy rappelle qu'il a été le champion le plus fervent de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite vraie, cependant il a cru devoir s'élever contre les erreurs opératoires et les erreurs de diagnostic pour lesquelles, au mépris de la clinique, l'examen histologique se charge de tout absoudre.

M. Dieulafoy rappelle à M. Cornil toute son estime pour l'histologie pathologique, mais il réserve son dédain pour ce qu'il appelle l'*appendicite microscopique*, c'est-à-dire la fausse appendicite *cliniquement inexistante*.

L'argumentation des orateurs précédents a porté sur les rapports qui existent entre la typhlo-colite et l'appendicite ; ils ont opposé à M. Dieulafoy une collection d'exceptions où il y avait coexistence de typhlo-colite et d'appendicite. M. Dieulafoy offre lui-même deux nouveaux cas qui complètent cette série exceptionnelle. Il n'en est pas moins vrai qu'on pourrait citer d'autre part des centaines et des centaines de malades atteints de typhlo-colite mucomembraneuse ou sableuse qui ont été suivis par leur médecin pendant des années et qui n'ont jamais été atteints d'appendicite. Mais les chirurgiens ne voient pas ces innombrables malades : ils sont mal placés pour juger la question, ils n'en voient que le côté chirurgical et le côté médical leur échappe complètement.

M. Dieulafoy entre ici au cœur de la question et répond successivement à « l'argumentation si savante de M. Cornil, à l'argumentation si élégante et si courtoise de M. Richelot, à l'argumentation si précise de M. Le Dentu, à l'argumentation un peu nerveuse de M. Reclus, à l'argumentation de M. Reynier ». Il rappelle la statistique de Potain très démonstrative à l'égard des rapports de l'appendicite et de la typhlo-colite, portant sur 103 malades atteints de typhlo-colite et n'ayant jamais présenté d'appendicite, et il rapporte une statistique personnelle de 200 cas de typhlo-colite parmi lesquels il n'a pas trouvé une seule fois l'appendicite. Il faut donc rassurer les nombreuses personnes qui ont la typhlo-colite ; certes elles pourront avoir l'appendicite, mais qu'elles sachent que c'est une très rare exception.

M. Reclus regrette que la communication de M. Dieulafoy ait mis le public au courant de cette question. M. Dieulafoy pense que ce bon public est le premier intéressé à cette discussion ; dans sa logique inflexible, il sait parfaitement à quoi s'en tenir. Et à côté du public dont parle M. Reclus, c'est-à-dire des heureux de la terre qui peuvent s'entourer de conseils médicaux et « ne pas se livrer trop complaisamment aux entreprises de chirurgiens trop agressifs », il y a les malades de nos hôpitaux, ces hommes et ces femmes qui ne gagnent leur vie qu'au prix de pénibles labeurs, qui n'ont aucun recours contre l'erreur de diagnostic et qui sont exposés à une opération abdominale inutile. Et M. Dieulafoy rapporte plusieurs de ces erreurs de diagnostic doublées d'erreurs opératoires qui sont parvenues à sa connaissance depuis sa dernière communication.

M. Reclus, dans sa communication, a exprimé le regret, très flatteur pour M. Dieulafoy, qu'il n'ait pas précisé le diagnostic différentiel de la typhlo-colite et de l'appendicite. Mais c'est à vous chirurgiens, reprend M. Dieulafoy, qu'il appartient de nous dire sur quels signes vous vous appuyez pour opérer un malade atteint de typhlo-colite, et que vous prétendez atteint d'appendicite; il demande aux chirurgiens quels sont les symptômes qui les autorisent à opérer une appendicite microscopique : il est impossible, dit-il, de diagnostiquer une chose qui n'existe pas.

Et il conclut en remerciant les orateurs qui lui ont apporté leur autorité ; il cite les paroles de M. Le Dentu. :

« Le cri d'alarme plein de franchise et certainement bien intentionné de M. Dieulafoy aura pour résultat de nous rendre tous plus rigoureux dans la recherche des signes diagnostiques et des indications opératoires. Nous lui devons des remerciements pour avoir crié casse-cou. »

Et M. Dieulafoy termine en rappelant les paroles de M. Richelot : « De la communication de notre confrère Dieulafoy, j'ai retenu d'abord un fait, qu'il est impossible de nier : nombre de malades depuis quelques années ont été opérés d'une appendicite qu'ils n'avaient pas. Il faut avoir le courage de le dire, et, n'eût-il que cette conclusion, le discours que vous avez entendu était chose utile. »

Au cours de cette communication, que nous venons de résumer, M. Dieulafoy a, comme il le fait habituellement, semé quelques observations qui viennent à l'appui de son opinion ; c'est toujours la même histoire de malades atteints de typhlocolite, qui ont été opérés, indûment à son avis, d'appendicite qu'ils n'avaient pas et qui continuent à souffrir de leur typhlocolite comme par le passé. Il a même cité deux cas de mort survenue après ces opérations inutiles.

A quoi se réduit, en somme, cette discussion ? C'est une question d'erreurs de diagnostic entraînant parfois des erreurs opératoires.

Le débat n'est pas terminé ; M. Reclus s'est fait inscrire pour prendre la parole dans la prochaine séance. L'intérêt de cette prochaine séance ne le cédera donc en rien à l'intérêt de celle-ci.

dura ? M. Laveran pense qu'il faudrait s'arrêter au nom de mycétome. On ne connaissait jusqu'ici que le mycétome à grains blancs et le mycétome à grains noirs. M. Reynier vient d'en faire connaître une troisième espèce. Le champignon trouvé dans ces tumeurs en est-il la cause ? Telle est la question que discute M. Laveran. Dans la plupart des cas, il y a des fistules, autant de portes d'entrée des champignons ou des microbes de toutes sortes, mais M. Laveran possède un cas personnel dans lequel il n'y avait pas de fistules et dont la tumeur contenait bien le champignon, mais sans aucun microbe.

Contagiosité de l'avortement. — Au début de la séance, M. Thierry a lu une note ainsi intitulée : Contagiosité de l'avortement épizootique de la vache à la femme.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu entendre un mot de cette communication qui doit être évidemment très intéressante.

Scatol et indican. — MM. Daremberg et Perrey adressent une note d'où il résulte que la présence du scatol et de l'indican dans l'urine indique un trouble dans le fonctionnement du rein et du foie. Des troubles rénaux et hépatiques sont nécessaires et suffisants pour expliquer la présence dans l'urine d'un excès de scatol ou d'indican. Les auteurs concluent également que l'indican et le scatol urinaires ne sont pas dus à des fermentations intestinales exagérées.

Election. — L'Académie a nommé MM. Armaingaud (de Bordeaux) et Trolard (d'Alger), membres correspondants nationaux dans la première division.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Belle clientèle a prendre de suite a Paris pour jeune médecin ou chirurgien connaissant le massage. On resterait un an pour mettre au courant. Grandes facilités de paiement. Pressé cause santé. Ecrire Roland au journal.

Externe ayant 16 inscriptions, son stage d'accouchement, désirerait trouver un remplacement d'un ou deux mois à Paris ou en province du 25 juillet au 30 septembre.

S'adresser à la *Gazette des hôpitaux*.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

HÉMOPTYSIES

Définition. — L'hémoptysie est le rejet par expectoration du sang contenu dans les voies aériennes, quelle que soit, d'ailleurs, l'origine de ce sang. C'est le crachement de sang (de αἷμα, sang ; πτύω, cracher).

Étude clinique. — A. **Symptomatologie.** — I. L'hémoptysie. — On peut, schématiquement, en distinguer trois types selon qu'elle est *très peu*, *moyennement* ou *très* abondante.

1. L'*hémoptysie très peu abondante*, c'est celle que l'on observe dans l'*infarctus pulmonaire*. Survenant habituellement chez un mitral arrivé à la période d'asystolie, elle peut s'annoncer par une douleur thoracique plus ou moins vive, de la toux quinteuse et une aggravation marquée de la dyspnée : peu souvent, ces symptômes manquent, et l'hémoptysie constitue le seul signe de l'infarctus. Elle est peu abondante : aussi le sang séjourne-t-il dans les alvéoles pulmonaires et est-il rendu mélangé aux crachats, auxquels il donne une teinte ocreuse, bistrée, parfois jus de réglisse ou rouillée, et une odeur aigrelette, que Guéneau de Mussy comparait à celles du sirop antiscorbutique. Ces *crachats noirâtres*, visqueux, peu aérés, sont histologiquement constitués par des hématies, des leucocytes et de grandes cellules pigmentées.

2. Le type des *hémoptysies moyennement abondantes* est fourni par celles qui marquent le *début de la tuberculose*. Précédées par les signes généraux de l'affection causale, elles sont annoncées par des *prodromes* immédiats : sensation de malaise général, dyspnée et chaleur rétro-sternale, douleurs interscapulaires, chatouillement laryngé, tension de l'arrière-gorge, saveur styptique dans la bouche, etc. Puis le malade tousse et rend des crachats d'abord striés de sang, puis de plus en plus teintés, finalement rutilants, mousseux et filants. Cette expectoration s'accompagne de dyspnée. Elle dure plus ou moins longtemps, mais, dans la plupart des cas, malgré son apparente gravité, elle disparaît pour une période souvent fort longue.

3. Les *hémoptysies très abondantes*, ce sont celles qu'on observe au dernier période de la tuberculose, consécutivement aux anévrismes de Rasmüssen, ou encore lorsqu'un anévrisme aortique se rompt dans les bronches.

Contrairement aux autres, elle n'est pas annoncée par des prodromes et débute *brusquement* : le sang est rendu à flots par la bouche et par le nez, au milieu de quintes de toux violentes et de vomissements ; bientôt apparaissent les symptômes généraux qui caractérisent les grandes hémorragies internes : la peau prend une coloration bleutée, les extrémités se refroidissent et sont agitées de tremblements, le pouls s'accentue, s'affaiblit et devient irrégulier, la pression artérielle baisse avec rapidité, le malade se plaint d'éblouissements, de vertiges, sa voix se casse, et, fréquemment, il expire au milieu d'une syncope. La mort peut aussi être la conséquence de la dyspnée.

II. Signes secondaires. — Les seuls *signes fonctionnels* importants sont : la *toux*, qui précède et accompagne l'hémoptysie ; les *vomissements* alimentaires ou muqueux, la *dyspnée*, due aux causes mêmes de l'hémoptysie, et à la présence du sang dans les voies aériennes.

Les *signes physiques* ne méritent qu'une simple mention. *Pendant* l'hémoptysie, l'auscultation décèle parfois des bruits sonores, produits par l'air en passant par les bronches obstruées par le sang ; *après*, il existe, soit des crépitations plus ou moins fines, soit des sibilances étendues, ne pouvant guère renseigner sur le siège de l'hémorragie.

Les *signes généraux* sont de deux ordres : ceux liés à la maladie causale, ceux qui sont la conséquence de toute hémorragie abondante.

B. **Diagnostic.** — Diagnostic clinique. — Trois questions à résoudre :

1. *Est-ce du sang?* L'erreur ne pourrait guère être commise qu'avec les vomissements biliaires, mais outre que, dans ceux-ci, les matières rendues sont vomies et non crachées, l'examen microscopique, en révélant l'absence d'hématies et de leucocytes, et l'examen spectroscopique, en révélant la présence d'acides et de pigments biliaires, lèvera tous les doutes.

2. *Le sang vient-il des voies aériennes?* Cette partie du diagnostic est beaucoup plus importante, il faut, avant d'affirmer l'existence d'une hémoptysie, éliminer les affections suivantes :

α. La *stomatorragie*, ici il y a des lésions buccales appréciables à la vue, le sang n'est pas mélangé de mucosités bronchiques, le malade ne présente aucun symptôme d'affection thoracique ; il [illegible]

[illegible]lier ». Il rappelle la statistique de Potain très démonstrative à l'égard des rapports de l'appendicite et de la typhlo-colite, portant sur 103 malades atteints de typhlo-colite et n'ayant jamais présenté d'appendicite, et il rapporte une statistique personnelle de 200 cas de typhlo-colite parmi lesquels il n'a pas trouvé une seule fois l'appendicite. Il faut donc rassurer les nombreuses personnes qui ont la typhlo-colite ; certes elles pourront avoir l'appendicite, mais qu'elles sachent que c'est une très rare exception.

M. Reclus regrette que la communication de M. Dieulafoy ait mis le public au courant de cette question. M. Dieulafoy pense que ce bon public est le premier intéressé à cette discussion ; dans sa logique inflexible, il sait parfaitement à quoi s'en tenir. Et à côté du public dont parle M. Reclus, c'est-à-dire des heureux de la terre qui peuvent s'entourer de conseils médicaux et « ne pas se livrer trop complaisamment aux entreprises de chirurgiens trop agressifs », il y a les malades de nos hôpitaux, ces hommes et ces femmes qui ne gagnent leur vie qu'au prix de pénibles labeurs, qui n'ont aucun recours contre l'erreur de diagnostic et qui sont exposés à une opération abdominale inutile. Et M. Dieulafoy rapporte plusieurs de ces erreurs de diagnostic doublées d'erreurs opératoires qui sont parvenues à sa connaissance depuis sa dernière communication.

M. Reclus, dans sa communication, a exprimé le regret, très flatteur pour M. Dieulafoy, qu'il n'ait pas précisé le diagnostic différentiel de la typhlo-colite et de l'appendicite. Mais c'est à vous chirurgiens, reprend M. Dieulafoy, qu'il appartient de nous dire sur quels signes vous vous appuyez pour opérer un malade atteint de typhlo-colite, et que vous prétendez atteint d'appendicite ; il demande aux chirurgiens quels sont les symptômes qui les autorisent à opérer une appendicite microscopique : il est impossible, dit-il, de diagnostiquer une chose qui n'existe pas.

Et il conclut en remerciant les orateurs qui lui ont apporté leur autorité ; il cite les paroles de M. Le Dentu. :

« Le cri d'alarme plein de franchise et certainement bien intentionné de M. Dieulafoy aura pour résultat de nous rendre tous plus rigoureux dans la recherche des signes diagnostiques et des indications opératoires. Nous lui devons des remerciements pour avoir crié casse-cou. »

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance de lecture du 22 juin 1906 : MM. Chevrier et Guibé, 28; Chifoliau, 26.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 20 juin 1906 :

M. le médecin-major de deuxième classe Sacquepée, de l'hôpital militaire de Rennes, est nommé professeur agrégé (hygiène) à l'École d'application du service de santé militaire.

M. le médecin-major de deuxième classe Chavigny, répétiteur à l'École du service de santé militaire, est nommé professeur agrégé (médecine légale, législation, administration et service de santé militaires) à l'École d'application du service de santé militaire.

BANQUET EN L'HONNEUR DU DOCTEUR BÉRILLON. — Mardi, un banquet de plus de 200 couverts réunissait au Palais-d'Orsay, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique, les amis et les collaborateurs du docteur Bérillon, désireux de lui témoigner leur sympathie à l'occasion de sa récente nomination dans la Légion d'honneur.

Au dessert des toasts furent portés par le docteur Paul Farez au nom des collaborateurs de la *Revue de l'hypnotisme*, fondée par le docteur Bérillon il y a vingt ans; par MM. Paul Magnan, Saint-Yves Ménard, Archambaud et J. Voisin.

Ensuite des allocutions très applaudies furent prononcées par M. Achille, vice-président du Conseil municipal de Paris; par M. le docteur Aubeau, par M. Féron, député de la Seine; par M. Gréhant, professeur au Muséum, par M. le professeur Albert Robin, le docteur Huchard, enfin par M. Bienvenu-Martin.

A la fin du banquet, un magnifique bronze, le *Vainqueur* de Mariotton, fut offert au docteur Bérillon qui exprima ses remerciements dans des termes qui ont recueilli tous les suffrages.

Parmi les convives, nous devons mentionner : MM. Hallopeau, Pédebidou, Balzer, Bouvier, Godon, Scié-Ton-Fa, attaché d'ambassade de Chine; Lionel Dauriac, Rocheblave, Fiessinger, Dabat, de Saint-Arroman, de Groer (de Saint-Pétersbourg), Lassus et Dyvrande, procureurs de la République; Feuillade (de Lyon), Valentino et J.-A. Fort, que M. Bérillon salua comme le vétéran de l'enseignement libre.

CONFÉRENCES. — Deux internes en chirurgie feront, du 1er juillet au 1er août, des conférences pratiques de clinique externe avec examen au lit des malades. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, l'après-midi à trois heures. Droit d'inscription : 30 francs. — S'adresser au concierge de la Charité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Barthélemy, médecin de Saint-Lazare; Dousson (de Largentière); Dupuis (de Villié-Morgon); Josias, membre de l'Académie de médecine; Lassalle (de Villefranche, Rhône) et Reulos (de Villejuif).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — ENREGISTREMENT DE BAGAGES PAR LES BUREAUX-SUCCURSALES DE LA COMPAGNIE. — Les voyageurs, munis de leurs billets de parcours, peuvent faire enregistrer leurs bagages dans les bureaux-succursales de la Compagnie : 88, rue Saint Lazare; 6, rue Sainte-Anne et, 45, rue de Rennes, qui se chargent de leur transport à la gare de Paris moyennant la perception de : 0 fr. 25 pour un colis, 0 fr. 40 pour 2 colis et 0 fr. 10 pour chaque colis en sus.

Les bagages doivent être remis dans ces bureaux une demi-heure avant l'heure fixée pour leur transport du bureau-succursale à la gare. Cette heure est indiquée pour les divers trains du matin et du soir, par des affiches apposées dans chacun de ces bureaux.

Les bureaux-succursales sont ouverts de 8 h. du matin à 8 h. du soir, sauf les dimanches et jours de fête où il sont fermés à partir de midi.

REVUE GÉNÉRALE

LA DIPHTÉRIE PROLONGÉE

Par M. ALBERT FAGE,
Interne à l'hôpital Hérold (1).

I

Historique. — Les cas de diphtérie prolongée sont connus depuis longtemps.

En 1803 un médecin suédois, Salomon, admettait la chronicité possible du croup (2).

En 1850 Empis publie un cas d'angine diphtérique prolongée et un cas de croup prolongé.

Isambert (3), Barthez (4), Grenier (5) relatent des cas de diphtérie prolongée.

Cadet de Gassicourt emploie pour la première fois ce terme. Il inspire deux thèses sur ce sujet et publie une remarquable leçon dans le *Traité des maladies de l'enfance*, t. III (6).

La découverte du bacille de Lœffler permet de ne cataloguer sous le nom de *diphtérie prolongée* que les accidents dus au bacille diphtérique.

L'entrée en scène de la sérothérapie place la question sur un terrain tout nouveau.

Parmi les travaux les plus récents sur ce sujet, on peut consulter l'étude de MM. Barbier et Lobligeois publiée dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* (7) et l'excellente thèse du docteur Aubinière, inspirée par M. Barbier. On trouvera dans cette thèse un grand nombre de faits recueillis à l'hôpital Hérold, et nous aurons à y faire de nombreux emprunts.

L'expression de *diphtérie à forme prolongée* (8) a été employée pour la première fois en clinique par Cadet de Gassicourt. Cet éminent observateur avait décrit sous ce nom (9) une forme de la diphtérie dans laquelle « la maladie débute d'abord exactement comme dans les cas ordinaires ; puis, après un temps plus ou moins long, d'habitude après quelques jours de durée, la maladie semble s'éteindre et faire place à une sorte de tendance fatale de l'organisme à la reproduction incessante des fausses membranes ».

Cette définition est très compréhensive, mais il ajoute, en tenant compte de ce fait, que les malades qu'il a observés ont fini par guérir ou sont morts d'asphyxie, « la diphtérie prolongée n'est jamais toxique et le danger qu'elle fait courir aux malades est la conséquence exclusive du lieu où elle se manifeste. »

Cette manière limitative d'envisager la diphtérie prolongée est à mon avis la conséquence de l'époque où les observations de Cadet de Gassicourt ont été prises, c'est-à-dire *avant* l'application aux malades de la méthode sérothérapique. En raison de ce fait il n'a observé et n'a pu observer que les formes peu toxiques, épuisant pour ainsi dire leur action sur les muqueuses; les autres, qui *auraient pu devenir* prolongées, ayant amené la mort bien auparavant. En réalité il faut élargir la question si l'on s'en tient aux faits qu'on observe aujourd'hui avec le traitement sérothérapique et admettre que les formes prolongées peuvent se présenter avec tous les caractères toxiques de la maladie habituelle ; bien plus, ainsi que nous le verrons, elles peuvent très bien ne présenter que ces accidents toxiques, sans nouvelle production de fausses membranes, du moins accessibles à nos moyens d'investigation habituels, et sur les muqueuses de prédilection de la maladie.

Par conséquent (1), il faut entendre par diphtérie prolongée une forme clinique, qui chez un sujet traité par la sérothérapie *se prolonge au delà des limites de temps habituelles à la maladie* ou mieux à la forme que revêt la maladie au moment de l'inoculation et ceci de deux façons :

1° Soit par une *persistance anormale des fausses membranes* constatées le premier jour, ou par une *réapparition de ces fausses membranes*, après un temps variable pendant lequel les muqueuses étaient nettoyées ; à la première forme correspond plus spécialement le nom de *diphtérie prolongée proprement dite*, à la seconde celui de *diphtérie à rechute* ;

2° Soit par une *persistance* ou par une *réapparition des phénomènes d'intoxication*, double éventualité *qui peut coïncider avec la persistance* ou avec la *repullulation* des fausses membranes ; mais, fait capital, *qui peut aussi se manifester sans nouvelle formation membraneuse*.

Pour qu'il y ait diphtérie prolongée chez un sujet il est donc indispensable qu'il y ait chez lui des manifestations cliniques pathologiques de la diphtérie, et qu'on ne saurait accepter comme telle, les observations où on note purement et simplement la persistance des bacilles dans la gorge. M. Aubinière (2), en rapportant une observation de ce genre due à M. Et. Golay (3), fait très justement remarquer l'abus d'une pareille interprétation.

Comme on le voit, une diphtérie prolongée est une diphtérie qui se continue pendant un temps anormal ou qui recommence avec tous ses caractères locaux et généraux, durant, à plus forte raison dans ce dernier cas, un temps anormal.

Ceci nous amène donc à fixer la durée habituelle moyenne des diphtéries traitées par le sérum, *cette durée s'appliquant aux jours qui s'écoulent depuis*

(1) Notre maître, M. Barbier, a bien voulu mettre à notre disposition pour cette étude, non seulement de nombreux documents, mais encore une foule de notes manuscrites. Nous en reproduisons beaucoup.

(2) Cité par Cadet de Gassicourt.

(3) ISAMBERT. *Arch. gén. de méd.*, 1855.

(4) BARTHEZ. Soc. méd. des hôpit., 1858.

(5) GRENIER. Th. de Paris, 1859.

(6) CADET DE GASSICOURT. *Traité des mal. infant.*, t. III, et Th. Hylia, Paris 1875, et Garcia Rijo, Paris 1878.

(7) BARBIER et LOBLIGEOIS. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 juin 1901. — Voir également *Journ. des prat.*, 1904.

(8) Notes manuscrites communiquées par M. Barbier, et rédigées par lui.

(9) BARBIER. *Traité clin. des mal. de l'enf.*, t. III, p. 298 et suiv.

(1) Voir *Journ. des prat.*, 1904.

(2) AUBINIÈRE. Th. citée de Paris, 1903.

(3) Et. GOLAY. *Revue de la Suisse rom.*, 1897.

cette injection de sérum, abstraction faite des jours perdus auparavant.

M. Barbier a fait ce relevé sur environ 1 100 cas de diphtérie avérée avec présence de bacilles de Lœffler, qui ont passé dans son service en 1901, en 1902 et en 1903. Les faits nouveaux observés depuis en 1904 et en 1905 n'ont pu que confirmer ces règles.

A cet égard il faut distinguer d'abord les *diphtéries* qui se présentent *avec des caractères objectifs atténués* et qui rentrent dans la catégorie des *angines diphtériques pures bénignes* ou dans celle des ANGINES *associées bénignes*. Dans ces cas les *fausses membranes disparaissent du troisième au quatrième jour*, quelquefois *avant le troisième jour*. Quand il y a CROUP, même dans le cas où on a dû pratiquer le tubage, les *phénomènes laryngés disparaissent au plus tard le cinquième jour*, quelquefois beaucoup plus tôt, surtout si ces derniers ont été peu marqués et n'ont pas nécessité de tubage. Dans tous ces cas il est de règle que les *phénomènes généraux d'intoxication s'atténuent en même temps que les fausses membranes se détachent*, ou même avant que celles-ci aient complètement disparu. Voilà ce qu'on observe dans les cas qui guérissent. Les *dissociations de ces deux ordres de phénomènes*, c'est-à-dire la persistance des phénomènes généraux alors que les fausses membranes se sont détachées, ou inversement, cette dissociation, dis-je, est donc déjà, dans ces formes, un phénomène anormal, qui permet précisément de faire rentrer ces cas dans tel ou tel cadre des formes prolongées de la diphtérie.

Dans les *diphtéries d'apparence grave* au moment de la première inoculation, qu'elles revêtent la forme *très membraneuse*, ou *hémorragique*, ou à *suppuration profuse* des muqueuses atteintes (forme associée grave), les formes membraneuses ne *disparaissent guère que vers le sixième ou le septième jour* quand les malades guérissent. Les *phénomènes généraux d'intoxication* ou les phénomènes *de voisinage* (œdème du cou, adénite) *suivent en général la même évolution*. Il y a donc à faire, à propos de la dissociation possible de l'un et l'autre de ces phénomènes, la même observation que dans les diphtéries bénignes.

Les diphtéries graves ont donc spontanément une tendance naturelle, qu'on s'explique très bien, à se prolonger, et de fait, c'est elles qui fournissent le plus fort appoint aux diphtéries prolongées proprement dites.

On peut donc considérer ces chiffres comme représentant *l'évolution normale, habituelle de la diphtérie chez l'enfant soumis au sérum antitoxique*, et on admettra qu'au point de vue de leur durée, on puisse étiqueter *prolongée une forme bénigne au premier abord qui dure plus de quatre jours pour une angine, ou de cinq jours pour un croup*; *une forme sévère qui dure plus de sept jours*.

Il est certain que sous l'influence du sérum antitoxique, la diphtérie a vu son évolution et sa durée singulièrement se modifier, c'est pourquoi nous ne pouvons pas admettre aujourd'hui le chiffre proposé par Cadet de Gassicourt, comme la limite au delà de laquelle la diphtérie peut être dite prolongée. Avant le sérum la durée moyenne des angines était de cinq à six jours, mais avec de nombreuses exceptions puisque les relevés de Cadet de Gassicourt sur 100 cas en accusent 28 où la durée a été de onze à trente-deux jours; aussi cet observateur ne fait-il rentrer dans les formes prolongées que les diphtéries qui durent au delà d'un mois. Inutile d'insister sur l'arbitraire d'une semblable règle : d'ailleurs, je le répète, depuis l'emploi du sérum, ces chiffres n'ont plus qu'un intérêt rétrospectif.

Quant aux croups, leur durée moyenne caractérisée par la persistance des phénomènes de tirage laryngé surtout, était en moyenne de dix à onze jours. Archambault avait admis comme règle clinique, qu'un croup qui durait depuis onze jours sans nécessiter l'opération, avait les plus grandes chances de guérir sans intervention. Cependant les exceptions à cette règle se voyaient, et sur 479 croups ayant nécessité la trachéotomie, Cadet de Gassicourt en relevait, trois seulement, il est vrai, qui avaient provoqué une intervention sanglante, le dix-huitième, le vingt-troisième, le quarante-troisième jour. L'observation de la page 310 de son livre (t. III) est à cet égard très démonstrative.

Mais une fois l'opération faite, la canule trachéale en place, on pouvait encore observer des cas, où des fausses membranes persistaient ou se reproduisaient avec une telle ténacité qu'on devait laisser la canule en place un temps anormal, ou qu'on était obligé de la réintroduire ou même de faire une nouvelle opération, la plaie trachéale étant fermée déjà. Cadet de Gassicourt cite 5 cas où après l'opération on dut laisser la canule pendant quarante et un, soixante-huit, soixante-dix-huit, quatre-vingt-deux et même cent cinquante-deux jours.

D'autre part, Sanné (1) cite (p. 516) 2 cas où on dut refaire une trachéotomie dix-neuf jours après la guérison de la première attaque. Le même observateur sur 110 cas cite également 5 croups non opérés et 5 angines qui persistèrent jusqu'au vingtième jour. Comme autres exemples de diphtérie prolongée, ailleurs que sur la gorge et le larynx, on trouve dans la thèse de Grenier (1859) une observation de diphtérie de l'oreille ayant duré deux mois. Isambert (*Archives générales de médecine*, 1857) cite le cas d'un étudiant ayant conservé des fausses membranes nasales pendant neuf mois.

Ces exemples, empruntés à une époque où l'évolution de la diphtérie était livrée à elle-même, nous montrent donc que la maladie avait assez souvent une tendance à durer un temps anormal.

Il nous faut revenir cependant à nos observations actuelles, et étudier ces formes prolongées chez nos malades injectés en temps convenable avec le sérum antitoxique.

Celles-ci peuvent se classer ainsi :

1. *Diphtéries sans sténose laryngée.* — Persistance anormale des fausses membranes, ou comme variante, réapparition des fausses membranes (diphtérie à rechute) après que les premières se sont détachées; avec ou sans (Cadet de Gassicourt) réapparition ou continuation des phénomènes toxiques.

(1) SANNÉ. *Traité*.

2, *Diphtéries avec sténose laryngée.* — Croups prolongés, nécessitant des tubages successifs, et créant par conséquent, à côté des précédentes, des formes cliniques bien caractérisées. Même observation que plus haut à propos des phénomènes toxiques.

3. *Diphtérie à accidents toxiques tardifs.* — Cette troisième forme mérite une attention toute particulière, parce qu'elle peut causer des accidents de la plus haute gravité, et la mort rapide ou subite en pleine convalescence apparente, en pleine sécurité du médecin et de la famille. Il s'agit de la *réapparition tardive d'accidents d'intoxication bénins ou graves atténués ou dramatiques, alors que les fausses membranes ont disparu depuis plusieurs jours, plusieurs semaines même.*

Quelque interprétation pathogénique que l'on donne à ces accidents, ils existent voilà le fait, et nous nous bornerons à les signaler sans en discuter la nature. Ils présentent deux modalités.

Tantôt on constate une *persistance anormale des phénomènes* d'intoxication, quelle que soit l'évolution des fausses membranes, tantôt une *réapparition des phénomènes* d'intoxication, avec ou sans poussée néo-membraneuse nouvelle.

II

Fréquence. — Cette fréquence est variable selon les époques où on observe : elle semble cependant plus grande, et cela n'a rien d'étonnant, dans les recrudescences épidémiques, où les cas sont plus nombreux et surtout plus graves.

C'est ainsi que dans les observations recueillies par H. Barbier et Lobligeois (loc. cit.) à l'hôpital Trousseau en 1901, époque à laquelle a sévi une épidémie particulièrement intense et par le nombre des cas et par leur gravité, ces auteurs ont relevé 50 de ces formes prolongées sur un nombre total de 325 malades, soit environ 1 fois sur 6.

Dans sa thèse M. Aubinière a fait un semblable relevé sur 1177 malades qui ont passé dans le pavillon des diphtériques de l'hôpital Hérold depuis le mois de mars 1901, jusqu'au 11 mai 1903, il en trouve 1 sur 11.

Le chiffre ne représente peut-être pas la proportion exacte de ces cas parce que M. Aubinière a pris le chiffre global des entrants au pavillon de diphtérie sans tenir compte des malades non reconnus diphtériques ultérieurement, ni des malades dont la maladie s'est prolongée pour d'autres causes que la diphtérie.

En prenant le chiffre exact des malades démontrés diphtériques par la clinique et la bactériologie en 1902 et 1903, et d'autre part en ne considérant comme diphtéries prolongées que celles qui méritent vraiment ce nom, on trouve :

En 1902 sur 365 malades	21	diphtéries prolongées.
En 1903 sur 398	— 39	—
Total sur 763	— 60	—

ou p. 100, 7,8, soit 1 sur 12.

En 1904 sur 270 cas on relève 26 diphtéries prolongées.
En 1905 sur 199 — 16 —

Soit pour ces 4 années 1232 cas, avec 102 formes prolongées, c'est-à-dire 8 p. 100.

Si l'on veut se rendre compte de la fréquence relative et de la gravité des formes signalées plus haut; voici ce qu'on trouve :

En 1904 sur ces 26 diphtéries prolongées : 10 angines, 10 croups, 6 formes à accidents généraux prolongés, et sur ces 26 diphtéries prolongées il y a 4 morts, qui sont attribuables : 2 aux croups prolongés, 2 aux formes à accidents généraux prolongés, ces deux malades ayant succombé à des accidents cardio-bulbaires tardifs.

En 1905 sur 16 diphtéries prolongées, il y a 9 croups et 3 formes à accidents toxiques tardifs. Sur ce nombre il y a un mort (croup prolongé).

Mais cette statistique brutale ne nous apprend pas grand'chose.

En réalité les diphtéries prolongées sont plus fréquentes à certains moments qu'à d'autres, et elles s'observent de préférence à la suite de certains types cliniques.

C'est ainsi qu'elles ont été particulièrement fréquentes en février et en juillet 1903.

En février.....	8 sur 54 malades	15 p. 100.
En mars......	5 sur 41	—	12 —
En décembre..	5 sur 39	—	13 —

Tandis qu'en mai je n'en trouve que 2 sur 44 malades, soit 5 p. 100.

Leur fréquence n'est d'ailleurs pas liée à la mortalité générale du mois, puisque, en mai 1903, la mortalité a été la plus forte de l'année, 22 p. 100, tandis qu'en février elle n'est que de 12 p. 100. Ceci est important pour se faire une opinion de ces formes morbides; car si on observe, comme on le verra plus loin, que la presque totalité des diphtéries prolongées se voit chez des malades atteints primitivement de diphtérie grave associée, on pourra conclure qu'elles représentent *l'évolution naturelle des formes graves qui guérissent*, et en réalité leur fréquence est souvent liée à celle plus grande des formes graves dans une période de temps ou à la malignité plus grande de la diphtérie pendant ce temps, c'est ce qu'on pourra observer au mois de décembre 1903 où, sur 39 entrants, il y a 8 décès (20,5 p. 100 de mortalité), avec 13 formes graves et 7 diphtéries laryngotrachéales d'emblée et où on trouve 5 cas prolongés, mais dont 2 se sont terminés par la mort.

Ce que je viens d'avancer deviendra encore plus frappant si on cherche à établir *dans quelles formes de diphtérie* on observe de préférence cette évolution prolongée.

C'est ainsi que l'on trouve pour les deux années 1902 et 1903 :

Formes initiales de la diphtérie.	Nombre de diphtéries prolongées.
Pures bénignes.........	3
Associées bénignes......	20, dont 2 qui étaient déjà des récidives de diphtéries.
Associées graves.......	18

Mais pour se faire une idée exacte de la fréquence de la diphtérie prolongée dans chacune de ces

formes, il faut faire entrer en ligne de compte le nombre global de ces formes initiales.

	Nombre total.	Nombre de diphtéries prolongées.	Pour 100.
Formes pures bénignes.....	193	3	1,4
Formes associées bénignes..	312	20	6,5
Formes associées graves (1).	143	18	12,6

Nous retrouvons ici encore une fois la gamme de gravité de ces trois formes, et ce tableau nous montre que c'est dans les diphtéries associées graves que les formes prolongées sont le plus souvent observées. Sur 100 malades appartenant à cette catégorie, il y en a donc : 35 qui meurent, 13 qui ont des formes prolongées, c'est-à-dire près de la moitié qui ont des incidents pathologiques plus ou moins graves.

J'ajoute qu'on retrouve 3 fois la rougeole parmi les phénomènes pathologiques contemporains, et que dans certaines observations il faut incriminer également une scarlatine survenue avant la guérison de l'angine.

La diphtérie prolongée s'observe également de préférence chez les malades qui *n'ont pas été traités dès le début*, mais seulement comme cela arrive si souvent, à partir du troisième ou du quatrième jour, et qui ont également dans ces cas des formes plus sévères, comme nous l'avons déjà fait observer. Il y a là comme un retour à l'évolution habituelle de la maladie naturelle que je signalais plus haut, fait en rapport également avec l'action moins certaine et moins profonde de la sérothérapie dans ces cas.

En résumé sur 100 malades atteints de diphtérie, observés en bloc dans nos services, il y en a : 13 à 17 qui succombent, 7 à 11 qui ont des formes prolongées, 80 à 92 qui guérissent en trois ou cinq jours, que si au contraire on ne considère que les *formes graves*, on trouve que sur 100 malades ainsi frappés il y en a, en dehors des formes hémorragiques, 35 qui succombent, 13 qui ont des formes prolongées, parmi lesquelles un certain nombre de décès qui figurent dans les 35 ci-dessus, 55 à 60 seulement qui guérissent sans incidents graves en cinq ou sept jours.

III

Étude clinique. — 1. Angines prolongées. — L'angine prolongée se caractérise : 1° Par la *persistance* pure et simple des fausses membranes au delà des limites fixées plus haut. Dans les diphtéries bénignes par exemple, elles se prolongent du sixième au dixième jour et même au delà, dans un cas jusqu'au vingtième jour chez une malade inoculée tardivement au cinquième jour. Ce sont les formes les plus communes;

2° Par une *nouvelle poussée* de fausses membranes, alors que les premières avaient *commencé à se détacher*;

3° Par une *réapparition* de fausses membranes, alors que les premières s'étaient complètement détachées.

(1) Je laisse de côté les formes hémorragiques toujours si graves (59 p. 100 de morts) où je n'ai trouvé qu'un seul cas de diphtérie prolongée.

L'époque de cette réapparition est d'ailleurs variable. M. Barbier dit que le temps moyen entre leur chute et leur réapparition, oscille le plus habituellement entre un et cinq jours, sept jours dans un cas, soit quinze jours après la première inoculation de sérum.

Chez une enfant observée en 1903, Marcelle Bal..., trois ans et demi, entrée à Hérold avec une angine diphtérique associée grave, les fausses membranes après avoir persisté longtemps au pharynx disparurent complètement. Elles réapparurent *trente-sept jours* après la première injection de sérum, trente jours après leur disparition première qui fut complète, et cette fois elles s'étendirent au larynx. Deux inoculations eurent raison de cette rechute.

Il existe enfin des observations de diphtéries prolongées où la localisation des fausses membranes n'est ni la gorge ni le larynx, mais peut se traduire par la présence de fausses membranes dans le nez, sur la conjonctive, etc. Chez des malades de ce genre, un traumatisme, une plaie cutanée, une ulcération de la lèvre peuvent devenir le siège de fausses membranes. Il en est de même d'une rougeole ou une scarlatine qui prédisposent à cette rechute, au niveau de leurs lésions muqueuses spécifiques.

Un enfant, neuf jours après son entrée à Hérold, alors que depuis longtemps les fausses membranes avaient disparu de sa gorge, présenta une fausse membrane diphtérique au niveau d'une brûlure superficielle de la joue.

Un enfant ayant eu la scarlatine et une angine diphtérique fit une poussée de fausses membranes au niveau de sa langue qui desquamait (1).

2. Diphtéries laryngotrachéales prolongées. — Il n'y aurait rien à ajouter à ce que nous venons de dire des angines, si les diphtéries laryngotrachéales prolongées n'étaient l'occasion d'un élément pathologique nouveau, l'*asphyxie mécanique*, et ne prenaient rang parmi les causes les plus intéressantes des tubages prolongés (ou des trachéotomies). C'est à cette catégorie qu'appartiennent en grande partie les cas, publiés autrefois par Cadet de Gassicourt et Sanné. Le larynx et le nez sont peut-être des lieux de prédilection pour cette forme morbide.

Elles ont pour caractère fondamental chez les enfants tubés : la *persistance* des phénomènes de tirage laryngé dès qu'on veut enlever le tube en temps normal — *croup prolongé* — ou la *réapparition* de ces mêmes phénomènes, après plusieurs jours, pendant lesquels l'enfant, détubé en temps normal, avait pu se passer de son tube. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare qu'il persiste après le premier détubage un léger tirage, qui s'exagère à la moindre émotion, pour s'atténuer ensuite, mais sans que la respiration en soit sérieusement gênée. Cet état peut parfois durer plusieurs jours, des semaines même, disparaître également, au point qu'on croit l'enfant guéri, et qu'on le renvoie dans sa famille. Au bout de quelque temps le tirage reparaît, on est

(1) Th. d'Aubinière, pages 39 et suivantes.

obligé de ramener l'enfant, de le retuber et avec rejet de fausses membranes.

En voici un exemple d'autant plus intéressant et plus regrettable que l'enfant rendu à sa famille, en apparence guéri, a contaminé à ce moment son frère. Celui-ci atteint d'une angine bénigne a été reçu en même temps que son frère, rentra à nouveau dans le service, et il y est mort à la suite d'une scarlatine secondaire au neuvième jour avec angine gangréneuse.

Voici cet exemple bien suggestif :

Observation. — Le jeune Lucien M..., âgé de deux ans, est entré le 20 juin avec des fausses membranes sur les deux amygdales et un tirage intense. On le tube et on l'inocule avec 20 centimètres cubes de sérum.

Du 20 au 29 juin, quatre tubages successifs avec chaque fois rejet de fausses membranes.

A partir de ce moment, l'enfant peut se passer de son tube, mais il persiste un tirage léger avec quelques phénomènes généraux tels que la rapidité du pouls. Successivement, on pratique, le 2 et le 5 juillet, deux injections de 5 centimètres cubes de sérum. Le tirage ne prend fin qu'après une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum le 17 juillet. L'enfant sort le 23 juillet.

Dans sa famille, l'enfant recommence à tirer légèrement. Ce tirage augmente, diminue, disparaît puis réapparaît et, en fin de compte, on le ramène le 6 août à l'hôpital, en même temps que son frère Maurice, atteint d'angine.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum à la suite de laquelle les phénomènes s'amendent définitivement. L'enfant sort le 24 août.

Quant à son frère Maurice, il est atteint d'angine diphtérique.

J'ajoute encore, qu'en y regardant bien, beaucoup de ces enfants, en apparence guéris, gardent après leur première atteinte soit un peu d'asthénie nerveuse soit une accélération anormale du pouls. Ce sont des signes à la persistance desquels M. Barlise attache une grande valeur.

Non moins important est le rejet de fausses membranes au détubage.

Un enfant est resté sans tube ou sans canule durant un temps variable, mais la gêne respiratoire apparaît, s'accroît et on est obligé de le retuber ou de le recanuler. Cette opération met en général en évidence un nouveau rejet de fausses membranes laryngotrachéales. Il y a là une indication importante en clinique et qu'on ne doit pas manquer de relever : c'est que, quand un enfant au premier débutage et, à plus forte raison au second détubage rejette encore des fausses membranes, on est en droit de songer à une forme de diphtérie prolongée laryngotrachéale. Ces faits sont d'une constatation et d'une interprétation facile.

Le temps qui s'écoule entre le détubage et le retubage est variable.

Dans un cas rapporté plus bas, les phénomènes ont évolué si vite qu'aussitôt après le détubage on a dû faire une trachéotomie.

Les accidents de sténose peuvent se montrer d'ailleurs assez longtemps après la guérison apparente : Dans les cas rentrant dans la classe des croups prolongés proprement dits, c'est la fausse membrane qui produit l'obstruction du tube ou de la canule.

Il nous faut donc éliminer toute une série de phénomènes d'un autre ordre entretenant les accidents de sténose : ulcérations et abcès laryngiens, œdème sous-glottique, broncho-pneumonie, adénopathie trachéo-bronchique.

La cause de la persistance du tirage est dans ces cas souvent difficile à saisir. L'absence de rejet de fausses membranes lors du détubage donnera l'éveil et permettra de soupçonner la nature de la lésion. De même un flot de pus souillant le pansement chez un enfant trachéotomisé ou rejeté par la bouche chez un enfant tubé amenant la cessation du tirage démontrera qu'on devait l'attribuer à un abcès laryngé.

Ces faits ne rentrent pas dans la compréhension du terme diphtérie prolongée ; il était utile néanmoins de les signaler.

Dans les cas de croup prolongé proprement dit, la diphtérie peut d'abord se localiser au larynx (croup d'emblée), le plus souvent le croup est secondaire à l'angine ou est concomitant, du moins à l'entrée du malade. Une des observations les plus remarquables du croup prolongé est celle de René Ch... due à M. Barbier et rapportée tout au long dans la thèse d'Aubinière. Il s'agit d'un enfant ayant eu un *grand nombre* de tubages et de trachéotomies et ayant présenté des fausses membranes laryngées cent vingt jours encore après son entrée à l'hôpital. Nous avons observé dans les premiers mois de cette année 1906 un cas intéressant de croup prolongé.

Il s'agit d'un enfant entré au quatrième jour de la diphtérie, qui reçut lors de son entrée à l'hôpital 40 centimètres cubes de sérum, fut tubé plusieurs fois et trachéotomisé et qui douze jours après cette inoculation, rejetait encore des fausses membranes au détubage. La sténose laryngée dura dix-huit jours. L'enfant guérit.

Ces croups prolongés ne se terminent d'ailleurs pas tous de cette façon. Ces formes sont souvent mortelles. On trouve alors à l'autopsie de la thrombose cardiaque ou des lésions intenses de myocardite.

Le 11 novembre dernier, un enfant atteint de croup prolongé est mort à Hérold. Cet enfant était venu à l'hôpital au *huitième jour de sa maladie*. L'autopsie révéla des lésions intenses de myocardite.

On pourrait multiplier les observations de ce genre et montrer ainsi que le croup prolongé n'est pas seulement d'un pronostic sévère pour ses effets mécaniques de sténose laryngée, comme le voulait Cadet de Gassicourt, mais aussi par la possibilité des complications cardiobulbaires habituelles à la diphtérie.

3. Diphtéries prolongées avec accidents généraux tardifs. — Les idées actuelles sur l'intoxication diphtérique (1) nous permettent de faire entrer d'autres faits dans la classe des diphtéries prolongées, ce sont les cas se prolongeant par des accidents généraux graves ou bénins. Nous avons vu que les diphtéries pures ou associées, graves ou bénignes, *revé-*

(1) Voir Barbier et Ulmann. La diphtérie, *Actualités médicales*, 1899.

tant la forme prolongée, peuvent présenter des phénomènes généraux concomitants avec la persistance ou la réapparition des fausses membranes.

Ces faits sont de compréhension facile, et après ce que nous avons dit plus haut, ils se passent de plus amples commentaires. Mais il en est d'autres qui en raison des conditions dans lesquels ils apparaissent, en raison aussi de leur gravité, ne doivent pas être ignorés des médecins.

On les observe en effet chez des enfants dont les fausses membranes visibles sont tombées, qui ne présentent plus de phénomènes de tirage, bref chez des enfants qui semblent guéris de leur diphtérie, qu'on regarde comme convalescents, qui sont levés ou qui ont quitté l'hôpital. La soudaineté de leur apparition n'a d'égale que leur gravité, du moins dans certains cas.

Quoi qu'on pense de leur pathogénie que nous ne voulons pas discuter dans cette revue purement consacrée aux faits, il n'en est pas moins intéressant de remarquer qu'ils coïncident souvent avec des paralysies des nerfs bulbaires moteurs, et qu'ils semblent bien dans certains cas obéir au sérum quand on réinocule les malades à ce moment.

Dans leur forme brutale ils se caractérisent par des *accidents cardio-bulbaires* précédés de *vomissements* qu'on met trop facilement alors sur le compte d'une indigestion et accompagnés d'une albuminurie qui se révèle massive dès le début. A ce moment le malade présente nettement l'aspect d'un diphtérique atteint d'angine grave, mais cette fois sans fausse membrane, *avec de la pâleur du visage*, *du refroidissement des extrémités*, *de la cyanose*, *avec cette asthénie* si spéciale, *véritable angoisse bulbaire* qui laisse le malade immobile dans son lit, redoutant, tant la syncope est menaçante, le moindre mouvement. Peu ou pas de dyspnée; mais *un pouls petit*, très accéléré ou quelquefois ralenti à un très haut degré, tandis que les battements du cœur sont sourds et à peine perceptibles.

Il n'est pas rare d'observer en même temps de la diarrhée, des douleurs épigastriques, avec une augmentation de volume de foie; de l'agitation, des cris, enfin un ensemble qui rappelle plus ou moins un aspect méningé.

Si on ne se précipite pas au secours de tels malades, si on ne fait pas le nécessaire, ils meurent de collapsus en pleine connaissance, souvent c'est de mort subite; d'autres succombent à un affaiblissement progressif.

Un enfant, observé en 1903 à Hérold, sortit de l'hôpital en très bon état. Quelques jours après, en classe, il fut pris de vomissements et mourut brusquement. Cet enfant avait eu dans le service une diphtérie prolongée.

Ces faits sont des plus intéressants à connaître. Il serait utile de savoir jusqu'à quelle époque un enfant peut être sous le coup de tels phénomènes. On peut donner comme point critique la troisième semaine après la guérison complète apparente.

Il faut du reste ajouter que ces accidents s'observent de préférence après des angines ou des croups dont les fausses membranes se sont déjà prolongées.

A côté de ces formes brutales, redoutables, il en est par contre d'autres plus atténuées, mais dont l'intérêt n'est pas moins grand en raison de la réapparition ou de la persistance de phénomènes généraux toxiques sans fausses membranes. On a alors une forme de diphtérie prolongée à accidents généraux bénins, ce qu'Heubner a pu appeler le *marasme diphtérique* et que Simonin et Benoît ont pu classer sous la rubrique : petits signes de la diphtérie.

L'état général surtout est atteint, le malade est *apathique*, triste; ses téguments sont décolorés, son appétit nul. Tous les signes décrits plus haut au sujet du pouls peuvent se retrouver avec intensité minima.

Voici une observation de diphtérie prolongée à accidents généraux, terminée favorablement :

France R..., huit ans et demi, entrée à Hérold le 29 janvier 1906, pour angine à fausses membranes (angine membraneuse intense).

La malade est au sixième jour de sa maladie.

Fausses membranes épaisses étendues aux amygdales, à la paroi postérieure du pharynx, à la luette. Pas d'adénopathie.

Pas de phénomènes généraux. pouls 110, 30 centimètres cubes de sérum; bacilles Lœfler longs et moyens purs.

Le 2 février, persistance des fausses membranes.

Le 3, paralysie précoce unilatérale droite du voile (10 centimètres cubes de sérum).

Le 6 au matin, les fausses membranes ont disparu, l'état général semble très bon, quand brusquement, dans l'après-midi, l'enfant a trois vomissements bilieux et présente un état syncopal.

On lui injecte immédiatement 20 centimètres cubes de sérum.

Le 10, un vomissement, le pouls est petit, filant, les bruits du cœur sont assourdis; 20 centimètres cubes de sérum.

Le 13, amélioration manifeste.

L'enfant sort le 16. Revue plusieurs jours après elle ne présente qu'un peu de nasonnement.

De tels cas ne sont pas rares, il faut noter l'apparente guérison et la reprise des phénomènes toxiques.

IV

Causes de la diphtérie prolongée. — Nous avons déjà dit un mot plus haut de cette question en parlant de la *fréquence* de ces formes cliniques. Ce qu'on peut dire d'après les faits bien étudiés, c'est qu'elles s'observent dans deux circonstances :

1° *Chez les malades tardivement traités*, même chez les malades ayant une forme en apparence bénigne;

2° *Chez les malades ayant des formes graves le plus souvent très membraneuses.* — Or précisément on peut dire que, lorsqu'il s'agit de diphtéries primitives, la presque totalité de ces malades nous arrivent à l'hôpital au quatrième ou au cinquième jour et *non inoculés*. On peut donc penser, d'après l'évolution connue de l'ancienne diphtérie avant la sérothérapie, que ces diphtéries ne sont devenues telles que *parce que non inoculées* et qu'en définitive, c'est encore le retard dans l'inoculation qu'il faut accuser comme cause principale des formes prolongées, même dans les diphtéries graves. Cela est surtout

apparent pour les formes à accidents toxiques tardifs (H. Barbier, communication écrite).

Il faut remarquer néanmoins qu'il y a une question de *terrain*.

Il y a des sujets qui sont plus aptes que d'autres à s'infecter par le bacille diphtérique, et chez eux, malgré le sérum la diphtérie a tendance à prendre la forme prolongée. C'est un fait que l'examen des cas de récidive de la maladie a permis de relever (voir Th. de Guérard, *Récidives de la diphtérie*, 1905) : certains malades qui sont revenus au pavillon six mois, un an après une première atteinte de diphtérie et pour une nouvelle diphtérie, avaient eu la première fois une forme prolongée.

Ces quelques notions étiologiques, si incomplètes qu'elles soient, permettent cependant d'établir quelques règles de prophylaxie de la diphtérie prolongée.

Une autre influence *prolongeante* non moins nette est l'apparition pendant la diphtérie d'une *rougeole* ou d'une *scarlatine* et peut-être de la *grippe*.

V

Le pronostic des diphtéries prolongées n'est pas toujours aussi bénin que l'avait pensé Aubinière (thèse citée). Il faut distinguer naturellement les *angines prolongées*, les *croups prolongés*, les *accidents toxiques tardifs* sans repullulation membraneuse.

Sur 18 cas d'*angines prolongées* observées en 1902 et 1903, on relève en effet 4 morts, malgré les réinoculations sériques. Si on en élimine un cas douteux, d'une interprétation discutable, il reste 3 morts du quinzième au trentième jour, dont une avec une néphrite grave, ce qui donnerait *16 p. 100 de mortalité*. C'est important, mais ce n'est qu'un chiffre d'attente,

Sur *23 cas de croup prolongés* de la même époque, on trouve 4 morts (syncope ou collapsus). Le pourcentage se rapproche du précédent 17 p. 100. Même remarque que ci-dessus à propos de ce chiffre.

Les accidents toxiques tardifs donnent une mortalité beaucoup plus importante, et à cet égard leur pronostic est des plus sévères et la mort en est presque toujours l'aboutissant dans plus de 80 p. 100 des cas; le plus habituellement la mort est subite, et survient du septième au vingt et unième jour le plus souvent.

VI

Traitement. — Des considérations qui précèdent, découle naturellement de traitement. D'abord la *prophylaxie*. Pour éviter les formes prolongées de la diphtérie, il faut éviter les formes graves, et pour cela il n'y a à l'heure actuelle qu'un moyen, c'est l'*inoculation précoce* de sérum, dès qu'on a le moindre soupçon de la maladie, sur ce point tout le monde est d'accord. Si tous les observateurs sont unanimes à penser que la diphtérie traitée le premier jour guérit presque toujours, sinon toujours; qu'au contraire les insuccès sont plus nombreux à mesure que l'injection est plus tardive, c'est que les formes graves initiales sont exceptionnelles et que la diphtérie — en dehors des formes secondaires ou anormales — ne devient grave qui si on la laisse évoluer sans faire le nécessaire.

Inoculer dès la première heure tout cas suspect de diphtérie est donc le meilleur moyen d'éviter les formes prolongées.

Mais on doit reconnaître que le médecin n'est pas toujours appelé le premier jour, et que la plupart du temps, du moins à l'hôpital c'est du deuxième au quatrième jour que les malades reçoivent le plus souvent l'inoculation sérique. Le médecin dans ces cas ne doit pas se borner à cette inoculation du premier jour; il doit surveiller son malade et être prêt à de nouvelles inoculations dans les cas suivants (H. Barbier) :

1° Dans les *angines* quand les fausses membranes ne montrent pas de tendance à se détacher du troisième au quatrième jour dans les formes bénignes, du quatrième au sixième jour dans les formes graves, quand, bien entendu, la base du sérum initial a été convenable et suffisante;

2° Dans les *croups* quand les phénomènes de tirage persistent après un premier tubage, et que les malades rejettent encore des fausses membranes au détubage;

3° Dans l'un et l'autre cas, quand il y a *repullulation* des fausses membranes, après une première phase d'élimination complète ou incomplète (formes à rechute);

4° Lorsque chez un malade, même si les fausses membranes ont disparu, car on observe de ces dissociations, les phénomènes d'intoxication ne s'atténuent pas ou reparaissent, accompagnés ou non de paralysies précoces. Parmi ces signes, l'élévation du chiffre de la fréquence du pouls, jointe à sa faiblesse, doit être considérée comme un des plus précieux;

5° Lorsque dans la convalescence, chez des malades déjà levés on voit réapparaître les signes tardifs d'intoxication ou d'insuffisance cardiaque dont nous avons parlé plus haut.

La *dose* de sérum varie avec l'importance des symptômes observés, surtout s'il s'agit d'accidents cardiobulbaires avec ou sans paralysie, elle varie de 10 à 20 centimètres cubes ou davantage. Il est souvent nécessaire de *répéter* ces réinoculations. Il faut pour cela en observer les effets habituels :

1° *Sur les fausses membranes*, qui cette fois semblent se détacher, et font, en cas de croup, cesser les phénomènes de sténose laryngée;

2° *Sur les phénomènes toxiques* qui s'amendent, au premier rang desquels il faut placer : le ralentissement du pouls vers la normale, le retour des couleurs et de l'abattement de l'enfant.

Lorsqu'au bout de deux jours d'attente ces phénomènes d'amélioration ne se manifestent pas, il faut réinoculer encore jusqu'à effet obtenu.

Dans les formes à accidents tardifs, qui sont si graves, il faut d'emblée recourir à de fortes doses de 20 à 30 centimètres cubes, et le succès est rare.

Quant aux accidents de sténose laryngée, l'habitude dans le service est d'avoir recours aux tubages successifs tant que l'enfant rend uniquement des fausses membranes. L'indication de la trachéotomie se pose cependant dans les cas où il existe une sup-

puration abondante du larynx et du signe faisant présumer des ulcérations de la muqueuse.

En résumé, ce qui précède, en précisant le temps d'évolution habituelle des formes graves ou bénignes de la diphtérie, nous enseigne que le médecin ne doit pas s'endormir dans une sécurité trompeuse lorsque appelé auprès d'un diphtérique il a fait, à dose voulue, l'inoculation indiquée par les classiques. Bien des cas de mort subite ou de mort tardive ont été la conséquence de cette façon d'agir. L'observation montre que l'évolution des diphtéries inoculées n'est pas aussi simple que la théorie l'indique. Les formes prolongées représentent un des aspects de ces anomalies. Ce n'est pas le seul. Mais on doit reconnaître celles-là et les surveiller, car la sérothérapie bien dirigée permet, dans certains cas, d'en venir à bout. Il faudra les redouter d'autant plus que la forme clinique est plus grave au moment de la première inoculation, et que celle-ci aura été faite plus tard ou à une dose insuffisante.

VARIÉTÉS

L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS ET LES PLACEMENTS VOLONTAIRES

La loi de 1838 a encore de beaux jours devant elle, M. Clemenceau, ministre de l'Intérieur, vient en effet d'essayer de la rajeunir dans une longue circulaire qu'il adresse aux préfets.

Après avoir bien voulu mettre l'honorabilité du corps médical hors de cause, le ministre rappelle les principales dispositions de la loi, notamment l'article 8, qui autorise *les placements dits volontaires* et il recommande aux préfets d'appliquer rigoureusement l'article 16 qui prescrit que « le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés ».

Comment, pour prendre une telle décision, le préfet s'informera-t-il? L'article y pourvoit. *Le préfet, y est-il dit, et les personnes spécialement désignées à cet effet sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront à leur égard tous renseignements propres à faire connaître leur position.*

« L'accomplissement de cette tâche ne laisse point d'être chose délicate ; mais puisque nous trouvons ici la plus précieuse garantie administrative prescrite par la loi de 1838 contre les abus ou erreurs dont la liberté individuelle peut être victime, ce serait pour vous une inexcusable faute de ne pas donner à ces dispositions tutélaires leur plein effet.

Je vous invite expressément à faire de ces instructions votre règle de conduite dans l'avenir.

Pour aujourd'hui, je juge indispensable de dissiper d'urgence toute appréhension et de procéder à une sorte de bilan moral des établissements d'aliénés. Vous aurez, en conséquence, faisant une large et exceptionnelle application de l'article 4, à nommer immédiatement une commission composée d'un petit nombre d'hommes, dont l'honorabilité, l'impartialité, la sûreté de jugement et la compétence seront hautement reconnues, d'hommes inaccessibles au désir ou à la peur de soulever des polémiques et sachant faire le bien avec simplicité.

Vous lui conferiez la mission de recueillir, par les divers moyens que vous estimerez les plus efficaces, tous renseignements sur les aliénés placés volontairement dans des établissements privés et même publics, et spécialement sur ceux dont l'aliénation a été contestée, d'examiner, avec le plus grand soin, les protestations formulées à leur sujet, et attachant une particulière importance aux informations présentées par le médecin de l'établissement, mais sans les tenir pour décisives, de procéder à une enquête approfondie sur les cas qui paraîtront douteux.

Aucun médecin ne se plaindra d'une telle enquête; elle n'est et ne peut être redoutée par ceux qui ont conscience de leurs devoirs; elle les délivrera même de suspicions qui, en se généralisant à la suite de quelques incidents particuliers, deviennent gravement injustes et leur pèsent.

Si cette enquête, discrètement mais minutieusement conduite, ainsi qu'il convient, ne révèle le maintien dans un établissement public ou privé d'aucune personne indûment retenue, il faudra se réjouir hautement d'une telle constatation. Si d'aventure, au contraire, elle aboutissait à la libération, ne serait-ce que d'une seule personne saine, et dont le maintien dans un établissement d'aliénés ne fût point justifié, chaque homme de cœur devra se féliciter d'avoir collaboré à une telle œuvre de justice. »

LIVRES NOUVEAUX

Anémie des mineurs. Etiologie, séméiologie, prophylaxie (1), par E. Français.

L'ankylostomiase est une question à l'ordre du jour et particulièrement étudiée dans les centres houillers du Nord et du Pas-de-Calais.

M. Français montre ce qu'est cette affection vermineuse, à la faveur de l'enquête toute récente qui a été faite sur sa fréquence dans les pays de mine. Il l'étudie à tous les points de vue, envisage le côté symptomatique, le côté biologique, le moyen prophylactique et la lutte sociale à entreprendre contre le mal.

Il montre aussi que l'anémie n'est pas uniquement redevable de la présence de l'ankylostome duodénal. On peut être porteur du ver et ne pas en souffrir, ce qui, pour lui, contribue à déterminer les symptômes apparents et notamment l'anémie, c'est en même temps que le parasite incriminé, l'alcoolisme, l'anthracose et d'autres vers intestinaux : ascaris, tricocéphales, etc., qu'il a trouvés très fréquemment dans l'intestin les sujets examinés.

Bonne étude qui intéressera ceux qui pratiquent dans les régions minières, sans oublier ceux qui s'adonnent aux problèmes passionnants de l'hygiène sociale. C. DOPTER.

(1) In-8, 8 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 72. — MARDI 26 JUIN 1906. 79e ANNÉE. MARDI 26 JUIN 1906. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgiens des hopitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance de lecture du 25 juin 1906 : MM. Piquant, 25; Marcille, 22.

La première séance d'épreuve clinique aura lieu le mercredi 27 juin, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker.

— Assistant d'oto-rhino-laryngologie. — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. Paul Laurens et Gibert sont nommés assistants titulaires, et MM. Hautant et Lemaître, assistants adjoints d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux.

LE MONUMENT DU PROFESSEUR NOCARD. — Dimanche a eu lieu, à l'École vétérinaire d'Alfort, l'inauguration d'un monument élevé à la mémoire du professeur Nocard.

M. Ruau, ministre de l'agriculture, est venu présider la cérémonie et a prononcé l'éloge du savant auquel on doit des travaux considérables sur la morve, sur la péripneumonie et la tuberculose.

« Nocard, a-t-il dit, a découvert, en 1887, avec le docteur Roux, la méthode de culture du bacille de Koch en milieux glycérinés; il a démontré l'identité de la tuberculose des oiseaux et de celle des mammifères, et il a proclamé victorieusement l'unité fondamentale de la tuberculose humaine et de la tuberculose des animaux domestiques. Il a fait entrer dans la pratique vétérinaire la tuberculine qui sert au diagnostic précoce de la tuberculose, et la malléine, révélatrice de la morve.

Emule des Bouley, des Chauveau, qui sont avec lui les gloires de la science vétérinaire, il ne s'est pas contenté de rassurer des milliers d'agriculteurs en défendant notre cheptel contre les maladies qui l'assaillent, mais transportant l'application pratique de ses découvertes du domaine des animaux au domaine de l'homme, il a réussi, comme l'avait fait Pasteur, à réduire la somme de la douleur humaine. Son œuvre est donc de celles qui le classent parmi les maîtres, dans la pléiade des bienfaiteurs de l'humanité. »

M. Ruau a décerné les distinctions suivantes :

Commandeur du Mérite agricole, M. Railliet, professeur à l'École;

Officiers du Mérite agricole, MM. Petit et Vallée, professeurs;

Officier de l'Instruction publique, M. Bobin, architecte de l'école.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS ET DE LA SEINE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu à la mairie du IVe arrondissement (salle des conférences), le jeudi 28 juin, à huit heures et demie du soir.

Ordre du jour : 1° Enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires (docteur de Pradel); 2° Prophylaxie des maladies transmissibles (docteur Gillet); 3° Rapport de la commission de la tuberculose (docteur Mallet), etc.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1906.) Brocq et Ayrignac : Etude de la nutrition dans les dermatoses : l'urine des psoriasiques.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mai-juin 1906.) Victor Parant : Un article de M. le professeur Grasset : Demi-fous et demi-responsables. — Wladimir Serbsky : Contribution à l'étude des forces mixtes (vésanies). — Gimbal : Les incendiaires (*suite*). — A. Convers : De l'action de l'acide formique en médecine mentale. — A. Rousset : Un cas d'exhibitionnisme. — Lartzo fils (de Bucarest) : La psychiâtrie moderne et l'œuvre du professeur Kraepelin (*fin*).

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 190, 25 mai 1906.) Bordier : Du dosage des rayons X en radiothérapie. Nouveau chromoradiomètre. — Imbert et Marquès : Une luxation rare (symphyse pubienne), sans signes extérieurs, décelée par la radiographie. — E.-J. Durand : Une nouvelle unité de mesure de l'intensité du rayonnement d'un tube de Crookes. — (N° 191, 10 juin.) M.-V. Balthazard : Etude physiologique et thérapeutique des radiations émises par les corps radio-actifs et de leurs émanations. — H. Bordier : Du dosage des rayons X en radiothérapie. Nouveau chromoradiomètre (*suite et fin*). — Stéphane Leduc et Frédéric Morin : La décharge électrique à travers les tubes à rayons X.

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1906.) Mamerto Acuña : Leucémie aiguë. — Chartier et Dénéchau : Emphysème généralisé. — Rocaz et Cruchet : Myopathie primitive. — Comby : Fièvre hystérique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1906.) Robert : Du transport des malades et blessés en Algérie et en Tunisie. — Pichon : Ruptures aponévrotiques et hernies musculaires de la région jambière antérieure. — Joly : Traitement de l'hydrocèle par le plissement des tuniques fibreuse et vaginale. — Gilliard : Note sur l'étiologie d'une épidémie de fièvre typhoïde au 16e bataillon de chasseurs. — Duponchel : Quatre récidives d'oreillons chez un soldat; — Un cas d'hyperthermie rare sous l'influence d'un état grippal. — Chaudoye : Méat hypogastrique créé pour parer aux accidents d'une tumeur intra-vésicale.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 17, 8 mai 1906.) M. Champeaux : Note sur le traitement des plaies infectieuses et souillées. — A. Robin : Le traitement de la pneumonie aiguë chez une femme tuberculeuse au premier degré. — (N° 18, 15 mai.) Octave Laurent : Procédé simple de lavage du cerveau et de la moelle. — A. Robin et M. Binet : Recherches sur l'alimentation des phtisiques. Les œufs.

Bulletin médical. — (N° 42, 30 mai 1906.) Bensaude et Rivet : Sur le diagnostic des infections paratyphiques. — (N° 43, 2 juin.) Bensaude et Rivet : Sur le diagnostic des infections paratyphiques (*fin*). — Robert-Simon : Formes rares du cæcum et fausses appendicites. — (N° 44, 6 juin.) Enriquez et Grenet : Pathogénie et traitement de l'entérocolite muco-membraneuse. — R. de Gauléjac : Deux cas de luxation du tendon du cubital postérieur.

Écho médical du Nord. — (N° 18, 6 mai 1906.) Gaudier et Debeyre : Les hernies de la trompe seule chez l'enfant.

(*Voir la suite, p. 862.*)

UN CAS
DE
COLLAPSUS GRAVE AU COURS DE L'ECZÉMA
CHEZ UN NOURRISSON

Par MM. P. BOULLOCHE et Henri GRENET.

Le rapport entre l'apparition d'accidents généraux graves et le brusque affaissement d'une éruption eczémateuse chez le nourrisson, est connu depuis fort longtemps. Mais, à l'étranger, quelques auteurs, suivant en cela l'enseignement de l'école de Vienne, continuent à nier toute relation de cause à effet entre les deux ordres de phénomènes, et prétendent que les faits observés résultent de coïncidences fortuites : telle est l'opinion soutenue récemment encore par Strauss (1). Or, peut-on parler de simple coïncidence, lorsque, chez un enfant bien portant, la disparition de l'eczéma précède immédiatement l'éclosion des accidents, et que, ceux-ci s'amendant, l'éruption reparaît aussitôt — et surtout lorsque les phénomènes graves, succédant à un traitement local trop efficace des lésions cutanées, sont guéris précisément par les moyens mis en œuvre pour provoquer le retour de l'éruption (2) ?

Voici l'histoire d'un cas qui a pu être suivi de très près, et où semble évidente la relation entre l'affaissement de l'eczéma et l'apparition de signes de collapsus grave.

B... (Georges), âgé de quatorze mois, est né de parents bien portants et n'ayant jamais été atteints d'eczéma ni d'autres manifestations arthritiques. Il a une sœur aînée, âgée de quatre ans et demi, qui a toujours joui d'une santé parfaite.

Il appartient à une famille aisée, et a toujours été très surveillée sous le rapport de l'alimentation et de la propreté.

Il a été nourri au sein jusqu'à neuf mois, et ses tétées étaient très bien réglées. Le sevrage s'est passé sans incidents. Lorsque nous sommes appelés auprès de lui, il a cinq dents, marche, commence à parler. Il est nourri avec du lait, des bouillies, de la phosphatine ; il n'a jamais présenté aucun trouble digestif.

Il est atteint d'eczéma de la face depuis le premier mois de sa vie. Cet eczéma est prurigineux et habituellement suintant ; mais l'enfant est bien tenu ; on l'empêche de se gratter, et il ne présente aucune excoriation, ni aucune lésion impétigineuse. Aucnn traitement local n'a jamais été appliqué.

Dans les quelques jours qui ont précédé les accidents, l'eczéma avait subi une recrudescence et était devenu très floride. Aucune faute alimentaire n'avait été commise.

Le 17 janvier 1906, dans l'après-midi, en quelques heures, l'eczéma cesse de suinter, se flétrit, disparaît complètement. A quatre heures du soir, l'enfant a deux vomissements alimentaires, sa température monte à 38°4.

Il dort mal pendant la nuit suivante, et le lendemain il est abattu. Cependant, il n'a pas eu de nouveaux vomissements, mais il est constipé et ne va pas à la selle. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. La température est de 38°6. Les bruits du cœur sont bien frappés ; le pouls bat à 100 à la minute. Le malade est mis à la diète hydrique, et on lui fait prendre 0g03 centigrammes de calomel.

Le soir, l'état général est satisfaisant ; il n'y a plus de fièvre ; l'enfant est gai, et joue. Cependant, le calomel et un lavement donné dans la journée n'ont produit aucun effet.

Le 12 janvier au matin, la température est normale. Une cuillerée à café d'huile de ricin a provoqué une selle peu abondante, non fétide. L'enfant a bien uriné, et est très gai. *Mais l'eczéma n'a pas reparu.*

A deux heures du soir, l'enfant, dont l'état général semble parfait, accompagne en riant, jusqu'à la porte, sa mère qui se prépare à sortir. *A trois heures*, tout d'un coup, *en quelques secondes*, il pâlit, cesse de jouer ; sa bonne le prend dans ses bras : il reste inerte, sans se plaindre, ne répondant pas quand on lui parle ; ses yeux se creusent, son regard est perdu dans le vague, et ne se fixe sur aucun objet.

Nous l'examinons à trois heures et demie ; il est plongé dans un état de torpeur dont on ne peut le tirer ni par les questions à haute voix, ni par les excitations cutanées ; il a le teint blafard et les yeux excavés et cernés, le nez pincé, les lèvres serrées ; de temps à autre, il ébauche un mouvement de mâchonnement. On ne constate aucun symptôme méningé : les pupilles sont en état de dilatation moyenne, et réagissent bien à la lumière ; il n'existe pas de strabisme ; la fontanelle antérieure n'est pas tendue ; il n'y a pas de signe de Kernig ; le pouls est régulier, bien frappé, bat à 110 à la minute. L'examen de l'abdomen reste, lui aussi, presque complètement négatif : le ventre n'est pas ballonné, mais au contraire est mou et flasque ; les plis faits en pinçant la paroi, qui a perdu sa tonicité, ne s'effacent que lentement, et l'on éprouve un peu, à la palpation, une sensation de ventre de cadavre ; cette palpation n'est nullement douloureuse. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. La respiration est régulière ; aucun symptôme anormal n'est relevé à l'examen des poumons ; pas d'angine.

L'enfant n'a pas eu de nouvelle selle et *n'a pas uriné* depuis le matin. L'eczéma reste complètement effacé. La température est de 38°2.

Devant ces phénomènes de collapsus général, que n'explique aucune localisation organique, et qui paraissent si nettement en rapport avec la disparition de l'éruption, on s'efforce de faire de la révulsion cutanée et intestinale : on donne immédiatement un bain sinapisé à 38 degrés, puis un lavement purgatif (un verre à bordeaux d'eau de Rubinat). On prescrit de plus une potion de 60 grammes contenant 2 grammes d'acétate d'ammoniaque (une cuillerée à café toutes les deux heures). L'enfant est maintenu à la diète hydrique, et prend en outre un peu de thé léger.

Il a un peu crié dans son bain, mais sa peau a à peine rougi.

A six heures du soir, l'état est le même ; les bruits du cœur restent bien frappés.

A neuf heures, l'enfant a repris un nouveau bain, dans lequel il s'est un peu débattu. Il reste toujours aussi pâle, ses yeux sont aussi excavés, mais le nez paraît un peu moins pincé. Il boit avidement, mais n'urine pas (on s'est assuré, par la palpation et la percussion, que la vessie n'est pas distendue, et qu'il ne s'agit pas de rétention d'urine). L'état du cœur et du pouls reste satisfaisant. La température est de 38°1.

A onze heures du soir, on fait une injection de 50 grammes

(1) Strauss. *Jahrb. f. Kinderh.*, 1902.

(2) On trouvera cette question plus amplement discutée dans la thèse récente de notre ami le docteur Hudelot, à qui nous avions communiqué notre observation. (*Accidents généraux de l'eczéma, en particulier chez le nourrisson*, Paris 1906.)

de sérum artificiel; le malade crie un peu pendant cette injection, qui est d'ailleurs bien supportée.

A minuit, nouveau bain sinapisé à 38 degrés; au sortir du bain, l'enfant devient absolument blafard, tombe inerte sur les genoux de sa bonne; son pouls devient rapide et filiforme, et cesse même d'être perceptible pendant quelques secondes. On fait immédiatement une injection sous-cutanée de 2 centigrammes de caféine et des frictions alcooliques sur tout le corps.

Très rapidement le pouls se relève, l'enfant s'agite un peu; puis, pendant une heure, paraît très excité par la caféine, et ne cesse de pousser des cris violents.

Vers une heure du matin, à la suite d'un nouveau lavement à l'eau de Rubinat, se produit une selle assez abondante, pâteuse, grisâtre, non fétide. Les urines sont toujours supprimées. L'eczéma n'a aucune tendance à reparaître. A une heure et demie, on donne encore un bain sinapisé à 30 degrés, qui est bien supporté.

Le 20 janvier, à huit heures du matin, l'état paraît un peu moins alarmant : l'enfant commence à s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, dirige son regard vers les personnes qui l'appellent; *il a uriné abondamment, un peu de rougeur reparaît au niveau des anciens placards eczémateux.* Le pouls est bien frappé; la température est normale (37°1).

L'examen des divers organes demeure négatif. Aucun signe méningé; aucun symptôme anormal du côté de l'appareil respiratoire; pas d'angine; la paroi abdominale, toujours très souple, est un peu moins flasque; le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. On continue le traitement institué la veille : trois bains sinapisés à 30 degrés dans la journée; continuation de la diète hydrique et de l'acétate d'ammoniaque. Un lavement purgatif est donné le matin; le soir 0gr3 centigrammes de calomel. Dans le but de rappeler l'éruption, on fait en outre, sur les joues, quelques frictions, d'abord à l'eau savonneuse, puis à l'eau de Cologne.

Nouvelle émission abondante d'urines dans l'après-midi.

A partir de ce jour, l'amélioration est rapide. L'eczéma reparaît progressivement.

Le 21 janvier, un seul bain sinapisé dans la journée. On donne à l'enfant du bouillon de légumes.

Le 22, suppression complète des bains et de l'acétate d'ammoniaque. L'alimentation est reprise très légèrement (bouillon de légumes, une phosphatine à l'eau).

L'eczéma est manifeste, bien rouge, un peu suintant à partir du 23 janvier.

On alimente l'enfant avec beaucoup de prudence; une bouillie au lait et à la crème d'orge est donnée pour la première fois le 26 janvier. Dans la suite, le lait est remplacé en partie par du babeurre.

Chez ce malade, aucun accident nouveau ne se produit jusqu'au 1er avril. Ce jour-là, à six heures du soir, sans cause appréciable, sans qu'aucune erreur de régime ait été commise, l'enfant est pris de vomissements. La température est normale; le ventre est souple; le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume; rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire; pas d'angine; les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés; le pouls est plein. L'eczéma n'est pas effacé. On met le malade à la diète hydrique. Le soir à neuf heures, un nouveau vomissement se produit; l'enfant paraît un peu abattu. Bien que l'éruption ne disparaisse pas, dans la crainte d'accidents de collapsus semblables à ceux qui se sont produits au mois de janvier, on donne un bain sinapisé à 30 degrés, un lavement purgatif à l'eau de Rubinat, et l'on prescrit une potion avec de l'acétate d'ammoniaque.

Le lendemain matin, l'état du malade est très satisfaisant; il n'y a plus eu de vomissements; l'enfant a eu spontanément une selle et a émis des urines abondantes. L'eczéma reste floride.

L'amélioration est très rapide.

En résumé, la maladie a évolué de la manière suivante : 1° disparition soudaine de l'eczéma; 2° troubles digestifs légers, améliorés par la diète hydrique; 3° collapsus et anurie; 4° guérison, retour de l'eczéma.

Il s'agissait d'un enfant placé dans de bonnes conditions hygiéniques, ne présentant ni excoriations cutanées, ni lésions impétigineuses; et il est bien difficile d'attribuer ici les accidents à une infection d'origine cutanée. Les auteurs allemands, étudiant la mort subite dans l'eczéma, font jouer un grand rôle à l'état lymphatique de Paltauf, caractérisé surtout par l'hypertrophie du thymus et des divers organes lymphatiques; mais cette explication un peu vague ne rend aucun compte de la fréquence particulière des accidents chez les eczémateux, et d'ailleurs elle ne semble pas pouvoir s'appliquer à notre cas. Bernheim Karrer (1), dans un travail récent, attribue un grand rôle, dans la pathogénie de la mort subite au cours de l'eczéma, à la défaillance du myocarde : cette défaillance ne s'est pas produite chez notre malade qui a guéri; et d'ailleurs, il resterait à expliquer pourquoi elle se produit spécialement chez les eczémateux dont l'éruption disparaît brusquement; sur ce point, les expériences assez confuses de Bernheim Karrer, cherchant à intoxiquer des cobayes en leur injectant de l'extrait de peau brûlée avec de l'huile de croton, n'apportent aucun éclaircissement.

On est ainsi conduit à revenir à la vieille doctrine des métastases, rajeunie par la connaissance des auto-intoxications. On peut admettre (et telle est l'opinion généralement adoptée en France), que des substances toxiques, auxquelles la peau eczémateuse sert habituellement d'émonctoire, sont brusquement retenues dans l'organisme lorsque l'éruption disparaît. Les effets nocifs de cette rétention seront manifestes surtout lorsqu'il y aura diminution du pouvoir antitoxique du foie ou insuffisance de l'élimination rénale; or l'albuminurie est souvent signalée en pareil cas. Nous regrettons de n'avoir pu examiner les urines de notre malade; mais du moins, nous avons noté une assez longue période d'anurie.

Quoi qu'il en soit des interprétations pathogéniques, les faits cliniques sont indéniables; et leur connaissance conduit à des règles pratiques importantes : l'histoire de notre malade montre une fois de plus qu'on doit toujours redouter la disparition brusque de l'eczéma; qu'en pareil cas il faut chercher à rappeler l'éruption par la révulsion cutanée, et que, comme le recommandent d'ailleurs les auteurs classiques, on doit éviter d'appliquer un traitement local trop actif à l'eczéma des nourrissons, et de chercher à le guérir trop rapidement, si l'on ne veut courir le risque de provoquer des accidents redoutables.

(1) Bernheim Karrer. *Jahrb. f. Kinderh.*, déc. 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JUIN 1906)

Liquide céphalo-rachidien puriforme et aseptique au cours d'affections syphilitiques du système nerveux. Intégrité des polynucléaires. — MM. WIDAL, LEMIERRE et BOIDIN. L'aspect puriforme du liquide céphalo-rachidien peut s'observer dans quelques cas de syphilis des centres nerveux. Le liquide céphalo-rachidien se montre alors aseptique, comme en témoignent les essais de culture, aussi bien que l'examen sur lames, et les éléments cellulaires épanchés sont constitués en majeure partie par des polynucléaires.

Les auteurs rapportent deux observations nouvelles de syphilis du système nerveux où cet état particulier du liquide céphalo-rachidien a été constaté pendant l'évolution d'accidents aigus et a disparu en même temps que les symptômes cliniques alarmants. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme prise brusquement au cours d'une hémiplégie syphilitique datant de quatre ans de crises épileptiformes qui s'amendèrent rapidement sous l'influence du traitement spécifique. Le second cas concerne un syphilitique atteint d'accidents cérébraux aigus et de cécité d'origine corticale, améliorés également par le traitement.

Dans ces deux observations l'aspect puriforme du liquide céphalo-rachidien, constaté au milieu de symptômes alarmants aurait pu égarer le diagnostic et faire penser à une méningite suppurée aiguë, d'origine microbienne. Or, les recherches bactériologiques restèrent constamment négatives et l'examen cytologique révélait une intégrité remarquable des polynucléaires.

C'est sur cet aspect normal des éléments épars dans ces liquides puriformes que les auteurs désirent spécialement attirer l'attention.

Les polynucléaires, contrairement à ce qu'on observe dans les liquides véritablement purulents se présentent dans un état de conservation presque parfaite. Il est permis en effet de supposer que ces éléments ne sont ici que les témoins d'une hyperémie méningée. Ils conservent la morphologie et les affinités tinctoriales propres aux polynucléaires du sang normal. Cet état de conservation si facile à constater au premier coup d'œil atteste l'absence de lutte contre les microbes pyogènes. Les polynucléaires restent en effet avariés lorsqu'ils sont contraints de faire fonctions de phagocytes.

Pratiquement, la constatation de polynucléaires bien conservés dans un liquide céphalo-rachidien puriforme a donc une réelle importance diagnostique. Elle peut permettre de conclure du premier coup à un liquide de nature aseptique et doit faire penser à la possibilité d'une poussée aiguë au cours d'une syphilis nerveuse.

Hyperesthésies douloureuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — MM. Louis RÉNON et Léon TIXIER rapportent les observations de deux malades qui furent pris pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, de douleurs extrêmement violentes au niveau des extrémités des membres. Ces douleurs avaient pour siège les téguments recouvrant les faces dorsales du pied et de la main; elles étaient superficielles, d'une acuité extrême, revenant la nuit sous forme de paroxysmes douloureux et empêchant le sommeil, exaspérées par le moindre mouvement et le frôlement le plus léger; aucune médication externe ne fut susceptible de les modifier.

Les manifestations douloureuses furent accompagnées d'une réaction thermique importante (38°9, 40°3) dont l'atténuation coïncide avec l'amélioration des signes cliniques.

La durée totale des accidents fut sensiblement la même dans les deux cas (onze jours et douze jours) et il ne persista aucun trouble des différents modes de la sensibilité.

Les hypèresthésies douloureuses sont des complications rares de la dothieneuterie; elles constituent des manifestations extrêmement pénibles pour les malades et, étant donnée leur rareté relative, il est possible de les confondre avec d'autres accidents plus graves, au cours desquels l'élément douleur tient au début, une place prépondérante.

Les auteurs ne peuvent formuler que des hypothèses sur la nature et les causes de ces hypèresthésies douloureuses; il leur semble vraisemblable d'admettre qu'il s'agit là de névralgies ou de névrites légères des fibrilles terminales des nerfs de la peau et que les toxines du bacille d'Eberth entrent pour une large part dans la pathogénie des accidents.

Un cas d'aortite avec crises hypertensives. — MM. E. RIST et L. KRANTZ ont observé une jeune femme atteinte d'aortite très problablement syphilitique, qui a présenté sous leurs yeux, chaque jour et plusieurs fois par jour, des crises typiques d'angine de poitrine. Elle a succombé au bout de plusieurs jours à un accès d'œdème pulmonaire aigu. L'autopsie leur a montré des artères coronaires saines s'abouchant daus une aorte profondément altérée et offrant l'aspect de l'aortite syphilitique diffuse subaiguë. Les auteurs se sont surtout attachés à étudier les accès d'angor pectoris qui étaient constamment accompagnés d'élévations paroxystiques et considérables de la tension. Les variations de la tension coïncidaient exactement avec l'évolution des crises angineuses. On trouve dans le livre de Pal (de Vienne) des observations analogues interprétées à l'appui d'une conception qui fait de l'hypertension le phénomène primordial et déterminant dans l'angor pectoris. Le rôle précis de l'hypertension dans ce syndrome peut être discuté, mais son importance ne saurait être trop mise en lumière.

Stomatite mercurielle après injection de sel insoluble datant de cinq mois. — M. MÉNÉTRIER rapporte l'observation d'une femme entrée dans son service avec une stomatite mercurielle intense. En l'examinant attentivement, il constata qu'il existait une nodosité qui semblait le reliquat d'une injection. La malade disait avoir subi une injection pour des douleurs cinq mois auparavant. On examina les urines et on y trouva du mercure. Ce nodule fut enlevé et on constata qu'il contenait du mercure à l'état de petits globules.

MM. JACQUET et LUZOIR communiquent un cas de **guérison rapide de la pleurésie sèche par l'iodure de potassium.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1906)

Hystérectomie. — M. FAURE rappelle une observation de M. Léon Imbert (de Marseille), présentée à la Société de chirurgie en novembre 1905, dans laquelle ce chirurgien a employé, au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer, un procédé d'enlèvement du col par la muqueuse vaginale préalablement disséquée, analogue à celle qu'a fait connaître M. Duval [voir *Gaz. des hôpit.*, 30 nov. 1905, n° 136 : « Sur

l'extirpation utéro-vaginale totale (colpo-hystérectomie abdomino-vaginale), par Léon Imbert et F. Piéri (de Marseille).]

Jéjunostomie. — Nous revenons à la discussion sur cette opération. M. Lejars, qui y a eu recours trois fois dans des cas de gastrite ulcéreuse en a obtenu de très bons résultats, au moins dans un cas où il a obtenu une bouche très continente. Il rappelle que Maydl a publié plusieurs observations dans lesquelles il a également préféré, dans certains cas de gastrite ulcéreuse, la jéjunostomie à la gastro-entérostomie. Enfin M. Lejars a employé le procédé d'Eiselsberg qu'il décrit en détails.

M. Quénu rapporte l'observation suivante : Un homme jeune était atteint de gastrite ulcéreuse; toutes les médications avaient échoué; M. Quénu lui pratiqua une gastro-entérostomie. Les suites furent bonnes, la bouche gastro-intestinale fonctionnait bien. Mais il revint deux ans après avec des douleurs et un empâtement au niveau de l'estomac. M. Quénu lui fit de nouveau une bouche gastro-jéjunale. Il alla bien pendant un an, puis les douleurs reparurent. On essaya toutes les médications, 20 grammes de sous-nitrate de bismuth par jour, le laudanum, etc. Rien n'y fit. M. Quénu pratiqua alors la jéjunostomie. La bouche resta continente pendant un certain temps, puis elle cessa de l'être, car il se fit une digestion intense de la paroi. Mais le malade ne souffre plus et il se nourrit par les voies normales. Il demande à M. Quénu de lui fermer sa bouche jéjunale. M. Quénu est disposé à le faire, tout en faisant ses réserves, car cette incontinence de cette bouche jéjunale peut être pour quelque chose dans la cessation des douleurs.

La mise au repos de l'estomac par ces anastomoses gastro-intestinales ou par une bouche jéjunales est plus théorique que pratique. On met bien en repos la motricité de la muqueuse gastrique, mais on ne fait pas cesser ses sécrétions. De là cette inconstance des résultats obtenus par ces diverses opérations.

C'est encore de l'estomac qu'il s'agit dans un rapport que nous fait M. Tuffier sur un cas de sténose pylorique par brûlure qu'a adressé M. Robineau. Le 22 juillet 1905, un marinier âgé de seize ans, croyant boire du cidre, avala un verre d'acide chlorhydrique. Il eut une pharyngo-amygdalite aiguë et, pendant dix jours, ne put rien avaler. On le soutint avec les lavements nutritifs et des injections de sérum. A la sixième semaine, le malade vomissait tous les deux ou trois jours plus de 3 litres de liquide. Les vomissements ne cédèrent à aucune médication. Il devint famélique, cachectique. Alors M. Robineau se décida à faire une laparotomie et trouva une induration cicatricielle au niveau du pylore. La surface de l'estomac était libre; M. Robineau fit une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Le jeune homme fut rapidement guéri et depuis cinq mois continue à aller bien. L'œsophage, sauf une petite plaque blanche, ne présentait aucune altération.

M. Tuffier possède deux observations semblables. De ces faits, on peut conclure qu'on peut avaler de l'acide chlorhydrique et de l'acide nitrique sans provoquer de lésions du pharynx, ni de l'œsophage, ni même de la muqueuse de l'estomac; la région pylorique seule est atteinte par le caustique. Il faut toutefois écarter de ces faits les cas où il y a une ulcération généralisée à tout l'estomac. Il faut compter aussi avec les rétrécissements tardifs de l'œsophage ou du pylore lui-même : dans un cas, sept semaines après l'ingestion du caustique, dans un cas de M. Dujardin-Beaumetz cinq ans après, chez un malade de M. Quénu quatre ans après, dans un cas de M. Tuffier cinq ans et demi après.

M. Tuffier signale aussi la dilatation énorme de l'estomac dans ces faits de sténose pylorique. Ainsi l'estomac de ce garçon de seize ans, opéré par M. Robineau, pouvait contenir 3 litres de liquide. Il y a quelquefois sur la muqueuse gastrique des brides cicatricielles qui empêchent cette dilatation.

Quel traitement opposer à ces sténoses pyloriques? La gastroplasie est une mauvaise opération; la résection du pylore serait l'opération idéale, mais elle est trop grave pour des malades généralement très anémiés; il reste la gastro-entérostomie qui est l'opération de choix.

Hernie inguinale contenant une trompe. — M. Broca fait un court rapport sur une observation adressée par M. Gautier (de Lille). Il s'agit d'une fillette de quatre mois qui portait une hernie inguinale gauche, grosse comme un œuf de poule, dit l'observation. L'indication était formelle; M. Gautier opéra, trouva dans le sac un épanchement sanguin, un gros caillot provenant d'une trompe qu'on voyait étranglée au fond de la plaie au niveau de l'anneau inguinal interne; M. Gautier réséqua cette trompe, ferma le canal. L'enfant guérit bien. Ces faits sont rares, surtout chez un enfant de quatre mois.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1906)

Masque pigmentaire des asystoliques. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont observé, chez des malades atteints d'asystolie à répétition, l'existence d'un masque pigmentaire plus ou moins accusé, prédominant au front et aux tempes et comparable au masque gravidique. Ce masque est, selon eux, en rapport avec la cholémie, conséquence de la congestion hépatique passive. Dans deux faits, cette relation était évidente. Dans l'un il s'agissait d'une malade qui, ayant eu deux grossesses sans masque, fit à l'occasion d'une maladie mitrale, des crises d'asystolie répétées avec retentissement hépatique et présenta à partir de ce moment un masque pigmentaire qui s'accentua avec la répétition des crises asystoliques; la cholémie était relativement intense, l'urobilinurie marquée. Puis, en même temps que les troubles cardiaques s'atténuèrent, et que la cholémie diminua (comme l'établirent des examens cholémimétriques successifs), le masque devint lui-même moins marqué. Dans un autre cas, un masque analogue survint sans grossesse antérieure, également du fait d'une asystolie d'origine mitrale, coexistant avec une cholémie marquée, une urobilinurie notable, et des troubles objectifs au niveau du foie. La présence d'un masque pigmentaire chez un asystolique doit donc être considérée comme décelant l'existence d'une altération hépatique, ayant entraîné une cholémie plus ou moins accusée.

Masque gravidique et cholémie. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet rapportent plusieurs faits montrant la relation qui peut exister entre les altérations hépatiques et le masque des femmes enceintes. Dans l'un, une femme, à peine masquée à une première grossesse, présente lors d'une seconde grossesse des pigmentations remarquablement intenses, que l'existence d'un kyste du pancréas entraînant une cholémie marquée permet d'expliquer; l'opération pratiquée trois mois après l'accouchement, alors que le masque restait intense, ramena la cholémie à un taux physiologique et le

masque s'atténua considérablement. Dans un second cas, une malade indemne de pigmentations à ses trois premières grossesses, présenta un masque à sa quatrième, mais est atteinte peu après de coliques hépatiques montrant le rôle vraisemblable de la cholémie. Un troisième fait concerne une malade chez laquelle huit grossesses n'avaient entraîné aucun masque, et qui fit un masque pigmentaire à l'occasion du développement d'un kyste hydatique du foie. Dans tous ces cas, la relation entre l'altération hépatique et la pigmentation de la face ne saurait être contestée ; dans d'autres l'altération hépatique reste latente, mais son rôle n'en est pas moins réel et doit être, à côté de celui de la grossesse, invoqué dans la production des pigmentations si souvent observées ; il y a lieu toutefois de se demander si la cholémie est le seul facteur, ou si l'insuffisance hépatique n'intervient pas également comme dans certaines cirrhoses atrophiques avec masque facial marqué, et insuffisance hépatique avérée. De toute façon, l'existence d'altérations hépatiques latentes ou avérées, doit être considérée comme habituelle dans les cas nombreux où ces pigmentations sont constatées.

Note sur les modifications de la nutrition par le bain carbo-gazeux naturel à température indifférente de Royat chez l'homme sain. — Sur lui-même, acclimaté et soumis à un exercice régulier, à une alimentation constante et dosée au point de vue des albuminoïdes, M. Mougeot a constaté avec l'accroissement de la diurèse, une augmentation considérable de l'urée excrétée, sans la moindre diminution du poids corporel, sous la seule influence de ces bains, toutes circonstances égales par ailleurs.

Cela démontre une action intense des bains sur la nutrition, dans le sens d'une meilleure assimilation des albuminoïdes ingérés.

Valeur des exanthèmes dans la trypanosomiase humaine. — MM. Nattan-Larrier et Tanon, ayant examiné par scarification des placards d'érythème circiné chez un blanc atteint de fièvre trypanosomiasique y ont trouvé de nombreux trypanosomes, alors qu'on ne pouvait en déceler dans le sang de la circulation générale. Ils insistent sur l'importance du fait en ce qui concerne la pathogénie des érythèmes de la trypanosomiase et le diagnostic et le mode de transmission de cette maladie.

Lésions de la rate dans l'infection expérimentale par injection intracardiaque de bacille de Koch. — MM. M. Salomon et A. Paris ont fait à une série de lapins des injections intracardiaques de cultures de bacilles de Koch de virulence variables. Ils ont trouvé dans les corpuscules de Malpighi des formations tuberculeuses composées de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, entourées des lymphocytes normaux, du corpuscule et non de cellules embryonnaires immigrées. Dans la pulpe les formations spécifiques sont représentées par des masses nécrosiques ou caséeuses, avec ou sans cellules géantes, entourées ou envahies par des polynucléaires, mais sans couronne lymphocytique. La réaction splénique au voisinage des lésions à évolution rapide est celle de la rate dans toute infection aiguë. Dans les formes à évolution plus lente, la rate présente une réaction myéloïde plus ou moins parfaite avec sclérose péricorpusculaire, endopériartérite et finalement transformation fibreuse de tout le corpuscule. Par injection intracardiaque de bacilles de Koch les auteurs ont donc obtenu des lésions de la rate allant du tubercule typique des corpuscules de Malpighi jusqu'aux lésions banales de l'inflammation chronique.

De la forme des hématies des mammifères et de leurs parties constituantes. — Pour M. Retterer, le sang contient diverses variétés d'hématies : 1° des hématies *petites*, de 3 à 4 μ sphériques et essentiellement chromatiques ; 2° des hématies *hémisphériques*, composées d'une masse centrale chromatique et d'une couche corticale claire. Ce protoplasme cortical montre, sur l'une ou l'autre face, un épaississement biconvexe ; 3° des hématies *semi-lunaires*, réduites à la masse centrale chromatique et dont les deux faces sont plus ou moins excavées.

Sur l'élimination du chloroforme par l'urine. — M. Nicloux montre que les quantités de chloroforme qui passent dans l'urine au moment de l'anesthésie sont extrêmement faibles, 6 à 8 milligrammes par 100 centimètres cubes d'urine.

Sur l'emploi des milieux à l'hémoplase, comme milieux sanglants en bactériologie. — M. Georges Rosenthal utilise l'hémoplase pure ou additionnée au bouillon, à la gélatine, à la gélose avec ou sans incorporation, pour préparer des milieux sanglants, seuls milieux de dénombrement complet des germes dans les infections.

Autres communications :

Quelques observations sur le parasite du muguet. — MM. Rajat et Péhu.

Sur les propriétés pharmacodynamiques des sels de magnésium. — M. Wiki.

Résultats du pachting (1) des artères. — MM. Carrel et Guthrie.

Action de l'alcool sur la tension superficielle du suc gastrique et sur son absorption. — M. Billard.

Quelques nouveaux cas de polymorphisme de bacilles par l'iodure de potassium. — MM. Péhu et Rajat.

Mode d'action des abcès de fixation. — M. Conor.

Bacilles tuberculeux dégraissés. — M. Vallée.

Influence de l'âge sur la teneur du sang en calcium. — MM. Dhéré et Grimmé.

Durée de l'élimination de l'iodure de potassium. — MM. Féré et Tixier.

Régénérescence de la moelle chez l'homme. — MM. Marinesco et Minea.

Sur un bacille dysentérique d'une épidémie tunisienne. — MM. Nicolle et Cathoire.

Simplification de la méthode de dosage de l'alcool dans le sang et les tissus. — M. Nicloux.

Un cas de fièvre récurrente observé en Indo-Chine. — M. Yersin.

Digestion des glucosides et du lactose. — MM. Bierry et Giaja.

Action empêchante des divers sucs digestifs et du sérum sur l'activité de l'émulsion d'amandes. — MM. Frouin et Thomas.

Mesure du pouvoir catalytique des métaux colloïdaux. — M. V. Henri.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

---

(1) Oblitération d'une perte de substance de la paroi d'un vaisseau à l'aide d'un lambeau emprunté à une artère, à une veine, ou au péritoine.

ANALYSES

MÉDECINE

Un cas de myocardite syphilitique dans la syphilis héréditaire avec présence de spirochètes. (BUSCHKE et FISCHER. *Deuts. mediz. Wochens.*, 10 mai 1906, nº 19, p. 752.) — Un enfant de trois semaines, couvert de papules syphilitiques cutanées et muqueuses et profondement cachectique, fut amené dans le service de Buschke, à Berlin. Les frottis faits avec les papules montrèrent la présence de spirochètes de Schaudinn en abondance. Malgré un traitement énergique, l'enfant succomba rapidement.

A l'autopsie, outre de nombreuses lésions viscérales de nature hérédo-syphilitique, on trouva une hypertrophie notable du cœur : à la surface du myocarde et sur les coupes existaient de nombreux nodules gommeux. L'examen histologique du cœur montra une infiltration interstitielle diffuse du myocarde en même temps que des altérations dégénératives intenses des fibres musculaires. En certains points existaient des amas cellulaires circonscrits avec nécrose centrale, et destruction complète de la substance musculaire. Autour des vaisseaux et des capillaires l'infiltration leucocytique était particulièrement marquée.

Enfin autour de ces vaisseaux on pouvait voir, après coloration par la méthode de Levaditi, une quantité innombrable de spirochètes, un petit nombre occupaient les parois, et même la lumière des vaisseaux. De là les sprochètes s'étendaient en rayonnant au milieu du tissu conjonctif proliféré.

Buschke et Fischer rapportent également que, chez un enfant soupçonné de syphilis héréditaire et qui se présentait pour manifestation morbide qu'un coryza, ils ont pu trouver sur des préparations de sang, un assez grand nombre de spirochètes. Cet enfant mourut et l'autopsie montra des lésions viscerales hérédo-syphilitiques avec présence de spirochètes en abondance avec le foie. Ce fait montre qu'à l'occasion, rarement il est vrai, la recherche des spirochètes dans le sang peut aider au diagnostic de la syphilis héréditaire chez les enfants. A. LEMIERRE.

Sur la culture des spirochètes des dents et des bacilles fusiformes sur les milieux de culture artificiels solides. (MÜHLENS. *Deuts. mediz. Wochens.*, 17 mai 1906, nº20, p. 797.) — Mühlens emploie comme milieu de culture le sérum-agar (agar, 2 parties; sérum de cheval, 1 partie) réparti en couche profonde dans des tubes de Liborius; il se sert également de bouillon-sérum en anaérobie.

Ce procédé a dèja permis à Ellermann de cultiver le bacille fusiforme; Mühlens a pu de même obtenir des cultures de spirochètes des dents, strictement anaérobies.

Les spirochètes se développent lentement; on ne peut guère déceler leurs colonies avant le dixième jour de conservation à 37 degrés; de plus ces colonies se sont constamment montrées mélangées avec une espèce de bacille, toujours la même et qu'il n'a pas été possible d'isoler.

Les cultures peuvent être facilement repiquées sur le même milieu et poussent dans le même temps toujours mélangées avec le même bacille. En bouillon les cultures de spirochètes forment un dépôt au fond du tube et laissent la partie supérieure du milieu liquide parfaitement claire. Les cultures liquides ou solides répandent une odeur analogue à celle des dents cariées.

Le bacille fusiforme se développe facilement sur les mêmes milieux ; on peut arriver à l'obtenir en culture pure quoiqu'il soit assez difficile de l'isoler d'un coccus auquel ses colonies sont volontiers mélangées. A. LEMIERRE.

La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires. (RŒDERER. Th. de Paris, 1906; J. Rousset, édit.) — Voici les principales conclusions de cet important travail :

La radiothérapie des tuberculoses ganglionnaires, articulaires et osseuses, a donné, entre les mains de nombreux expérimentateurs, des résultats plus satisfaisants que ne le faisait prévoir l'étude des faits expérimentaux.

Des observations produites, il ressort en effet qu'on obtient la régression, mais rarement la disparition des adénopathies *chroniques* enveloppées d'une gangue de périadénite, la caséification des adénopathies *aiguës* ou qui ont une tendance au ramollissement, le résorption des adénites *suppurées ouvertes*, après une phase d'augmentation des sécrétions.

La cicatrisation des ulcérations semble évoluer rapidement et toutes les cicatrices ont un meilleur aspect que celles qui se produisent spontanément.

Dans les *spinæ ventosæ*, la méthode paraît donner des résultats brillants.

Dans les *ostéites superficielles ouvertes* l'action se rapproche de celle observée dans les adénites suppurées.

Dans les *arthrites,* on constate presque toujours la disparition rapide des douleurs.

Le mal de Pott et la coxalgie échappent à ce bienfait dans les conditions actuelles d'instrumentation et de technique.

Dans les jointures plus superficielles, on a pu ralentir parfois l'évolution du processus.

Dans tous les cas où l'intervention opératoire est nécessaire (curetage, extirpation, résection), la radiothérapie rendra encore des services. Elle complétera l'action chirurgicale, qui ne peut toujours être parfaite, et préviendra les récidives.

Quels qu'aient été les cas traités, l'action sur l'état général semble avoir été satisfaisante.

La radiothérapie ne paraît pas avoir pour conséquence d'essaimer ou de généraliser la tuberculose.

Cette méthode sera associée avec profit aux autres procédés physiothérapiques (héliothérapie, courants continus ou à haute fréquence, méthode de Finsen), ou à la méthode de Bier dans les tumeurs blanches, ou aux traitements oxygénés dans les cas fistuleux.

On doit en même temps faire appel à la résistance globale de l'organisme et tenter de modifier l'état général par la cure d'air ou le séjour à la mer, par les différents médicaments usités en la circonstance.

En ce qui concerne la technique, on appliquera strictement les règles établies par le docteur Béclère pour le cancer superficiel.

On emploiera des tubes assez durs. Le temps de pose importe peu. Deux éléments ont seuls une signification : la quantité et la qualité des rayons qui seront scrupuleusement dosés. On évitera ainsi tout accident local. La radiothérapie réactionnelle semble en effet inutile, malgré l'avis de certains auteurs.

Afin de favoriser l'échange des résultats d'où doit sortir la démonstration définitive des effets thérapeutiques à attendre des rayons X dans les tuberculoses locales, on peut souhaiter voir adjoindre à toutes les observations, suivant les cas, des photographies ou la justification de mesures métriques rigoureuses, et une fiche radiothérapique à représentation graphique. L. BABONNEIX.

Pathogénie des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial. (Emmanuel BAUDUY. Th. de Paris, 1905; Michalon, édit.) — Les paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial sont dues à des lésions des racines du plexus.

Si la lésion porte sur les racines les plus élevées (cinquième et sixième racines cervicales), on aura une paralysie radiculaire supérieure (type Duchenne-Erb), la plus fréquemment observée.

Si la lésion porte sur les racines inférieures (septième et huitième cervicales, première dorsale), on aura une paralysie radiculaire inférieure (type Déjerine-Klumpke) s'accompagnant du syndrome oculaire.

Quand toutes les racines sont lésées la paralysie est alors totale, cas assez rare.

Ces paralysies se présentent presque toujours dans les accouchements difficiles. Elles surviennent aussi bien dans les accouchements spontanés que dans les cas où des manœuvres violentes ont été exercées : que ce soit une application de forceps, une version, une traction pour dégager un bras.

Pour ce qui concerne la pathogénie des paralysies obstétricales, deux théories doivent être retenues, mais à titre inégal.

La théorie de la compression (Erb, Budin), la plus ancienne en date, n'a à son actif que des observations cliniques peu probantes. M. Thoyer-Rozat, dans son travail basé sur des expériences rigoureusement conduites, ne permet pas de la rejeter complètement. Mais cette théorie ne peut s'appliquer à la totalité des cas. Elle n'expliquerait qu'un des types cliniques de paralysies obstétricales : le type supérieur.

La seconde théorie, celle de la distension radiculo-médullaire (Fieux, Guillain), la plus récente en date, est solidement établie par un ensemble de faits cliniques, anatomo-pathologiques, expérimentaux, opératoires même qui la rendent indiscutable. Elle a, en outre, l'avantage d'englober la totalité des types cliniques que peuvent revêtir les paralysies radiculaires obstétricales.

Au point de vue pratique, il importe donc de remarquer que si nous devons nous garder de tractions asynclitiques immodérées qui exagèrent les mouvements du bras et retentissent ainsi sur les branches du plexus, nous ne devons pas non plus oublier le danger que présente la compression du point d'Erb.

Le pronostic de ces paralysies obstétricales doit être considéré comme grave. Elles peuvent en effet entraîner une infirmité permanente qui rend la thérapeutique tout à fait impuissante.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

L'IODURE CHEZ LES CARDIAQUES

M. Barié prescrit souvent la formule suivante :

Iodure de sodium......	0,15 centigrammes.
Térébenthine..........	4,05 —
Opium brut...........	0,005 milligrammes.

pour une pilule, dont on donnera trois ou quatre par jour.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 JUILLET 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 juillet, à une heure. — 5[e] (2[e] partie), *Hôtel-Dieu* (1[re] série) : MM. Déjerine, Teissier et Legry; — (2[e] série) : MM. Roger, Claude et Marcel Labbé; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 3 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Cornil, Thiéry et Langlois; — (2[e] série) : MM. Poirier, Gley et Rieffel; — M. Maillard, suppléant.

5[e] (2[e] partie), *Charité* (1[re] série) : MM. Joffroy, Thiroloix et Carnot; — (2[e] série) : MM. Hutinel, Dupré et Gouget; — M. Marion, suppléant.

Mercredi 4 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Ch. Richet, Sébileau et Legry; — (2[e] série) : MM. Roger, Retterer et Cunéo.

1[er], chirurgien-dentiste : MM. Gley, Rieffel et Branca; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 5 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Retterer, Langlois et Guiart; — (2[e] série) : MM. Gley, Thiéry et Rieffel; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 6 juillet, à neuf heures du matin. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Cunéo; — (2[e] série) : MM. Roger, Sébileau et Legry; — (3[e] série) : MM. Gley, Rieffel et Branca; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 7 juillet, à une heure. — 5[e] (2[e] partie), *Beaujon* (1[re] série) : MM. Gilbert, Vaquez et Méry; — (2[e] série) : MM. Robin, Renon et Bezançon; — M. Gouget, suppléant.

THÈSES

Mercredi 4 juillet 1906, à une heure. — M. TEISSEIRE. Contribution à l'étude des calculs de l'uretère pelvien. (MM. Pinard, président; Segond, Lepage et Pierre Duval.) — M. DESWARTE. Les crèches. Leur passé. Leur présent. Leur avenir. Etude d'hygiène sociale. (MM. Pinard, président; Segond, Lepage et Pierre Duval.) — M. ROBLOT. La syndactylie congénitale. (MM. Segond, président; Pinard, Lepage et Pierre Duval.) — M. MERCADE. Kystes et abcès de l'utérus. (MM. Terrier, président; Reclus, Mauclaire et Gosset.) — M. PAGEIX. Etude d'un nouveau procédé d'anesthésie en art dentaire. (MM. Terrier, président; Reclus, Mauclaire et Gosset.) — M. BERTRAND. Du diagnostic différentiel des grands kystes de la mâchoire inférieure et du sarcome. (MM. Terrier, président; Reclus, Mauclaire et Gosset.) — M. COURTOIS. Contribution à l'étude du délire chez les hépatopathiques. (MM. Landouzy, président; Brissaud, Claude et Marcel Labbé.) — M. MORHARDT. Les maladies vénériennes et la réglementation de la prostitution au point de vue de l'hygiène sociale. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. DUROCHER. Tuberculose et démence précoce. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. PROVOTELLE. De l'idiotie amaurotique familiale. Maladie de Warren Tay-Sachs. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. HENNON. Contribution à l'étude des gastro-entérites du nourrisson : la maladie spasmodique intestinale; la dysenterie. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Balthazard et Macaigne.) — M. LEBAILLY. Recherches sur les hématozoaires des téléostéens marins. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Balthazard et Macaigne.) — M. FIRPI. La paralysie générale infantile et juvénile et ses rapports avec la syphilis. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Balthazard et Macaigne.)

Jeudi 5 juillet 1906, à une heure. — M. FAVIER. Un médecin grec du II[e] siècle après Jésus-Christ : Ménodote de Nicomédie. (MM. Dieulafoy, président; Raymond, Chantemesse et Jeanselme.) — M. GRENIER. Le foie syphilitique hyper-

splénomégalique. (MM. Dieulafoy, président; Raymond, Chantemesse et Jeanselme.) — Mlle RABINOVITCH. Sommeil électrique (exhibition des mouvements volontaires et de la sensibilité par des courants électriques de base tension, et à interruptions modérément fréquentes). (MM. Raymond, président; Dieulafoy, Chantemesse et Jeanselme.) — M. DURAND. Contribution à l'étude de la tuberculose rurale (statistique en Beauce). (MM. Chantemesse, président; Dieulafoy, Raymond et Jeanselme.) — M. VERRIER. Des premiers secours à donner aux blessés. Coup d'œil sur les organisations existantes. (MM. Berger, président; Budin, de Lapersonne et Demelin.) — M. THÉBAULT. Contribution à l'étude clinique de l'actinomycose. L'actinomycose à Rennes. (MM. Berger, président; Budin, de Lapersonne et Demelin.) — M. RICHARD. Contribution à l'étude du traitement des rétentions placentaires après l'avortement. (MM. Budin, président; Berger, de Lapersonne et Demelin.) — M. AUGE. Recherches statistiques sur la proportion des affections contagieuses observées dans une consultation ophtalmologique. (MM. de Lapersonne, président; Berger, Budin et Demelin.)

SUITE DES SOMMAIRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 21, 27 mai 1906.) SUMITA : Un cas de spina bifida avec recherches histologiques sur la constitution du sac. — DENUCÉ : Réflexions, à propos de cette observation sur les myélocystoméningocèles en général. — KUNSTLER : L'exophtalmie des poissons. — (N° 22, 3 juin.) Léon COLLIN : Influence du gaïacol sur la température de l'accès palustre. — (N° 22, 10 juin.) SABRAZÈS, MURATET et HUSNOT : Inutilité du scolex échinococcique. — A. POUSSON : Cure radicale de l'hypertrophie de la prostate.

Lyon médical. — (N° 21, 27 mai 1906.) J.-P. MORAT : Les premiers principes de la physiologie (*fin*). — (N° 22, 3 juin.) MOUISSET et MOURIQUAND : Ganglions tuberculeux formant tumeur dans la région pancréatique. — GALLAVARDIN et Ch. BEUTTER : Souffle cardio-pulmonaire diastolique de la base du cœur avec autopsie; inspiration à rythme diastolique. — (N° 23, 10 juin.) A. BRAUN : L'immunisation active contre la fièvre typhoïde. — ROLLET et AURAND : Pseudo-tuberculose aspergillaire expérimentale de la choroïde. — TAVERNIER : Les déplacements traumatiques du semi-lunaire.

Province médicale. — (N° 20, 19 mai 1906.) P. JACQUES : Traitement des scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées. — CONSTANTIN : L'hydro-vacciniforme (Bazin). — (N° 21, 26 mai.) S. LEDUC : Les ions en thérapeutique. — G. ETIENNE : Des infections primitives des glandes salivaires chez le vieillard. — J. CARLES : L'eau de mer en ingestion. — (N° 22, 2 juin.) SIAUGE : L'accoutumance à l'arsenic. — BILLARD : Sur les variations de la tension superficielle des urines au cours de quelques maladies. — TEILLOT : Tension superficielle des urines dans un cas de fièvre typhoïde (fièvre typhoïde bénigne, rechute grave ; ses relations avec les variations de la tension superficielle des urines).

Revue de chirurgie. — (N° 6, 10 juin 1906.) TERRIER et ALGLAVE : La résection totale des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs et de leurs complications. — BÉRARD et PATEL : De la péritonite généralisée par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse. — TOUSSAINT : Des plaies par instruments tranchants du corps thyroïde. — LOISON. Les abcès du foie d'origine coloniale. Etude clinique et thérapeutique basée sur 43 observations personnelles.

Revue de médecine. — (N° 6, 10 juin 1906.) H. DE BRUN : La dengue en 1904 et en 1902. Formes atténuées. Formes sévères et prolongées (3 tracés). — LENOBLE et AUBINEAU : Une variété nouvelle de myoclonie congénitale pouvant être héréditaire et familiale à nystagmus constant (4 fig.). — KANELLIS : Quelques réflexions sur le traitement de la fièvre hémoglobinurique bilieuse. — HEITZ : Hypertension et bains carbogazeux.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 9, 15 mai 1906.) — E. SAUVAGE : Les locomotives américaines. — Ad. CUREAU : Essai sur la psychologie de l'Européen aux pays chauds. — E. NOETLING : La formation de dérivés indazoliques au moyen d'amines aromatiques orthométhylées. — (N° 10, 30 mai.) Ch. NORDMANN : Le champ électrique de l'atmosphère. — DYBOWSKI : La production légumière mondiale. — LOISEL : Revue annuelle d'embryologie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 21, 26 mai.) MOLL : Surdité hystérique. — BOUYER fils : Otite interne aiguë primitive et méningite. — (N° 22, 2 juin.) DUVERGER : Aspergillose des fosses nasales et coryza cancéreux. — (N° 23, 9 juin.) BRINDEL : Paraffine solide et paraffine liquide dans la prothèse nasale.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Juin 1906.) AUCHÉ et CAMPANA : Sérothérapie antidysenterique chez les enfants. — R. DUPONT : Tuberculose sacro-iléo-vertébrale. Abcès ouvert dans le rectum. — BOSC : Pneumonie franche débutant par un accès de faux croup. — E. GASNE : Symptomatologie des fractures du crâne chez l'enfant.

Revue neurologique. — (N° 10, 30 mai 1906.) J. GRASSET : La claudication intermittente des centres nerveux. — P. TROLARD : Le faisceau longitudinal inférieur du cerveau (2 fig.).

Semaine gynécologique. — (N° 22, 29 mai 1906.) PICHEVIN : De l'hystérectomie ou de l'amputation haute du col dans les prolapsus utérins complets avec allongement hypertrophique du col. — DUPONT : A propos de deux curetages utérins. — (N° 23, 5 juin.) PICHEVIN : Faut-il enlever les annexes des deux côtés dans les cas de grossesse extra-utérine unilatérale ? — (N° 24, 12 juin.) PICHEVIN : Papillomes des ovaires.

Revue scientifique. — (N° 21, 26 mai 1906.) Stanislas MEUNIER : La géologie en voyage. — José INGEGNIEROS : D'une classification des criminels fondée sur la psychopathologie. — (N° 22, 2 juin.) E.-F. BASHFORD, directeur de l'Institut impérial de recherches pour le cancer à Londres : L'état actuel de la question du cancer. — Stanislas MEUNIER : La géologie en voyage (*fin*). — J. BARSACQ : La médecine des plantes. — (N° 23, 9 juin.) Gustave LE BON : La dissociation universelle de la matière. — E.-F. BASFORD : L'état actuel de la question du cancer (*suite*). — LOWENTHAL : L'industrie minière en France. Les combustibles.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 10, 30 mai 1906.) ANDOUCET : Cinq observations d'éclampsie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 27 juin 1906 : MM. Fredet, 14 ; Schwartz, 13 ; Grégoire, 10.

La prochaine séance d'épreuve clinique aura lieu le vendredi 29 juin, à cinq heures du soir, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE CLINICATS. — Sont nommés après concours :

Clinicat obstétrical : MM. Coudert et Mouchotte, chefs de clinique titulaires ; Cathala et Lacasse, chefs de clinique adjoints.

Clinicat chirurgical : M. Schwartz, chef de clinique titulaire.

Clinicat des maladies mentales : M. Dupouy, chef de clinique titulaire.

Clinicat médical infantile : MM. Armand-Delille, chef de clinique titulaire ; Babonneix, chef de clinique adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Le docteur A. Halipré est chargé de cours d'histologie, en remplacement de M. le professeur Leudet.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 24 juin 1906, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont été, par décision ministérielle du même jour, maintenus à leurs postes actuels :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Vilmain, aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Apard, au 90e d'infanterie ; — Ravoux, au 105e d'infanterie ; — Collet, au 22e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lévy, surveillant à l'École du service de santé militaire ; — Duguet, au 156e d'infanterie ; — Magnoux, au 3e tirailleurs algériens ; — Gaubert, au 64e d'infanterie.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 24 juin 1906, ont été promus et classés :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Mainguy, au 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg.

Au grade de médecin-major de deuxième classe — MM. les médecins aides-majors de première classe Sibril, en service, hors cadres, au Tonkin (poste médical de Khong) ; — Decorse, en service, hors cadres, en Afrique occidentale ; — Ayraud, en service, hors cadres, en Indo-Chine (hôpital de Yunnan-sen).

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 21 juin 1906, les officiers dont les noms suivent ont été désignés pour occuper les emplois ci-après à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille :

Professeur de clinique externe : M. Clouard, médecin-major de première classe du 6e d'infanterie coloniale.

Professeur de clinique interne : M. Métin, médecin-major de première classe du 2e d'artillerie coloniale.

Professeur de bactériologie : M. Simond, médecin principal de deuxième classe, détaché à l'hôpital militaire de Marseille.

Professeur d'anatomie chirurgicale : M. Rigollet, médecin-major de première classe, adjoint au directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales.

Professeur de médecine légale d'administration et major de l'école : M. Reboul, médecin-major de première classe du 7e d'infanterie coloniale.

CONFÉRENCES. — Deux internes en chirurgie feront, du 1er juillet au 1er août, des conférences pratiques de clinique externe avec examen au lit des malades. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, l'après-midi à trois heures. Droit d'inscription : 30 francs. — S'adresser au concierge de la Charité.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 25, 19 juin 1906.) NORDMANN et BILLET : Pleurésies du déclin et de la convalescence de la fièvre typhoïde. — L. BRODIER : Sur la radiothérapie des épithéliomas cutanés. — BRINDEAU : Symptomatologie de la rupture utérine. — MATIGNON : La question de l'eau potable dans l'armée japonaise en campagne. — CORNEILLE : Une révolution dans la boulangerie.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 2, fév. 1906.) — CORNIL et COUDRAY : Fragment d'épiploon isolé de la masse épiploïque, devenu fibreux au fond d'un sac de hernie inguinale et simulant un fibrome de la paroi.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 mai 1906.) A. ROBIN : Leçon de clinique thérapeutique. Traitement d'un cas de tuberculose ganglionnaire du cou non ulcérée. — (30 mai.) ROCHARD et RABINOWITCH : Plaie thoraco-abdominale avec hernie au dehors de l'épiploon ; laparotomie transpleurale ; réduction des viscères herniés ; suture du diaphragme et de l'espace intercostal. Guérison.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 22, 31 mai 1906.) John Van R. HOFF : Les statistiques médicales et le service sanitaire de l'armée russe en Mandchourie (avec 7 tableaux). — Frederick C. SHATTUCK : Les méthodes d'instruction au collège médical Harvard (avec 9 tableaux). — E. A. CODMAN : Raideurs et douleurs de l'épaule. Etude anatomique et clinique sur la bourse séreuse sous-deltoïdienne ou sus-acromiale ; son inflammation (avec 10 figures). — Henry JACKSON : Les complications de la pneumonie aiguë. — Henry C. BALDWIN : Un cas de tumeur de la moelle diagnostiquée. Intervention, amélioration notable (avec 1 planche). — Max BÖHM : Recherches récentes sur l'étiologie et la pathogénie de la scoliose infantile (avec 4 figures).

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 24, 16 juin 1906.) BOAS : Un nouveau réactif pour la recherche de traces de sang invisibles dans le contenu gastrique et les matières fécales.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 7 juin 1906.) ROSENHEIM : Traitement des catarrhes intestinaux chroniques. — DOUTRELEPONT et GRONVEN : Présence du spirochæte pallida dans des produits de syphilis tertiaire. — MORITZ : Participation du phrénique à la paralysie de Duchenne-Erb. — ROBBERS : La péritonite à pneumocoques. — JONAS : Sur l'antipéristaltisme gastrique. — DIESING : Nouvelles observations sur le traitement de la lèpre par l'iodoforme. — DAMMERMANN : Contribution au traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — SCHÖNBERG : Sur l'emploi de röntgenogrammes agissant plastiquement. — (N° 24, 14 juin.) BRÜCK : Diagnostic biologique des maladies infectieuses. — PÖPPELMANN : Contribution au diagnostic de la fièvre typhoïde. — ROSENHEIM : Traitement des catarrhes chroniques de l'intestin. — EBSTEIN : Une ceinture abdominale. — WILMS : Guérison de contractures hystériques par paralysie lombaire. — POCHHAMMER : Technique et indication de l'analgésie spinale. — SCHALLER : Présence simultanée d'un adénocarcinome et d'un sarcome à cellules géantes dans un utérus fibromateux avec greffe du carcinome à la surface du sarcome. — WOLFF : Préparations durables de sédiments urinaires.

Écho médical du Nord. — (N° 19, 13 mai 1906.) DELÉARDE et PETIT : Sur un cas de méningite polymicrobienne à bacilles de Koch et à diplocoques.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 24, 17 juin 1906.) SABRAZÈS et MURATET : Kyste hydatique du rein rompu dans le bassinet. Hydatidurie. Pyurie amicrobienne. Eosinophilie urinaire. — ANDÉRODIAS : De l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements rachitiques du bassin.

Journal des praticiens. — (N° 24, 16 juin 1906.) Paul RECLUS : Traitement des fractures de jambe par les appareils de marche. — E. TERRIEN : Le régime des nourrissons dyspeptiques (2e article). — Paul BOUDIN : La réduction de hernies étranglées par des applications locales d'éther. — (N° 25, 23 juin.) JEANSELME : Démonstrations dermatologiques. Les syphilitiques. — Ernest POULAIN : Du traitement des varices et des ulcères variqueux. — LEGUEU : Les calculs du rein et de l'uretère.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 24, 16 juin 1906.) DESPLATS : Traitement de la tuberculose par les tuberculines et particulièrement par le bouillon filtré du professeur Denys (de Louvain). — LEPOUTRE : Ostéomyélite et périostite phlegmoneuse de la clavicule. Extirpation totale de cet os. Guérison rapide. Résultat anatomique et fonctionnel.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 24, 14 juin 1906.) VERHOOGEN : De la péritonite aiguë. — LORAND : Sur les causes et le traitement des calculs biliaires. — (N° 25, 21 juin.) R. WYBAUW et VANDEWEYER : Les eaux ferrugineuses agissent-elles uniquement en tant que forme d'administration du fer ? — A. VAN LINT : La pratique ophtalmologique.

Medizinische Blatter. — (N° 23, 9 juin 1906.) VELICH : Action de la nicotine, coniine, piperidine et adrénaline sur les vaisseaux sanguins. — HELLSTRÖM : Rougeole et diphtérie. — (N° 24, 16 juin.) VELICH : Contribution à l'étude de l'action de la nicotine, coniine, piperidine et adrénaline sur les vaisseaux (*suite*). — HELLSTRÖM : Rougeole et diphtérie (*suite*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 9, 1er mai 1906.) G. SAINT-MARTY : Gymnastique respiratoire dans le traitement des déformations thoraciques chez les enfants. — Paul FERRIER : Traitement de la tuberculose par la récalcification. — Pierre VALLETTI et Jean MOLLARET : Un cas de rétrécissement congénital de l'aorte chez un nourrisson.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 22, 3 juin 1906.) TUDÖS : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — DORO : Sur la gynécomastie. — (N° 23, 10 juin.) TUDÖS : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire (*suite*). — (N° 24, 17 juin.) HUDOVERNIG : Rôle de l'organothérapie dans le traitement des maladies mentales et des névroses. — LASZIO : Mort par congélation.

LES ANÉVRISMES DES GROS VAISSEAUX

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

LEUR TRAITEMENT PAR LE SÉRUM GÉLATINÉ (1)

Par le docteur LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

La connaissance exacte de l'étiologie et de la pathogénie des anévrismes a forcément pour base la connaissance des désordres anatomiques des artères qui en sont le siège, car, en dehors du traumatisme, la rupture d'un vaisseau sain ne se voit pas.

Les artères, comme tous les organes, sont exposées à des lésions multiples; mais, celles qui donnent naissance aux anévrismes, en général peu nombreuses, se rapportent aux types anatomiques suivants :

1° Les artérites circonscrites;
2° Les artérites en plaques;
3° L'artério-sclérose ou une endartérite généralisée.

Les *artérites circonscrites* se rattachent à deux maladies nettement définies, la syphilose et la tuberculose. Elles ont pour caractères, ainsi que toutes les déterminations morbides de ces maladies, de se localiser sur un ou plusieurs points d'un vaisseau, sous forme d'épaississements circonscrits, de nodosités miliaires, lenticulaires ou pisiformes, tout d'abord grisâtres, résistantes, plus tard jaunâtres, molles et susceptibles de résorption.

Constituées par de jeunes cellules de tissu conjonctif, qui ne tardent pas à dégénérer, ces lésions ont pour siège de prédilection les vaisseaux de moyen calibre; les artères de l'encéphale dans la syphilose, celles des poumons et du cerveau dans la tuberculose. La tunique externe de ces vaisseaux ou mieux la gaine lymphatique en est le point de départ habituel; mais souvent aussi la tunique interne se prend à son tour et s'épaissit, tandis que la tunique moyenne comprimée s'atrophie, et, en raison de sa moindre résistance, favorise un certain degré d'ectasie. Dans d'autres cas, cette tunique est envahie par les éléments de nouvelle formation de la tunique externe; et ceux-ci venant à la pénétrer dans toute son épaisseur, enlèvent à la paroi artérielle sur un ou plusieurs points une grande partie de sa résistance à la tension sanguine. Alors, de deux choses l'une : ou bien le sang, en vertu de cette tension, rompt le vaisseau, et il survient une hémorragie, ce qui est rare; ou bien, ce qui est plus commun, il s'introduit à travers la tunique moyenne, refoule la tunique externe et les tissus de voisinage qui le retiennent, lui forment paroi, et il s'accumule ainsi au pourtour du vaisseau sous forme d'une tumeur liquide. En somme, c'est l'altération de la tunique externe du vaisseau qui a été la condition pathogénique de l'anévrisme.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 26 juin 1906.

Les *artérites en plaques* ont pour siège habituel les grosses artères, et de préférence l'aorte et les gros troncs qui en émanent. Leurs causes ne sont pas absolument déterminées; néanmoins, si on fait exception du traumatisme, on en arrive à reconnaître qu'elles se rattachent à deux maladies principales : la syphilose et la paludose.

Ces artérites sont caractérisées par des épaississements des tuniques artérielles, disposés sous forme de plaques allongées ou circulaires, irrégulières, d'une étendue de plusieurs centimètres, à bords festonnés, saillants et plus ou moins irréguliers. Fortement injectées à leur surface externe et parfois adhérentes aux parties voisines, les parois du vaisseau lésé sont tantôt lisses à leur surface interne, tantôt surmontées de mamelons, de nodosités du volume d'une lentille ou d'un petit pois et groupées à la façon de certains tubercules syphilitiques de la peau. Ces plaques, généralement séparées par des intervalles entièrement sains, ont pour siège ordinaire la portion ascendante ou la crosse de l'aorte : elles se retrouvent encore dans la portion descendante de ce même vaisseau où elles occupent, quand elles viennent à se réunir, une large étendue, sans toucher à l'aorte abdominale. Inversement, l'aorte abdominale peut être affectée et l'aorte thoracique conserver son intégrité, comme si chacune des parties de ce grand vaisseau, dont le développement a lieu par l'intermédiaire d'arcs vasculaires différents, avait la propriété de s'altérer isolément.

Tout d'abord opalescentes ou semi-transparentes, puis de couleur grisâtre ou jaunâtre, ces lésions vasculaires de consistance ferme, élastique, se ramollissent parfois, sur certains points, en donnant naissance à des foyers à contenu semi-liquide, qui se vident à l'intérieur du vaisseau, laissant à leur suite des ulcères plus ou moins profonds. Les diverses tuniques artérielles prennent part, le plus souvent, à ce processus, mais à des degrés fort divers. La tunique externe, qui en est le point de départ, s'injecte, s'épaissit, contracte des adhérences avec les parties voisines, puis la tunique interne se prend à son tour et devient le siège de saillies mamelonnées, tandis que la tunique moyenne, comprimée des deux côtés, s'atrophie et parfois se trouve envahie à son tour.

La composition histologique de cette lésion varie nécessairement suivant le moment où on l'examine. La tunique externe, particulièrement intéressée, s'infiltre d'éléments embryonnaires de tissu conjonctif, qui dans certains cas envahissent la tunique moyenne et même la tunique interne. Disposées sous forme d'amas ou foyers disséminés de préférence sur le trajet des vaisseaux, les jeunes cellules de la tunique externe pénètrent dans la tunique moyenne sous forme de traînées qui la perforent de part en part, formant ainsi comme de petits points qui viennent détruire sa résistance. Ajoutons que ces éléments sont susceptibles d'organisation, car il nous est arrivé quelquefois d'observer des ecchymoses ou petits épanchements sanguins entre les tuniques moyenne et interne; cette dernière membrane, d'ailleurs, est ordinairement le siège d'un épaississement

formé par la présence d'éléments de nouvelle formation.

Placée ainsi en état de moindre résistance, la tunique moyenne finit par céder, de telle sorte que, dans l'artérite en plaques comme dans l'artérite circonscrite, l'anévrisme est l'effet d'une péri-artérite, c'est-à-dire d'une lésion qui, débutant par la tunique externe des vaisseaux, envahit la tunique moyenne, sous forme de traînées cellulaires qui la perforent et permettent ainsi au sang de se frayer un passage à travers cette membrane. La tunique externe se rompt alors et il se produit une hémorragie ou bien elle est refoulée par le sang et aidée des tissus voisins, elle forme une poche qui retient le sang au pourtour des vaisseaux. En raison de son siège et de ses localisations diverses, la péri-artérite est l'occasion de désordres fonctionnels divers. Au niveau des orifices des artères coronaires du cœur, elle tend à rétrécir ces orifices et à produire des phénomènes d'ischémie cardiaque savoir : douleurs précordiales à la suite d'efforts ou d'une marche rapide, dyspnée pénible et douloureuse au niveau de la crosse, les troncs artériels inégalement rétrécis donnent lieu à l'inégalité des deux pouls; dans la portion ascendante de l'aorte, elle a pour effet de comprimer et d'altérer le plexus cardiaque en donnant naissance au syndrome douloureux connu sous le nom d'*angine de poitrine*, avec ses intermittences parfaites et ses retours, même à l'état de repos absolu. Située dans la région abdominale, l'aortite en plaques entraîne à sa suite des troubles divers qui résultent de l'altération ou de la simple compression des plexus solaires, gastro-intestinaux, etc.

La différenciation étiologique des anévrismes de l'aorte n'est pas sans offrir de réelles difficultés, car, en l'absence de localisations distinctes, il ne reste guère que les antécédents des malades et les manifestations concomitantes pour éclairer le praticien. Mais, cela importe peu, attendu que la médication ne varie pas, puisque l'indication principale, dans tous les cas, est de favoriser la coagulation du sang dans la poche anévrismale.

L'*artério-sclérose* ou *endartérite généralisée*, déjà différente des péri-artérites tant par sa localisation à la tunique interne que par sa tendance à la généralisation, se distingue encore par les conditions qui président à son développement. Membrane dépourvue de vaisseaux, l'endartère est peu exposée à l'action des agents infectieux et par contre, de même que les cartilages et les tissus fibreux, très sujette aux troubles trophiques. C'est pourquoi nous la voyons coexister fréquemment avec les altérations et, au même titre qu'elles, se rattacher à la grande névrose sympathique, désignée sous les noms d'herpétie ou encore d'arthritisme.

Cette affection qui commence souvent par l'aorte et de préférence par l'aorte abdominale, s'étend peu à peu à une grande partie du système artériel. Les artères, celles des membres surtout, sont d'ordinaire à la façon des veines variqueuses, allongées, flexueuses, épaissies ou amincies, dilatées ou rétrécies, fréquemment annelées. Leur surface interne est semée de petites saillies mamelonnées ou allongées qui se rencontrent de préférence, du moins dans l'aorte, à l'origine de ses branches collatérales. Une section transversale de la paroi vasculaire permet de constater que ces saillies ont pour caractères anatomiques de siéger dans l'épaisseur de la membrane interne et d'être constituées par une substance grisâtre, semi-transparente qui au bout d'un certain temps devient jaunâtre, se ramollit par transformation graisseuse, finit par ulcérer les vaisseaux. Composée de cellules rondes, allongées ou étoilées, disposées au sein d'une trame aréolaire, cette altération envahit peu la tunique moyenne, mais par contre, elle l'atrophie et prédispose les vaisseaux à des ectasies partielles. La tunique externe n'est qu'exceptionnellement touchée alors et les anévrismes vrais sont rares pour ce fait que la tunique moyenne n'est presque jamais envahie par le processus anatomique.

L'étude qui précède nous montre tout à la fois la diversité des artériopathies et la liaison qui existe entre leurs diverses formes et les causes qui leur donnent naissance. Elle établit en même temps que toutes les lésions artérielles sont loin d'avoir les mêmes conséquences, du moins en ce qui concerne la genèse des anévrismes. A ce point de vue, en effet, il existe une distinction manifeste entre celles de ces affections qui débutent par la tunique externe, et celles qui se localisent plus spécialement à la tunique interne. Effectivement si ces dernières présentent exceptionnellement cette complication, les premières en sont l'origine à peu près constante. Il résulte, de là, que les causes des anévrismes sont généralement microbiennes, et que leur pathogénie provient de la localisation des agents syphilitiques, tuberculeux et paludiques à la tunique externe, et non pas, comme on le croit trop généralement, à la tunique interne des vaisseaux. C'est l'irritation déterminée par la présence de ces agents dans la tunique externe qui, en se propageant à la tunique moyenne donne naissance aux éléments qui la pénètrent, affaiblit sa résistance et permet au sang de la traverser et de former la poche anévrismale. En dehors de ces agents, le traumatisme est, dans certains cas, une cause d'anévrisme, comme aussi plus rarement, la propagation d'une inflammation du voisinage à la tunique externe et à la tunique moyenne d'un vaisseau.

II

Le traitement des anévrismes est préventif et curatif. Le traitement préventif s'adresse forcément à la lésion artérielle dont l'anévrisme n'est que la conséquence. Il varie suivant la cause et la nature de cette lésion. Peu efficace lorsque celle-ci est tuberculeuse ou paludique il est d'une utilité incontestable lorsqu'elle est syphilitique.

Le traitement de l'artérite syphilitique ne diffère pas de celui de toutes les manifestations spécifiques; il consiste dans l'emploi de préparations mercurielles et iodurées. La quinine qui est le moyen héroïque pour combattre les manifestations de la

paludose caractérisées à l'état aigu par des fluxions des organes, demeure sans action contre les lésions scléreuses de l'état chronique; mais celles-ci, comme la plupart des scléroses jeunes, peuvent être influencées ou même arrêtées à leur début par l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes.

L'anévrisme une fois constitué, toute restauration de la paroi artérielle devient impossible et l'emploi de l'iodure de potassium n'est indiqué qu'autant que l'on redoute la formation d'un nouvel anévrisme. Il ne reste alors au praticien d'autre alternative que de pratiquer la ligature du vaisseau, ou de renforcer les parois de la poche anévrismale par la coagulation du sang qui s'y trouve contenu. Or, si la ligature est un procédé efficace dans le cas d'anévrismes des petites artères, ce procédé devient inapplicable lorsqu'il s'agit de vaisseaux volumineux comme l'aorte et les gros troncs artériels, en raison des graves accidents auxquels il expose le malade.

La seule ressource alors est de chercher à arrêter l'accroissement de la poche anévrismale et à la consolider par la coagulation du sang à son intérieur.

Depuis Valsalva qui préconisa la saignée, de nombreux moyens physiques ou autres ont été employés dans ce but, mais sans succès certain. Leur énumération étant sans utilité, vous me dispenserez de vous les rappeler. Une seule méthode jusqu'ici m'a paru répondre à cette indication; elle repose sur une expérience déjà longue, et mérite de vous être exposée à nouveau tant pour ce fait que pour réduire à néant, les critiques souvent mal fondées dont elle a été l'objet.

Mise en pratique et préconisée par le docteur Paulesco et par nous dès l'année 1899, la méthode des injections hypodermiques de sérum gélatiné dans le traitement des anévrismes des grosses artères, n'a pas toujours reçu un accueil favorable, et de nombreuses objections lui ont été présentées. Tout d'abord, on a contesté que la gélatine dont l'action coagulante ne pouvait être mise en doute, n'était pas absorbée; nous avons démontré l'erreur de cette manière de voir. On a prétendu ainsi que la coagulation du sang dans la poche anévrismale pouvait être une cause d'embolie, c'était là une autre erreur à laquelle a répondu l'expérience. Enfin, l'objection la plus grave, je dirai la seule sérieuse qui ait été adressée à notre méthode, c'est le développement du tétanos chez plusieurs malades auxquels avaient été pratiqués des injections de sérum gélatiné, bien que la plupart de ces injections aient eu pour objet de combattre des hémorragies et non de lutter contre les anévrismes. Cette objection, pourtant, est sans valeur, car ainsi que me le disait un étranger venant me demander de traiter par les injections gélatinées un énorme anévrisme de l'aorte abdominale. Si le tétanos a été quelquefois transmis par des injections de sérum gélatiné, cela ne peut être attribué à la méthode, mais à la préparation défectueuse de la substance injectée

En effet, sur environ douze cents injections de sérum gélatiné pratiquées par mes élèves et par moi tant en ville que dans mon service hospitalier, il ne m'a pas encore été donné de voir un seul cas de tétanos.

La raison en est que j'ai soin de n'employer que du sérum gélatiné parfaitement aseptisé.

Je ne reviendrai pas sur les procédés suivant lesquels doit se faire l'asepsie, sans pour cela décomposer la gélatine, vous les trouverez décrits dans nos *Bulletins* pour l'année 1904, série 2, t. LII, p. 24.

Mais il me faut faire remarquer que la solution gélatinée dont je fais usage aujourd'hui a été portée parfois de 2gr50 à 3gr50 p. 100.

Cette dose ne gêne nullement l'absorption, elle pourrait sans doute être élevée à 5 p. 100.

Une injection de 200 grammes de sérum gélatiné, pratiquée tous les cinq ou six jours, dans la fesse, ne détermine aucun accident si ce n'est, dans certains cas, un état fébrile passager, relativement rare aujourd'hui, en raison sans doute d'une meilleure préparation du médicament.

L'absorption est en général terminée au bout de vingt-quatre heures; jamais elle n'a pas été suivie du moindre abcès et par conséquent la méthode des injections sous-cutanées de sérum gélatiné, lorsqu'on a soin de se servir de gélatine convenablement aseptisée, n'offre aucun danger.

Mais cette méthode est-elle efficace et dans quelle mesure? quel est son mode d'action? L'efficacité du traitement des anévrismes des gros vaisseaux par la méthode des injections sous-cutanées de gélatine est, selon nous, incontestable, parce qu'elle repose sur de nombreux faits, et que ses effets sont toujours identiques.

S'agit-il d'anévrismes douloureux, comme c'est la règle pour les anévrismes des premières portions de l'aorte, toujours on constate la cessation de la douleur après quatre, cinq ou six injections.

Est-on en présence d'anévrismes de la partie supérieure de l'aorte abdominale avec troubles digestifs, ceux-ci cessent après quelques injections.

Dans tous les cas où nous avons eu à traiter des tumeurs anévrismales faisant saillie en avant du sternum et tout à fait liquides, avec peau amincie, il nous est arrivé de voir ces tumeurs commencer à décroître après une dizaine d'injections et le durcissement être total après trente à quarante injections. Or, ces modifications, observées dans tous nos cas, indiquent manifestement qu'il n'y a pas là une simple coïncidence, et l'on conviendra avec nous, que la gélatine favorise la coagulation du sang au sein des poches anévrismales, même les plus volumineuses.

Voici d'ailleurs quelques faits nouveaux qui plaident en faveur de cette manière de voir.

Observation I. — *Anévrisme de la partie supérieure de l'aorte abdominale. — Traitement par les injections de sérum gélatiné; un an plus tard, anévrisme de la partie inférieure de l'aorte descendante; même traitement.* — La femme d'un lieutenant de vaisseau, âgée aujourd'hui d'une quarantaine d'années, fut atteinte de paludisme à Saïgon en 1888, et traitée par la quinine.

Deux ans plus tard, elle rentra en France et, sans être forte, elle se portait relativement bien.

Dans les premiers mois de l'année 1904, elle vint me con-

sulter pour des troubles digestifs et des douleurs à l'épigastre, que n'améliora aucun traitement.

Vers la fin de l'année, elle me fut amenée à l'hôpital par le docteur Pouvreau (de Bois-Colombes); elle présentait alors sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous du diaphragme, une tumeur molle du volume d'une petite orange, animée de mouvements d'expansion et accompagnée d'un bruit de souffle systolique des plus manifestes.

Il ne pouvait y avoir de doute, il s'agissait bien d'une tumeur anévrismale, avec menace de rupture et de mert. Il n'y avait pas à songer à la ligature du vaisseau. Les injections de sérum gélatiné nous parurent seules capables de remédier à cette grave lésion. Elles furent commencées le 11 mars 1905 et cessèrent le 28 juin suivant. Dans cet intervalle de temps, il fut fait 30 injections de 200 grammes de sérum à 7 p. 1000 de chlorure de sodium, renfermant 5 grammes de gélatine. Au bout de la troisième ou quatrième injection, la douleur s'éteignit et les troubles digestifs ne tardèrent pas à disparaître; puis, peu à peu, les mouvements d'expansion cessèrent, et il ne resta plus que des soulèvements de la tumeur devenue très dure. A ce moment, le traitement fut abandonné.

Un an plus tard, la tumeur épigastrique était demeurée au même point, mais il apparaissait à la partie inférieure de la cavité thoracique, sur les côtés du sternum, une saillie diffuse avec mouvements d'expansion sans souffle appréciable. Vingt nouvelles injections furent pratiquées dans l'espace de trois mois, à la suite desquelles les mouvements d'expansion disparurent. Quant à l'ancienne tumeur, elle présente toujours une grande dureté et son volume est beaucoup inférieur à celui qu'elle avait au début du premier traitement. Depuis lors, j'ai pu revoir cette malade, dont l'état local n'a pas changé; quant à l'état général, il est excellent.

Obs. II. — *Anévrisme de la première portion de l'aorte avec tumeur présternale du volume d'une petite noix. — Rentrée de la tumeur dans le thorax à la suite de 30 injections de sérum gélatiné. — Deux ans plus tard, efforts violents, réapparition d'une tumeur douloureuse qui acquiert rapidement le volume d'une grosse orange. — Reprise des injections de sérum gélatiné, cessation des douleurs, durcissement de la poche anévrismale.* — E. G..., âgé de cinquante-quatre ans, maçon, né de parents décédés à un âge avancé. — A été atteint à dix-neuf ans, alors qu'il était occupé à creuser un puits, d'accès fébriles qui reparaissaient chaque jour entre une heure et deux heures de l'après-midi, débutaient par de violents frissons avec sensation de froid, suivi de chaleur et de sueurs abondantes.

Ces accès, qui durèrent deux mois, n'ont pas reparu depuis lors; un frère plus âgé et qui prenait part au même travail, éprouva les mêmes accidents, ainsi que plusieurs habitants de la même commune. — A vingt et un ans, il est atteint de variole, mais il n'a eu aucun accident syphilitique. C'est un travailleur laborieux et sobre qui n'offre aucun signe d'intoxication, ni par les alcools, ni par les apéritifs.

La chute d'un madrier sur son épaule détermine des souffrances qui l'obligent à demander son admission à l'hôpital, où il est reçu le 26 novembre 1903.

Il existe alors au niveau du deuxième espace intercostal droit à 7 millimètres de la ligne médiane, sur une étendue de la dimension d'une pièce de 2 francs, des battements et des mouvements d'expansion. Ces battements se sentent dans le creux sus-sternal. La clavicule droite est soulevée et légèrement saillante et il existe une subluxation de l'articulation sterno-claviculaire droite. La percussion permet de délimiter une zone de matité qui s'étend de la clavicule à la troisième côte et dans la ligne médiane à quelques centimètres du sternum. Les veines sous-cutanées de la région sous-claviculaire droite sont quelque peu dilatées.

La pointe du cœur se fait sentir dans le quatrième espace intercostal à 10 centimètres de la ligne médiane, il n'est constaté aucun souffle, pas plus au niveau de cet organe que de l'anévrisme. Les poumons sont intacts, le foie ne déborde pas, et tous les autres organes sont sains.

Le diagnostic d'une anévrisme de l'aorte ne pouvant être mis en doute, le malade fut soumis à la méthode des injections de sérum gélatiné et après la dixième, les douleurs cessent entièrement.

Le 10 juin, à la suite de la trentième injection, il n'existe plus ni mouvement d'expansion, ni battement au niveau de l'anévrisme, et le malade quitte l'hôpital, pour retourner chez lui, dans la Creuse. Là, il se livre à des travaux de jardinage et reste plus d'une année sans souffrir, et sans voir reparaître sa tumeur. Se trouvant bien, il se met à bêcher, puis à fendre du bois, sans éprouver ni douleur, ni fatigue, et vers le mois de mars 1906, les douleurs reparaissent, irradient de la poitrine vers l'oreille et dans le cou, puis apparaît de nouveau au-devant de la poitrine une tumeur qui a tout d'abord le volume d'une noix et qui augmente progressivement, jusqu'à atteindre celui d'une grosse orange.

Le 22 mars 1906, le malade juge bon de revenir à l'hôpital; il présente à droite de la ligne médiane une tumeur qui s'étend transversalement depuis le milieu du sternum jusqu'à la moitié interne de la clavicule et descend jusqu'au troisième espace intercostal. Cette tumeur, molle, oblongue, est formée de deux lobes saillants séparés par un sillon; elle est pulsatile et ses battements sont appréciables à la vue et au palper. Recouverte uniquement par la peau, qui même paraît amincie au toucher, elle n'est le siège d'aucun souffle non plus que le cœur, qui est à peine hypertrophié. Le pouls du côté droit, très perceptible en 1905, est difficile ou impossible à sentir, les veines sous-cutanées du thorax sont à peine dilatées.

Les injections de sérum gélatiné sont reprises le 24 mars, le malade est tenu au repos. Une injection est pratiquée tous les cinq jours, d'abord avec 5 grammes de gélatine pour 200 centimètres cubes de sérum gélatiné et, à partir de la septième injection, avec 7 grammes pour la même quantité de sérum. Ces injections, parfaitement tolérées, ne déterminent pas de mouvement fébrile bien appréciable, puisque la température n'est jamais le soir de l'injection au-dessus de 37°5. L'absorption, d'ailleurs généralement rapide, s'opère dans l'espace de quelques heures, et souvent elle est terminée au bout de deux heures et demie à trois heures.

La tension artérielle du malade, mesurée avant et après l'injection, nous apprend que celle-ci s'élève manifestement, puisque de 15, 16 ou 17 avant l'opération, elle monte à 22, 24 et 26 une heure plus tard. Après la sixième injection, la poche commence à durcir, les mouvements d'expansion diminuent, mais les battements persistent.

Obs. III. — *Anévrisme de l'artère ophtalmique siégeant au delà de l'artère centrale de la rétine. Exophtalmie, diplopie, troubles de la vision. Injections de sérum gélatiné, rentrée de l'œil dans l'orbite, cessation de la diplopie et des troubles visuels.* — A. A..., âgée de cinquante-deux ans, ménagère, est née de parents sains et n'a pour tout antécédent personnel que des troubles digestifs, des migraines, des varices et quelques poussées articulaires. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu trois

enfants, n'a jamais fait de fausse-couche et n'a jamais présenté ni antécédents syphilitiques, ni accidents paludiques, bien qu'elle ait habité certaines contrées où règne la paludose.

C'est, en somme, une femme dont la santé a toujours été bonne et qui accuse simplement une atteinte de grippe en 1889.

Cette malade reçut il y a onze ans, en 1895, par le fait de la chute d'un bras de pompe sur l'arcade sourcilière droite, un coup violent qui donna lieu à une douleur et à une ecchymose dont la durée ne fut pas moins de vingt-cinq jours, sans qu'il y eût toutefois de fracture appréciable. En février 1905, cette même malade est tombée de toute sa hauteur sur une porte et le choc a eu particulièrement lieu sur la région occipitale.

En août 1905, elle a pour la première fois, dans toute la région fronto-occipitale droite, la sensation de ce qu'elle compare au bruit du scieur de long, au cri de la pintade et au son des cloches. Ces sensations peu douloureuses avaient leur maximum d'intensité, le soir dans la position couchée, et troublaient fréquemment le sommeil. En septembre 1905, il s'y ajouta des battements comparés par la malade à des battements de cœur qui voilaient quelque peu les bruits. L'œil, à part quelques douleurs passagères, n'offrait jusqu'à ce jour aucun trouble, mais il devenait de plus en plus saillant, et en décembre, la malade commença à s'apercevoir qu'elle voyait double et que son œil droit était projeté en avant et déjeté en dehors. La diplopie et l'exophtalmie ne firent que s'accentuer les objets d'ailleurs étaient vus comme à travers un nuage et c'est dans cet état que, le 11 janvier 1906, cette malade nous fut adressée par le docteur Leclerc (de Levallois-Perret). L'œil fait alors saillie en avant et en dehors, sa face antérieure est sur le même plan vertical que l'arcade sourcilière, la fente palpébrale est élargie, la conjonctive fortement injectée, la pupille, non déformée, réagit normalement à la lumière et à l'accommodation. La diplopie est constante et la vision légèrement troublée à droite; un bruit de souffle systolique se perçoit lorsqu'on vient à appliquer l'oreille sur la partie droite du front et de la tête.

Le globe oculaire se laisse refouler lentement, il est le siège d'un soulèvement intermittent; le côté droit de la tête est plus chaud que le côté gauche, et au dire de la malade, l'œil droit est plus sensible au froid que l'œil gauche. Cependant l'examen du fond de l'œil droit pratiqué par le docteur Rochon-Duvignaud permet de constater l'intégrité des vaisseaux de la rétine, à part peut-être un très léger épaississement des veines par rapport à celles du côté opposé; il existe, en outre, une légère diminution du champ visuel.

En présence de ce fait qui ne pouvait laisser de doute au point de vue du diagnostic et de la difficulté d'une intervention chirurgicale, notre parti fut rapidement pris et, à partir du lendemain de son entrée à l'hôpital, le malade reçut tous les cinq jours, dans les régions fessières, une injection de 200 centimètres cubes de sérum à 7 p. 1000, renfermant 2g50 de gélatine p. 100, soit 5 grammes de gélatine. Ces injections furent très bien tolérées, car à la suite des deux premières seulement on constata une ascension thermique (37°8 à 38 degrés). Une heure et demie après l'injection, la malade était prise du besoin d'uriner, et au bout de deux heures et demie à trois heures, l'absorption était complète. Les douleurs de tête et les battements, si pénibles pour la malade, s'affaiblissent peu à peu, s'éloignent et à la dix-septième injection pratiquée le 5 avril, l'œil paraît manifestement rentrer dans l'orbite, tandis que la perception des sons existe à peine pour la malade et le bruit de souffle pour le médecin. A la vingt-deuxième injection, l'œil est rentré de plus de moitié, ses mouvements s'exécutent normalement, et la diplopie a totalement disparu. Aujourd'hui, après la trente-cinquième injection, l'œil droit est à peine plus saillant que le gauche, la diplopie n'a pas reparu et la vision est nette, la malade ne perçoit plus aucun son, le bruit de souffle a disparu, et si ces phénomènes se reproduisent encore c'est à des intervalles éloignés.

Rapprochées des faits publiés antérieurement par nos collègues, les docteurs Le Dentu, Reynier, par nous en collaboration avec le docteur Paulesco, et par plusieurs autres médecins, ces observations mettent en parfaite évidence l'efficacité de la méthode des injections de sérum gélatiné dans le traitement des anévrismes des gros vaisseaux. Cette efficacité n'est pas seulement constatée dans les cas légers, mais même dans les cas les plus désespérés, alors que la tumeur anévrismale, après perforation thoracique, fait saillie sous la peau amincie.

En pareille occurrence, qu'il s'agisse d'une tumeur renfermée dans les cavités thoracique, abdominale, orbitaire, etc., le traitement par la méthode des injections de sérum gélatiné est nettement indiqué; l'hésitation ne peut être permise, elle serait coupable.

Le praticien doit donc, sans aucune inquiétude, recourir à cette méthode, d'autant plus que, en dehors d'elle, dans les anévrismes vrais de l'aorte, tout au moins, il n'existe aucune chance de salut pour le malade, si le sang ne parvient à se coaguler au sein de la poche anévrismale.

Dire exactement comment agit la gélatine, dans ces conditions, serait difficile; nous savons toutefois que cette substance a la propriété de coaguler le sang à son contact et qu'elle a, en outre, celle d'arrêter les hémorragies, mais lorsqu'elle est administrée en injections sous-cutanées. En conséquence, il y a lieu de croire que, dans tous les cas, elle exerce une action directe sur le liquide sanguin.

Nous avons voulu savoir quelle influence pourraient avoir nos injections sur la pression artérielle et s'il ne serait pas possible d'attribuer à l'hypotension sanguine la coagulation du sang dans les anévrismes que nous avons eu à traiter.

La communication que nous a faite sécemment notre distingué collègue le docteur Huchard, nous conduisit naturellement à faire cette recherche. Or, l'observation de nos deux derniers faits a clairement démontré qu'il n'en était rien, puisque la tension sanguine, constatée avec le même instrument, nous a démontré que, à chaque injection de sérum gélatiné, la tension sanguine s'élevait de plusieurs degrés, et baissait ensuite. Le repos au lit ne nous a pas paru davantage suffire à rendre compte des bienfaits de notre méthode : Nous avons pu suivre, en effet, des malades soumis au repos absolu, pendant un certain temps, sans constater d'amélioration sensible, jusqu'au jour où des injections de gélatine étaient pratiquées, et d'autres malades, traités par ces mêmes injections, et dont la poche anévrismale durcissait même en l'absence d'un repos complet.

Tels sont les faits nouveaux et les réflexions qui nous ont paru dignes de vous être présentés, en

faveur du traitement des anévrismes des gros vaisseaux par la méthode des injections de sérum gélatiné.

De ces faits et de l'esquisse que nous avons faite de l'étiologie et de la pathogénie des anévrismes vrais des gros vaisseaux il est possible, ce nous semble, de tirer les conclusions suivantes.

1° L'artério-sclérose généralisée, ou endartérite, n'est qu'exceptionnellement suivie d'anévrisme des gros vaisseaux. Les conditions pathogéniques de ces accidents sont des périartérites qui gagnent en profondeur et finissent par perforer la membrane élastique des artères. Leurs causes, à part le traumatisme, ont une origine infectieuse; celles que nous connaissons dès maintenant, sont les agents de la tuberculose, de la syphilose et de la paludose;

2° La rupture est le mode de terminaison fatale des anévrismes des gros vaisseaux, à moins de coagulation spontanée du sang dans la poche anévrismale.

Cette coagulation étant rarement spontanée, l'indication formelle est de chercher à la provoquer; c'est à quoi répond la méthode des injections de sérum gélatiné. Cette méthode ayant la propriété de favoriser la coagulation du sang au sein des anévrismes vrais, s'oppose ainsi à leur rupture, si le malade a soin d'éviter ensuite tout effort violent.

3° Contrairement à ce qui a pu être avancé par quelques auteurs, la méthode des injections de gélatine est sans aucun danger, à la condition que le sérum employé soit parfaitement aseptisé. Son indication est d'autant plus formelle dans les anévrismes des gros vaisseaux que l'intervention chirurgicale est le plus souvent impossible ou dangereuse, et qu'il n'est, jusqu'ici du moins, aucun autre moyen d'arrêter sûrement les progrès de ces graves désordres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JUIN 1906 [*suite*])

Production expérimentale de variétés transmissibles du bacille de la tuberculose et de vaccins antituberculeux, par M. S. Arloing. — Depuis 1902, M. Arloing a pratiqué la vaccination antituberculeuse du veau à l'aide de variétés transmissibles du bacille de la tuberculose. A raison de leur mode d'obtention, de leur mode de propagation, de la modification transmissible de leur virulence, ces bacilles possèdent les caractères des vaccins tels qu'on les a conçus depuis les travaux de Pasteur sur l'atténuation du *bacillus anthracis*. C'est pourquoi M. Arloing les appelle des vaccins antituberculeux. Il reviendra prochainement sur leur action vaccinale.

Influence de l'ovaire sur la nutrition. Synergie thyro-ovarienne, par MM. Charrin et Jardry. — Au cours de la gestation, les échanges nutritifs peuvent se modifier, parfois légèrement se ralentir. C'est tantôt la graisse qui, insuffisamment élaborée, s'accumule et engendre l'obésité; tantôt une incomplète consommation du sucre provoque la glycosurie, dans d'autres cas l'accroissement des acides est susceptible de solubiliser certains principes, de déterminer des lésions du squelette et exceptionnellement de faire naître l'ostéomalacie.

Comme il s'agit de phénomènes en quelque sorte propres à la gestation, on est conduit à rechercher si, parmi les organes subissant l'influence de la conception, aucun n'agit sur la nutrition. A ce point de vue et pour divers motifs, au premier rang figurent les ovaires, qui à leur rôle de glandes externes paraissent ajouter des attributs de sécrétion interne localisés au corps jaune ou au tissu conjonctif (Frænkel, Renaud, Regaud, Ancel, Bouin, etc.).

L'expérimentation ou l'observation montrent que l'ablation ou la mise au repos (grossesse) des ovaires ralentissent les mutations nutritives, par contre l'introduction dans l'économie de proportions relativement considérables de tissu ovarien accélère ces mutations. D'autre part, il est manifeste que le corps thyroïde est capable de suppléer ces organes.

Pour mieux accomplir leur mission relative au maintien de l'intégrité des échanges nutritifs ces organes, ces glandes internes, paraissent reliés par de véritables synergies.

Influence du chocolat et du café sur l'acide urique, par M. René Fauvel. — Les méthylxanthines (théobromine et caféine) du chocolat et du café augmentent sensiblement les purines urinaires (xantho-uriques), *pas du tout l'acide urique et empêchent sa précipitation par les acides.* Leur influence, surtout pour la théobromine, est beaucoup moins pernicieuse pour l'organisme que celle des purines de la viande et des légumineuses, qui donnent une forte proportion d'acide urique précipitant facilement.

Ces conclusions visent uniquement l'action de la théobromine et de la caféine sur l'acide urique et les xantho-uriques et non leur influence sur la digestion, la circulation et le système nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1906)

Typhlocolite et appendicite. — Dans la dernière séance on attendait avec quelque curiosité la réponse de M. Dieulafoy à M. Reclus; aujourd'hui, on n'était pas moins curieux d'entendre la réponse de M. Reclus à M. Dieulafoy; c'est le même empressement du côté du public, c'est la même attention silencieuse du côté des académiciens.

M. Reclus remonte un peu plus haut que le débat actuel; il rappelle que, dans une de ses communications antérieures, M. Dieulafoy avait nettement déclaré que l'appendice ne pouvait être en cause là où existait l'entéro-colite muco-membraneuse. Les chirurgiens sont cependant venus apporter quelques exceptions à cette règle formulée par M. Dieulafoy; l'exception confirme la règle, a-t-il alors répondu; et d'ailleurs, ajoute-t-il, que pèsent ces quelques exceptions dans la marée toujours montante des entéro-colites muco-membraneuses, et M. Dieulafoy d'invoquer le haut témoignage de Potain qui sur 103 observations d'entéro-colite n'a pas observé un seul cas d'appendicite. A cela M. Reclus répond qu'à cette époque l'appendicite ne tenait pas dans le cadre nosologique la place importante qu'elle y occupe aujourd'hui; cependant M. Reclus a répondu à M. Potain un peu dans ce sens, non pas dans un esprit combatif comme le semble dire M. Dieulafoy, mais bien avec cette respectueuse déférence dont on ne saurait se départir à l'égard d'un de ces hommes qui font qu'on éprouve quelque orgueil à siéger dans la même enceinte qu'eux.

M. Dieulafoy avance aussi cet argument que les chirurgiens sont mal placés pour juger la question, parce qu'ils ne voient pas autant d'entéro-colites que les médecins. Mais au point de vue des rapports de cette maladie avec l'appendicite,

si l'on en juge par les comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, les médecins sont avec les chirurgiens et reconnaissent que ces rapports sont beaucoup plus fréquents que ne le dit M. Dieulafoy. Cette opinion se généralise de plus en plus et pour peu que cela continue, M. Dieulafoy restera seul dans son splendide isolement. Ce qu'il faudrait pour éclairer la question, ce sont des statistiques bien prises. M. Reclus cherche à combler cette lacune en citant un travail de M. Bernard, médecin consultant à Plombières, qui sur 1 100 malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse a relevé 76 cas d'appendicites, soit environ 7 p. 100, ce qui est déjà un chiffre important. M. Reclus rappelle les nombreux faits que lui ont cités ses collègues à la Société de chirurgie; M. Jalaguier seul lui a cité 7 observations d'appendicites vraies opérées chez des malades atteints d'entéro-colite. M. Reclus vient, de son côté, d'opérer tout récemment une jeune Bretonne de vingt-deux ans, qui avait eu très manifestement des crises d'entéro-colite, qui eut, en outre, des crises non moins nettes d'appendicites. L'opération a permis de constater que l'appendice, chez cette malade, était plein de pus.

M. Reclus invoque aussi la statistique de M. Talamon qui, chez 80 malades atteints d'appendicite, en a relevé 29 atteints d'entéro-colite.

M. Dieulafoy a montré un peu trop de dédain pour l'appendicite chronique, pour ces appendicites qu'il appelle les appendicites microscopiques, qu'il qualifierait volontiers de fausses appendicites. Il serait à désirer, pour élucider cette question, que tous les appendices enlevés fussent examinés histologiquement et M. Cornil pourrait alors redire à M. Dieulafoy que ces appendicites chroniques ne sont pas une simple vue de l'esprit. Les nombreuses recherches de M. Letulle à ce sujet sont également fort instructives.

M. Dieulafoy a reproché à M. Reclus de récuser l'opinion des balafrés de Plombières ou de Châtel-Guyon; mais M. Reclus continue à récuser cette opinion; il voudrait bien savoir si ces appendices qui, au dire de ces malades, ont été indûment enlevés, ont été examinés au microscope. Le fait que beaucoup de ces malades ont continué à souffrir après avoir été opérés, n'implique pas que leur appendice fût absolument sain et ne constituât pas pour eux un danger menaçant. M. Reclus récuse tous ces arguments de gens incompétents, si intéressés qu'ils soient, d'ailleurs, dans la question en discussion.

C'est dans ce sens que M. Reclus faisait allusion au public que M. Dieulafoy croyait devoir instruire par sa communication. Cet intérêt évident qu'il a dans la question ne va pas jusqu'à lui créer la compétence dans cette question.

M. Reclus invoque, à son tour, les malades de l'hôpital dont M. Dieulafoy a tracé un tableau si vrai et si saisissant. Ces malades ne peuvent avoir d'autre garantie que la science et la conscience du médecin ou du chirurgien auxquels ils sont confiés. Et M. Reclus croit pouvoir affirmer hautement qu'ils ont cette garantie.

En terminant son discours, M. Dieulafoy exprimait le regret de ne pas se trouver d'accord avec M. Reclus; il est cependant un point sur lequel M. Reclus se trouve absolument d'accord avec M. Dieulafoy; comme lui il pense qu'on opère trop d'appendices; il va plus loin, il trouve qu'on opère trop d'ovaires, trop de trompes, trop de mamelles; on opère trop en général à ses yeux. Il est certain qu'il existe des médecins et des chirurgiens insuffisamment scrupuleux et trop facilement enclins à se cacher sous les équivoques d'un diagnostic parfois très difficile pour pencher trop volontiers du côté de l'intervention.

M. Dieulafoy a bien fait de dire, à ce point de vue, qu'on opérait trop d'appendicites. M. Reclus se repent de n'avoir pas assez insisté sur ce point dans sa première argumentation qualifiée par M. Dieulafoy d'un peu nerveuse; c'est sans doute pourquoi, dans sa réponse, M. Dieulafoy a peut-être un peu manqué de liant à l'égard de M. Reclus. C'est pourquoi aussi M. Reclus se félicite aujourd'hui de se trouver d'accord avec M. Dieulafoy dans l'appréciation de ces opérations coupables par cela seul qu'elles sont inutiles.

M. Pinard, comme M. Reclus, estime que c'est la statistique seule qui peut éclairer la question en discussion. Mais il tient à dire que, depuis qu'on connaît l'appendicite, sur un nombre extrêmement considérable de femmes qu'il a vues atteintes d'appendicites, il n'en a rencontré que cinq qui étaient en même temps atteintes d'entéro-colite muco-membraneuse.

M. Dieulafoy, au nom de M. Duret (de Lille), présente un travail dans lequel il cite des cas d'appendicite vraie, justiciable de l'opération, survenus chez des gens enclins à la typhlocolite et il rapporte également des cas d'appendicite chronique vraie, ayant entretenu des troubles intestinaux qui ont cédé à l'opération. Mais il insiste sur la typhlocolite prise à tort pour l'appendicite, aussi arrive-t-il à la conclusion suivante : « Le fait clinique énoncé par M. Dieulafoy est d'une vérité incontestable : quantité de gens atteints d'une typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse sont indûment opérés d'appendicite. Dans l'intérêt général, il fallait faire un peu machine en arrière, et, en mécanicien prudent et sagace, M. Dieulafoy a serré les freins. »

En effet, la communication de M. Dieulafoy n'a pas eu d'autre objet; il est venu serrer les freins, suivant l'expression de notre collègue M. Duret, il est venu crier casse-cou, suivant l'expression de M. Le Dentu, il est venu demander, au nom de la clinique, qu'on apportât plus d'attention aux diagnostics afin d'éviter des erreurs opératoires.

Son appel a été entendu, puisqu'il a recueilli l'approbation de ses éminents collègues Lancereaux, Le Dentu, Richelot et Duret, et il est heureux de pouvoir y ajouter aujourd'hui celle de son ami M. Reclus.

Traitement des anévrismes des gros vaisseaux par les injections de sérum gélatiné. — M. Lancereaux fait une importante communication sur ce sujet (voir plus loin, p. 867).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Milan.* — *Billets spéciaux pour le Simplon.* — Afin de permettre aux voyageurs de se rendre à prix réduits à Milan pour y visiter l'Exposition par la nouvelle voie du Simplon, la Compagnie P.-L.-M. délivre, jusqu'au 15 novembre 1906, des billets d'aller et retour de 1re, 2e, 3e classes pour Domodossola, valables 30 jours, conjointement avec des billets d'aller et retour de Domodossola à Milan, valables 20 jours.

La durée de validité de ces billets n'est pas prolongeable.

Ces billets sont délivrés à première demande dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon, Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Nimes, Valence, Marseille-voyageurs, Chambéry, Grenoble et sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

HÉMOPTYSIES [1]

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Trois grands groupes.

I. Hémoptysies survenant au cours d'une maladie générale. — Cette maladie générale peut être d'origine : α. TOXIQUE : phosphorisme, arsenicisme aigu; β. INFECTIEUSE : ce sont toutes les septicémies hémorragiques : fièvre jaune, variole, scarlatine, rougeole hémorragiques, endocardite infectieuse, typhus, peste, certaines formes de paludisme, scorbut, leucémie, purpura hémorragique; le rôle du foie dans la production des hémorragies (H. Grenet) explique la fréquence des hémoptysies au cours de l'ictère grave; γ. DYSCRASIQUE : athrepsie (Parrot), hémophilie, brightisme.

Dans les toxi-infections à tendances hémorragipares, le diagnostic se fonde sur l'étude des antécédents et sur la coexistence constante d'autres hémorragies.

Dans le *brightisme*, l'hémoptysie apparaît sans prodromes, chez des individus ayant dépassé la cinquantaine, et présentant depuis longtemps de l'hypertension, de l'hypertrophie du ventricule gauche, et du bruit de galop. Cette hémoptysie, due à la rupture d'un *anévrisme miliaire des parois bronchiques*, est parfois difficile à différencier de celles de l'ectasie aortique en voie d'ulcération bronchique, dont elle sera distinguée par : α. l'absence de tout symptôme de compression médiastinale; β. de toute tumeur pulsatile dans le deuxième espace intercostal droit; γ. l'évolution possible vers la guérison par oblitération du vaisseau rompu (v. Barth, *Traité Brouardel-Gilbert*, t. VII, p. 236).

II. Hémoptysies liées à une affection respiratoire. — A. TUBERCULOSE PULMONAIRE. — *C'est la grande cause d'hémoptysies* : 1. A la *première période*, le crachement de sang évolue au milieu des phénomènes précédemment décrits; il peut aussi affecter la forme intermittente, fébrile, ou la forme supplémentaire; elle contient souvent des bacilles de Koch. Il est fréquent qu'à sa suite apparaissent des signes de tuberculose pulmonaire à évolution rapide, attribuables à l'infection, par le bacille de Koch, de portions de parenchyme jusque-là respectées (Barth). La vieille théorie de Morton : *ab hemoptœ tabes* [2] contient donc une part de vérité.

Ces hémoptysies de la première période n'apparaissent que rarement chez l'enfant; elles seraient plus fréquentes chez la femme; dans quelques cas rares, elles constituent le seul symptôme de la tuberculose (Andral).

2. A la *deuxième période*, il faudrait, d'après Peter (*Cliniques*, t. I, p. 804), distinguer deux variétés d'hémoptysies : les unes *périphymiques*, elles sont dues à une hyperhémie « qui s'effectue *autour* de la granulation tuberculeuse, qui lui est circonférentielle, périphérique »; les autres, *paraphymiques*, dues à une hyperhémie « qui se produit au voisinage, mais plus ou moins loin de la granulation ». Dans le premier cas, l'hémoptysie est peu abondante et s'accompagne de signes sthétoscopiques *limités*. Dans le second il s'agit d'une hémoptysie abondante, « émouvante » (Peter), parfois accompagnée d'épistaxis : à l'auscultation, râles bulleux à la partie moyenne du poumon. Les deux, étant d'origine congestive, sont favorisées par l'effort, les fatigues vocales, les variations barométriques, la menstruation, etc.

3. Les *hémoptysies ultimes de la tuberculose*, liées à la rupture d'un anévrisme de Rasmüssen, sont remarquables par leur brusque apparition et leur abondance excessive. Quelquefois, elles entraînent la mort avant que le sang ait pu s'épancher à l'extérieur. Ce sont presque exclusivement les seules que l'on observe chez les enfants tuberculeux (Peter).

4. Dans la *tuberculose aiguë granulique*, l'hémoptysie est rare, sauf dans certaines formes, *granulie hémorragique*; au contraire, dans la *tuberculose aiguë pneumonique* (pneumonie caséeuse), les malades peuvent expectorer des crachats striés de sang, ou même présenter de véritables hémoptysies.

Dans la tuberculose aiguë comme dans la tuberculose chronique, le diagnostic causal de l'hémoptysie se fera par l'examen des antécédents, par l'étude des signes fonctionnels, physiques et généraux concomitants.

B. DILATATION DES BRONCHES. — L'hémoptysie y est fréquente, de quantité variable, parfois très abondante. Elle sera reconnue à ce fait qu'elle survient au cours d'une affection essentiellement chronique du poumon, caractérisée par des signes cavitaires, habituellement localisés à la base, une expectoration spéciale, et par la longue conservation de l'état général (v. *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 477, 537).

C. CANCER DU POUMON. — L'hémoptysie y est fréquente, mais rarement formée de sang pur : le sang, mélangé intimement aux matières colloïdes sécrétées par le parenchyme malade, prend un aspect de *gelée de groseille*. Cet aspect, qui, d'ailleurs, ne serait pas tout à fait pathognomonique, est le suivant : les crachats prennent une consistance gélatineuse, demi-molle, tremblotante, une coloration rosée. Ils ne ressemblent ainsi ni aux crachats de la pneumonie, ni à ceux de l'apoplexie pulmonaire (G. Sée et Talamon).

Survenant chez un individu déjà âgé, qui tousse, maigrit, se cachectise, présente au niveau d'un poumon des signes d'induration puis de ramollissement, et chez lequel on ne tarde pas à déceler des adénopathies sus-claviculaires, ces hémoptysies sont presque caractéristiques : seul, l'examen microscopique des crachats, en faisant constater l'existence de cellules cancéreuses, permet de transformer les présomptions en certitudes.

D. GANGRÈNE PULMONAIRE. — Au début, l'hémoptysie consiste simplement en quelques crachats sanglants, puis elle se répète à plusieurs reprises; elle peut, à sa dernière période, être extrêmement abondante, foudroyante même (Roger, Rendu). Elle se reconnaît à l'évolution aiguë de la maladie au cours de laquelle elle apparaît, et aux signes propres à cette maladie (violence du point de côté, fédité de l'haleine et des crachats).

E. KYSTES HYDATIQUES DU POUMON. — L'hémoptysie y survient brusquement, et y présente des caractères variables. Elle ressemble souvent à celle de la tuberculose. En faveur des kystes, on peut invoquer : α. les antécédents (fréquence du kyste hydatique du poumon en certains pays); β. la localisation des signes physiques à la base droite; γ. l'absence de bacilles dans les crachats ; δ. la réaction éosinophile du sang; ε. la coexistence fréquente de kystes hydatiques du foie; ζ. les résultats de la ponction ou l'apparition d'une vomique, constituée par un liquide clair comme de l'eau de roche contenant, à l'examen histologique, des têtes de ténias (scolex) et des crochets.

F. CONGESTION PULMONAIRE ET ŒDÈMES. — I. *Aigus.* — Dans la congestion idiopathique (*maladie de Woillez*), l'expectoration est quelquefois striée de sang; le fait est beaucoup plus rare dans la *spléno-pneumonie* et dans les *congestions pleuro-pulmonaires*; enfin, l'hémoptysie a été signalée dans un certain nombre de cas de *congestions secondaires* (arthritisme, puerpéralité, alcoolisme, affections nerveuses, etc.), elle est rare dans l'*œdème aigu du poumon*.

II. *Chroniques.* — Ils sont liés aux cardiopathies. Nous étudierons plus loin les hémoptysies qui peuvent les compliquer.

(A suivre.)

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 70, p. 838.

(2) Tabes : phtisie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 74. — SAMEDI 30 JUIN 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 30 JUIN 1906. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

XVIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Lille, 1er-7 août 1906). — Le XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française doit se tenir à Lille du 1er au 7 août 1906, sous la présidence du professeur Grasset (de Montpellier).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES ET EXCURSIONS. — Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Rennes.

1° *Psychiatrie.* — « Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. » Rapporteur : M. le docteur Dide (de Rennes);

2° *Neurologie.* — « Le cerveau sénile. » Rapporteur : M. le docteur A. Léri (de Paris);

3° *Médecine légale.* — « La responsabilité des hystériques. » Rapporteur : M. le docteur R. Leroy (de Paris).

Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Présentation de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques.

Viisites des asiles d'aliénés de : Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant.

Réceptions officielles et banquets.

Visite de l'Exposition internationale de Tourcoing.

Visite des principaux édifices et monuments de la Flandre française.

Excursions sur les côtes de la Manche et de la mer du Nord (ports, plages, sanatoria).

Voyage en Angleterre.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Une réduction sur le tarif des voyages sera demandée aux compagnies de chemin de fer.

Les démarches seront faites auprès des principaux hôteliers et restaurateurs en vue d'obtenir une réduction sur leurs prix habituels.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (sur la présentation d'un membre adhérent).

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès seront considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés; après le Congrès, le compte rendu des séances.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès, docteur Chocreaux, médecin en chef de l'asile public d'aliénés, Bailleul (Nord).

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE SANATORIA FRANÇAIS. — Il vient de se fonder à Paris, entre les médecins de sanatoria français, une société ayant pour but : de traiter les questions scientifiques du domaine de la tuberculose, notamment celles relatives au fonctionnement des sanatoria, tant publics que privés. Cette Société qui ne comprend que des membres titulaires est ouverte à tous les médecins de sanatoria français, chefs de service et assistants. Elle est administrée par un conseil composé de cinq membres, dont un président, un vice-président et un secrétaire-trésorier. Le président est le docteur Calmette; le vice-président, le docteur Hervé, le secrétaire-trésorier, le docteur Guinard.

Les réunions, au nombre de trois par année, ont lieu deux fois à Paris et une fois dans un sanatorium de province.

Toute demande de renseignements doit être adressée au docteur Guinard, secrétaire-trésorier, 56, rue de la Victoire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Schaudinn (de Hambourg), à qui on doit la découverte du treponema pallidum (spirochæte pallida de la hilis).

REVUE GÉNÉRALE

BRONCHITES PSEUDO-MEMBRANEUSES

Par M. RABÉ,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Assistant d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine.

L'inflammation des bronches se traduit, le plus souvent, par l'hypersécrétion catarrhale de leur muqueuse; elle peut, sous l'influence de conditions pathogéniques qui, pour la plupart, nous échappent encore, aboutir à la formation d'exsudats qui se moulent sur les parois des bronches et sont rejetés, à l'occasion des quintes de toux, sous la forme de membranes aplaties ou bien de coagulations arborescentes. Cette variété anatomique de bronchite est désignée sous le nom de bronchite membraneuse, pseudo-membraneuse ou fibrineuse.

Les premiers médecins connaissaient ces concrétions membraneuses, qu'ils décrivaient sous le nom de polypes des bronches. Mais cette forme de bronchite fut considérée, jusqu'au siècle dernier, comme une entité morbide, d'étiologie vague, et tous les faits publiés étaient confondus sous la même description. Bretonneau et Trousseau, les premiers, tentent la dissociation de ce groupe confus, et en détachent la bronchite membraneuse diphtérique, bientôt décrite avec soin par Peter et Millard. Nonat, en 1837, Remak, en 1845, observent des fausses membranes dans les cavités bronchiques, chez des malades morts de pneumonie. A côté de ces formes secondaires, on distingue les formes primitives, avec localisation d'emblée du processus sur les bronches, et Paul Lucas-Championnière a consacré sa thèse inaugurale à la variété chronique des bronchites membraneuses primitives. Les recherches bactériologiques ont permis ultérieurement de mettre en évidence, dans les concrétions fibrineuses, une série de germes microbiens. Quant à la pathogénie, elle était déjà discutée par Murray, Laënnec; aujourd'hui, elle apparaît encore mal précisée, et les observations récentes, rapportées à la Société médicale des hôpitaux (Dalché et Hallion, Souques et Ravaut), laissent penser au moins que la physiologie pathologique n'est pas univoque.

Du reste, durant ces dernières années, l'histoire de la bronchite pseudo-membraneuse s'est enrichie de nombreux documents, que nous aurons à utiliser.

I

Étiologie. — La bronchite pseudo-membraneuse apparaît, parfois, à titre de lésion de propagation, émanée du parenchyme alvéolaire ou de la cavité laryngée. Nonat et Remak l'ont constatée, avons-nous dit, au cours de pneumonies mortelles; c'est surtout Grancher, qui a bien fait connaître la bronchite fibrineuse parapneumonique. Ce même exsudat membraniforme s'observe pendant l'évolution de certaines broncho-pneumonies ou spléno-pneumonies.

Plus souvent, il s'agit d'une bronchite pseudo-membraneuse diphtérique, qui surgit, à titre de complication d'un croup d'emblée, ou lui-même, secondaire à une angine ou à une pharyngite de même origine. Cette bronchite pourrait même, d'après certains auteurs, se développer d'emblée, sans altération préalable du larynx ou du pharynx. La greffe primitive du bacille de Lœffler, à la surface de la muqueuse bronchique, est toutefois très difficile à vérifier, et Sergent, à l'occasion d'un fait de bronchite membraneuse diphtérique qu'il a récemment publié (1), avec l'épithète de primitive, ne peut s'empêcher de faire cette réserve : « Nous pensons que l'étape pharyngo-laryngée de la diphtérie est, en quelque sorte, latente, atténuée, et qu'elle se borne à une rougeur diffuse. »

La bronchite avec exsudat peut encore compliquer une lésion banale ou spécifique des bronches. P. Claisse (2) cite le cas d'un chauffeur, atteint de lésions bronchiques, au cours de l'explosion d'une chaudière, et qui présenta, à cette occasion, de la bronchite fibrineuse. Jaccoud, Model, Duflocq et Ménétrier ont publié des cas de bronchite avec membranes, chez des tuberculeux du poumon, et dans le cas de Jaccoud, il s'agissait d'une broncho-alvéolite fibrineuse hémorragique.

Cette même complication a été observée, au cours de certaines maladies toxi-infectieuses (rougeole, fièvre typhoïde, grippe, variole, érysipèle). Picchini (3) relate trois faits de bronchites avec membranes, survenues chez des ouvriers, qui restèrent plusieurs jours exposés à des émanations méphitiques. Ces individus, auparavant en bonne santé, présentèrent un érythème infectieux avec accidents pulmonaires et rejet d'arborisations fibrineuses.

Ce premier groupe étiologique, assez disparate, comprend donc les bronchites membraneuses qui évoluent, à titre de lésion surajoutée, au cours d'une affection préexistante. Ce sont les bronchites secondaires ou épisodiques.

Dans un second groupe, celui des bronchites primitives, se rangent les cas où l'affection frappe d'emblée la muqueuse bronchique. Il s'agit d'une lésion strictement primitive des bronches.

Quelques observations ont été publiées, de bronchite membraneuse primitive, à évolution aiguë. M. Dufour (4), dans un cas suivi de guérison, n'a trouvé ni bacille diphtérique, ni pneumocoque, dans l'exsudat. M. Magniaux (5) a rapporté dans sa thèse inaugurale, l'observation d'un enfant de onze ans qui succomba en trois mois, aux progrès d'une bronchite membraneuse à pneumobacille de Friedlander. J. Glover (6) et Sokolowski (7) ont décelé, dans d'autres faits, des staphylocoques blancs et

(1) Sergent et Lemaire. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 16 oct. 1903.

(2) P. Claisse. De la bronchite membraneuse chronique, *Presse méd.*, 13 mai 1896.

(3) Picchini. *Arch. ital. de clin. méd.*, avril 1889.

(4) Dufour. Soc. anat., fév. 1894, p. 183.

(5) Magniaux. *Recherches sur la bronchite membraneuse primitive*, Th. de Paris, 1895.

(6) J. Glover. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, mai 1896.

(7) Sokolowski. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1896.

dorés. M. Griffon, dans une observation personnelle, a pu isoler le streptocoque.

Le plus souvent, la bronchite pseudo-membraneuse est une affection chronique, entrecoupée d'accalmies, puis de reprises paroxystiques. Paul Lucas-Championnière a consacré une étude, devenue classique (1), à cette forme, et c'est cette dernière que nous aurons surtout en vue, au cours de notre description anatomique ou clinique. De nombreuses observations en ont été publiées depuis la thèse de Lucas-Championnière (2); il résulte de leur analyse que l'affection est exceptionnellement rare chez l'enfant, qu'elle s'observe chez l'adulte et le vieillard, et beaucoup plus souvent chez l'homme. On ne relève parfois aucun antécédent morbide chez les malades; souvent ils ont souffert d'une affection aiguë ou subaiguë des poumons ou des bronches. Ils sont porteurs d'une lésion cardiaque, ou bien sont entachés d'arthritisme.

II

Anatomie pathologique. — On compte deux à trois autopsies de bronchite membraneuse primitive et les lésions relevées sont d'ordre banal, celles d'une bronchite simple, avec vive congestion de la muqueuse [cas de Magniaux (3), cas de Souques et Ravaut (4)].

Aussi les documents anatomo-pathologiques que nous possédons sont empruntés uniquement à l'étude macroscopique et histologique des moules bronchiques expectorés. Ceux-ci examinés dans l'eau se présentent sous l'aspect de masses polypeuses, coralliformes, dont les tiges supérieures, du volume d'une plume d'oie, répondent au calibre des bronches de quatrième et cinquième ordre; ces cylindres membraneux se divisent suivant le mode dichotomique et se réduisent bientôt en filaments très ténus, calibrés sur les fines ramifications sub ou intralobulaires. Ces concrétions coralliformes, de consistance amollie et élastique, offrent une teinte blanc laiteux, quelquefois grisâtre ou rosée; leur surface peut être striée de sang rouge; d'autres fois, mais plus rarement, le moule bronchique est de couleur noire ou franchement sanglant. Dans l'observation de Souques et Ravaut, la concrétion, d'une longueur de 16 centimètres, avait l'aspect d'un morceau de linge, imbibé de sang.

La surface de section des tiges principales, parfois pleine, se montre, dans d'autres cas, creusée de lacunes qui boursouflent les bronches de l'arborisation et lui donnent un aspect moniliforme. Le cylindre membraneux, enfin, peut être creusé, sur toute sa longueur, d'une cavité centrale, ou bien la surface de section offre un aspect spongieux.

La constitution histologique de ces filaments est calquée sur celle d'une fausse membrane; elle offre à étudier un stroma et des éléments cellulaires.

Le plus souvent, la substance fondamentale est de nature fibrineuse et représentée par un réseau de fibrilles, parallèles ou anastomosées entre elles; dans les mailles ainsi délimitées, sont inclus des éléments figurés, leucocytes, globules rouges, ceux-ci en général peu nombreux; dans les ramuscules effilés, on constate parfois des cellules épithéliales desquamées de la paroi bronchique; du reste, les éléments cellulaires sont toujours plus abondants, dans les filaments ténus.

Dans certains cas, quand le moule bronchique présente un aspect sanglant, les globules rouges se pressent très nombreux, entre les fibrilles; ils paraissent en nombre égal à celui des globules blancs du sang circulant. On dirait un caillot hémorragique et nous verrons, dans un instant, l'importance de cette constatation au point de vue pathogénique. Le stroma se présente encore, mais plus rarement, sous l'aspect d'une substance amorphe, granuleuse, dont l'origine peut être précisée, grâce à l'emploi de certains réactifs colorants ou chimiques; il s'agit de filaments composés de mucine. Dans certains cas, on y a décelé des cristaux de Charcot-Leynden et des filaments ou spirales.

III

Bactériologie. — L'étude bactériologique des concrétions bronchiques comporte certaines précautions : il faut recevoir, si possible, les moules dans un vase stérilisé, et de plus les laver dans de l'eau elle même stérilisée, afin de les expurger des germes qui auraient pu, lors de la traversée du pharynx et de la bouche, se déposer à leur surface. Ce sont des fragments de ces moules, que l'on ensemencera sur les différents milieux.

Les recherches bactériologiques fournissent des résultats assez variables. Dans les formes aiguës, primitives ou secondaires, ceux-ci sont presque toujours positifs. Il s'agit, de fausses membranes à bacilles de Lœffler, soit à l'état de pureté, soit associés à d'autres espèces microbiennes. De même, dans les polypes fibrineux de la bronchite parapneumonique, on décèle aisément le diplocoque lancéolé. P. Claisse a mis ce germe en évidence, dans deux cas; dans le premier, la bronchite était survenue au cours d'une tuberculose pulmonaire; dans le second, au cours d'une pneumonie. Griffon, dans un cas personnel, a trouvé le streptocoque.

Dans les formes primitives, à évolution chronique ou subaiguë, l'étude bactériologique reste souvent stérile. Le pneumo-bacille de Friedlander a été trouvé par Magniaux, le streptocoque faiblement virulent, par P. Claisse. Nous-même (1) avons observé

(1) Lucas-Championnière. *De la bronchite pseudo-membraneuse chronique*, Th. de Paris, 1876.

(2) Consulter les publications suivantes : Voituriez. Bronchite fibrineuse primitive, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 17 fév. 1893; — J. Bruhl. Notes sur un cas de bronchite pseudo-membraneuse, *Médecine mod.*, 11 janv. 1893; — P. Claisse, *Presse méd.*, 13 mai 1896; — Chauffard. *Revue internat. de méd. et de chir.*, 25 fév. 1899; — V. Griffon. Soc. anat., 24 mars 1899; — M. Rabé. Bronchite membraneuse primitive à pneumocoques, avec terminaison mortelle, Soc. anat., 23 oct. 1903. — Landrieux et Triboulet. *Journ. des prat.*, 15 fév. 1896. — Marfan. *Traité de médecine* Charcot et Brissaud, 2e édit., t. VI, p. 349.

(3) Magniaux. Th. de Paris, 1895.

(4) Souques et Ravaut. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1900, p. 440.

(1) M. Rabé. *Bull. de la Soc. anat.*, oct. 1903.

un cas de bronchite membraneuse à pneumocoques, de sept mois de durée. Dans certains cas, l'ensemencement bactériologique, ou l'examen histo-bactériologique permettent de constater la présence de germes microbiens, mais l'identification de ceux-ci ne peut être faite [observations de Picchini, de Dalché et Hallion (1)]. Dans de nombreux cas enfin, les recherches ont été négatives (cas de Souques et Ravaut). Il faut savoir cependant, que les exsudats d'ancienne date, peuvent être privés de germes, tandis que l'examen de membranes récentes donne un résultat positif. P. Claisse relate un fait, dans lequel il ne trouva pas de microbes dans l'épaisseur des membranes d'ancienne formation; il put, par contre, constater dans les parties jeunes des groupements de streptocoques.

L. Renon et L. Devillers (2) ont publié une observation intéressante de bronchite membraneuse chronique, qui relevait de l'action primitive de l'aspergillus fumigatus.

IV

Physiologie pathologique. — La formation des concrétions polypiformes des bronches reconnaît divers mécanismes pathogéniques.

Les moules bronchiques sont le plus souvent, nous le savons, de nature fibrineuse; et ils constituent un mode réactionnel de la paroi, à l'encontre d'une irritation microbienne. Cette pathogénie est admise par tous, pour la trachéo-bronchite membraneuse diphtérique, fonction, comme la laryngite ou l'angine communes, du bacille de Lœffler; elle reste vraie pour toutes les autres variétés microbiennes de bronchite avec membranes. La fréquence, dans les exsudats, du pneumocoque dont on connaît les propriétés fibrinogènes, plaide nettement en faveur de l'importance de ce mécanisme. Cette physiologie pathologique commande à la majorité des cas; certains faits relèvent, toutefois, d'une pathogénie différente.

Murray a formulé le premier l'origine hémorragique des concrétions fibrineuses des bronches. Cette opinion fut défendue par Laënnec, Rilliet et Barthez, puis combattue par Barth et Rokitansky. Elle semblait tombée dans l'oubli, quand elle a été récemment reprise et réhabilitée par plusieurs auteurs. Laënnec, au chapitre intitulé : Polypes des bronches, écrit : « J'ai trouvé récemment, dans la bronche gauche d'une phtisique, une concrétion qui la remplissait presque entièrement, et que l'on aurait pu facilement prendre pour un polype. Cette concrétion m'a paru être évidemment le produit de la décomposition d'un caillot de sang qui se sera arrêté dans la bronche gauche, lors de quelques-unes des hémoptysies dont la malade a été attaquée à plusieurs reprises. » Rilliet et Barthez parlent d'une jeune fille qui, huit jours avant de mourir, avait craché des fausses membranes et qui, neuf mois auparavant, avait eu une abondante hémoptysie.

En résumé, bronchorragie, résorption de la partie liquide du sang, formation d'une concrétion de fibrine qui se moule sur les bronches. Telle est la formule pathogénique, admise par les auteurs précédents, et que Souques, il y a quelques années, a rappelée et adoptée, au moins dans certains cas.

Dalché et Hallion, plus récemment, se sont efforcés de préciser cette physiologie pathologique, et d'en étudier le mécanisme intime. Ils défendent l'origine hémorragique de certaines membranes bronchiques; mais d'après eux le sang de la bronchorragie, pour donner naissance au filament bronchique doit être mélangé à un exsudat visqueux, comme l'exsudat pneumonique ou broncho-pneumonique. Cette condition serait d'importance majeure, car elle assurerait l'adhérence intime avec la bronche, du caillot, et empêcherait celui-ci d'être fragmenté et éliminé par lambeaux, à chaque saccade de toux.

Dans de rares cas, les exsudats membraneux sont formés par de la mucine; cette structure semble répondre à un trouble de la sécrétion des glandes bronchiques. La bronchite mérite l'épithète de muco-membraneuse. Du reste, Chauffard rappelait, à l'occasion de la communication de Dalché et Hallion, les étroites analogies (même nature arthritique du terrain, même ténacité de la maladie, évolution également paroxystique), que présente la bronchite pseudo-membraneuse avec l'entérite muco-membraneuse, et il avait tendance à grouper ces deux affections sous la même pathogénie. Legendre a fait de grandes réserves au sujet de ce rapprochement. Une observation de Bruhl semble toutefois confirmer l'opinion de Chauffard; il s'agissait d'une jeune fille chloro-anémique, qui fut atteinte, en même temps, de bronchite et de dysménorrhée membraneuses.

De cet exposé, il résulte que l'on pourrait, d'après Souques, grouper les bronchites pseudo-membraneuses sous trois chefs : concrétions fibrineuses d'origine exsudative, concrétions cruoriques d'origine hémorragique, concrétions muco-albumineuses d'origine sécrétoire.

La première variété est de beaucoup la plus fréquente et cependant la pathogénie dont elle relève, soulève encore d'autres problèmes restés jusqu'à ce jour sans solution. Ainsi nous ignorons pourquoi l'inflammation des bronches aboutit, chez certains malades, à la production de membranes fibrineuses. Les bronchites infectieuses à pneumocoques, à streptocoques, sont banales par leur fréquence, et cependant, on compte les observations de bronchite avec concrétions polypeuses. Faut-il invoquer une action spécifique, une propriété coagulante du germe causal? L'échec expérimental de Claisse combat contre cette idée ; Magniaux cependant, avec le pneumo-bacille, isolé des fausses membranes rejetées par son petit malade, a pu reproduire des exsudats rubanés dans la trachée d'un lapin. Chez d'autres malades il est permis d'incriminer une prédisposition humorale, une viciation cellulaire d'origine nerveuse peut-être arthritique, et l'observation de Bruhl apporte un sérieux appui à cette interprétation. La bronchite pseudo-membraneuse pourrait

(1) Dalché et Hallion. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, oct. 1903, p. 1101.

(2) L. Renon et L. Devillers. *Presse méd.*, 2 déc. 1899, p. 325.

dans ces cas être considérée comme d'origine constitutionnelle.

V

Symptomatologie. — BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE AIGUË. — Nous n'insisterons pas sur cette forme le plus souvent secondaire, et dont les symptômes, masqués par ceux de l'infection générale, manquent de netteté (trachéo-bronchite diphtérique, secondaire au croup, bronchite membraneuse parapneumonique).

Chez l'adulte, cependant, la diphtérie peut, au moins cliniquement, se localiser d'emblée à la muqueuse bronchique et le diagnostic comporte de sérieuses difficultés. Brusquement, ou après quelques jours d'une bronchite, d'allure banale, apparaît une crise de dyspnée avec cyanose, tirage sus et sous-sternal, diminution du murmure vésiculaire. L'imminence de l'asphyxie peut indiquer d'urgence la trachéotomie. En l'absence de commémoratifs d'une localisation diphtérique buccale ou pharyngée, et surtout du rejet d'une fausse-membrane, la nature des accidents peut passer inaperçue, et le malade succombe aux progrès de l'asphyxie ou de l'intoxication générale.

Ce sont les mêmes signes d'obstruction bronchique aiguë, que présenta le malade de Souques et Ravaut. Au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, brusquement éclate une crise de suffocation, avec tirage; le visage se cyanose et se couvre de sueurs. Uue piqûre de morphine reste sans succès, et devant la persistance de la suffocation, la trachéotomie est faite. C'est alors, que, dans une secousse de toux, le patient rejeta une concrétion fibrineuse, rougeâtre. Il semblait hors de danger, quand huit jours après, il mourut, subitement, au cours d'une syncope.

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE SUBAIGUË OU CHRONIQUE. — Cette forme, de beaucoup la plus intéressante, affecte un début variable. Elle peut succéder à une pneumonie franche aiguë [cas de Huchard (1)]). D'autres malades ont été pris brusquement de fièvre, de point de côté, et, dès les premières quintes de toux, ont rejeté des moules fibrineux (cas de Rabé). Dans ces cas, il s'agit, presque toujours, de bronchite à pneumocoques. Plus souvent, le rejet des moules bronchiques apparaît au cours d'une bronchite chronique catarrhale, dont l'expectoration change peu à peu d'aspect (cas de Magniaux).

Quel que soit son mode de début, l'affection est constituée par une série de crises, plus ou moins espacées, d'obstruction bronchique aiguë, qui se jugent par de véritables débâcles de produits pseudo-membraneux.

Les malades, au cours d'une bronchite simple, constatent que leur respiration devient plus gênée que normalement. A certains jours, ils sont essoufflés au moindre effort. Bientôt, l'oppression grandit, ce sont de véritables accès paroxystiques de suffocation, qui éclatent, soit le jour, soit la nuit, avec cyanose, tirage sus et sous-sternal, quelquefois tendance à la syncope. Ces crises de dyspnée sont entrecoupées de quintes d'une toux violente et stérile. Après quelques jours de cet état pénible, la débâcle se produit. Au cours d'une quinte de toux convulsive, le malade expulse plusieurs amas de membranes: ce rejet peut être douloureux, s'accompagner d'une sensation de brûlure, de déchirure, en arrière du sternum. Il y a parfois des hémoptysies.

Lorsque l'expulsion des membranes est complète, la dyspnée disparaît, et rapidement le malade retrouve son état normal, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise se produise.

L'auscultation, pratiquée à la phase d'augment de la crise, fait entendre des bruits adventices variables : râles sonores, râles crépitants et sous-crépitants fins, diminution ou absence totale du murmure vésiculaire. Dans certains cas, quand ce silence respiratoire se localise à l'un des sommets, il peut en imposer pour un début de tuberculose. Il n'y a pas de matité vraie, et les vibrations ne sont que diminuées. Tous ces signes physiques varient d'étendue et de siège, comme les départements bronchiques oblitérés. Dans de rares cas, on perçoit un bruit de drapeau, produit par une membrane détachée. L'obstruction bronchique levée, la respiration devient normale.

Les moules bronchiques sont expectorés, au milieu de crachats muqueux ou muco-purulents; dans le crachoir, ils se présentent sous l'aspect d'amas filamenteux, pelotonnés sur eux-mêmes, et qui ne se déroulent qu'après leur immersion dans l'eau; ils sont d'une couleur grisâtre ou lactescente; on est tenté de les prendre pour du lait coagulé. Mais l'expectoration de la bronchite membraneuse n'offre pas toujours des caractères objectifs aussi nets, qui forcent l'attention; elle se réduit parfois, au rejet de courts fragments, de simples tronçons de moules perdus dans une masse de mucus. La présence de ces cylindres fibrineux peut échapper, surtout si les troubles fonctionnels restent atténués.

Ces accès d'obstruction bronchique, quelle que soit leur intensité, s'accompagnent parfois d'une ascension thermique (38 degrés, 38°5).

Les périodes d'accalmie qui séparent les crises sont très différentes de durée. Chez certains malades, les paroxysmes peuvent être presque subintrants, ou se renouveler tous les mois, tous les deux mois, tous les ans. Entre l'échéance de deux crises, la santé se rétablit satisfaisante, ou bien le malade, catarrheux de longue date, continue à tousser et expectore sans cesse des cylindres membraneux, toutefois sans crise d'étouffement. Le froid et l'humidité semblent avoir une grande influence sur le retour des paroxysmes, mais la bronchite membraneuse chronique affecte, règle générale, dans ses reprises offensives, une allure très irrégulière et très capricieuse. Caussade (1) a relaté l'histoire d'un malade qui avait eu trois attaques de bronchite fibrineuse, une à sept ans, la seconde à seize ans, la

(1) H. HUCHARD. Bronchite muco-membraneuse, chronique primitive, *Bull. de la soc. méd. des hopit.*, 26 juillet 1895.

(1) CAUSSADE. Soc. anat., 1889.

troisième à vingt ans. Dans le cas de Huchard, c'est à l'âge de dix ans que la malade est atteinte de fluxion de poitrine, à la suite de laquelle s'installe la bronchite pseudo-membraneuse, et jusqu'à vingt ans, il y eut des accès paroxystiques, terminés par le rejet de concrétions fibrineuses. A vingt ans, la malade se rétablit; à quarante-cinq ans, sans cause appréciable, reprise de la bronchite chronique, avec expulsion, par périodes, de moules fibrineux. Cet état durait depuis trois ans quand Huchard put observer la malade.

La durée de cette affection est donc impossible à préciser. Dans le cas de Magniaux, la bronchite a évolué en cinq mois; dans notre observation personnelle, le malade rejeta pour la première fois des moules bronchiques en septembre 1903, il succomba sept mois après. La littérature médicale mentionne, à l'appui de ces faits, des observations où la bronchite a persisté durant dix ans, vingt ans et même plus. Schnitzler (1) a rapporté un cas d'une durée de vingt et un ans, Kisch (2), de vingt-cinq ans. Dans l'observation de Huchard, l'affection durait depuis trente-huit ans.

VI

Pronostic. — La bronchorrhée pseudo-membraneuse comporte, d'après la plupart des auteurs, un pronostic bénin. Le plus souvent, en effet, il s'agit d'une infection bronchique atténuée, qui, même dans ses formes très prolongées, reste compatible avec un état général satisfaisant. L'affection ne constitue qu'une infirmité qui oblige le malade, à l'occasion de chaque reprise offensive, à interrompre ses occupations. Il est très rare de voir les crises, par leur répétition et leur intensité, affaiblir et épuiser l'organisme, et mener le patient à un état de consomption grave, après un temps plus ou moins long. La guérison s'observe presque toujours. Telle est l'opinion optimiste, inscrite dans les traités classiques.

Nous pensons qu'il y a lieu de modifier cette impression par trop favorable, et de réserver constamment l'avenir, en face d'une bronchite pseudo-membraneuse. On a observé des cas de mort. Homolle a rapporté, en 1875, l'histoire d'une femme de quarante-et-un ans, atteinte de bronchite, avec rejet de membranes, depuis trois ans; elle succomba, asphyxiée, au cours d'un accès d'obstruction bronchique, et, à l'autopsie, on trouva dans la bronche-mère, du côté droit, une fausse membrane que l'on pouvait suivre jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Dans les cliniques d'Andral, en 1829, on trouve relatée l'observation d'un malade de cinquante ans, entré à l'hôpital pour une bronchite chronique avec expectoration abondante. Dans la nuit, la respiration devient gênée, puis dyspnéique; le malade se cyanose et succombe deux jours après. A l'autopsie, la bronche droite est obstruée par « un mucus tenace, semblable à une sorte de cylindre plein. (1) » Dans l'observation, qui nous est personnelle, le pronostic s'annonçait comme bénin, puisque le malade était atteint de bronchite membraneuse à pneumocoques; et, de fait, l'affection évolua, durant six mois, sans caractère de gravité. Puis, brusquement, en l'absence de toute cause favorisante, appréciable, cette pneumococcie s'est étendue à la totalité du poumon et a provoqué, en quelques jours, une septicémie grave, à laquelle le malade a succombé. En résumé, la terminaison fatale peut survenir, au cours de la bronchite pseudo-membraneuse; elle tue ou bien par toxi-infection générale, ou par asphyxie mécanique; dans cette dernière altération, on constate toujours, à l'autopsie, une obstruction des bronches principales.

Du reste, cette bronchite, quelle qu'en soit la variété microbienne, constitue un danger permanent d'infection pour le poumon; elle peut être la source de complications inflammatoires (congestion pulmonaire, pneumonie) qui ne guérissent qu'après une convalescence traînante et laissent le malade encore plus affaibli. L'infection tuberculeuse aggrave encore parfois l'évolution de cette bronchite chronique. Dans maintes autopsies, on relève dans le parenchyme pulmonaire, la présence de granulations récentes : Magniaux a trouvé à l'autopsie de son petit malade outre des granulations discrètes des poumons et des ganglions trachéo-bronchiques, des lésions de méningite tuberculeuse, cause de la mort.

Enfin l'allure parfois tenace, rebelle à toute thérapeutique de l'affection, provoque chez certains malades, un profond découragement et leur enlève toute énergie; ils tombent dans un état de dépression physique et psychique, très difficile à combattre.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic de bronchorrhée pseudo-membraneuse ne comporte souvent aucune difficulté. Le malade, en proie à des crises paroxystiques de suffocation et de toux rejette, en présence du médecin, les filaments grisâtres qui examinés sous l'eau se déroulent et reproduisent le moule des cavités bronchiques. C'est le malade lui-même qui, d'autres fois, apporte les concrétions membraneuses qu'il a rejetées.

Toutefois, cette expectoration ne s'impose pas toujours avec des caractères aussi précis, à l'attention de l'observateur; elle peut se présenter sous l'aspect de simples tronçons de fibrine coagulée, noyés parmi des crachats muqueux ou muco-purulents. La nature de l'expectoration échappe, ou bien on croit au rejet de membranes hydatiques. Un examen attentif du contenu du crachoir permet seul d'arriver au diagnostic, et l'étude microscopique, dans les cas douteux, tranchera définitivement les hésitations.

Le diagnostic devient très délicat, dans les cas de trachéo-bronchite diphtérique primitive ou clinique-

(1) Schnitzler et Oppolzer. *Wien. med. Presse*, 1884.
(2) Kisch. *Wien. med. Presse*, 1889.

(1) Ces deux observations sont citées dans le mémoire de M. Huchard.

ment telle. C'est le rejet d'une fausse membrane, qui seul éclairera la nature de l'affection. Même difficulté surgit dans les cas de bronchite pseudo-membraneuse subaiguë ou chronique, dès les premières crises d'étouffement, et avant la débâcle bronchique.

Andral prétend qu'on peut arriver au diagnostic de polype des bronches sur la constatation des signes suivants : apparition au cours d'une bronchite simple, d'une vive dyspnée, disparition du murmure vésiculaire dans une certaine étendue du poumon, sonorité à la percussion, conservée dans cette même région.

Le diagnostic de la variété microbienne de la bronchite n'est pas sans intérêt; il fournit des renseignements utiles pour le pronostic. La bronchite à streptocoques et à pneumocoques guérit souvent; mais l'affection peut évoluer chez un tuberculeux, et il faut examiner les crachats muco-purulents qui accompagnent l'expectoration fibrineuse.

Deux observations ont été publiées jusqu'ici, de bronchite membraneuse chronique d'origine aspergillaire (Herterich, Rénon et Devillers). La profession du malade, la coloration verdâtre ou vert-brun des filaments rejetés, la constatation sous le microscope des spores de l'aspergillus fumigatus, vérifieront l'origine mycosique de cette bronchite.

VIII

Traitement. — La variété chronique de la bronchite pseudo-membraneuse est une affection très tenace, souvent rebelle à toute tentative de thérapeutique.

Deux indications se posent au cours de cette bronchorrée : libérer les bronches des exsudats qui les encombrent, empêcher la formation de nouvelles concrétions. On a fait appel, pour remplir le premier but, à tous les agents de la médication expectorante : kermès, ipéca, tartre stibié; puis on a utilisé, à titre de modificateurs de l'épithélium bronchique, tous les termes de la série des balsamiques : térébenthine, terpine, eucalyptus, créosote, copahu. Ces divers médicaments ont tous donné des déceptions thérapeutiques, et ce sont encore l'ipéca et le tartre stibié, dont on a retiré le plus souvent une action satisfaisante.

Thierfelder, Starck, Huchard ont obtenu d'excellents résultats avec l'iodure de potassium. Ce médicament ne produit pas la guérison; mais au cours d'une crise paroxystique, il fragmente les exsudats, fluidifie les sécrétions glandulaires et active la libération des cavités bronchiques. La médication iodurée permet donc de couper court, assez rapidement, à l'obstruction des bronches. La malade dont parle Huchard, expectorait de fausses membranes depuis trois ans; elle fut soumise à l'administration de l'iodure (à la dose de 3 grammes par jour), durant trois mois. Cette médication eut, pour résultat de faire disparaître la toux et de tarir l'expectoration. Dans notre observation personnelle, elle resta sans efficacité.

Du reste chez la même malade de Huchard, la guérison ne se maintint pas; les accidents se reproduisirent six mois après la cessation du traitement ioduré, et c'est chez elle que P. Claisse tenta les injections de sérum antistreptococcique de Marmorek. La malade reçut en injections sous-cutanées, neuf doses de 10 centimètres cubes de sérum. Après les premières injections, il y eut d'abondantes débâcles de fausses membranes, puis, peu à peu, une amélioration marquée se fit sentir, et la malade déclara, à la fin du traitement, ne jamais s'être trouvée dans un si bon état de santé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1906 [*suite*])

Adhérences intestinales. — M. POTHERAT communique deux cas de péricolite avec adhérences sténosantes. Dans le premier cas il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui portait une tumeur dans la région sous-hépatique et qui se plaignait de vives douleurs dans tout le ventre et de violentes coliques dans la fosse iliaque droite. Ces coliques se produisaient surtout après les repas. Le ventre était tantôt souple, tantôt ballonné; les selles étaient sans glaires, ni peaux. Il n'y avait pas de vomissements. Le malade s'alimentait de moins en moins, s'amaigrissait considérablement. Quand elle entra dans le service de M. Potherat, l'abdomen était météorisé, à droite au-dessous du foie, on sentait une tumeur dure, bosselée, irrégulière, sonore à la percussion. M. Potherat porta le diagnostic de néoplasme de l'intestin. Il fit une laparotomie latérale, trouva le colon dilaté, les parois intestinales épaissies, pas de tumeurs, mais l'épiploon adhérent à l'intestin et au foie; M. Potherat put libérer ces adhérences, s'assurer que les voies biliaires étaient libres et refermer le ventre. Cette malade obtint de son opération une amélioration considérable ; elle mange et boit comme tout le monde, a engraissé et a repris sa vie habituelle.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans qui présenta les mêmes symptômes ; laparotomie, pas de tumeurs, ablation de l'appendice, libération des adhérences épiploïques et entéro-anastomose iléo-colique par crainte des adhérences secondaires. La guérison, au point de vue des douleurs, ne fut pas absolue; mais la malade mange bien et a repris son embonpoint.

M. Potherat discute ces faits qui peuvent aller jusqu'à l'obstruction intestinale; il en cherche la pathogénie et ne voit guère que l'inflammation comme cause de ces adhérences. Il fait ressortir la gravité du pronostic et comme traitement propre l'intervention chirurgicale dans le but de libérer ces adhérences, et au besoin, comme dans le second cas, d'établir une entéro-anastomose.

Tuberculose articulaire. — M. WALTHER présente une jeune fille qui a été atteinte depuis quinze ans de tuberculose articulaire et ganglionnaire et qui a été guérie par les injections sclérogènes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE reconnaît que ce résultat est très satisfaisant, mais il en faudrait beaucoup d'autres semblables pour montrer la supériorité de ce mode de traitement sur les autres.

M. LABBÉ a vu des jeunes gens atteints de tuberculoses lo-

cales graves, guéris merveilleusement au bord de la mer ou mieux encore sur la mer, ainsi que Bouvier l'avait indiqué dès 1854. Toutefois il est convaincu que, dans les conditions ordinaires, alors qu'on ne peut recourir à un traitement maritime intense, les injections sclérogènes de Lannelongue peuvent donner de très bons résultats. Mais M. Labbé nous rapporte des faits de tuberculoses osseuses suppurées des plus graves menées à parfaite guérison par le seul séjour prolongé sur la mer.

A propos de la malade présentée par M. Walther, M. Broca fait remarquer que la tuberculose bilatérale des genoux chez les enfants est généralement bénigne. Elle guérit habituellement par tous les procédés.

(séance du 27 juin 1906)

Péricolite adhésive. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Potherat, M. Sieur rapporte l'observation d'un jeune cavalier, ayant depuis trois ans des troubles intestinaux qui s'accentuèrent brusquement dans l'hypocondre gauche. Les douleurs étaient vives, il y avait de la constipation; plusieurs purgatifs successifs amenèrent des selles diarrhéiques abondantes. Les douleurs s'accentuèrent au point que le jeune homme ne pouvait plus marcher que plié en deux et se couchait en chien de fusil. La température s'éleva un peu le soir, le pouls devint rapide, de fréquents vomissements survinrent, d'abord alimentaires, puis très abondants, liquides et alimentaires. Il y avait une zone de matité considérable au niveau de l'hypocondre gauche, le reste de l'abdomen était sonore. Le toucher rectal fut négatif. Il y avait une défense musculaire telle que l'exploration du ventre, à ce niveau, était impossible. Les vomissements devinrent verdâtres et de plus en plus abondants. Tout ce qui est absorbé par la bouche et sécrété par l'estomac est rendu. La cause de l'obstacle est impossible à déterminer. On fait une laparotomie à gauche, on trouve le péritoine pariétal infiltré. Le gros intestin est accolé à la paroi abdominale par des adhérences.

Il y a une nappe fibreuse d'adhérences très anciennes; il y a des lésions plus récentes à l'angle jéjuno-duodénal. On finit par libérer toutes ces adhérences, on draine et on ferme. Dans les deux premiers jours, le pouls reste élevé à 110 et 120, la température à 39 degrés, pas de selles. Celles-ci ne surviennent qu'après plusieurs jours à l'aide de l'huile de ricin. Il n'y a plus de vomissements; six jours après l'opération, le pouls est à 150, la température à 39°5. Il sort par le tube une sérosité verdâtre qui indique une perforation intestinale. On ouvre le ventre de nouveau; on trouve plusieurs perforations sur le jéjunum; on fait une suture, on bourse. Cet aveuglement fait, on trouve une autre perforation très profondément située derrière le pancréas, on la bouche avec le pancréas. On referme le ventre. On injecte du sérum, on donne des lavements nutritifs. Nouvelle perforation à l'angle jéjunal, on y introduit une sonde et on nourrit le malade par cette jéjunostomie spontanée. Le malade succombe huit jours après la première intervention. A l'autopsie rien à droite, l'appendice est sain, il n'y a pas de péritonite. La muqueuse de l'intestin, en certains points du jéjunum, est très altérée et ulcérée en plusieurs points. Le foie adhère au diaphragme. Les voies biliaires sont libres et saines. La rate et les reins ne présentent rien d'anormal. On compte cinq perforations disséminées sur 8 centimètres d'intestin grêle, partant de l'angle jéjuno-duodénal. A ce niveau l'étranglement est très serré. En résumé, entérite chronique, péritonite scléro-fibrineuse adhésive, intervention trop tardive puisque l'anse étranglée n'a pu résister au sphacèle.

Sténose pylorique consécutive à l'absorption de caustiques. — M. Quénu, des faits communiqués dans la dernière séance par M. Tuffier, rapproche l'observation suivante : une femme de quarante-six ans avale une solution concentrée d'acide chlorhydrique; elle est prise de douleurs vives, de vomissements; l'alimentation devient impossible; elle maigrit, se cachectise; elle entre à l'hôpital six semaines après l'accident; de 55 kilogrammes qu'elle pesait, elle est tombée à 34 kilogrammes. On la soutenait avec des lavements alimentaires. M. Quénu décida de lui pratiquer une gastro-entérostomie. On fit préalablement une injection de sérum et on administra le chloroforme à l'aide de l'appareil de Roth. Le pouls s'arrêta, on fit des tractions de la langue, on incisa le diaphragme pour aller masser le cœur; sous l'influence du massage direct du cœur, il y eut un léger retour de contractions, mais cela ne dura pas et la malade succomba. A l'autopsie on ne trouva pas de grandes lésions de l'estomac, mais il y avait une sténose très serrée du pylore, qui laissait à peine passer un stylet. Ce rétrécissement s'était fait très rapidement, puisqu'il n'y avait que six semaines qui s'étaient écoulées depuis l'accident. Au niveau du pylore, la muqueuse avait disparu; sur l'œsophage il y avait des bandes blanchâtres, correspondant à des épaississements épithéliaux. Il n'y avait pas de lésions profondes.

Volvulus du cæcum. — Dans cette observation qui nous est communiquée par M. Quénu, il s'agit d'une jeune femme de vingt ans qui, en mars 1906, fut prise d'une crise douloureuse abdominale qu'on qualifia d'appendicite. Elle eut plusieurs crises semblables et finit par entrer à l'hôpital Cochin où M. Quénu lui fit une laparotomie à droite ; il rechercha le cæcum sans le trouver; la fosse iliaque droite était vide; il chercha alors le côlon transverse et en le suivant il finit par découvrir le cæcum caché sous l'hypocondre gauche où il était comme contenu par des adhérences. M. Quénu le libéra, le replaça dans l'hypocondre droit et l'y fixa après avoir réséqué l'appendice. Cette malade, les jours suivants, eut le pouls qui monta à 120, 130, 140; la température dépassait très peu 37 degrés, le facies devint subictérique, bronzé; le ventre était souple, plat; pas de douleurs, pas de vomissements.

On fit sauter plusieurs fils, nulle trace d'inflammation, ni de suppuration. Il y avait une grande quantité d'albumine dans l'urine. La malade succomba le quatrième jour.

A l'autopsie, on vit que le cæcum était infléchi et adhérent au côlon transverse. Le cæcum ne s'était pas vidé par suite de cette réflexion. Il n'y avait pas de liquide dans le ventre, aucune perforation. La surface interne du cæcum présentait des altérations anciennes et profondes. Par place, la muqueuse avait disparu. L'examen histologique montra quelques graves altérations et seulement quelques cocci en chaînettes, insuffisantes pour expliquer l'infection à laquelle a succombé cette malade.

M. Quénu rapporte d'autres faits analogues et termine en disant que dans ces cas, on pourrait recourir à la cæcopexie ou mieux encore si l'état général du malade le permet, à la résection du cæcum.

Dans un des cas rapportés par M. Quénu, la malade avait

présenté tous les signes de lithiase biliaire ou d'obstruction biliaire y compris l'ictère.

Kystes hydatiques du foie. — M. Routier présente deux malades qu'il a opérés de kystes hydatiques du foie par l'évacuation, l'extraction de la poche et la fermeture totale. Ces deux malades ont très bien guéri, mais leur température s'est élevée à 39 degrés les deux ou trois jours suivants, l'un par suite d'une angine intercurrente, l'autre sans explication, mais tous deux sans le moindre retentissement du côté du ventre.

M. Reynier a vu des cas semblables, et il attribue la fièvre, dans ces cas, à de petites résorptions d'hydatides.

M. Routier ne le pense pas, car dans un de ses cas c'était bien l'angine qui avait causé la fièvre.

Néoplasme de l'S iliaque. — M. Michaux présente une tumeur d'un certain volume qui n'est autre qu'un cancer de l'S iliaque qu'il a pu réséquer assez facilement. Il a fermé le bout inférieur et a fait un abouchement termino-latéral. Le malade va bien.

M. Michaux présente une autre pièce qui est un énorme sarcome de l'ovaire qui était adhérent à l'utérus, à l'intestin, au mésentère. Les adhérences avec l'intestin étaient telles que M. Michaux dut réséquer 30 centimètres d'intestin grêle et terminer l'opération par l'hystérectomie sub-totale. La malade va jusqu'ici aussi bien que possible.

Election. — M. Thiéry a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 46, 13 juin 1906.) A. Robin : Traitement d'un cas de tuberculose ganglionnaire du cou, non ulcérée, chez un jeune homme, avec état général satisfaisant. — Calmette et Guérin : Sur la vaccination contre la tuberculose par les voies digestives. — (N° 47, 16 juin.) Z. : Du secret médical. — Chassevent : L'épidémie de suette miliaire dans les Charentes. — (N° 48, 20 juin.) Dieulafé : Sur la topographie vasculaire cutanée ; applications chirurgicales. — (N° 49, 23 juin.) André : Volumineux calcul de l'urètre prostatique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 21, 27 mai 1906.) Cabannes : Etudes sur les lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis (*suite*).

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 6, 25 juin 1906.) Pla : Intoxication professionnelle par le tabac.

Lyon médical. — (N° 24, 17 juin 1906.) Rabot et Barlatier : Angine ; coryza pseudo-membraneux ; conjonctivite à pneumocoques. — Moncorgé : Mécanisme de l'accès d'asthme. — (N° 25, 24 juin.) Ancelin et Rafin : Calcul rénal diagnostiqué par la radiographie ; néphrolithotomie. — Bourret : Considérations à propos d'un cas d'hippus observé au cours d'un abcès cérébral.

Montpellier médical. — (N° 20, 20 mai 1906.) Vires : Thérapeutique anticancéreuse, par inoculations de vaccins bactériens. — Bosc : Gommes syphilitiques et tréponèmes. Structure générale et signification des gommes. — (N° 23, 10 juin.) Godlewski : Sur les crises dyspnéiques des tuberculeux. — Vires : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies (*fin*). — (N° 24, 17 juin.) F.-J. Bosc : Treponema pallidum (Schaudinn) dans les lésions de la syphilis héréditaire. Formes de dégénérescence des tréponèmes et leur ressemblance avec le spirochæte refringens.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 24, 12 juin 1906.) Alt : Traitement de la nutrition dans la maladie de Basedow. — Eppenstein et Korte : Comment les bacilles typhiques isolés du sang se comportent vis-à-vis de l'action bactéricide du sang. — Vandeweyer et Wybauw : Action des eaux ferrugineuses sur les échanges. — Jesionek : Sur la leucodermie dans la syphilis, le psoriasis et l'eczéma séborrhéique. — Engel et Plant : Qualité et quantité de graisse dans la nourriture des nourrices ; effet de sa suppression sur la graisse du lait. — Crédé : Antisepsie prophylactique. — Heermann : Traitement conservateur des suppurations des cavités nasales. — Uffenorde : Remarques critiques sur la méthode d'aspiration de Sondermann dans les affections des cavités nasales. — Hofmeyer : Sur les ankyloses congénitales des articulations des doigts. — Büchner : Méthode clinique pour doser l'albumine de l'urine en une heure. — (N° 25, 19 juin.) Baumann : Contribution à la différenciation des streptocoques. — Ludloff : Auscultation du rachis, du sacrum et du bassin. — Jolly : Sur le placenta prævia. — Trentleïn : Chirurgie de guerre au Japon. — Spaether : Contribution à la question de la nutrition des nourrissons dans les milieux laborieux. — Köhler : Un cas d'œdème traumatique. — Cohn : Traitement de la kératite parenchymateuse par l'hétol. — Beck : Nouvel appareil pour l'examen de la vue. — Reuschel : La méthode la plus simple pour la culture des anaérobies en milieux liquides. — Berger : Sur la culture du spirochæte pallida. — Liepmann : Valeur de la statistique pour la question de la délivrance rapide dans l'éclampsie. — Stubenrauch : Procédé de Theilhaber pour diminuer les chances d'infection dans les opérations sur l'abdomen. — Heller : Sur une maladie fébrile inexpliquée avec la température la plus haute publiée jusqu'à maintenant. — Ebstein : La maladie de l'empereur Sigmund (1400-1437).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 23, 7 juin 1906.) Pinlles : Raideur tétanique, raideur diabétique, raideur sénile. — Reicher : Sur le signe de carcinome gastrique de Salomon. — Feldmann : Contribution à l'étude des infections causées par le bacille fusiforme et le spirille des dents. — Exner : Traitement des télangiectasies planes par le radium. — Eisler : Sur les antihémolysines albuminoïdes et lipoïdes du sérum. — Delavilla : Expériences cliniques sur le lacto. — Miller : Sur la recto-romanoscopie. — (N° 24, 14 juin.) Wiesel : Affections des artères coronaires au cours des infections aiguës. — Wiesner : Modifications des vaisseaux coronaires pendant les infections aiguës. — Scherber : Kératite parenchymateuse chez le lapin par inoculation de syphilis. — Lotheissen : Sur les injections prophylactiques d'antitoxine tétanique. — Friedjung : Œdème génital chronique idiopathique des nourrissons.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 75. — MARDI 3 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. MARDI 3 JUILLET 1906. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMI[NISTRATION]
49, rue St-And[ré]
PRÈS LA FACULTÉ [D]
PARIS.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 29 juin 1906 : MM. Mouchet, 18 ; Baumgartner, 18 ; Chifoliau, 16.

— Le concours de l'Internat de Brévannes, Chardon-Lagache et Rossini s'est terminé par la nomination de MM. Dumas, Ségvinot, Ancibure et Delapchier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. René Tesson, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien des hôpitaux d'Angers.

SAINT-ÉTIENNE. — Un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert le lundi 15 octobre prochain, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le chirurgien à nommer entrera en fonctions le 1er juillet 1907 ; son traitement est fixé à 2 000 francs par an. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des Hospices, rue Valbenoîte, 40, à Saint-Étienne.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le concours du clinicat de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. Lacouture et Charrier comme chefs de clinique adjoints.

— Le concours de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Dumora.

LYON. — Le concours de l'Internat des hôpitaux s'est terminé par la nomination des quinze candidats dont les nons suivent : MM. Stéfani, Gabourg, Alamartine, Gardère, Reuter, Massiat, Garin, Rendu, Laurent, Delachanal, Rebattu, Rimaul, Curtil, Arnaud et Bonnet.

MONTPELLIER. — Le concours du clinicat de médecine s'est terminé par la nomination de M. Rimbaud.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — M. le docteur Meunier, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Bodin.

M. le docteur Mercier, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

GUERRE. — Par décret en date du 21 juin 1906, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Lux, Chopinet, Reynier, Quénu et Variot.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Lasserre, Ménard, Miran, Gervais, Powilewicz, Catois, Bousquet, Schubl, Brunet, Villette, Coudray, Josso, Maurel, Guermonprez, Bouillet, Létard, Humbert, Roussy, Ricard, Flaissières, Cahadon, Langle, Benard et Jacquemin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Colonna, Dunac, Marie, Tolmer, Duffner, Sarazin, Goupil, Castex, Menu, Encausse, Patay, Petit et Béhague.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Galy-Briulat, Rodet, Durand, Grias, Robin, Kœnig, Levet, Sottas, Lefèvre, Coriton, Durey-Combe, Chanteloube, Champsaur, Chaumier, De Micas, Chamayou, Rambert, Chaix, Sellier, Bergé, Bonnet, Aurand, Martin, Bosnier, Macquart-Moulin, Houdard, Solary, Céry

Durand, Desoil, Heller, Glover, Dardel, Archambaud, Piole et Teissier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Bérard, Cahen, Jousseaulme, Reynal, Bartoli, Garnier-Dupré, Cazals, Crouzillac, Baruk, Cros, Reniez, Christiaens, Fabre, Aumont, Petit, Baumgartin, Gary, Hahn, Poulain, Gossart, Crauzet, Denys, Peaudecerf, Marlier, Sassier, Malméjac, Vienne, Lautier, Léon, Barillon, Aviérinas, Hanser, Briles, Pernot, Garlopeau, Bulté, Lanabre, Frigaux, Margnat, Levézier, Simon, Beaudouin, Coupu, Cabanié, Métais, Bonnarme, Delucq, Bachimont, Veillon, Verronneau, Baillière, Magne, Laffont, Labbe, Dupau, Bret, Ott, Boissel, Follet, Rambal, La Mouche, Rapine, Fouineau, Allais, Nurdin, Massier, Amans, Brulin, Bourdette, Saurain, Ruel de Sourouvre de Guéfosse, Marquès, Bourlier, Gouffier, Trémolières, Ourradour, Cabon, Fachatte, Perrin, Magnet, Lepoutre, Danos Baranger, Boeri, Baudouin, Guibal, Millas, Poineau, Duret, Degez, Gil, Dumas, Jesson, Mourier, Duquennoy, Vaugien, Egrot, Rebière-Laborde, Terrier, Ribéraud, Subercaze, Berthe, Penot, Desourteaux, Dezon, Hubert, Deligny, Montier, Templier, Chauchard, Morandeau, Balland, Monteilh, Bailhache, Oraison, Follet, Pigot, Pélissier, Delmas-Marsalet, Jeulain, Rellay, Cabrol, Voisin, Guillon, Grandin, Rancoule, Douvrin, Bouvy, Ripault, Lévêque, Berthelet, Thilliez, Couillard-Labonnotte, Pascaud, Limouzin-Lamothe, Labiche, Malterre, Lasserre, Martial-Lagrange, Chartier, Courvoisier, Teisseire, Butzbach, Giraud, Pellier, Raffin, Deslandes, Dupuy, Meyssan, Ancel, Patry, Charpentier, Wildenstein, Réniac, Dupuy, Temin, Olive, Gillet, Humbert, Hery, Fontan. Anceau, Morély, Dumont, Henriot, Francoz, Vuillaume, Eynard, Voillemin, Cany, Milian, Delebecque, Roques, Fortunet, Allard, Brun, Payen, Girard, Caffarel, Salvador, Weill, Cuzin, Martel, Ceccaldi, Basvieux, Ricoux, Binot, Soullard, Giffard, Dechaume-Moncharmont, Allagnier, Bézier, Lucchini, Lardennois, Ladevie, Gautié, Lallement, Huillet, Rilhac, Bardon, Grellet, Cruet, Regett, Mornac, Job, Chatard, Jorrot, Julien, Murer, Destouches, Lorot, Lafite-Dupont, Deligné, Brongniart, Nodet, Dayez, Lestage, Nelter, Quintrie, Jamart, Garnier, Dumas, Jannot, Solélis, Lefeuvre, Cattan, Monier, Pedebidou, Iribarne, Desbiez, Coriveaud, Pavillard, Dechenne, Schmitt, Benoît, Durandeau, F. Le Sourd, Guldeuschuch, Bachimont, Dorche, Petit, Viard, Virolleaud, Bévalot, Arnoux, Petit, Javal, Ferran, Perrier, Laquerrière, Vigier, Voron, Morhange, Lebreton, Lebrand, Bassinot, Cruveilhier, Prudhomme, Martin, Acheray, Vandeputte, Carrez, Vallet, Mailland-Gonod, Bertin, Bichat, Fruhinsholz, Verhaeghe, Laroyenne, Demoulin, Bisch, Gallavardin, Langlais, Viannay, Mayet, Lenormant, Arloing, Attaix, Talot, Assicot, Subert, Buandet et Saput.

LE XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. le docteur Monprofit, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie des gros troncs veineux*, rapporteurs : MM. Lejars et Morestin (de Paris);

2° *Ectopie testiculaire et ses complications*, rapporteurs : MM. Souligoux (de Paris) et Villard (de Lyon);

3° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire*, par MM. Willems (de Gand) et Loison, agrégé (du Val-de-Grâce).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

ARTICLES ORIGINAUX DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Marseille médical. — (N° 12, 15 juin 1906.) ALEZAIS et PLUYETTE : Œsophagostomie pour cancer du larynx. — BRICKA : Névro-rétinite dans la paralysie générale. — DUPEYRAC : Les rayons X dans le traitement des tumeurs.

Pédiâtrie pratique. — (N° 10, 15 mai 1906.) GALLO : Recherches expérimentales sur l'action aseptique et antiseptique du calomel. — MORICHAN : Pathogénie des vomissements à rechute avec acétonémie. — COMBY : Fièvre hystérique chez l'enfant. — CHARLES : Modifications chimiques du lait de femme par l'extrait de graines de cotonnier.

Presse médicale. — (N° 43, 30 mai 1906.) DIEULAFOY : Quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. — (N° 44, 2 juin.) BOIDIN et DIDE : Bacillus fluorescens putridus et diarrhée verte. — MOSCOU : Considérations sur les suites de la prostatectomie transvésicale. — (N° 45, 6 juin.) E. BRUMPT : La maladie du sommeil.

Province médicale. — (N° 23, 9 juin 1906.) LÉPINE : Existe-t-il un diabète surrénal. — PUECH : De la pubiotomie (section latérale du pubis). — L. MAYET : La médication diaphorique usuelle. — (N° 24, 16 juin.) BAYLAC : Etude comparée de la toxicité de la cocaïne et de la stovaïne. — Ch.-L. GAUTHIER et PINATELLE : De la gastrostomie dans certaines formes de péritonites (méthode du professeur Jaboulay). — (N° 25, 23 juin.) L. RICHON et P. JEANDELIZE : Sur l'origine testiculaire de certains cas d'infantilisme. — Henri CAUBET : Le traitement des luxations congénitales de la hanche.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (15 juin 1906.) BOUVIER : La faune bathypélagique et la faune des grands fonds. — L. DE LAUNAY : L'or dans le monde et son extraction. — MEURICE : Les propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques de la stovaïne.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 24, 16 juin 1906.) P. MCBRIDE : De la surdité hystérique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 10, 15 mai 1906.) SPILLMANN et PERRIN : Association de la paralysie générale avec des syphilides cutanées en évolution. — (N° 11, 1er juin.) P. SPILLMANN et M. PERRIN : Effets favorables de l'extrait de capsules surrénales chez un addisonien. — A. FRUHINSHOLZ : Syphilis et parturition.

Revue neurologique. — (N° 11, 15 juin 1906.) ALQUIER et Georges GUILLAIN : Etude anatomo-clinique d'un cas de syringomyélie spasmodique (10 fig.).

CLINIQUE MÉDICALE

HYPEROVARIE. MÉTRORRAGIE VIRGINALE

Par le docteur PAUL DALCHÉ (1),
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Messieurs,

J'ai l'intention, au cours de ce printemps, de vous faire quelques conférences de gynécologie médicale. Comme toujours, la thérapeutique sera mon grand souci, car elle est le complément direct et nécessaire de tout exposé clinique.

Je veux traiter, aujourd'hui, un point qui fait depuis longtemps l'objet de mes recherches, et que j'ai fort à cœur d'élucider : je veux parler des *métrorragies virginales*, sujet particulièrement intéressant et délicat. Le diagnostic, tant du symptôme lui-même que de sa cause, est souvent épineux; il l'est encore davantage dans les familles où l'on se heurte à des difficultés d'examen, quoique le toucher soit toujours possible, et sans « sacrifices »; mais on conçoit que, dans certains cas graves, il sera nécessaire de passer outre.

La thérapeutique se ressentira forcément de ces mêmes circonstances : nous éprouvons encore quelques résistances parfois pour imposer certains modes de traitement, tels que les injections, quoique, tout comme le toucher, elles demeurent toujours possibles.

Laissez-moi d'abord vous raconter l'histoire clinique suivante : le 22 février dernier, entre, salle Valleix, au lit n° 10, une enfant de quinze ans, vive, à la mine éveillée, intelligente et rieuse, n'ayant nullement l'aspect d'une malade. Elle avait une perte de sang qui durait depuis le 27 janvier, donc près d'un mois, mais en réalité elle perdait depuis sept mois d'une façon continue, tout en reconnaissant ses règles, l'hémorragie se trouvant réduite à un simple suintement dans les périodes intercalaires; à la fin de janvier, le sang vint à flots, et depuis, la perte resta indiscontinue.

C'était, malgré son âge, une vraie petite femme, absolument formée, faisant preuve d'une précocité rare, même intellectuelle; elle présentait tous les caractères de la sexualité féminine déjà très développés : le volume des seins, la courbe des hanches, la présence des poils, tout attestait une femme dont l'évolution se montrait accomplie. Cependant, notons-le dès maintenant, elle présentait peu de corps thyroïde : nous reviendrons sur ce caractère qui a son importance.

Avant d'aller plus loin, insistons sur ses antécédents héréditaires et collatéraux qui sont des plus curieux. Sa mère, réglée à onze ans, a eu dix enfants, et voit ses règles à l'âge de cinquante-six ans. Une de ses sœurs, à l'âge de seize ans, et vierge encore, eut de telles pertes de sang qu'elle dut subir un curetage, d'ailleurs inutile, car elle perdait encore à vingt et un ans.

Notre malade elle-même, enfin, est réglée à dix ans et demi, et dès cette première apparition des menstrues, elle éprouve des douleurs violentes, avec gonflement du ventre, douleurs prémenstruelles, puis menstruelles, et qui s'atténuent seulement avec l'établissement du flux sanguin. Ces règles durent huit jours, abondantes, colorées, presque ménorragiques; elles sont suivies d'une leucorrhée profuse, qui persiste jusqu'aux deuxièmes règles.

Cette succession de fortes pertes et de leucorrhée se maintient sans interruption depuis cette première apparition du sang, et jamais les menstrues n'ont duré moins de dix jours; quelquefois elles ont atteint jusqu'à quinze jours.

A partir du mois d'août dernier, nous entrons dans une nouvelle phase; la leucorrhée augmente, se teinte de sang, devient un véritable suintement hémorragique intercalaire; les règles se rapprochent, coulent encore plus abondantes, et bientôt leur intervalle n'est plus que de quinze jours. Enfin en janvier nous arrivons à la forte métrorragie qui nécessite l'admission à l'hôpital.

A ce moment, nous n'avons rien à relever physiquement, sinon une tachycardie accompagnée d'un léger souffle anémique dans l'artère pulmonaire. Nous pratiquons l'examen génital, en présence de sa mère, et nous ne constatons rien, qu'une faible sensation douloureuse dans les culs-de-sac latéraux; les points ovariens sont sensibles, au niveau de la paroi abdominale; enfin il existe un certain degré de névralgie iléo-lombaire double qui accompagne souvent les lésions ovariennes d'origine congestive.

L'examen des urines permet de reconnaître une hyperazoturie et hyperphosphaturie des plus nettes, et les chiffres obtenus furent encore supérieurs à un deuxième examen.

Voilà tout ce que donnaient l'anamnèse et l'examen de notre malade. Je l'ai mise au traitement classique : repos au lit, irrigations chaudes, aussi longues que possibles, à pression moyenne, suivant la formule; à l'intérieur je lui fis prendre matin et soir XXX gouttes d'extrait fluide de senecio vulgaris. Je complétai ce traitement par des irrigations plantaires à l'arrosoir, suivant un procédé que je vous décrirai plus loin; mais au bout de quelques jours, je dus les cesser, car il s'était produit une vive douleur abdominale des deux côtés, due sans doute à une trop forte réaction vaso-motrice, et je les remplaçai par les immersions, successives et répétées, des mains dans l'eau chaude, matin et soir. A partir de ce jour, la perte diminue; ses dernières règles ne durent que du 12 au 17 avril, sont beaucoup moins douloureuses et moins abondantes : le sang a disparu de la leucorrhée intermenstruelle. La malade, se trouvant guérie, veut sortir le 20 avril. Sans affirmer une guérison complète et définitive, nous pouvons cependant affirmer une grande amélioration.

Revenons maintenant à la question clinique. Quel *diagnostic* pouvais-je porter en présence des symptômes constatés : *ménorragie*, datant de la première

(1) Leçon clinique recueillie et publiée par M. Maurice BLOCH, ancien interne des hôpitaux.

menstruation, avec douleurs prémenstruelles et menstruelles, puis *leucorrhée* profuse intermenstruelle, enfin *métrorragie* abondante et continue? Ces signes, à n'en pas douter, indiquent une très vive fluxion ovarienne et utérine, une hyperémie intense utéro-ovarienne, survenue dès les premières manifestations de la puberté.

Mais ceci n'est pas porter un diagnostic. Quelle pouvait être la cause de cette hyperémie?

D'abord je n'ai constaté aucune maladie organique : ce n'est du reste pas une métrite qui fait saigner une fille dès ses premières règles : la métrite des vierges procède tout autrement; cependant la métrite, inexistante actuellement, pourra survenir par un processus secondaire. Je m'étais assuré qu'il ne s'agissait pas d'une sténose du col ou de ses orifices dont les signes pourraient se manifester d'une façon tapageuse dès la première menstruation.

Ce n'est ni une déviation, ni un fibrome, ni un polype. En somme pas trace de maladie organique. Serait-ce une chlorose ménorragique? J'y reviendrai plus loin, car il est nécessaire au préalable de faire quelques distinctions théoriques. Enfin ce n'est pas une fausse utérine, brightique, hépatique ou constipée, et il n'y a pas trace de rétrécissement mitral.

Nous en restons donc à l'hyperémie ovarienne, puis utéro-ovarienne de Lawson Tait. Cet auteur avait vu tous les symptômes : la dysménorrhée menstruelle et prémenstruelle, les pertes ménorragiques devenant progressivement métrorragiques; mais il nous reste encore à en rechercher les causes.

Pour expliquer cette hyperémie chez notre malade, je relève avant tout un caractère familial et héréditaire des plus curieux : précocité menstruelle chez sa mère et chez une sœur, fécondité remarquable de la mère puisqu'elle a eu dix enfants, et enfin ménopause qui ne s'établit pas malgré l'âge de cinquante-six ans.

Voici donc une famille où le *sens génital* est particulièrement puissant et précoce. Que devons-nous entendre par cette expression : sens génital? Raciborsky le définit : « la vigueur plus ou moins grande que la nature déploie dans le développement des vésicules de de Graaf. » C'est très exact, car toutes les femmes n'ont pas une puissance génitale égale. Beaucoup de causes interviennent sur ce sens : laissez-moi insister sur l'influence héréditaire. J'ai déjà cité autre part les cas rapportés par Courty d'une mère réglée, ainsi que ses neuf filles, à l'âge de onze ans; le cas de Gendrin où il s'agit de trois générations de filles d'une même famille, atteintes d'hémorragies revenant irrégulièrement, il est vrai, et cela dès l'âge de six à neuf ans; enfin un cas personnel, où une fille, réglée à neuf ans, avait une mère réglée encore à soixante-quatre ans et accouchée à cinquante-six, une nièce ayant présenté un écoulement sanguin dès le deuxième mois (phénomène rare rentrant dans la classe des monstruosités emméniques). Enfin pour compléter cet ensemble, il était survenu une grossesse gémellaire dans la famille.

C'est un problème très intéressant, dans cette précocité pubérale, que de rechercher, en dehors de toute question de climat, de race ou d'origine, cette influence familiale qui se transmet des mères aux filles, sous forme d'hyperactivité ovarienne.

C'est ainsi que chez notre malade, née avec cette empreinte héréditaire, nous trouvons :

a. Une puberté précoce;

b. Puis dès les premières règles, une menstruation abondante et toujours longue de huit à dix jours et plus;

c. Des douleurs avant les règles, pendant les premiers jours des règles;

d. Une leucorrhée intermenstruelle, indice de congestion;

e. Enfin, à la longue, des métrorragies.

On n'observe pas l'aménorrhée comme dans l'insuffisance ovarienne où elle domine, aménorrhée qui n'alterne alors avec les métrorragies que lorsque l'appareil utéro-ovarien est malade (Jayle). Il est à remarquer que cette précocité pubérale marche avec une précocité physique, et même intellectuelle : nous avons constaté chez notre malade ce développement complet du corps, nous offrant tous les caractères de la sexualité féminine à quinze ans; mais tout en ayant déjà de la ligne, c'est une femme de petite taille : il semble que cette croissance trop précoce n'a pas continué son évolution. Les castrats ne sont-ils pas, au contraire, grands, et les géants ne sont-ils pas souvent peu favorisés du côté génital? Il y a là un rapport indéniable.

Chez notre malade, nous ne trouvons aucun signe de retard ni généralisé, ni localisé, aucun stigmate de dégénérescence, pas de rétrécissement mitral ni de nanisme cardiaque. La thyroïde est peu développée : rappelons que l'on soupçonne des phénomènes de suppléance, ainsi que le signale Jayle, entre cette glande et l'ovaire, et l'hyperfonction ovarienne évite peut-être l'augmentation de volume de la thyroïde, fréquente à la puberté.

Enfin il y a de la tachycardie, avec souffle dans l'artère pulmonaire; faut-il invoquer une hypertension, une toxémie génitale? Je ne sais. Cette accélération cardiaque est habituelle avant et pendant les règles, en particulier au moment de la puberté, et Bordeu, il y a deux cents ans, l'attribuait à une fièvre pubérale. Cette enfant avait d'ailleurs droit au souffle anémique après ses hémorragies prolongées.

Quant à l'hyperazoturie et à l'hyperphosphaturie, elles s'expliquent facilement si l'on se rappelle que la menstruation, ainsi que l'a montré Albert Robin, est une des grandes fonctions oxydantes de l'économie.

En résumé, notre malade présentait tous les signes d'une hyperfonction ovarienne, d'une *hyperovarie*; et c'est un cas qu'on aurait fait rentrer il n'y a pas très longtemps dans le cadre de la chlorose ménorragique; Virchow distinguait déjà, à côté de l'hypoplasie sexuelle des chlorotiques, une hyperplasie sexuelle, à laquelle il attribuait une origine purement anatomique; elle était constituée par « des ovaires hypertrophiés jouissant d'une plus grande richesse folliculaire ».

Aujourd'hui, pourquoi n'ajouterions-nous pas les mots : hyper-activité, hyper-fonction, hyper-sécrétion ovarienne? N'en est-il pas de même pour la

glande thyroïde et les autres glandes vasculaires? Pour nous, nous admettons cette exagération de la fonction, et nous lui opposerons l'hypo-activité, hypofonction, hypo-sécrétion des aménorrhéiques chlorotiques. Cette hyperfonction, provoquant des ménorragies, mène à l'anémie et achève de fournir le tableau trompeur de la chlorose ménorragique.

Dans une prochaine séance je vous ferai une leçon sur l'insuffisance ovarienne; mais, dès aujourd'hui, laissez-moi vous rétablir un tableau où j'opposerai d'une matière schématique les différents termes de l'hyper- et de l'hypo-ovarie.

INSUFFISANCE OVARIENNE OU HYPO-OVARIE	HYPERACTIVITÉ OVARIENNE OU HYPEROVARIE
Habitus retardataire, généralisé ou localisé. Infantilisme. Puberté tardive. Stigmates de dégénérescence.	Habitus de sexualité féminine précoce. Précocité intellectuelle fréquente. Précocité pubérale.
Aménorrhée : il y a toujours diminution des règles tant que l'utérus demeure sain; les métrorragies sont l'indice d'une altération utéro-ovarienne.	Ménorragies. Souvent métrorragies. Aménorrhée s'il survient une lésion locale.
Pâleur. Bouffissure. Pseudo-myxœdème.	Pas de maigreur, mais bonne constitution; harmonie des formes.
Adiposité.	Pâleur anémique à la longue.
Goitre assez souvent.	Thyroïde plutôt petite mais rien de régulier ni de fixe.
Femmes infécondes ou peu fécondes.	Fécondité quelquefois remarquable.
Constipation très fréquente.	Constipation beaucoup moins fréquente.
Nervosisme fréquent.	Nervosisme fréquent.
Hypo-azoturie et hypophosphaturie urinaires.	Hyperazoturie et hyperphosphaturie.

On voit que toutes les parties de ce tableau se montrent en opposition, sauf le nervosisme qu'on rencontre également dans les deux catégories.

L'*hyperovarie* est plus rare en clinique que l'insuffisance. Mais on en observe assez souvent, et surtout dans la clientèle de ville, des formes atténuées ou transitoires. Tantôt ce sont des petites filles qui ont des crises d'hyperémie ovarienne avec fortes hémorragies initiales, mais qui vont en diminuant d'une façon progressive : tôt ou tard tout se termine bien : l'équilibre ovarien est obtenu, avec l'établissement définitif des fonctions menstruelles. S'il persiste de légers troubles, le mariage et la fécondation achèvent la guérison. Tantôt on observe des alternatives d'hyper et d'hypo-fonction ovarienne. C'est ce que Jayle appelle d'un terme heureux, l' « ataxie ovarienne ». La jeune fille cherche son équilibre menstruel et finit par le trouver lorsque la régularité menstruelle s'est installée.

Enfin ce sont des poussées fluxionnaires extraordinaires d'emblée : j'en ai observé récemment un cas typique. Le 24 avril dernier je fus appelé auprès d'une petite fille de treize ans, réglée depuis janvier; en quatre mois elle avait vu six fois ses règles, et chaque fois durant huit jours. Elle éprouvait de fortes douleurs abdominales avant et pendant l'écoulement, et la détente ne se produisait qu'avec lenteur, au bout de quelques jours. Les régions ovariennes étaient douloureuses à la pression; je n'ai pu pratiquer le toucher vaginal. Elle présentait en outre une précocité intellectuelle inquiétante, peut-être même vicieuse. La transformation avait été extraordinaire et rapide; comme notre première malade elle avait tous les attributs de la sexualité féminine complètement développés et les parents qui ne l'avaient vue depuis trois mois ne la reconnaissaient pas. Ici encore nous avions affaire à un cas d'hyperfonction ovarienne.

J'ai la conviction que beaucoup de ménorragies virginales, sans cause appréciable, dépendent de cette *hyperovarie*; peut-être s'agit-il d'un simple trouble fonctionnel, d'une maladie de l'ovulation, sans lésion organique; et aujourd'hui, avec les théories nouvelles sur la sécrétion interne, on peut rattacher cette hyperfonction à un trouble dans la sécrétion interne de l'ovaire, que l'on tend à attribuer au corps jaune, partie noble de la glande. Ce simple trouble fonctionnel du début peut d'ailleurs mener ultérieurement à l'ovarite menstruelle, plus rarement à l'apoplexie ovarienne et par là à l'infécondité.

Quant à son mode d'action sur la matrice pour produire la ménorragie, je l'ai traité ailleurs et ne veux pas aborder ici un sujet aussi théorique : il me suffira de rappeler que la menstruation est en rapport avec la sécrétion interne de l'ovaire, agissant, selon toute vraisemblance, sur les capillaires utérins et amenant leur dilatation; l'excès de ce processus entraînera la ménorragie, l'insuffisance aura pour conséquence l'aménorrhée.

En somme nous entendons l'hyperovarie, non pas à la manière de Virchow, comme une simple richesse folliculaire, mais comme une véritable hyperfonction, où la sécrétion interne joue le plus grand rôle.

J'ai hâte d'arriver au *traitement*. On prescrira le repos au lit, tête basse, sans édredons, pour éviter la congestion pelvienne; mais on ne le maintiendra d'une manière absolue que pendant les pertes, et on permettra de se lever dans les périodes intercalaires. Autrement l'excès de l'immobilité risquerait de causer un état anémique et nerveux, avec perte d'appétit, et cela se conçoit chez ces malades, comparables à une plante qui a besoin de soleil et de grand air.

On évitera toutes les causes de congestion : alimentation trop chargée de condiments, fatigues de toute nature, constipation surtout, et on pourra administrer, au besoin, des purgatifs légers tels que la magnésie, ou des lavements; jamais d'aloès ou de rhubarbe qui sont en même temps des congestionnants.

Faut-il donner des injections? Certes oui, et même à une vierge; on se servira de canules ou de sondes molles d'un calibre moyen : nous n'avons jamais éprouvé de difficultés à cet égard. A quelle température faut-il les administrer? La formule classique est de 45 à 48 degrés, autrement dit « très chaudes » ou aussi chaudes qu'on pourra les supporter. Je ne

m'incline pas devant cette règle d'une manière absolue : on sait que la chaleur agit par vaso-constriction, suivie de vaso-dilatation et enfin de phases successives analogues : pour arriver au but proposé, il faut que les injections soient de longue durée : trop souvent une injection mal faite ne laisse pas à cette vaso-constriction terminale le temps de s'établir, et dans ces conditions, elle entretient l'hémorragie au lieu de la supprimer. Ces réserves faites on emploiera les injections chaudes, longues, à pression moyenne (40 centimètres) et on obtiendra des résultats.

Autrement il vaudrait mieux les employer tièdes (40 degrés) et à cette température elles sont sédatives et calmantes (Labadie-Lagrave).

La douche plantaire froide a été préconisée par Beni-Barde : la malade est assise les pieds dans des étriers percés de trous et la région plantaire reçoit ainsi un jet froid : j'ai vu nombre de métrorragies arrêtées ainsi. J'ai essayé cette méthode à l'hôpital sans installation spéciale, en faisant mettre la malade à genoux, pour recevoir une douche plantaire suivant le procédé habituel. J'ai réussi souvent, mais c'est une méthode à surveiller, la réaction étant quelquefois trop vive. Dans d'autres cas on donnera des bains de pied à eau courante, procédé toujours facile à instituer même à la campagne.

Chez notre malade j'ai employé un moyen basé sur le même principe : l'arrosage plantaire avec une pomme d'arrosoir, dans la position à genoux précédemment indiquée; j'ai dû cesser au bout de quelques jours, à cause d'une douleur abdominale vive au niveau des points ovariens : je crois que la douleur était due à l'application un peu trop brutale du procédé, qui avait déterminé un réflexe congestif du côté des ovaires.

Nous nous efforçons ainsi d'amener une vaso-constriction pelvienne : on peut obtenir le même résultat par l'eau chaude, et chez notre malade l'immersion successive et répétée des mains dans l'eau très chaude a fort bien réussi.

Enfin nous pourrions songer aux bains de siège à courant continu, mais ils nécessitent une installation hydrothérapique spéciale.

La révulsion à distance par des ventouses sèches, appliquées sur la poitrine, les épaules, les cuisses, donnera également de bons résultats.

Dans l'intervalle des règles on continuera, selon les cas, et avec certaines réserves, une médication sédative et vasoconstrictive.

Au moment des pertes on pourra donner la gélatine à la dose de 5 grammes, matin et soir, dans du lait, du bouillon ou du chocolat; on prescrira le chlorure de calcium suivant la formule d'Albert Robin :

Chlorure de calcium.......	4	grammes.
Sirop d'opium............	30	—
Eau distillée..............	120	—

F. S. A. Potion à prendre par cuillère à soupe toutes les deux heures.

L'ergotine, l'hydrastis, l'extrait de senecio vulgaris seront indiqués, ce dernier surtout en cas de maux d'estomac. Par la combinaison de ces différents moyens, on arrivera le plus souvent à modifier, sinon à guérir complètement, ces métrorragies virginales qui dépendent de l'hyperovarie.

MÉDECINE PRATIQUE

LA PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE EXTERNE AU COURS DES OTITES

Il est toujours impressionnant de voir surgir, au cours d'une otite et surtout chez un enfant, une paralysie totale d'un muscle de l'œil. On redoute forcément l'apparition d'une thrombo-phlébite ou d'une méningite. Cependant, isolée ou accompagnée de névrite optique, la paralysie guérit ordinairement avec l'otite. La sixième paire a été plus souvent atteinte que les autres nerfs oculo-moteurs.

MM. Terson (de Toulouse) et A. Terson (de Paris) ont communiqué à la Société française d'ophtalmologie (10 mai 1906), deux observations de ce genre que reproduit le *Journal des praticiens*, elles concernent deux enfants qui, au cours d'une otite moyenne suppurée, ont été atteints de paralysie totale du moteur oculaire externe du même côté. Cette paralysie n'a pas été accompagnée de complications intra-oculaires et a guéri avec l'otite.

On retrouve dans la littérature ophtalmologique de rares faits analogues dus, entre autres, à Gervais, Bettmann, Keller, Styx, Schubert, Forselles, etc., là paralysie a lieu du même côté de l'otite, avec ou sans névrite optique unilatérale ou bilatérale.

L'hypothèse d'une paralysie réflexe doit être rejetée. L'évolution de la paralysie, son origine, son mode de début, sa durée, la coexistence fréquente d'une névrite optique, la font repousser.

Il y a lieu de discuter la manière dont l'*infection* de la caisse du tympan arrive à la sixième paire. Très généralement il ne s'agit pas de méningite consécutive à une nécrose osseuse ou à un abcès cérébral : ce mécanisme est exceptionnel. Une fixation de toxines sur le nerf est possible, mais il est probable qu'une disposition anatomique spéciale à la sixième paire favorise ici sa paralysie.

Les travaux de Von Trœltsch, Gruber, Styx et Meier ont montré la possibilité d'une infection intra-cranienne par le canal carotidien à la suite d'une otite. La caisse du tympan est reliée par plusieurs veines, lymphatiques et filets nerveux à un plexus veineux entourant la gaine de la carotide dans le canal carotidien; ces organes anastomotiques passent par les canaux carotico-tympaniques et c'est par eux que l'inflammation se propagera de proche en proche.

Or, dans le *sinus caverneux, la sixième paire est le seul nerf directement accolé à la carotide*. Il y a donc là des faits anatomiques de la plus réelle importance pour expliquer la paralysie de la sixième paire au cours des otites, et sa fréquence bien plus grande que celle des autres nerfs oculo-moteurs. Le pronostic et la pathogénie de cette complication des otites méritent donc toute l'attention des ophtalmologistes, des otologistes et des médecins.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JUIN 1906 [*suite*])

Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sérothérapie, par MM. LANNELONGUE, ACHARD et GAILLARD. — Depuis sept ou huit ans, ces auteurs ont cherché à extraire du bacille tuberculeux une antitoxine efficace. Celle qu'ils ont obtenue a été essayée dans la tuberculose pulmonaire du cobaye, animal doué, comme on le sait, d'une très grande réceptivité pour le bacille humain et réagissant à peu près comme l'homme à l'infection tuberculeuse. Tout porte à croire que, si l'on guérit un cobaye atteint de tuberculose pulmonaire créée expérimentalement, on guérira l'homme dans les mêmes conditions, tout comme on le mettra à l'abri du mal du jour où l'on aura découvert le vaccin du cobaye.

Après de nombreux essais antérieurs, deux expériences portant sur un grand nombre d'animaux ont été faits. La première consistait à comparer quatre lots de 30 cobayes chacun, inoculés en même temps dans le poumon avec la même dose de culture tuberculeuse virulente : le premier lot servait de témoin; le deuxième avait été traité, après l'inoculation, par l'injection de sérum d'âne normal; le troisième avait été traité par le sérum d'âne présumé antituberculeux, et le quatrième avait reçu de ce même sérum, mais seulement d'une façon préventive, avant l'inoculation virulente.

Dans la deuxième expérience, les auteurs ont comparé tout d'abord deux lots de 50 cobayes chacun, inoculés ensemble et avec la même dose de virus tuberculeux, l'un servant de témoin, l'autre traité curativement par le sérum de cheval présumé antituberculeux. En outre, ils ont tuberculisé deux autres lots, qui non seulement subirent ensuite le traitement curatif, mais qui avaient en outre subi auparavant un traitement préventif consistant en injections de sérum antituberculeux, puis de toxine, puis pour l'un des lots, le quatrième, de bacilles morts.

Les auteurs ont observé que dans les deux expériences les lots traités par le sérum antituberculeux ont mieux résisté que les témoins; de plus, l'inspection des courbes de mortalié montre que, dans la deuxième expérience, le traitement préventif à l'aide de la toxine et des bacilles morts a été plutôt nuisible, car il a provoqué une augmentation de la mortalité au début. Si, par la suite, les courbes de mortalité de ces lots se sont rapprochés de celle du lot traité seulement par le sérum curatif, c'est que, sans doute, l'action du sérum auquel ils restaient soumis se faisait de plus en plus sentir.

Sur l'indication de la voie digestive pour la vaccination antituberculeuse des jeunes ruminants. — M. S. ARLOING montre que l'organisme du très jeune chevreau se défend efficacement contre l'infection intestinale par toutes les variétés de bacilles tuberculeux d'animaux à sang chaud, dont la virulence ne dépasse pas le pouvoir tuberculigène moyen du *bacille humain*. Il en déduit : 1° que la voie digestive s'offre à nous pour produire l'immunisation active chez tous les jeunes ruminants à l'aide de bacilles humains ou de bacilles bovins convenablement modifiés;

2° Que la réaction à la tuberculine et le pouvoir agglutinant révèlent avant tout l'infection tuberculeuse, puisqu'ils existent en l'absence de lésions macroscopiques et même de lésions microscopiques certaines.

Etude sur la transmissibilité de la tuberculose par la caséine alimentaire. — M. Marcel GUÉDRAS, après avoir constaté que la caséine desséchée à basse température reste le véhicule des bacilles de Koch, montre qu'il y a lieu de n'employer pour la préparation des produits alimentaires caséinés ou donnés au public comme étant à base d'albuminoïdes du lait que des caséines provenant de lait exempt de germes tuberculeux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUIN 1906)

A propos du purpura myéloïde. — M. LENOBLE (de Brest), répondant aux objections de MM. Labbé et Ameuille qui pensent que la réaction myéloïde est fonction d'un état hémorragipare, apporte une nouvelle observation de purpura hémorragique dans lequel il n'a pu constater de globules rouges à noyau. Il demeure convaincu de la légitimité du type morbide qu'il a édifié, à condition qu'il réalise, à côté des manifestations cliniques, la triade anatomo-sanguine : réaction myéloïde, altération des hématoblastes, troubles de la coagulation (absence de sérum). D'autres syndromes cliniques peuvent simuler plus ou moins ses allures. Seule la conception du purpura myéloïde permet d'expliquer les variétés chroniques à réaction myéloïde constante, indéfiniment prolongées, où l'on peut toujours déceler la présence de quelques globules rouges à noyau dans le sang en dehors de toute manifestation hémorragique.

Anémie splénique. Hypertrophie myéloïde de la rate; hémosidérose viscérale. — MM. GANDY et BORNAIT-LEGUEULE rapportent l'histoire d'un homme de cinquante-trois ans atteint de splénomégalie notable, avec crises splénalgiques, d'hypertrophie hépatique, d'affaiblissement graduel, d'anémie grave et lentement progressive, sans hypertrophie ganglionnaire, sans hémorragies. Les examens hématologiques démontrèrent les faits suivants : diminution marquée du chiffre globulaire, poikilocytose, anisocytose, oligochromémie et myélémie, cette dernière caractérisée bien plus par la présence constante d'assez nombreuses hématies nucléées que par celle de myélocytes de proportions toujours faibles. Le malade mourut dans le marasme au bout de seize mois.

Cette observation vient prendre place dans le groupe des faits qualifiés d'anémie splénique, voisins de l'anémie pernicieuse d'une part, de la leucémie myélogène d'autre part. Les deux processus simultanés de régénération sanguine et d'hémolyse y sont en effet particulièrement apparents. Le dernier est ici cause de la production de cette hémosidérose viscérale très marquée telle qu'on l'observe dans une série d'autres états anémiques ou cachectiques.

Formes diverses de l'anémie dans la tuberculose chronique. — M. Marcel LABBÉ distingue trois formes d'anémie chez les tuberculeux chroniques :

1° L'anémie avec ochrodermie qui est le type le plus commun chez les tuberculeux fébriles. La pâleur de la peau est en rapport avec l'abaissement du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine, la diminution de la valeur globulaire et la faiblesse de la tension artérielle. Cette anémie est due à la fois à la diminution de la masse sanguine et à la destruction globulaire;

2° L'anémie sans ochrodermie se voit plutôt chez des tuberculeux apyrétiques. Le nombre des hématies est très diminué,

la quantité d'hémoglobine abaissée, la valeur globulaire élevée, la pression artérielle forte; il n'y a pas d'ochrodermie;

3° L'ochrodermie sans anémie est rare; elle est consécutive à une dénutrition lente. La proportion des hématies, de l'hémoglobine, la valeur globulaire sont normales; mais la tension artérielle est abaissée, le teint est pâle. Il y a diminution de la masse sanguine et oligémie avec composition normale du sang.

Rechute suivie de mort dans deux cas d'anémie pernicieuse antérieurement considérés comme guéris. — M. Chauffard communique les observations de deux malades qui, après avoir présenté, au cours d'une anémie pernicieuse, des améliorations telles que cliniquement et histologiquement on pouvait les considérer comme guéris, ont rechuté. L'examen hématologique démontra dans la première atteinte, sous l'influence du traitement, la régénération sanguine; mais au moment de la rechute, il n'en fut pas de même, le sang continua à s'appauvrir, malgré le traitement. Il semble donc que, quand bien même une anémie pernicieuse paraît guérie, il est impossible d'en être absolument sûr.

Blastomycose. — M. M. Hudelo, Rubens Duval et Læderich apportent l'observation d'un cas de blastomycose à foyers multiples. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, parfumeuse, qui entra le 14 décembre 1904 à l'hôpital Saint-Louis pour une gomme ulcérée du tibia et des abcès sous-cutanés multiples. L'affection avait débuté deux mois auparavant par une tuméfaction du volume d'un pois siégeant à la partie moyenne du tibia, et s'accompagnant de douleurs lancinantes et de légères poussées fébriles. Puis d'autres tuméfactions sous-cutanées apparaissaient insidieusement à l'hypogastre et dans la région pariétale gauche: peu après, la gomme du tibia avait brusquement envahi et ulcéré la peau. A l'entrée de la malade à l'hôpital, cette lésion présentait des caractères assez typiques de gomme tuberculeuse ulcérée; les autres nodules offraient l'aspect d'abcès froids; pas d'adénopathies.

On porte le diagnostic de tuberculose, et on fait curetter la gomme du tibia; mais l'aspect du bourbillon ainsi enlevé paraît suspect; on pratique alors une biopsie sur les bords de l'ulcération. Les coupes montrent un tissu tout à fait spécial, constitué surtout par un nombre colossal de cellules géantes en nappe diffuse; ces cellules géantes sont presque toutes creusées de nombreux vacuoles qni renferment des corps arrondis ou ovalaires, colorables par le Gram, et dont quelques-uns portent des bourgeons. L'ensemencement du pus des différents abcès, ponctionnés aseptiquement, montre qu'il s'agit d'une levure, qui se trouve partout à l'exclusion de tout autre microbe.

Deux jours après, deux autres abcès apparaissent, l'un dans la région fessière droite, l'autre au-dessus du coude gauche; ce dernier s'accompagne pendant les premiers jours de douleurs assez vives. En même temps le malade présente une fièvre irrégulière à grandes oscillations et s'amaigrit de 14 kilos. Les différents abcès sont incisés successivement et guérissent avec une extrême lenteur. Enfin, au mois d'avril, deux derniers abcès se forment, l'un au niveau du grand trochanter droit, l'autre dans la région occipitale gauche; mais ils se résorbent bientôt, sans s'être ouverts au dehors.

La malade a été soumise, depuis le mois de janvier jusqu'au mois d'avril, à un traitement ioduré intensif; et c'est à ce traitement qu'on paraît pouvoir attribuer sa guérison.

La *levure* se développe à la température ordinaire, sur presque tous les milieux de culture usuels, mais surtout sur les milieux sucrés; elle fait sur la gélose une strie épaisse, crémeuse, visqueuse; sur pomme de terre, elle donne une strie d'abord blanche, puis brune, enfin presque noire; en bouillon, dépôt abondant, pas de voile. Cette levure fait fermenter le glucose, la maltose, intervertit la saccharose; elle est sans action sur le lactose. Elle ne se présente que sous la forme cellulaire; pas de filaments. Elle se reproduit exclusivevent par bourgeonnement et ne donne pas d'asques: c'est donc un *cryptococcus*. Cette levure est très pathogène pour la souris, le rat, le chat et le cobaye nouveau-né; elle est faiblement pathogène pour le cobaye adulte, le lapin, le chien et la poule.

Les autres cas de blastomycose publiés jusqu'ici ne permettent pas une description d'ensemble de cette affection, qui ne peut revêtir les aspects cliniques les plus divers.

La blastomycose à foyers multiples simule surtout la tuberculose et la syphilis; il faudrait sans doute y penser toutes les fois qu'on aurait des doutes sur la nature de gommes ou d'abcès rappelant plus ou moins la tuberculose ou la syphilis.

Si le diagnostic clinique est actuellement impossible, le diagnostic bactériologique est heureusement facile.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 30 juin 1906)

Le pouvoir coagulant du contenu intestinal. — MM. H. Roger et M. Garnier ont constaté que, si l'on injecte un extrait du contenu intestinal d'un chien en digestion dans les veines périphériques d'un lapin, on détermine très rapidement la mort au milieu de convulsions; à l'autopsie on ne trouve pas de coagulation sanguine ni dans le système veineux général, ni dans le système de la veine porte. Dans ces conditions, l'extrait de matières intestinales exerce une action anticoagulante. et le sang prélevé après la mort de l'animal ne se coagule que lentement; une heure après l'issue de vaisseaux, le caillot n'est pas formé.

Si l'on injecte le même extrait dans un rameau de la veine porte, la toxicité est diminuée et il faut près de quatre fois plus de liquide pour déterminer la mort. A l'autopsie, on trouve d'assez nombreux caillots dans les ramifications d'origine et dans le tronc de la veine porte. Si maintenant on injecte le même extrait dans une artère de l'intestin, la toxicité s'abaisse encore et, dans un cas, nous n'avons pas pu obtenir la mort avec une dose six fois supérieure à celle qui tue par les veines périphériques. Cette énorme diminution de la toxicité tient en partie à la formation dans tout le réseau porte de caillots qui empêchent le liquide de passer dans la circulation générale. Ainsi, contrairement à l'opinion courante, la formation de caillots protège momentanément l'organisme; c'est un moyen de défense qui pare aux accidents immédiats. Mais cette action ne se produit que quand l'injection est faite dans le système porte.

Aérobisation du bacille gracile éthylogène, microbe anaérobie strict de la flore de l'estomac. — M. Georges Rosenthal a obtenu des cultures aérobies du microbe qu'il a étudié avec Achalme. Ces cultures gardaient les propriétés fermentatives spéciales et pathogènes; mais leur faible vitalité n'a pas permis d'obtenir le stade de perte des fonctions biologiques.

Contribution à l'étude du pouvoir glycolytique du sang. — La propriété que possède le sang de détruire le sucre, ou capacité glycolytique, est assez difficile à faire varier.

MM. Lesné et Dreyfus ont entrepris de nombreuses expériences dans le but de la modifier chez des animaux traités systématiquement par des injections sous-cutanées de glycose, chez des animaux traités par des injections d'extraits de foie ou de pancréas quotidiennement pendant plusieurs semaines, enfin chez les animaux phloridzinés. Le pouvoir glycolytique du sang des animaux traités par les injections de glycose, soit faites progressivement en partant de 1 gramme par kilogramme d'animal pour arriver à 15 grammes par kilogramme d'animal, soit faites avec la dose limitée d'élimination qui est de 5 à 6 grammes par kilogramme d'animal, ne varie pas. Le sang n'exerce aucune action sur la glycosurie de chiens dépancréatisés et son sérum n'acquiert pas la propriété de précipiter en présence de glycose. Mesuré in vitro il a un pouvoir glycolytique identique à celui du sang des animaux normaux. Les injections d'extraits de foie ou de pancréas n'influencent pas l'élimination du sucre et le sang des animaux ainsi traités reste sans action sur la glycosurie de chiens dépancréatisés.

Par contre, mesuré in vitro, le pouvoir glycolytique du sang des animaux traités par les injections d'extraits de pancréas est augmenté. Chez les animaux phloridzinés contrairement à l'opinion de MM. Lépine et Barral le pouvoir glycolytique n'est pas augmenté, mesuré in vitro, et il n'y a aucune modification dans l'élimination du sucre injecté parallèlement. L'ablation des reins montre que le pouvoir glycolytique du sang est le même chez les animaux néphrectomisés avant l'injection de phloridzine que chez les animaux témoins.

Influence de l'omentopexie sur la disparition de l'opsiurie. — MM. A. Gilbert et Maurice Villaret ont constaté au cours de certaines cirrhoses, dont le syndrome d'hypertension portale était très marqué, la diminution et même la disparition de l'opsiurie à la suite d'une opération de Talma, qui diminua la tension veineuse en établissant un certain nombre de dérivations vasculaires artificielles.

De l'influence prépondérante de l'alimentation sur le point de congélation des urines. — Certains auteurs admettent qu'il y a une relation constante entre le degré d'abaissement du point de congélation des urines et le fonctionnement cardiaque ou rénal.

Koranyi et ses élèves ont étudié spécialement les variations du rapport urinaire $\frac{\Delta}{NaCl}$; Claude et Balthazard ont étudié les rapports $\frac{\Delta V}{P}$, $\frac{\delta V}{P}$, $\frac{\Delta}{\delta}$ chez les cardiaques et les rénaux.

M. André Mayer a montré récemment que le rapport de Koranyi, loin d'être constant chez l'homme sain, dépend avant tout de la richesse en sel de l'alimentation. D'après M. Javal, il en est de même des rapports de Claude et Balthazard qu'on peut modifier à volonté chez l'homme sain dans la proportion du simple au triple et au quadruple uniquement en faisant varier la quantité d'eau de chlorures ou d'albuminoïdes du régime. L'étude de la variation de ces rapports ne présenterait donc d'utilité que si on tenait en même temps un compte rigoureux de l'alimentation du malade.

La cryoscopie urinaire semble être une méthode inutile à employer pour l'étude des maladies du cœur et des reins puisque l'analyse chimique des urines, interprétée au moyen des bilans des ingesta et des excreta, est un procédé plus simple et qui donne des résultats plus exacts et plus précis.

Action de la gastro-cytolysine. — MM. G. Lion et Henri Français décrivent les lésions de la muqueuse gastrique qu'ils ont déterminées chez le chien par inoculation d'une gastro-cytolysine. Cette substance porte son action presque exclusivement sur les cellules glandulaires qui s'altèrent avec rapidité sans que le tissu interstitiel réagisse.

Les cellules principales qui présentent la lésion la plus caractérisée perdent leur réseau cytoplasmique, leur portion et leurs granulations.

Trajet des nerfs extrinsèques de la vésicule biliaire. — M. Laignel-Lavastine, pour corroborer par l'anatomie la démonstration physiologique de la continuité de la conduction nerveuse des rameaux du pneumogastrique se perdant sur la petite courbure et des nerfs duodéno-biliaires, a traité, par le procédé de Cajal pour l'imprégnation élective des fibres nerveuses avec ou sans myéline, le segment du tractus digestif du chien, débité en coupes sériées, stomacales, pyloriques et duodénales.

Dans ces conditions, il a vu la continuité des fibres des branches afférentes du pneumogastrique et des fibres des rameaux efférentes duodéno-bilaires avec les fibres du plexus d'Auerbach; mais il a constaté dans le plexus la perte de l'individualité des divers rameaux nerveux tant afférents qu'efférents.

Réaction des cellules nerveuses de la moelle et neuronophagie dans la rage expérimentale du lapin. — MM. Laignel-Lavastine et Roger Voisin apportent les résultats de leurs recherches histologiques sur la moelle épinière du lapin rabique.

Les lésions des cellules nerveuses, dans l'intoxication rabique expérimentale, peuvent schématiquement se ramener à trois stades :

1° Gonflement et déformation sphérique des granulations chromatiques de Nissl;

2° Fonte de ces granulations et vacuolisation du protoplasme;

3° Ouverture des vacuoles à l'extérieur et leur envahissement par des cellules névrogliques ou mésodermiques.

Ainsi la rage réalise des figures de neuronophagie, mais dans le déterminisme de cet aspect, le rôle primordial paraît revenir à la désintégration protoplasmique; l'afflux des neurophages est secondaire.

Autres communications :

Hypothyroïdie et angines à répétition. — MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild.

Sur les précipitines du gonocoque et du méningocoque. — M. Billard.

L'activation du suc pancréatique par les sels et la spécificité du calcium. — M. Delezenne.

Origine du foie et signification du mésoderme. — M. Géraudel.

Contribution à l'étude du syndrome d'hypertension portale. — MM. Gilbert et Villaret.

Un cas de nanisme achondroplasique. — M. Haushalter. (Réunion biol. de Nancy.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 JUILLET 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Joffroy, Gaucher et Legry ; — (2e série) : MM. Landouzy, Roger et Marcel Labbé ; — M. Gosset, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Brissaud, Teissier et Claude ; — (2e série) : MM. Déjerine, Balthazard et Macaigne ; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 10 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Cornil, Gilbert et Morestin ; — (2e série) : MM. Pozzi, G. Ballet et Vaquez ; — (3e série) : MM. Robin, Launois et Marion ; — (4e série) : MM. de Lapersonne, Ménétrier et Desgrez ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon ; — (2e série) : MM. Joffroy, Troisier et Gouget ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Raymond, Méry et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Hutinel, Achard et Bezançon ; — (3e série) : MM. Chantemesse, Dupré et Carnot ; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 11 juillet, à une heure. — 5e (1e partie), *Laënnec* : MM. Déjerine, Legry et Macaigne ; — M. Branca, suppléant.

Jeudi 12 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Thiroloix et Marion ; — (2e série) : MM. Robin, Gouget et Rieffel ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 13 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Gosset et Macaigne ; — (2e série) : MM. Landouzy, Mauclaire et Marcel Labbé ; — (3e série) : MM. Brissaud, Legueu et Desgrez ; — (4e série) : MM. Segond, Richaud et Claude ; — M. Branca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 11 juillet 1906, à une heure. — M. Bosc. Contribution à l'étude du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par la méthode des injections extra-intra-articulaires. (MM. Lannelongue, président ; Reclus, Legueu et Mauclaire.) — M. Nazim. De l'infection en chirurgie et son traitement par le sérum de Petit. (MM. Reclus, président ; Lannelongue, Legueu et Mauclaire.) — M. Broca. Sur un cas de phlegmon juxta-laryngo-trachéal à la période terminale du croup chez un nourrisson tubé. (MM. Reclus, président ; Lannelongue, Legueu et Mauclaire.) — M. Wicart. Abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine optique. (MM. Reclus, président ; Lannelongue, Legueu et Mauclaire.) — M. Tardif. Des complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. (MM. Pinard, président ; Terrier, Kirmisson et Lepage.) — M. Vidal. Considérations sur la dermatose gravidique autotoxique. (MM. Pinard, président ; Terrier, Kirmisson et Lepage.) — M. Mathieu. Contribution à l'étude des chondromes des fosses nasales et de leur traitement. (MM. Terrier, président ; Pinard, Kirmisson et Lepage.) — M. Larue. Des contractures congénitales. (MM. Kirmisson, président ; Pinard, Terrier et Lepage.) — M. Bertheol. Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire. (MM. Landouzy, président ; Brissaud, Claude et Marcel Labbé.) — M. Bellou. Formerie-mésographie. Etat sanitaire, considérations médicales. (MM. Landouzy, président ; Brissaud, Claude et Marcel Labbé.) — M. Girault. Les hémorragies occultes du tube digestif. (MM. Brissaud, président ; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — Mme Grandjean. Etude sur le pemphigus congénital à kystes épidermiques. (MM. Gaucher, président ; Roger, Teissier et Balthazard.) — M. Druelle. La gangrène des membres par artérite syphilitique. (MM. Gaucher, président ; Roger, Teissier et Balthazard.) — M. Hébert. Les lésions de la muqueuse gastrique au cours des infections. (MM. Roger, président ; Gaucher, Teissier et Balthazard.)

Jeudi 12 juillet 1906, à une heure. — M. Fleig. La radiothérapie en dermatologie. (MM. Devove, président ; Dieulafoy, Troisier et Renon.) — M. Lebar. Des hyperesthésies systématisées et troubles connexes. (MM. Debove, président ; Dieulafoy, Troisier et Renon.) — M. Cartier. Contribution à l'étude expérimentale de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. (MM. Devove, président ; Dieulafoy, Troisier et Renon.) — M. Trouillet. Abcès pulmonaires métapneumoniques. (MM. Dieulafoy, président ; Debove, Troisier et Renon.) — M. Baudin. Contribution à l'étude des dilatations idiopathiques de l'œsophage. (MM. Cornil, président ; Chantemesse, Besançon et Guiart.) — M. Meurice. Hygiène du chauffage et en particulier des chauffages à l'eau chaude et à la vapeur. (MM. Chantemesse, président ; Cornil, Bezançon et Guiart.) — M. Binet. Des luxations ouvertes de l'articulation du coude. (MM. Le Dentu, président ; de Lapersonne, Langlois et Morestin.) — M. Gaudelut. Complications pleuro-broncho-pulmonaires consécutives aux traumatismes thoraciques sans fracture de côte. (MM. Le Dentu, président ; de Lapersonne, Langlois et Morestin.) — M. Deloge. Anisométropie et vision binoculaire. (MM. de Lapersonne, président ; Le Dentu, Langlois et Morestin.) — M. Bousseau. De la paralysie du muscle grand oblique dans les opérations sur les sinus par voie frontale. (MM. de Lapersonne, président ; Le Dentu, Langlois et Morestin.) — Mlle Voulich. Etude sur les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. (MM. Raymond, président ; Hutinel, Dupré et Méry.) — M. Français. De l'apepsie. (MM. Raymond, président ; Hutinel, Dupré et Méry.) — M. Hays. Un hôpital d'enfants en 1906. (MM. Hutinel, président ; Raymond, Dupré et Méry.) — M. Camacho. Recherches sur l'involution utérine. (MM. Budin, président ; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. Vaille. Contribution à l'étude anatomique, pathogénique et clinique des rétroversions utérines. (MM. Budin, président ; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. Leduc. La syphilis à la maternité de l'hôpital Tenon 1905-1906. Etude statistique et diagnostique. (MM. Budin, président ; Bonnaire, Demelin et Brindeau.) — M. Gely. De l'abcès sous-phrénique d'origine biliaire. (MM. Gilbert, président ; Vaquez, Desgrez et Carnot.) — M. Paupe. La forme hémorragique de la méningite tuberculeuse. (MM. Gilbert, président ; Vaquez, Desgrez et Carnot.) — M. Enebuske. Contribution à l'étude clinique et bactériologique des kystes hydatiques sonores. (MM. Gilbert, président ; Vaquez, Desgrez et Carnot.) — M. Lamarre. Contribution à l'étude du rythme de l'élimination urinaire ; l'anisurie chez les hépatiques. (MM. Gilbert, président ; Vaquez, Desgrez et Carnot.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 juillet, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet 1906.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 2 juillet 1906 : MM. Wiart, 19 ; Piquand, 16 ; Lecène, 10.

Séance du 4 juillet : MM. Chevrier, 20 ; Labey, 19 ; Alexandre, 10.

La prochaine séance d'épreuve clinique aura lieu le lundi 9 juillet, à cinq heures du soir, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE CLINICATS. — Sont nommés après concours :

Clinicat médical : MM. Crouzon, Laignel-Lavastine, Rosenthal, chefs de clinique titulaires ; MM. Agasse-Lafont, Salomon, chefs de clinique adjoints.

Clinicat des maladies syphilitiques : M. Rostaine, chef de clnique titulaire ; M. Louste, chef de clinique adjoint.

GUERRE. — Par décret en date du 21 juin 1906, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Chollet, Cougomble, Agut, Lorentz, Devillers, Calami, Bergès, Cachera, Guy, Sureau, Réville, Lemoult, Ostwald, Levadoux, Saunal, Bula-Lafont, Mercier, Contrastin, Lireux, Bertrand, Alibert, Demahis, Magendie, Pardon, Fink, Brasseur, Cauchard, André, Strafforelli, Lefournier, Durand, Bonavita, Boujol, Vallée, Guérin, Tousten, Souillart, Jeannin, Virely, Lecœuvre, Roche, Blanc, Monier, Louis, Watin, Béziat, Gaudibert, Mandonnet, Chambrin, Rousseau, Silva, Dessort, Dumas, Ousset, Dolbeau, Sautieux, Daleine, Chainnier, Blondel, Curie, Chenu, Labonda, Auzias, Moracchini, Bavay, Richaud, Salles, Paul-Boncour, Pitot, Avize, Chavin, Palas, Loubat, Guy, Bois, Blois, Ducloy, Boullenger, Fleury, Héron de Villefosse, Bernard, Aubouin, Pech, Labatt de Lambert, Lyons, Lozé, Thuillier, Kieffer, Arnoul, Montignac, Marchegay, Chuiton, Pastré, Favier, Portal, Brès, Darras, Géraud, Boirin, Théland, Clément, Brueys, Couderc, Thiry, Verbèke, Dupuy, Fichaux, Degrenne, Mathieu, Bulat, Renault, Frostin, Lévy, Maurin, Roussel, Olivier, Landel, Lemaire, Saint-Martin, Colas, Chalmette, Guénard, Audiganne, Lalanne, La Bonnardière, Bresard, Theille, Baleste-Marichon, Roger, Guillout, Villaret, Tuya, Bardet, Bigotte, Benard, Lebert, Millot, Thibaut, Lemariey, Le Masson, Bonnet, Bruyère, Rouma, Pion, Boureau, Geoffroy Saint-Hilaire, Verger, Saizy, Rist, Quentin, Challe, de Grenier de Latour, Marchaix, Champonnier, Duval, Makereel, Robin, Bureau, Boignard, Larroque, Turpault, Hugues, Simonot, Tulasne, Terrien, Besson, Andrieu, Poitevin de Fontguyon, Perret, Robert, Laclautre, Jouve, Corniglion, Barès, Rogier, Bachelier, Cosse, Hanotte, Bouché, Gonnaud, Bouissou, Faussié, Balencié, Voisin, Palle, Rivalta, Bougon, Roulleau, Gros, Riou, Gauthier, Brun, Rousseau, Pize, Sicard, Pineau, Cazade, Legry, Boullet, Villeneuve, Chauve, Grimbert, Cantin, Heins, Finet, Fosse, Seringe, Traissac, Joannin, Scrini, Viollet, Fernique, Aubry, Dujardin-Beaumetz, Darcourt, Petit, Cousin, Cherroy, Vouzelle, Brémont, Menu, Lacroix, Bonaymé, Guichard, Serinelli, Michel, Estrabaut, Guerineau, Longuet, Martinet, Gauchet, Bonniot, Tourtourat, Clerc, Dally, Crémazy, Thelliez, Lüling, Michaud, Katz, Jourdan, Lassalle, Giraud, Prothon, Termier, Goubeau, Tissier, Pettit, Bouyer, Soulé, Aubry, Giannetti, Delamare, Polier, Fournier, Luys, Michaux, Lago, Segall, Deschaseaux, Kieffer, Trouvé, Kaplan, Valot, Verstraete, Pehu.

COLONIES. — Par dépêche ministérielle du 22 mai 1906, M. le ministre des Colonies a renouvelé pour trois ans le marché pour la fourniture des ouataplasmes nécessaires au service de santé de ce département.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Henry Henrion (de Nancy) ; et celle de Manuel Garcia dont on célébrait il y a quelques mois le centenaire. L'inventeur du laryngoscope est décédé à l'âge de cent un ans.

L'OCRÉINE

Principe actif
de la
Sécrétion interne de l'Ovaire

Thème

— L'ovarine ou oophorine est inconstante dans ses effets parce que les organes qui servent à la préparer sont mal choisis.

— L'action de l'ovaire sur l'organisme est due à une sécrétion interne.

— La glande à sécrétion interne de l'ovaire et, par conséquent, la seule partie active au point de vue thérapeutique, c'est le corps jaune.

— Le corps jaune n'a qu'une durée transitoire et réapparaît périodiquement dans l'ovaire ; il n'existe donc pas d'une façon constante dans cet organe.

— La plupart des ovaires dont on se sert pour préparer l'ovarine ne renferment pas de corps jaune ou en renferment très peu.

— L'Ocréine est un extrait de corps jaune pur.

G. GRÉMY
16, Rue de la Tour d'Auvergne
PARIS

L'OCRÉINE

FORMES PHARMACEUTIQUES DE L'OCRÉINE GRÉMY

Pilules d'Ocréine Grémy dosées à 10 centigr. de corps jaune pur. Les pilules d'Ocréine possèdent un premier enrobage au gluten qui les rend solubles seulement dans l'intestin et un deuxième enrobage extérieur qui les rend inattaquables à l'air. L'Ocréine se conserve ainsi indéfiniment.

Le flacon de 32 pilules, prix **5 francs**

Ampoules d'Ocréine Grémy. — Chaque ampoule contient deux centimètres cubes d'Ocréine injectable.

La boîte de 6 ampoules, prix **5 francs**

INDICATIONS & DOSES DE L'OCRÉINE GRÉMY

I. — Au moment de la puberté. Contre les *troubles de la puberté* pouvant aller jusqu'à la *chlorose*, troubles dus à l'apparition irrégulière du corps jaune ou même à son absence totale (1 à 6 pilules par jour ou une injection *intramuscnlaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours. Continuer le traitement jusqu'à ce que la sécrétion interne de l'ovaire se fasse normalement).

II. — Contre les suites de la castration ovarienne. (3 à 10 pilules par jour pendant 8 jours tous les mois, ou 3 à 4 injections *intramusculaires* de deux centimètres cubes tous les mois, à deux jours d'intervalle.)

III. — Contre l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

IV. — Pendant la grossesse. Le même corps jaune qui a permis à l'œuf de se fixer dans l'utérus persiste pendant tout le temps de la grossesse. La sécrétion de ce corps jaune peut être insuffisante et cette insuffisance se traduit par les signes suivants : bouffées de chaleur, nausées, vomissements, vertiges, étourdissements, palpitations, céphalalgies, etc. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours, jusqu'à disparition des troubles.)

V. — Pendant la ménopause. Les transformations que subit à cette période l'organisme féminin sont dues à l'arrêt plus ou moins lent dans la formation des corps jaunes. Cet arrêt peut se produire brusquement ou les périodes s'espacer de plus en plus, jusqu'à disparition totale. Troubles de l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital Beaujon.)

LA PNEUMONIE CASÉEUSE

Par le professeur DEBOVE.

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui d'un malade atteint d'une pneumonie caséeuse; j'ai lieu de penser que son histoire vous intéressera, car elle soulève plusieurs problèmes cliniques et théoriques, dont quelques-uns sont à l'ordre du jour.

Ce malade est âgé de trente ans; il exerce la profession de comptable; le début de sa maladie remonte à près de trois mois, c'est-à-dire aux premiers jours de janvier. A cette époque, il eut un léger rhume qui ne l'obligea point à interrompre ses occupations; mais, le 20 janvier, la situation s'aggrava subitement, la toux s'accrut, puis survint un violent frisson avec point de côté droit, mais sans expectoration. Très courageux, le malade essaya de continuer son travail et ne se décida à prendre le lit que trois jours avant son entrée dans notre service, c'est-à-dire le 26 janvier. A cette date, les phénomènes généraux, la fatigue, la fièvre, attirant surtout l'attention, notre chef de clinique, qui l'examina, posa le diagnostic de fièvre typhoïde et prescrivit l'emploi systématique de bains froids.

Il s'agissait certainement d'une erreur de diagnostic, erreur bien excusable et que j'aurais certainement commise si j'avais examiné le malade à cette date, car la température élevée avec de légères rémissions matinales, l'état général, l'absence de toute localisation, l'existence d'une période prodromique assez longue, précédant le début des accidents sérieux semblaient confirmer ce diagnostic.

Le 20 février, le point de côté devint très intense et l'attention fut de nouveau attirée sur le côté droit de la poitrine. On constata l'existence d'une matité étendue à la base droite du thorax, une expiration soufflante et de l'égophonie. La toux était sèche, pénible, non accompagnée d'expectoration. Supposant alors qu'il s'agissait d'une pleurésie, on fit deux ponctions exploratrices qui demeurèrent sans résultat. A dater de ce moment le diagnostic de pneumonie tuberculeuse fut établi.

Vous avez peut-être remarqué que je viens de rejeter les erreurs de diagnostic sur le compte de mon chef de clinique, qui considérait le malade comme classique, et n'attira sur lui mon attention que lorsque des doutes vinrent dans son esprit.

Si j'avais étudié le malade dès le début, il est probable qu'impressionné par le mode évolutif, par la fièvre, par l'état général, j'aurais fait le diagnostic de fièvre typhoïde; que, plus tard, tenant compte des phénomènes thoraciques locaux, j'aurais fait le diagnostic de pleurésie, et que celui de pneumonie caséeuse eût été la troisième étape diagnostique que j'eusse franchie.

J'ai rappelé ces détails pour vous montrer seulement que le médecin consultant qui arrive à une période avancée de la maladie, à la période où elle est déclarée, pour employer une expression vulgaire, doit être tout à fait indulgent pour les erreurs de diagnostic d'un confrère, et penser qu'il les eût commises s'il avait été appelé dès le début. Pour mon compte, je n'eus pas à relever d'erreur; le diagnostic était fait lorsque mon attention fut attirée sur le malade. Voici dans quel état je le trouvai.

R... est pâle, considérablement amaigri, ses forces ont tellement décliné qu'il est incapable de se lever sans aide. Il parle d'une voix faible et entrecoupée. La température est en moyenne de 38 degrés le matin et de 39°5 le soir. Il existe des sueurs abondantes surtout nocturnes.

La dyspnée est très marquée et s'exagère au moindre mouvement.

L'expectoration est muqueuse, sans caractère. L'examen bactériologique de cette expectoration, bien que renouvelée à plusieurs reprises, n'y révèle aucun bacille de Koch.

La dyspnée, l'expectoration, le point de côté, le récit des accidents antérieurs attirent nécessairement l'attention sur l'examen de la poitrine et voici ce qu'on constate. Le côté droit du thorax est légèrement rétracté, ou tout au moins son développement est moindre que celui du côté gauche. Si vous admettez que cette rétraction est peut-être due à une pleurésie ancienne qui aurait été résorbée, elle l'aurait été complètement, car il n'en reste plus trace aujourd'hui.

La matité existe très nette dans toute la moitié inférieure du poumon droit; elle est très accentuée en arrière, et absolue dans la ligne axillaire. Si vous percutez sous la clavicule, vous reconnaîtrez du côté droit une sonorité exagérée à caractère skodique. Permettez-moi de vous dire par avance que ce skodisme est dû probablement au refoulement de la partie saine du poumon par la masse caséeuse qui occupe sa moitié inférieure. L'auscultation démontre que le murmure vésiculaire a disparu dans la plus grande partie du poumon; on le perçoit seulement au sommet, et très incomplètement parce qu'il est masqué par du souffle. Ce dernier existe dans toute l'étendue du côté droit, plus marqué dans les régions où la matité est accentuée. Ce souffle avait originairement les caractères de timbre du souffle pleurétique, puis peu après du souffle tubaire; aujourd'hui il a pris un timbre qui le fait justement comparer au souffle caverneux.

Muni de ces renseignements sthétoscopiques, nous pouvons déjà faire un diagnostic de la lésion locale.

Il ne s'agit pas d'une pleurésie, diagnostic auquel pouvaient faire songer le point de côté, la matité, le skodisme, les signes pseudo-cavitaires.

Les ponctions exploratrices sèches le démontrent surabondamment, mais il y a un signe sur lequel j'attire votre attention et qui est dans le cas particulier très important, c'est la conservation des vibrations thoraciques qui, en certaines régions, paraissent exagérées. Il paraît qu'il n'en était pas de même au début, ce qui n'était pas fait pour simplifier le diagnostic. A quel genre de lésions avons-nous affaire ici?

Il ne s'agit certainement pas d'une pneumonie lobaire à pneumocoques, la longue durée de la maladie suffit à le démontrer.

Un cancer du poumon pourrait donner les mêmes signes locaux, mais les symptômes généraux et la marche de la maladie viennent contredire ce diagnostic.

Par exclusion, nous sommes amenés à admettre qu'il s'agit d'une pneumonie tuberculeuse caséeuse.

Vous savez en quoi consiste la lésion anatomique qui caractérise cette forme de tuberculose. Un ou plusieurs lobes du poumon sont transformés en une masse solide comparable à du fromage, particulièrement à du fromage de Roquefort. La présence de cette masse éminemment compacte nous explique la matité, la conservation des vibrations thoraciques, la transmission à l'oreille des bruits de grosses bronches, avec production de signes pseudo-cavitaires.

L'infection tuberculeuse nous explique la fièvre, les sueurs, le mauvais état général.

Il n'y a point, il est vrai, l'expectoration caractéristique de la tuberculose, mais la clinique nous apprend que les blocs caséeux d'origine tuberculeuse peuvent demeurer longtemps solides; or, ce n'est guère qu'à la période de ramollissement qu'on voit apparaître les crachats purulents avec les bacilles caractéristiques.

L'ensemble des phénomènes observés nous permet d'affirmer l'existence de la tuberculose, car si nous ne pouvons directement la démontrer dans le poumon, nous avons réussi par contre, grâce à la collaboration de mon chef de laboratoire, M. André Jousset, à constater la présence des bacilles dans le sang et dans les urines des malades.

La recherche des bacilles dans le sang a été possible grâce à l'inoscopie de M. Jousset. On fait dissoudre à chaud le caillot dans un liquide fluoropeptique dont je vous ai plusieurs fois donné la formule. Les bacilles emprisonnés par la fibrine deviennent libres et sont faciles à mettre en évidence après centrifugation par les procédés de coloration classiques. C'est ce qui a été fait chez notre malade. On a objecté à ce genre de recherches que les bacilles de la tuberculose pouvaient être confondus avec des saprophytes acido-résistants, c'est-à-dire présentant les mêmes réactions colorantes que les bacilles de la tuberculose, mais ces pseudo-bacilles tuberculeux se développent rapidement dans les milieux de culture usuels.

Or, dans nos cultures, ce développement ne s'est pas produit. Nous avons de plus fait à des cobayes des inoculations, dont l'une a déjà nettement confirmé les résultats inoscopiques. L'autre animal sera sacrifié ultérieurement.

Les urines du malade peu abondantes, hautes en couleur, sont albumineuses d'une façon intermittente; cette albuminurie qui n'est d'ailleurs jamais considérable disparaît à certains jours pour reparaître le lendemain. La quantité maxima d'albumine relevée a été de 35 centigrammes. Il s'agissait bien d'une néphrite à poussées intermittentes, car on observait chaque fois une émission de petits cylindres granuleux coïncidant avec cette albuminurie. Mais ce qui nous a surtout intéressé, c'est que cette urine contenait elle aussi des bacilles tuberculeux et que les phases bacillûriques coïncidaient précisément avec les phases albuminuriques, phénomène signalé pour la première fois par M. André Jousset et sur lequel il a insisté dans un travail récent (1). Ces diverses démonstrations n'ont pas seulement été établies par l'examen microscopique, toujours aléatoire en ce qui concerne les urines et souvent même trompeur, mais par les résultats de l'inoculation au cobaye des dépôts obtenus par centrifugation de masses importantes (300 à 500 grammes environ).

Ainsi donc notre malade est à la fois bacillémique et bacillurique, et l'examen de ces deux liquides, le sang et l'urine, a donné des renseignements que l'examen de l'expectoration n'a pu nous fournir.

Vous me demanderez si la bacillurie implique forcément une néphrite tuberculeuse? Nullement. On peut l'observer chez des tuberculeux qui n'ont point de néphrite ou du moins chez lesquels la néphrite est, ou si légère ou si limitée, que son existence ne saurait être affirmée par les ressources imparfaites de nos techniques. Quoi qu'il en soit au point de vue clinique, cette néphrite joue un rôle si efficace qu'on peut la considérer comme inexistante.

Voyons maintenant quelle a été la genèse des accidents pulmonaires présentés par notre malade et efforçons-nous d'en rechercher l'origine.

Il est certain que tout tuberculeux tient son mal d'un autre tuberculeux; il ne saurait y avoir, quoi qu'on ait dit et soutenu, et cela tout récemment encore, génération spontanée de bacilles. Quand notre malade a-t-il été contagionné?

Il a perdu une sœur de phtisie galopante, il y a dix ans. A-t-il, dès ce moment, contracté le germe d'une maladie qui serait restée latente pendant dix années? La chose est possible, mais il est probable qu'il a été contagionné à une époque plus récente. Il était employé dans une grande Compagnie d'assurances, travaillant au contact de quatorze employés, dans une pièce de dimensions relativement restreintes. Plusieurs de ses collègues toussaient et crachaient sur le plancher; l'un d'entre eux mourut récemment de phtisie pulmonaire; il est bien probable, sans qu'il soit possible de le démontrer, que la contagion s'est produite dans ce bureau.

Mais si le mode de contagion est difficile à établir, que penser du problème bien plus ardu qu'il nous reste à résoudre? Pourquoi la phtisie a-t-elle ici revêtu cette forme anatomique spéciale, la pneumonie caséeuse?

Pour ce qui est des modalités aiguës ou chroniques de la tuberculose pulmonaire, on admet ordinairement que la forme évolutive dépend soit d'une réceptivité particulière du sujet, soit d'une virulence spéciale du bacille, et, en jouant avec une adresse suffisante de ces deux théories, on arrive à contenter les esprits qui ne sont pas trop difficiles.

Mais lorsqu'il s'agit d'expliquer non plus telle ou

(1) André Jousset. Rein et bacille de Koch, *Arch. de méd. expér.*, oct. 1904, nº 5.

telle évolution, mais telle forme anatomique, nous sommes à court d'arguments. Comment expliquer cet envahissement total d'un lobe par des lésions comparables à celles de la pneumonie pneumococcique? Comment admettre cette invasion régulière et massive des alvéoles pulmonaires dans un territoire à la fois très étendu et nettement délimité de l'appareil respiratoire? C'est là un mystère pour lequel je ne vous proposerai aucune théorie, et qui me paraît d'ailleurs aussi difficile à expliquer que celui de la pneumonie lobaire. Le germe est différent, mais dans l'un et l'autre cas on ne sait ni pourquoi l'affection éclate subitement, ni pourquoi elle demeure strictement cantonnée.

La chose est-elle plus facile à expliquer en admettant que l'infection s'est propagée, non par les voies aériennes, mais par la voie sanguine? Je ne le pense pas.

Je vous rappellerai, en effet, que notre malade a des bacilles dans le sang. Or, depuis quelque temps, on tend à admettre que la tuberculose d'origine alimentaire pénètre par l'intestin, mais se propage par le sang. Les bacilles déglutis pénétreraient — et cela sans lésion intestinale — dans les chylifères pour se localiser (chez l'enfant ou le jeune animal) dans les ganglions mésentériques. Ils émigreraient dans le canal thoracique et de là dans le sang.

Le poumon devrait dès lors la fréquence de sa tuberculisation non à la pénétration des bacilles mélangés aux poussières, dans les voies aériennes, mais à sa situation anatomique particulière dans le réseau circulatoire et aussi à la finesse de ses capillaires qui retiendrait plus facilement les bacilles. Il faut également supposer que l'absorption de ces microbes se ferait plus facilement par les chylifères que par les veines, car la tuberculose du foie est rare, si on la compare à celle du poumon.

Toutes ces questions sont encore à l'étude et ne sont pas encore résolues. Quoi qu'il en soit, que le bacille arrive dans le poumon par les voies respiratoires ou par les veines, cela ne nous explique guère pourquoi et comment un lobe tout entier du poumon peut être envahi à l'exclusion du reste du parenchyme pulmonaire. Quant à la bacillémie constatée chez notre sujet, on peut aussi bien dire qu'elle est un effet de la pneumonie caséeuse qu'une cause de celle-ci. Quoi qu'il en soit nous savons depuis les recherches de M. André Jousset que leur association est presque la règle (4 fois sur 5), fait que j'opposerai à la rareté de la bacillémie au cours des autres formes de tuberculose pulmonaire. Il semble, dit cet auteur, que « la bacillémie soit bien plus fonction de l'étendue des lésions pulmonaires que de leur profondeur » (1).

Que vous dire maintenant du pronostic sinon qu'il est des plus sombres? Avec une pareille lésion, la mort est inévitable et l'on peut seulement discuter sur la durée de la survie.

Le traitement est actuellement purement palliatif, mais si la température venait à tomber, si la marche de la maladie était moins rapide, il y aurait lieu d'intervenir et d'employer les procédés de traitement applicables à la phtisie chronique. Dans l'état actuel de la science, c'est tout ce que nous sommes en droit d'espérer.

(1) André Jousset. La bacillémie tuberculeuse, *Semaine méd.*, 14 sept. 1904.

MÉDECINE PRATIQUE

UN NOUVEAU REMÈDE INTERNE CONTRE LA BLENNORRAGIE : LE GONOSAN.

Par le docteur Alex. RENAULT,
Médecin de l'hôpital Cochin annexe (1).

La blennorragie urétrale étant une des maladies les plus ingrates que le médecin ait à traiter, nous devons accueillir avec empressement tout remède nouveau, surtout si ce remède est prôné par des spécialistes, dont la valeur et la conscience scientifique ne sont contestées par personne.

Dans cet ordre de faits rentre le gonosan, introduit pour la première fois, en 1902, dans la thérapeutique par le docteur Boss (de Strasbourg). Depuis, ce médicament a été essayé constamment avec succès par des spécialistes, tels que Friedländer, Benninghoven et Saalfeld (de Berlin); Spitzer et Maximilian von Zeissel (de Vienne); Küsel (de Moscou); Meyer (de Naples); Steiner (de Bucarest); Hottinger (de Zurich).

En France, je ne vois à citer qu'une leçon du docteur Lavaux à l'Ecole pratique, le 3 décembre 1904. L'auteur y signale l'action calmante du gonosan dans les affections des reins et des voies urinaires supérieures. Mais il n'est pas question du traitement de la blennorragie.

C'est l'action de ce médicament contre cette dernière maladie, que nous avons essayée dans notre service de vénériens de l'hôpital Cochin annexe.

Un stock suffisant a été mis très obligeamment à notre disposition par M. Rohais.

Avant de vous faire connaître les résultats de mon expérimentation, il importe que je vous dise quelques mots de la composition du gonosan et de ses effets physiologiques sur l'organisme.

Le gonosan est une dissolution de la masse résineuse, pharmaceutiquement active, de la racine de kawa-kawa dans la meilleure essence de santal indien.

Vous connaissez tous, les effets de l'essence de santal sur les écoulements blennorragiques. Cette essence possède les propriétés des balsamiques. Les recherches de Henderson et de Panas, en 1865, ont démontré que dans la blennorragie aiguë, ce médicament à la dose de 4 grammes dans les vingt-quatre heures, transforme en trois jours la nature de l'écoulement, qui, de purulent devient séro-purulent et en restreint notablement l'abondance.

Malheureusement ce médicament est cher. Aussi est-il souvent additionné d'huile de ricin, d'oléo-résine de copahu, d'huile volatile de copahu ou d'essence de cèdre. C'est à l'action de ces mélanges que sont dus, en majeure partie, les inconvénients imputables à son emploi, tels que nausées, vomissements et surtout douleurs lombaires, qui obligent les malades à suspendre le remède.

L'avantage du gonosan est d'être préparé avec une essence de santal indien absolument pure. Dans cette essence, on dissout les principes actifs du kawa-kawa.

Le kawa est le nom d'une boisson enivrante, que les Taïtiens et les habitants de la Polynésie préparent avec la racine d'une espèce de poivrier appelé : Piper methyslicum.

Mais le docteur Dupouy, médecin de la marine française,

(1) Communication à la Société de thérapeutique, 27 juin 1906.

nous apprend que dans les îles de l'océan Pacifique, le gonosan est employé aussi à titre médicamenteux et comme agent anticatarrhal.

Il y a longtemps que les chimistes ont recherché quels étaient dans le Piper methysticum les principes de sa racine.

Dès 1850, O'Rorke, dans les comptes rendus de l'Académie des sciences; Grobley, en 1860, dans le *Journal de pharmacie et de chimie*; enfin Notting et Kopp, dans le *Moniteur scientifique* de 1875, ont démontré que cette racine contenait deux substances cristallines : la kawaïne et la yangonine, dépourvues l'une et l'autre de toute action thérapeutique, et en outre une substance résineuse, qui en constitue la partie active.

Cette masse résineuse a été particulièrement étudiée en 1886 par L. Lewin (de Berlin), qui a prouvé qu'elle pouvait se décomposer en deux résines, désignées sous les noms d'α et β et possédant la même action pharmaco-dynamique.

Ce même auteur a recherché également les effets physiologiques de ces résines et a constaté les faits suivants :

Quand on laisse tomber sur la langue une goutte des résines en question, il en résulte une sensation d'engourdissement et une diminution de la sensibilité de toutes les parties de la bouche, qui ont été en contact avec le produit.

Si l'on porte maintenant gros comme une tête d'épingle du mélange de ces résines dans l'œil d'un animal, il s'ensuit au bout de trois minutes, souvent même avant, une complète anesthésie de la cornée et de la conjonctive.

Lewin est parvenu à extraire de l'urine, après l'usage du kawa, un principe qui provoque également l'anesthésie de l'œil.

De ces diverses expériences, on pouvait déduire que la résine de kawa, en s'éliminant, devait avoir une action sédative sur les voies urinaires enflammées. Les résultats cliniques ont démontré surabondamment le bien fondé de cette hypothèse.

Lewin observa en outre que les parties de la muqueuse, qui se trouvent en contact avec la résine de kawa, subissent une ischémie, à laquelle il est possible d'attribuer la diminution du pus dans les phlegmasies, à la suite de l'usage de ce remède.

Il faut retenir enfin l'action diurétique de l'extrait fluide de cette substance démontrée par Lewin et Roger, dans le *Medical News* de 1886.

Tenant compte des propriétés anticatarrhales du kawa, signalées par le docteur Dupouy, Hermann von Zeissl (de Vienne) avait, dès l'année 1879, appliqué ce médicament au traitement de la blennorragie. Il se servait d'une macération de 5 grammes de kawa dans 500 grammes d'eau. Ce traitement fut appliqué à 20 blennorragiques, sans succès, au point de vue de la guérison de l'écoulement. Weinstein, qui renouvela ses expériences, ne fut pas plus heureux.

Ce sont d'une part les inconvénients de l'essence de santal, employée seule, de l'autre les propriétés anesthésiques remarquables du kawa, qui donnèrent au docteur Boss (de Strasbourg) l'idée d'associer ces deux médicaments.

Il se présente sous la forme d'une substance huileuse, jaune verdâtre, fortement aromatique, soluble dans l'alcool, le chloroforme et l'éther.

Dans sa composition, une essence très pure de santal indien entre dans la proportion de 80 p. 100 et les résines de kawa-kawa, à l'exclusion des principes cristallisables, inactifs, dans la proportion de 20 p. 100.

Le nouveau remède est contenu dans des capsules, dosées chacune à 30 centigrammes, soit 24 centigrammes d'essence de santal, chimiquement pure, et 6 centigrammes de kawa.

Le docteur Boss fit prendre à ses malades 8 à 10 de ces capsules par jour.

Il résulte des recherches de cet auteur que le gonosan est remarquable :

1° Par ses propriétés sédatives, c'est-à-dire que ce médicament fait disparaître les douleurs intenses à la miction et pendant les érections, qui signalent la première période de la blennorragie aiguë;

2° Par son action anticatarrhale.

Le gonosan diminue en effet rapidement le flux blennorragique, et chez un bon nombre de malades, peut arriver à le faire cesser complètement;

3° Par sa vertu bactéricide, ainsi qu'en témoigne la disparition progressive du gonocoque, constatée par l'examen du pus au microscope.

Ajoutons enfin que le gonosan est le mieux supporté des remèdes balsamiques. Il ne provoque aucun sentiment de répugnance, ni de dégoût, n'attaque ni l'estomac, ni les intestins et ne cause jamais les douleurs lombaires, si souvent engendrées par l'essence de santal, employée seule.

Permettez-moi maintenant de vous faire connaître les résultats de mon expérimentation :

J'ai soumis 10 malades à la médication par le gonosan.

La plupart étaient atteints de blennorragie pour la première fois.

Avant le début du traitement, j'ai pris soin d'examiner au microscope le pus urétral de chacun d'eux. Invariablement, il renfermait du gonocoque, inclus dans les leucocytes polynucléaires, à l'exclusion d'autres microbes, dans presque tous les cas.

Aucun de mes patients, sauf un seul, n'a été soumis préalablement au régime émollient.

D'emblée, j'ai prescrit le gonosan, à la dose de six capsules pendant les deux premiers jours, puis de neuf, les jours suivants, jusqu'à la sortie de l'hôpital. Le médicament était administré en trois fois, par parties égales, en commençant les trois repas de la journée.

Suivent les observations, dont nous nous bornons à fournir les conclusions.

De cet ensemble d'observations, continue le docteur Alex. Renault, il ressort d'abord un premier fait, qui paraît hors de contestation et qui, au point de vue pratique, a une importance considérable; c'est la propriété anesthésique du gonosan.

Huit fois sur dix, c'est-à-dire dans 80 p. 100 de nos cas, le nouveau remède a éteint promptement les douleurs habituellement si pénibles, pendant les mictions et les érections, qui se produisent au premier période de la blennorragie aiguë.

Cette vertu anesthésique est d'autant plus précieuse que les érections arrivent plutôt la nuit, troublent le sommeil des malades, les obligent à se lever plusieurs fois et contribuent ainsi à augmenter l'affaiblissement et le malaise général, engendrés par l'écoulement.

Combien de temps faut-il pour que l'effet sédatif se produise? Six jours en moyenne d'après nos observations et, dans cinq d'entre elles, trois à quatre jours ont suffi.

Pareil résultat est très appréciable, quand on veut bien se rappeler que, dans la blennorragie aiguë, ce n'est guère qu'au bout de douze à quinze jours que la miction devient supportable et que les érections douloureuses ne tourmentent plus les patients.

Le deuxième avantage du gonosan consiste dans son pouvoir anticatarrhal. Il suffit d'observer les malades pour constater que ce médicament diminue aussi promptement l'abondance du flux blennorragique que les autres balsamiques habituellement employées. Au bout de quelques jours, dans la plupart des cas, l'écoulement est réduit au point de tacher à peine le linge.

Troisième qualité du remède : c'est qu'il est admirablement supporté par presque tous les malades.

En administrant le médicament immédiatement avant le repas, chaque capsule avec un peu d'eau, je n'ai constaté, sauf dans un cas, ni dégoût, ni pesanteurs d'estomac, ni pyrosis, ni coliques, ni douleurs de rein. J'insiste sur ce dernier point,

qui ne constitue pas un des moindres avantages du gonosan. On sait en effet que les souffrances lombaires sont assez fréquentes à la suite de l'administration du santal et peuvent obliger à suspendre le remède. J'ajoute enfin, qu'après l'usage du gonosan, je n'ai jamais observé le moindre érythème. La plupart des auteurs prétendent que le gonosan prévient les complications de la blennorragie, telles que orchi-épididymites et cystites. A cet égard, je ne me permettrai de tirer aucune conclusion, mon expérience n'étant pas suffisante. Ce que je puis dire, c'est que, sur les dix malades, dont j'ai rapporté les observations, l'un d'entre eux a été atteint d'épididymite seize jours après le début de sa blennorrhagie et au bout de cinq jours de l'emploi du gonosan. Ce le malade est du reste un des deux, qui n'ont pas bénéficié des vertus anesthésiantes du remède.

Dernière question à envisager : le gonosan peut-il à lui seul guérir complètement la blennorragie? Il y a des auteurs qui prétendent que les remèdes internes ne parviennent jamais, sans le secours des injections ou des lavages, à tarir un écoulement.

Tel n'est pas mon avis et, si je m'en rapporte à mes observations, deux fois sur dix, le gonosan semble avoir produit une guérison définitive.

Le premier malade, après trente-sept jours de maladie et vingt et un jours de traitement, a quitté le service, la pression du canal, le matin, après une nuit sans miction, ne ramenant plus de goutte, et les urines ne contenant plus de filaments au fond du verre.

Chez le second, même heureux résultat, au bout de trente-quatre jours d'écoulement et vingt jours de traitement, dont trois à l'essence de santal, le stock de gonosan étant momentanément épuisé.

Est-on en droit de considérer ces cures comme définitives? A cette question, je ne suis pas en mesure de répondre. Je considère néanmoins la chose possible, si les intéressés ont observé strictement et durant les délais requis, c'est-à-dire trois semaines à un mois après la disparation totale de l'écoulement, l'hygiène et le régime appropriés.

Quoi qu'il en soit, ce problème de l'extinction complète de la blennorragie ne pourra être tranché qu'à l'aide d'observations nombreuses, longtemps poursuivies et soumises à l'épreuve habituelle de la guérison, c'est-à-dire à l'usage inoffensif de la bière.

Cette question réservée, le gonosan n'en constitue pas moins un des remèdes les plus précieux que nous possédions contre la blennorragie, en raison de ses propriétés anticatarrhales et surtout anesthésiques, qui permettent de l'administrer dès le début de l'écoulement, contrairement aux autres balsamiques, et d'en abréger vraisemblablement la durée, puisqu'il supprime le traitement émollient, d'ordinaire prescrit pour calmer les douleurs des mictions et des érections et favoriser le flux urétral, dont l'abondance est en raison directe de l'effet sédatif.

Le gonosan fait-il disparaître plus vite les gonocoques que les autres antiblennorragiques? Mon expérience personnelle est encore insuffisante à cet égard.

D'après un travail de Varges, pharmacien chimiste à Dresde, travail paru en 1905 dans le n° 45 du journal *Die medizinische Klinik*, le gonocoque ne serait plus visible au bout de dix jours chez la plupart des malades, de quatorze jours chez les autres.

Il insiste enfin sur le développement moindre et plus tardif sur agar des colonies microbiennes, qui émanent de l'urine des sujets atteints.

Toff de Braila, dans le n° 5 du *Repertorium der prakt. Medizin*, pour 1905, explique de la façon suivante l'action du gonosan sur la rapide disparition du gonocoque.

D'après lui, l'administration du remède met en liberté dans l'urine des acides résiniques. Ceux-ci développent une réaction acide, qui tue en cinq minutes les cultures du gonocoque.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, il est risqué de conclure à l'extinction du gonocoque. Sans doute, celui-ci disparaît en apparence. Mais il peut se dissimuler au fond des glandes urétrales ; on sait en effet la facilité avec laquelle il repullule sous l'influence de la moindre excitation.

Arrivé au terme de ce travail, voici les conclusions que je crois légitime d'en tirer.

Ces conclusions, je les diviserai en personnelles et étrangères.

Conclusions personnelles. — Celles qui découlent de mes observations. Elles me permettent d'affirmer :

1° Les propriétés anesthésiques remarquables du gonosan contre les douleurs des mictions et des érections ;

2° Son pouvoir anticatarrhal ;

3° Son innocuité envers l'estomac, l'intestin, les reins et la peau.

Conclusions étrangères. — Celles qui émanent des spécialistes, dont les recherches ont précédé les miennes et qui vantent en outre les vertus anaphrodisiaques, diurétiques et bactéricides du remède, son heureuse action contre les complications de la blennorragie : orchi-épididymites et cystites, dont il calme la souffrance ; son action préventive enfin de la pénétration du gonocoque dans l'urètre postérieur, et comme conséquence, la rareté dans le cours de la maladie des accidents du côté de la vessie et des testicules.

Toutes ces assertions sont à vérifier. Je n'ai pas eu dans ce mémoire d'autre ambition que d'attirer votre attention sur un remède que je considère comme un apport très précieux dans le traitement de la blennorragie urétrale et de solliciter de votre part des recherches de contrôle, recherches que je me propose personnellement de poursuivre, aussi bien dans mon service d'hôpital que sur les malades de ma clientèle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1906)

Appendicite et typhlo-colite. — La discussion sur l'appendicite s'est terminée par deux communications fort intéressantes de MM. Blanchard et Huchard.

M. Blanchard a traité un côté étiologique de la question qui a été, jusqu'ici, laissé complètement dans l'ombre. Il veut parler de l'origine helminthique de l'appendicite. Cette affection n'est pas toujours ce qu'on croit ; il est bien certain qu'on a souvent enlevé des appendices sains ; les chirurgiens sont d'accord avec M. Dieulafoy sur ce point. Il y a d'autres affections que l'appendicite qui donnent lieu à des douleurs intenses dans la fosse iliaque droite, avec ou sans vomissements, avec ou sans fièvre ; il y a la typhlo-colite, il y a la typhlite, il y a l'appendicite elle-même, d'où viennent ces affections ? M. Blanchard a la conviction qu'un nombre considérable de ces cas d'entérite ou d'appendicite sont déterminés par des vers intestinaux. On trouve dans l'intestin de l'homme trois sortes de vers : 1° l'ascaride lombricoïde ; 2° les oxyures ; 3° le tricocéphale. Ces vers sont des animaux essentiellement erratifs. On a cru jusqu'ici que l'ascaride lombricoïde était un être inoffensif ; profonde erreur ! Cet animal devient fréquemment fort dangereux. La tête du parasite pénètre sous la muqueuse en l'érodant et M. Blanchard montre des planches d'intestin de phoques sur lesquelles on voit très bien ce travail de pénétration, d'érosion de la muqueuse accompli par un ascaride. Il y a longtemps d'ailleurs que ces faits ont été révélés par

Davaine dans son livre sur les entozoaires; cet auteur a signalé des faits d'inflammation, de fièvre typhoïde, en rapport avec ces lésions de la muqueuse déterminées par ces vers.

Les oxyures se comportent de la même façon à l'égard de la muqueuse intestinale ou appendiculaire. Ces vers peuvent donc ouvrir la porte, en quelque sorte, à toutes sortes de microbes, et ceux-ci, dans ces cas, n'interviennent que secondairement. Il en est de même des lésions mécaniques par corps étrangers qui produisent l'érosion par laquelle pénétreront secondairement les microbes.

M. Blanchard rappelle les travaux de M. Metchnikoff sur le rôle des helminthes dans l'étiologie de l'appendicite. M. Metchnikoff a communiqué les observations de trois individus qui avaient été atteints de plusieurs crises appendiculaires à répétition. On avait décidé l'intervention chirurgicale, lorsque M. Metchnikoff, analysant les selles au microscope, y décela la présence, dans deux cas, de l'ascaride lombricoïde, dans le troisième, du tricocéphale. Un traitement antihelminthique a suffi pour faire disparaître tous les symptômes de l'appendicite. Depuis cette communication, les faits se sont multipliés. M. Guyard a publié une série d'observations analogues et non moins concluantes.

Il y a donc une relation de cause à effet entre l'appendicite et les parasites intestinaux. Ces faits étant démontrés, il y aurait des mesures prophylactiques à prendre contre les eaux d'arrosage des légumes, contre l'emploi de ces engrais humains qui semblent faits exprès pour favoriser l'introduction des parasites dans le tube digestif de l'homme. Les épidémies d'appendicites, les appendicites familiales trouvent leur explication dans cette étiologie vermineuse, dans cette contamination des légumes ou d'eaux de source, ou de puits.

De ces faits, il résulte un traitement très simple que M. Blanchard propose d'appliquer préalablement à toute appendicite : un traitement antihelminthique. Le thymol répond parfaitement à cette indication. En outre, M. Blanchard propose à l'Académie d'émettre le vœu que l'on surveille l'arrosage des plantes maraichères, et que l'on condamne l'emploi de l'engrais humain.

Ce vœu a déjà été émis dans d'autres sociétés savantes, au Conseil d'hygiène où M. Blanchard a signalé ce danger. Malheureusement ce vœu, comme celui que va formuler l'Académie, restera encore longtemps à l'état de vœu.

Avec M. Huchard nous abordons un tout autre côté de la question. Nous entrons ici en pleine clinique et c'est de la douleur appendiculaire à siège épigastrique et des rapports des colopathies muco-membraneuses avec l'appendicite que nous entretient le savant clinicien de Necker. Cette communication est trop importante pour être résumée dans le peu de place qui nous reste. Nous y reviendrons prochainement.

Au début de la séance, M. le président a annoncé la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Laulanier, directeur de l'école vétérinaire de Toulouse, membre correspondant de l'Académie.

MM. Motet, Gilbert et Chauvel ont lu des rapports que l'on n'a pas entendus, et M. Durante a fait, à la fin de la séance, une communication dont pas un mot ne nous est parvenu.

M. Widal a été élu membre titulaire dans la Section d'hygiène et de médecine légale par 67 suffrages sur 76 votants. Cette imposante majorité n'étonnera personne de ceux qui connaissent les travaux de M. Widal.

ANALYSES

MÉDECINE

Paralysie récidivante de l'oculo-moteur comme complication de la fièvre typhoïde. (Jochmann. *Deuts. med. Wochens.*, 19 avril 1906, n° 16 p. 617.) — Jochmann rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, depuis l'âge de huit ans, présentait par intervalle des crises de migraine, à localisation hémicranienne gauche et s'accompagnant de paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté gauche, qui disparaissait avec les phénomènes douloureux.

A l'âge de dix-neuf ans le sujet fut atteint de fièvre typhoïde. Le cinquième jour de la maladie, qui avait débuté par la céphalalgie hémicranienne et les vomissements d'une attaque ordinaire de migraine, apparut de nouveau la paralysie du moteur oculaire commun du côte gauche. Mais cette fois, l'ophtalmoplégie, ordinairement fugace, se prolongea pendant trois mois et finit par guérir spontanément.

L'auteur rappelle que le syndrome migraine avec ophtalmoplégie à été décrit pour la première fois par Mœbius, et que cet auteur considérait ce syndrome comme une maladie toute différente de la migraine ordinaire. Charcot au contraire faisait de cette « migraine ophtalmoplégique » une variété rare de la migraine vulgaire.

Jochmann estime que dans le cas de son malade l'infection typhique a rappelé et aggravé les symptômes migraineux et paralytiques survenus déjà à plusieurs reprises.

A. Lemierre.

Les symptômes mentaux dans les tumeurs cérébrales. (P. C. Knapp. *Boston med. and surg. Journ.*, 13 avril 1906.) — M. Knapp a recherché les troubles mentaux dans les observations de 104 sujets atteints de tumeurs cérébrales et a constaté leur présence, à un degré appréciable, dans 79 cas. Pour diverses raisons, l'auteur ne retientque 58 de ces cas et les groupe de la façon suivante. Trente et un malades présentaient une dépression mentale plus ou moins marquée; chez 7 sujets on notait de la confusion mentale, avec perte de la mémoire, paroles incohérentes, somnolence, stupidité; 15 autres furent atteints de délire et 3 de manie aiguë. Les hallucinations sont assez fréquentes. Dans les premières périodes de la maladie on note parfois des troubles neurasthéniques ou hystériques. Deux malades eurent du délire de la persécution.

Sur 6 cas de tumeur du lobe frontal 5 s'accompagnèrent de troubles mentaux. Sur 4 malades atteints de tumeurs de la région rolandique, 2 furent atteints au point de vue mental d'une façon précoce; un troisième le fut plus tardivement, et chez le quatrième il survint du délire de la persécution.

Chez 2 malades présentant une tumeur pariétale on a noté, dans un cas, des symptômes neurasthéniques précoces, dans le second de la stupidité à une période plus avancée.

Dans 6 cas de tumeur temporale, on a relveé 2 confusions mentales, 1 délire aigu, et enfin, chez un seul malade, les troubles rappelant la paralysie générale.

Sur 7 tumeurs cérébelleuses, 5 s'accompagnaient de débilité mentale, de délire; ce dernier malade n'avait pas de symptômes mentaux mais souffrait de céphalée et de vertige aggravé par le moindre effort.

Enfin, sur 7 tumeurs de la base, toutes s'accompagnèrent de manifestations mentales plus ou moins précoces, à l'exception d'un cas; dans ce dernier la tumeur siégeait dans l'étage

postérieur et n'intéressait le cerveau que d'une façon peu profonde.

A. HOUSQUAINS.

NEUROLOGIE

Etude anatomo-clinique d'un cas de syringomyélie spasmodique. (MM. ALQUIER et GUILLAIN. *Revue neurol.*, p. 489-496, avec 10 fig.) — L'affection avait débuté par des douleurs radiculaires dans les membres supérieurs, puis apparut une spasmodicité des quatre membres très intense aux supérieurs qui se fixèrent bientôt en flexion permanente. Ces caractères particuliers et cette intensité de la spasmodicité permettaient d'éliminer la compression de la moelle, à laquelle on avait pensé, en raison de la cyphose qui s'était jointe aux autres signes morbides.

Les troubles de la sensibilité étaient minimes, eu égard aux lésions. Celles-ci étaient de deux ordres : cavités typiques de la syringomyélie avec grosse méningite cervicale et lésion des deux faisceaux pyramidaux, et d'autre part, de très nombreuses lacunes de myélomalacie. Malgré cette dernière lésion, l'amyotrophie était peu considérable, ce qui s'explique par l'intégrité presque complète des cellules nerveuses situées au bord même des cavités.

F. LE SOURD.

THERAPEUTIQUE

La trypsine dans les tumeurs malignes. (W. A. PUSEY. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. XLVI, n° 23, 9 juin 1906, p. 1763.) — A la suite des expériences de Beard (d'Edimbourg) sur l'influence de la trypsine sur les tumeurs néoplasiques expérimentales de la souris, Pusey a essayé cette substance dans 7 cas de cancer inopérable et non traitable par les rayons X et dans un cas de sarcome globo-cellulaire de la cuisse. Il injecta une solution stérilisée de trypsine à la dose de x gouttes d'abord, augmentant rapidement dans certains cas jusqu'à LX gouttes par jour. Parfois les injections furent bien tolérées, parfois elles furent douloureuses; 6 ou 8 fois, il y eut formation d'un abcès aseptique. A l'incision ces abcès ne donnèrent pas de pus, mais un liquide séreux épais, gluant, presque transparent, contenant des débris caséeux. A la suite de cette évacuation, il persistait une fistule de mauvais aspect, à parois gris sale, qui, dans la moitié des cas, s'agrandit jusqu'à former des trajets larges comme le doigt, indolores, mais lents à guérir.

Dans un cas, il y eut amélioration très marquée et disparition de la tumeur comme si elle avait été digérée. Dans tous les autres cas, non seulement résultats nuls, mais la trypsine sembla beaucoup accélérer la marche de la tumeur et de la cachexie.

F. GARDNER.

L'amiante comme matériel de pansement. (Alfred S. JÆGER. *Indiana med. Journ.*, vol. XXIV, n° 12, juin 1906, p. 463-464.) — L'amiante offre cet avantage qu'il peut être stérilisé directement dans une flamme avant d'être appliqué sur la peau. Ceci n'est pas un grand avantage quand il s'agit d'un hôpital où la stérilisation est toujours soignée, mais c'en est un en pratique privée, où l'on a souvent à faire des pansements avec des restes de boîtes ouvertes, d'asepsie douteuse. Le pansement d'amiante se détache avec la plus grande facilité quand on le mouille; il ne colle jamais aux plaies. Pour les emplois médicaux, enveloppements, etc., il possède deux avantages marqués sur le coton; il est plus hygroscopique et moins conducteur de la chaleur; le prix plus élevé de l'amiante est compensé par ce fait qu'étant plus léger, un poids donné d'amiante est beaucoup plus volumineux qu'un même poids de coton; une livre d'amiante fait à peu près le même usage que deux livres d'ouate.

F. GARDNER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'IODE DANS LES AFFECTIONS AIGUES ET CHRONIQUES

Les avantages incontestables de l'iodipine sur les autres préparations iodées et particulièrement sur les iodures en ont fait un médicament dont le thérapeute ne peut plus se passer; différentes publications récentes viennent à l'appui de cette manière de voir.

Dans sa dissertation inaugurale, faite à l'Institut pharmacologique du professeur Geppert, H. Peters a confirmé les faits avancés par Chapuis dans sa thèse de 1905, relativement au sort de l'iodipine injectée dans l'organisme : elle se fixe au lieu de l'injection, puis s'absorbe lentement en se décomposant partiellement en iodure alcalin. Ainsi son action se produit d'une manière continue, qu'elle s'adresse à une affection chronique ou qu'on attende d'elle un rôle antitoxique, suivant les idées de Labbé et Lortat-Jacob. Non seulement l'iodipine peut être employée en injections sous-cutanées sans causer de douleurs, mais elle se montre encore efficace dans des cas où l'emploi des iodures s'est montré inactif : tel le cas de Steiner et de Demetriade où, à la suite d'un traitement par l'iodipine, on trouva de l'iode dans les croûtes d'une syphilide papulo-squameuse, tandis qu'on ne put en découvrir dans un psoriasis qui avait été traité par des doses élevées d'iodure de potassium.

Mais, comme le fait remarquer Steiner, seul un traitement énergique peut donner un bon résultat, tant dans la syphilis secondaire et tertiaire que dans le psoriasis : il injectait ordinairement, *pro die*, 10 centimètres cubes d'iodipine à 25 p. 100, mais il a aussi donné, *per os*, l'iodipine à 10 et 25 p. 100, aux doses usuelles. Il les a aussi essayées contre les tuberculoses ouvertes, les infiltrations scrofulo-tuberculeuses, le spina-ventosa ulcéré, sous forme de pansements. Dans tous les cas, les ulcérations n'ont pas tardé à s'absterger; puis, après cautérisation des granulations, le pansement à l'iodipine donna bientôt lieu à une nouvelle formation d'épiderme.

L'efficacité remarquable des injections d'iodipine dans les arthrites monoarticulaires chroniques a été bien mise en lumière par les communications de Depage (*Journal médical de Bruxelles*) : dans les cas qu'il a observés, les injections de 10 à 20 centimètres cubes d'iodipine, faites tous les jours ou tous les deux jours, ont donné lieu à une rapide disparition des douleurs et à la guérison sans ankylose.

Citons enfin le récent travail de Potheau (Th. de Lyon, 1905), qui a utilisé son action antitoxique dans les infections aiguës (voir *Gaz. des hôpit.*, 6 janvier 1906) et attribue à l'iodipine, huile chloro-iodée, une action plus directe, plus efficace sur l'organisme que les huiles iodées simples. Le chlorure d'iode n'est-il pas, en effet, l'atténuateur par excellence des toxines, et n'est-il pas employé à ce titre dans la préparation des sérums antitoxiques? Et, de fait, les observations de Potheau dans des cas de toxi-infections avec fièvre et symptômes généraux graves : infections puerpérales, érysipèles, pelvi-péritonites, suppurations, grippe, montrent toutes, de quatorze à dix-huit heures après l'injection de 15 centimètres cubes, en moyenne, d'iodipine à 25 p. 100, une chute brusque et permanente de la température, analogue à celle produite par le collargol dans les cas les plus favorables.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

HÉMOPTYSIES (1)

G. Syphilis pulmonaire. — L'hémoptysie y est exceptionnelle, peu abondante.

H. Pneumonies et broncho-pneumonies. — Dans la *pneumonie franche*, l'expectoration est d'abord franchement sanguinolente, puis rouillée; quelquefois, on observe de véritables hémoptysies associées ou non à l'expectoration de moules fibrineux abondants. Il en est de même dans la *broncho-pneumonie*.

I. Affections pleurales. — Les hémoptysies seraient surtout fréquentes dans la *pleurésie interlobaire* où elles s'expliquent par la théorie du vase clos (Dieulafoy). Elles ont été signalées dans le *pneumothorax*, surtout chirurgical.

J. Traumatismes thoraciques. — L'hémoptysie succède soit à l'*inhalation de gaz irritant* ou de poussières, soit à un *traumatisme externe* (coup d'épée, projectile); on l'a encore notée dans les cas de *corps étrangers des voies aériennes*. Les commémoratifs, dans tous les cas, fixeront le diagnostic causal. On peut en rapprocher les *hémoptysies par décompression brusque*, survenant chez les ascensionnistes ou à l'occasion d'un froid intense.

K. Hémoptysies d'origine laryngée (cancer, tuberculose). — Les citer.

III. **Hémoptysies dans les affections d'ordre circulatoire.** — I. Affections mitrales. — L'hémoptysie mitrale la plus habituelle est peu abondante; elle est constituée par du sang noirâtre, poisseux; elle est due soit à un infarctus, soit à la simple congestion passive. Exceptionnellement, elle peut être très abondante (Laënnec).

L'hémoptysie liée à un infarctus est facile à reconnaître; en sa faveur on invoquera : α. les antécédents de lésion mitrale (rétrécissement le plus souvent); β. la coexistence d'autres phénomènes asystoliques (dilatation du cœur droit, œdèmes, congestions viscérales); γ. l'évidence des signes fonctionnels (point de côté, dyspnée); δ. le peu de netteté des signes physiques. Mais il faut bien savoir que toutes les hémoptysies survenant en cours du rétrécissement mitral ne doivent pas être attribuées à un infarctus, et parfois la localisation des signes physiques aux sommets, l'évolution rapide des accidents et surtout la constatation de bacilles dans les crachats, permettront d'affirmer la nature tuberculeuse de certaines d'entre elles. Les hémoptysies dues à la congestion simple seront reconnues par les signes physiques habituels : foyers de submatité aux bases et par les antécédents de cardiopathie.

Ainsi, dans le rétrécissement mitral, l'hémoptysie peut relever de trois causes : infarctus, congestion simple, tuberculose.

II. Affections artérielles. — 1. *De l'insuffisance et du rétrécissement aortiques*, il faut rapprocher la *myocardite scléreuse hypertrophique*. Il peut survenir des hémoptysies dont le diagnostic, souvent malaisé, se fondera sur les éléments suivants : début brusque, unilatéralité des signes physiques, anamnèse.

2. Les *anévrismes aortiques* rompus dans la trachée ou les bronches donnent lieu à des hémoptysies extrêmement abondantes, parfois même foudroyantes. Le diagnostic étiologique se fondera sur les antécédents des malades (syphilis, paludisme) et sur les signes physiques et fonctionnels propres à l'anévrisme.

3. Nous avons déjà cité les hémoptysies dues aux anévrismes miliaires des artères bronchiques et qui s'observent assez fréquemment dans l'*artério-sclérose* et la néphrite interstitielle.

II. Affections veineuses. — L'hémoptysie est quelquefois la conséquence d'une grosse *embolie pulmonaire* détachée d'un caillot de phlébite plus ou moins éloigné.

C. **Pronostic.** — Il varie suivant les causes de l'hémoptysie, son abondance, sa répétition, etc.

I. Hémoptysies survenant au cours d'une maladie générale. — Toujours graves, moins par elles-mêmes, que parce qu'elles sont l'indice d'un état hémorragipare presque constamment mortel.

III. Hémoptysies d'origine respiratoire. — A la suite de l'hémoptysie *initiale*, dans la *tuberculose pulmonaire chronique*, apparaissent souvent des signes de broncho-pneumonie tuberculeuse à marche rapide et fébrile (Barth). Les hémoptysies *de la deuxième période* doivent, en ce qui concerne le pronostic, être divisées en deux groupes : les fébriles, les non fébriles. Ces premières comportent toujours un pronostic sévère; les secondes, au contraire, indiqueraient une tendance spontanée des lésions pulmonaires vers la cicatrisation et c'est d'elles que M. Grancher a pu dire que de toutes les formes de tuberculose pulmonaire, ce sont les tuberculoses hémoptoïques qui sont les plus curables. Les hémoptysies de la *dernière période* sont graves, et parce qu'elles peuvent entraîner la mort en quelques heures, et parce qu'elles sont l'une des multiples manifestations de la cachexie tuberculeuse.

Les *hémoptysies* dites *hystériques*, *arthritiques* ou *supplémentaires* sont, 9 fois sur 10, dues à la tuberculose, mais, le plus souvent, chez ces malades, « la tuberculose pulmonaire reste locale, torpide, et remarquablement inoffensive » (Barth).

Dans la *bronchectasie* et dans la *gangrène pulmonaire*, l'hémoptysie peut, par son abondance, acquérir une gravité extrême. Dans le *cancer du poumon*, elle indique l'extension du néoplasme. Dans les *kystes hydatiques*, elle annonce la rupture prochaine de la poche.

III. Hémoptysies d'origine circulatoire. — Celles du *rétrécissement mitral* marquent que la lésion cardiaque n'est plus compensée; celles de l'*ectasie aortique* sont fatalement et rapidement mortelles.

Pathogénie. — Trois conditions principales :

A. **Hypertension vasculaire.** — *Active.* — Le type en est donné par les hémoptysies consécutives à la décompression brusque. Dans ce cadre rentrent les hémoptysies dites arthritiques, supplémentaires; celles qui surviennent au cours de l'insuffisance aortique; celles de la tuberculose pulmonaire. *Passive*, c'est elle qu'on observe à la période d'asystolie des cardiopathies.

B. **Altérations des parois vasculaires.** — Par ce mécanisme, s'expliquent les hémoptysies traumatiques, celles qui succèdent à une affection laryngée, à la rupture d'un anévrisme aortique, à la dilatation des bronches (état vasculaire de la paroi), au cancer, aux kystes hydatiques, à la gangrène, aux infarctus, etc.

Dans la *tuberculose pulmonaire*, les hémoptysies de la première et de la seconde période s'expliquent à la fois par la congestion para et périttuberculeuse, et par les lésions vasculaires (tuberculisation, oblitération). A la troisième période, elles sont dues à la rupture des anévrismes de Rasmussen (v. classiques).

C. **Altérations du sang.** — Elles consistent en dégénérescence des capillaires, coagulations sanguines avec hématolyse, thromboses microbiennes, etc. Ce sont elles qui interviennent surtout dans les hémoptysies survenant au cours des maladies générales.

Traitement. — A. **Causal.** — B. **Symptomatique.** — 1. Les *classiques* recommandent surtout les vaso-constricteurs (ergotine), la glace, la ligature des membres, le repos absolu. — 2. M. Huchard fait remarquer avec raison que, dans les hémoptysies par hypertension, les vaso-dilatateurs et hypotenseurs (trinitine, iodure de tétranitrol) sont plus indiqués. — 3. Tout le monde est d'accord sur les effets favorables des vomitifs, et particulièrement de l'ipéca, donné à doses nauséeuses pendant toute la durée de la crise (v. Trousseau, *Cliniques*, et Peter, loco citato).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 70, p. 838, et n° 73, p. 874.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 77. — SAMEDI 7 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 7 JUILLET 1906. — N° 77

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — MM. les élèves de la Faculté, ayant passé leur thèse de doctorat en 1905-1906, sont informés qu'en juillet prochain la Faculté choisira parmi eux le titulaire d'une bourse, offerte par la Compagnie du Mont-Dore, pour participer aux voyages d'études médicales de 1906.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 30 juin 1906 :

M. le médecin-major de deuxième classe Augarde passe au 20e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe Do passe au 30e d'infanterie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Castiaux, professeur de médecine légale à la Faculté de Lille, et de Mme Mary Putnam Jacobi (de New-York), docteur en médecine de la Faculté de Paris.

CLINIQUE TARNIER. — Un cours de pratique obstétricale avec manœuvres sera fait pendant le mois de juillet par MM. les docteurs Guéniot, chef de clinique, et Cathala, chef de laboratoire.

Les leçons auront lieu tous les matins (dimanche excepté), à dix heures un quart, à partir du lundi 2 juillet.

Le droit d'inscription est de 50 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

COURS PRATIQUES PAR D'ANCIENS INTERNES. — La deuxième série des cours pratiques aura lieu du 20 juillet au 11 août 1906. Conçus dans un esprit absolument pratique, ils s'adressent aux étudiants à la fin de leurs études, et aux praticiens.

Chaque cours comprend 9 à 10 leçons qui se suivent à deux jours d'intervalle ; les heures différentes permettent de suivre plusieurs cours. Pour chaque cours le droit d'inscription est de 20 francs.

La deuxième série comprend les cours suivants :

Lundi, mercredi, vendredi. — Larynx, nez, oreilles, M. Bourgeois ; — Gynécologie pratique, M. Bender ; — Chirurgie journalière, M. Delaunay ; — Orthopédie, M. Tridon ; — Maladies nerveuses, M. Rose ; — Obstétrique, M. Lequeux ; — Voies urinaires, M. Minet.

Mardi, jeudi, samedi. — Maladies de la peau, M. Lenglet ; — Thérapeutique générale, M. Oppenheim ; — Estomac et intestin, M. Lippmann ; — Maladies des enfants, M. Ball ; — Electrothérapie, M. Delherm.

Pour programmes et inscriptions, s'adresser au docteur Minet, 15, rue Malebranche, les lundis, mercredis et vendredis, de deux à quatre heures.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 6, juin 1906.) MOURET : Traitement des déviations de la cloison des fausses nasales. — JACQUES : Contribution à l'étude du syndrome de Gradenigo. — GUISEZ : De l'ostéomyélite des os plats du crâne consécutive aux otites et sinusites suppurées. — MAHU : Un cas d'angiome traité par les injections d'eau oxygénée.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 192, 25 juin 1906.) DUNOGIER : Les dents surnuméraires et les rayons Rontgen. — GUILLEMINOT : Tableau d'électrothérapie mobile en forme de pupitre de musicien. — MATIGNON : L'appareil à rayons X de l'armée japonaise en campagne. — BARJON : Influence des rayons de Röntgen sur le sang et les organes hématopoïétiques. Traitement de la leucémie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 7, juillet 1906.) MÉRY : Préservation scolaire contre la tuberculose. — TAILLENS : Ascarides et méningisme.

Archives générales de médecine. — (N° 26, 26 juin 1906.) SOCA : Des rapports de l'asthme et de la tuberculose; statistique de 700 cas d'asthme. — SABRAZÈS, MURATET et HUSNOT : Motilité du scolex échinococcique. — (N° 27, 3 juillet.) MARCOU : Suc gastrique et cancer de l'œsophage. — GUILLEMARD et KANCEANO : Sur l'origine et les variations physiologiques des alcaloïdes urinaires.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 21, 8 juin 1906.) E. ROCHARD : Encore et toujours l'appendicite. — BENECH : De l'aortite abdominale par propagation; ses rapports avec la gastrite et avec l'appendicite. — BARDET : Les causes de l'exercice illégal de la médecine; considérations psychologiques, pédagogiques et économiques. — (N° 22, 15 juin.) Albert ROBIN : Leçons de clinique thérapeutique. Traitement médical des varices et de quelques-uns de leurs accidents.

Bulletin médical. — (N° 50, 27 juin 1906.) LANNELONGUE, ACHARD et GAILLARD : Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sérothérapie. — LANCEREAUX : Les anévrismes des gros vaisseaux. Etiologie et pathogénie; traitement par le sérum gélatiné. — (N° 51, 30 juin.) DALCHÉ : Métrorragies et syphilis. — (N° 52, 4 juillet.) BERNHEIM : Pathogénie d'un cas d'hystérie liée à une tumeur cérébelleuse.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 21 juin 1906.) ASCHOF : L'inflammation chronique de l'appendice prédispose-t-elle à l'attaque aiguë ? — SCHEFFERDEKER : Un cas de grand épiploon rudimentaire chez l'homme; rôle de l'épiploon. — KOSENHEIM : Traitement des catarrhes intestinaux chroniques. — ROSENBERGER : Glycosurie dans la pneumonie fibrineuse. — KOWARSKI : Méthode simplifiée pour le dosage de l'acide urique dans l'urine. — RIESE : Opérations sur les vésicules séminales. — BENEDIKT : Sur la théorie des maladies dégénératives typiques du système nerveux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 26, 26 juin 1906.) GRASHEY : Corps étrangers et rayons Röntgen. — BINGEL : Sur la mesure de la pression sanguine diastolique chez l'homme. — PINCUSSOHN : Action du café et du cacao sur la sécrétion gastrique. — GAUPP : Particularités cliniques des troubles mentaux de la population de nos grandes villes. — BRUNS : Poliomyélite antérieure aiguë des adultes. — KRÜGER : Emploi de la tuberculine dans le traitement de la phtisie pulmonaire. — HECHT : Sur le traitement de la sténose laryngée des enfants par l'opium. — SACHS-MÜKE : Un appareil simple pour retrouver certains points dans les préparations microscopiques.

Presse médicale. — (N° 47, 13 juin 1906.) H. ROGER : Le réflexe gastro-salivaire. — ISSAILOWITCH-DUSCIAU : L'autonarcose. — (N° 48, 16 juin.) GUILLAIN et THAON : Asphyxie locale et gangrène des extrémités d'origine tuberculeuse. — FALLOISE : Les gastrorragies frustes. — (N° 49, 20 juin.) LEGUEU : De la tuberculose génito-urinaire. — MARTINET : Etat actuel de la médication phosphatée. — (N° 50, 23 juin.) DIEULAFOY : Quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. — Léon BERNARD : L'alimentation des classes laborieuses parisiennes dans la famille et aux restaurants populaires d'après deux enquêtes récentes. — (N° 51, 27 juin.) GÉRAUDEL : Surcharge graisseuse et zone de rupture dans le foie cardiaque. — SALIGNAT : De l'examen du suc gastrique chez les gastropathes. — (N° 52, 30 juin.) RECLUS et DIEULAFOY : Entéro-colite et appendicite. — MARTEL : La rage et la capture des chiens errants. — (N° 53, 4 juillet.) REMLINGER : Le bacille d'Eberth dans l'intestin des sujets sains. Conséquences cliniques et épidémiologiques. — DE GAULEJAC : La sécrétion interne du testicule dans l'ectopie de cet organe.

Revue scientifique. — (N° 24, 16 juin 1906.) Sir Archibald GEIKIE : La géologie au début du XIXe siècle, Lamarck et Playfair. — OBALSKI : Les forêts du Nord-Amérique. — (N° 25, 23 juin.) REMLINGER : L'état actuel du traitement de la rage. — Sir Archibald GEIKIE : La géologie au début du XIXe siècle, Lamarck et Playfair. — G. LOISEL : La ménagerie au muséum et la zoologie expérimentale.

Semaine gynécologique. — (N° 25, 19 juin 1906.) PICHEVIN : Les difficultés de l'ablation utéro-annexielle.

Semaine médicale. — (N° 20, 16 mai 1906.) BARD : Du bruit de galop de l'hypertrophie du cœur gauche; son mécanisme et sa signification clinique. — (N° 22, 30 mai.) R. DE BOVIS : Les pseudo-perforations de l'utérus au cours des opérations intra-utérines.

Tribune médicale. — (N° 19, 29 mai 1906.) A. BROCA : Appendicites chroniques. Diagnostic précoce et traitement des appendicites aiguës chez l'enfant. — A. TASSIN : Diagnostic des pyélonéphrites. — P. MAUCLAIRE : Autour du concours de l'internat.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 11, 15 juin 1906.) ANDOUCET : Cinq observations d'éclampsie (*fin*).

REVUE GÉNÉRALE

LES DERMATOSES ARTIFICIELLES

Par le docteur LÉVI-SIRUGUE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans une précédente revue (1), nous avons étudié les dermatoses professionnelles qui constituent un groupe important des éruptions artificielles; nous nous proposons de parcourir, maintenant, le cycle non moins vaste des éruptions artificielles non professionnelles qui s'est beaucoup élargi par les importants travaux faits dans ces dernières années par l'école dermatologique française.

Ces dermatoses s'observent dans diverses conditions qui peuvent être ramenées à trois principales :

1° Il peut s'agir d'un *empoisonnement* accidentel provoqué ou par suicide. Les toxiques le plus souvent en cause ici sont le mercure et l'arsenic.

2° Il s'agit, et c'est l'immense majorité des cas que nous aurons à envisager, de phénomènes toxiques provoqués par des *médicaments* employés soit pour usage externe, soit pour usage interne et alors en injection ou ingestion.

3° Il peut enfin s'agir d'*intoxications alimentaires*.

Les dermatoses dues aux topiques sont celles qui sont le plus analogues aux dermatoses professionnelles dues pour la plupart à l'action locale d'un corps irritant et toxique. La lésion débute au point d'application de la substance médicamenteuse et peut y rester limitée; c'est ce qu'on cherche à réaliser lorsqu'on pratique de la révulsion cutanée par un vésicatoire, un thapsia, de l'huile de croton ou tout autre moyen. Mais quelquefois l'éruption diffuse, gagne de proche en proche le voisinage, ou elle se propage même à distance, propagation facilitée par certaines circonstances que nous avons signalées à propos des dermatoses professionnelles; c'est ainsi que nons avons vu la propagation se faire facilement aux mains, à la face, aux yeux, chez l'homme aux organes génitaux. Ici d'ailleurs, comme toujours en pathologie cutanée, il faut faire la part grande à ces conditions encore obscures, qu'on appelle d'un terme qui ne les explique pas, *idiosyncrasie*, et qui sont vraisemblablement faites de troubles de dépuration rénale, de troubles nerveux, de troubles gastro-intestinaux. A ce point de vue une intéressante observation vient d'être publiée par MM. Gaucher, Boisseau et Desmoulières, à la Société médicale des hôpitaux du 6 avril 1906. Un homme de quarante ans avait eu il y a quatorze ans une crise de douleurs abdominales pour laquelle il avait pris III gouttes d'eau de laurier-cerise correspondant à 7 p. 100 de milligramme d'acide cyanhydrique. Douze heures après on voyait une éruption vésiculeuse gagnant rapidement le tronc et le haut des cuisses. Elle dura quinze jours sans troubles de l'état général. Ce malade prend le 8 février pour une bronchite une cuillerée à soupe d'une potion contenant du sulfate de spartéine, de l'extrait thébaïque, des sirops de narcéine et de belladone, de l'eau de laurier-cerise. Il absorbe ainsi V gouttes d'eau de laurier-cerise et 4 grammes de sirop de belladone. Dans la nuit apparaît une éruption ortiée très prurigineuse, qui desquame le lendemain et se généralise rapidement, cette éruption évolue en quatre jours. Pendant ces quatre jours la toux avait cessé. Le 14 février le malade se remet à tousser et prend une cuillerée de la potion, où du chloral (50 centigrammes) remplace le laurier-cerise. Quelques heures après même éruption guérie en cinq jours; même suspension de la toux pendant l'éruption et réapparition le 24 février. Le 8 mars le malade prend une cuillerée d'une potion contenant du sirop de narcéine, de codéine, de belladone et de l'extrait thébaïque; deux heures après, même éruption, même arrêt de la toux.

Le point intéressant de l'observation est l'analyse d'urine qui a dans le sédiment montré de nombreux cristaux de cystine. Le coefficient d'oxydation de l'azote était de 80 p. 100, celui du souffre de 86 p. 100. Les urines contenaient des dérivés sulfo-conjugués caractérisant des fermentations intestinales anormales. Cette observation indique la conduite à suivre dans l'étude des troubles biochimiques pour arriver à rendre concret ce terme si abstrait et si imprécis d'idiosyncrasie, qui ne satisfait plus les exigences actuelles de la physiologie pathologique.

L'attention doit être principalement dirigée à ce point de vue sur le fonctionnement gastro-intestinal. Féré a insisté sur le rôle des troubles gastro-intestinaux dans la pathogénie des éruptions bromuriques et sur leur prophylaxie réalisée par l'antisepsie intestinale; Chirivino (1) a vu, dans un cas d'éruption vésiculo-pustuleuse avec infiltration dermique végétante, le suc gastrique présenter une forte hyperchlorhydrie, aussi conseille-t-il d'éviter pendant le traitement bromuré la limonade chlorhydrique et les acides. A côté du tube digestif il faut examiner le fonctionnement hépatique, ainsi les sujets atteints de cirrhoses ou de toute autre déchéance de la cellule hépatique supportent mal les iodures. Le rein joue de son côté un rôle important; l'observation citée plus haut en est une preuve. Enfin le système nerveux a aussi une influence incontestable qu'il sera utile de préciser. C'est à la chimie biologique qu'est réservée la solution de ces divers problèmes.

Qnelles que soient les conditions obscures qui créent l'idiosyncrasie, elles agissent non seulement pour provoquer l'éruption, mais pour en déterminer la nature. C'est ce que montre bien M. Brocq dans un article de pathologie générale dermatologique intitulé : *Conception générale des dermatoses* (2). Sous l'influence de l'iodure tel sujet n'a rien, tel autre a de l'irritation des muqueuses; tel autre de l'acné iodique, un quatrième fait du purpura, un cinquième des nodules, un sixième de l'acné anthracoïde, un septième du pemphigus végétant. De même pour l'antipyrine qui ou ne produit rien ou provoque de l'érythème ou de l'urticaire ou une éruption pigmen-

(1) Lévi-Sirugue. *Gaz. des hôpit.*, 10 fév. 1906.

(1) Chirivino. *Giorn. intern. sc. med.*, 1904.

(2) Brocq. *Ann. de dermatol.*, 1902.

tée spéciale avec ou sans bulles. Une intéressante observation de Beurmann et Ramond montre bien qu'il y a une réaction cutanée individuelle. Ils ont vu un psoriasique faire, à la suite d'injection de sérum diphtérique, une poussée de psoriasis. L'éruption se localise enfin en des points de moindre résistance. Donc une même cause morbide peut provoquer des éruptions dissemblables selon les sujets. D'autre part, une même éruption peut être due à diverses causes; ainsi l'urticaire se voit selon les sujets après ingestion de moules, de fraises, de blanc d'œufs, de veau, de chloral, etc., un même sujet se montrant toujours très sensible à une même substance. De plus, et l'observation de Gaucher citée plus haut en est une preuve, une réaction morbide cutanée peut remplacer une réaction morbide viscérale.

Comme le fait remarquer M. Thibierge dans son intéressant article « Eruptions artificielles » de la *Pratique dermatologique*, si dans les dermatoses par médicaments appliqués extérieurement il y a seulement à invoquer l'action irritante locale, le mécanisme d'action des médicaments pris en ingestion ou injection est moins simple. La première hypothèse qui se présente à l'esprit est que le médicament qui a passé dans la circulation est venu au contact des vaisseaux et des glandes de la peau qui joue, comme on sait, un rôle éliminateur important. A l'appui de cette idée on pourrait invoquer la constatation faite par Tonnel et Raviart d'antipyrine dans les bulles d'un érythème antipyrinique. Mais en réalité l'action est plus complexe, car il se forme dans le sang avec les éléments du sang des composés toxiques que la chimie pourra peut-être déterminer un jour. C'est ainsi que s'explique l'apparition souvent tardive des éruptions, telles que celles dues à la tuberculine ou aux sérums thérapeutiques. Leredde admet une action des toxiques sur les organes hématopoiétiques, action qu'accuse l'éosinophilie sanguine et cutanée. Pour d'autres auteurs le toxique agirait surtout sur les nerfs, soit les nerfs viscéraux ou les centres vaso-moteurs, soit les terminaisons cutanées. Le rôle du rein paraît faible, on peut voir la lésion persister après élimination complète par le rein; d'ailleurs dans les toxidermies médicamenteuses l'adage « sublata causa tollitur effectus » n'est guère applicable: on voit des bromides, des iodides, etc., persister longtemps encore après suppression du médicament.

I

Aspect clinique général des dermatoses artificielles. — L'aspect clinique de ces dermatoses est variable. Celles qui sont consécutives à l'*usage externe* d'une substance irritante se présentent presque toujours sous forme d'un *érythème vésiculeux*. Le type en est la lésion si fréquemment observée en ville ou à l'hôpital qui est consécutive à l'emploi de teintures pour la barbe ou les cheveux; nombre de malades viennent chaque année à l'hôpital Saint-Louis consulter pour ce qu'ils appellent un eczéma de la tête et de la face et cet eczéma est en réalité un érythème vésiculeux, éruption artificielle plus ou moins eczématisée due aux teintures.

Plus variés sont les aspects que revêtent les dermatoses dues aux médicaments introduits dans la circulation. Les deux formes principales sont l'*érythème* et l'*urticaire*. L'*érythème* est généralement *roséoliforme*; c'est la *roséole médicamenteuse*. Elle est constituée par des papules saillantes ou non, dans le premier cas accompagnées d'œdème urticarien et de prurit, dans le second non prurigineuses, papules confluentes, accompagnées aussi quelquefois de légère inflammation des muqueuses, mais toujours minime par rapport à celle de la rougeole, et ne portant pas sur l'intestin ni sur les muqueuses respiratoires, toujours au contraire intéressées dans la rougeole. La durée n'en dépasse guère cinq jours si on suspend l'usage du médicament en cause.

A côté de ce type roséoliforme il y a un *type* qui simule à s'y méprendre la *scarlatine*. Même rougeur écarlate généralisée bientôt à tout le corps, plus tard même aspect des squames à larges lambeaux aux mains et aux pieds, même accompagnement de phénomènes généraux: fièvre élevée à 40 degrés, troubles nerveux, gastro-intestinaux, angine scarlatineuse. On comprend combien est délicat le diagnostic important à faire au point de vue de l'isolement.

Chez les sujets débilités, dans les divers états cachectiques (affections chroniques du cœur, du poumon, des reins, du foie) ces toxidermies peuvent revêtir la forme *purpurique* surtout aux membres inférieurs, purpura qui prend l'un ou l'autre de ses aspects ordinaires : purpura dit rhumatoïde, purpura papuleux ou purpura avec grandes hémorragies, quelquefois gangrènes.

Enfin l'éruption peut être accompagnée de fines *vésicules* apparaissant sur un fond d'érythème scarlatinoïde, ou de vraies *bulles* rappelant la maladie de Dühring. Ces bulles après rupture peuvent se cicatriser rapidement ou être suivies d'ulcérations qui s'infectent secondairement et atteignant le derme laissent des cicatrices indélébiles.

II

Dermatoses dues aux substances irritantes ou toxiques appliquées sur la peau. — Avant d'aborder les dermatoses provoquées par des corps chimiques mis au contact de la peau, il convient d'abord de mentionner celles de même nature qui sont dues aux irritations d'ordre physique. On sait que la *lumière solaire* provoque des taches connues sous le nom d'éphélides. L'usage en thérapeutique des *rayons X* nous a fait connaître une série de dermites allant de l'érythème à des brûlures étendues et lentes à guérir lorsque la radiothérapie est maniée par un opérateur imprudent.

Des irritations d'ordre chimique qui vont nous occuper maintenant il faut rapprocher celles que provoque le contact avec les tissus d'*urines* ou de *matières fécales*. Chez le nourrisson ces éruptions ne sont pas rares; par le contact avec les urines et les selles diarrhéiques on voit apparaître aux fesses un érythème, que M. Jacquet (1) a étudié sous le nom

(1) Jacquet. *Revue des mal. des enf.*, 1886; — *Prat. dermat.*, t. I, p. 873.

d'*érythème papuleux post-érosif*, et qui doit être distingué de lésions syphilitiques. Cet érythème surtout fréquent en été peut se compliquer d'érosions suivies d'infiltration du derme constituant une papule. On comprend alors la ressemblance avec la syphilis qui avait trompé Parrot; cependant il en diffère par l'intégrité des plis naturels, profondément infiltrés par les rhagades syphilitiques; M. Jacquet signale en outre comme caractère distinctif à la périphérie des papules de l'érythème simple des plis radiés fins qui font défaut dans la syphilis, laquelle a enfin sa couleur jambonnée spéciale. Chez l'adulte le contact d'urines s'il y a incontinence et surtout l'irritation des urines particulièrement irritantes du diabète peuvent être cause d'érythème.

Chez l'adulte une des plus fréquentes de ces dermatoses est certainement celle qui est due à l'usage des *teintures capillaires*, comme nous l'avons dit; il ne se passe guère de semaine qu'il ne vienne se présenter à l'hôpital Saint-Louis quelques cas de pseudo-eczéma de la face dû à cette cause. Le corps le plus nocif qui entre dans la composition de ces teintures est, comme l'a montré M. Brocq (1), le *chlorhydrate de paraphénylène-diamine*. L'aspect de la lésion au début est érysipélateux. Quelques heures après application de la teinture survient une rougeur œdémateuse et prurigineuse qui gagne de proche en proche, envahit le cou, quelquefois la partie supérieure du thorax. Le malade se présente avec un œdème qui aboutit à l'occlusion des paupières très infiltrées. Un examen superficiel conduirait à une fâcheuse erreur de diagnostic qui aurait pour conséquence l'envoi dans un service d'érysipélateux d'un malade atteint d'un érythème toxique. Dans la suite l'aspect de l'éruption se modifie par l'adjonction de fines vésicules qui suintent et forment des croûtes jaunes. A ce stade l'aspect est celui d'un eczéma aigu très prurigineux. Chez un sujet prédisposé ces lésions peuvent être le point de départ d'un eczéma persistant de la face. Pour un œil un peu exercé ces éruptions sont assez faciles à dépister, mais le sujet, surtout si c'est une femme, ne fait pas toujours facilement l'aveu de l'emploi de teintures.

Une autre substance d'emploi trop répandu est la soi-disant inoffensive *teinture d'arnica*, d'un usage si populaire pour traiter les plaies et contusions. Cette substance est hautement irritante et son usage peut provoquer des lésions autrement plus graves que celles pour lesquelles on l'a employée. On voit ici comme avec les teintures des poussées d'eczéma aigu avec œdème érysipélatoïde; l'eczéma peut prendre l'aspect impétigineux. Quelquefois on observe des lésions plus graves encore, des ulcérations gangréneuses. On voit donc que la teinture d'arnica est un médicament des plus nocifs et on ne saurait trop attirer l'attention sur les dangers qu'il y a dans son application, d'autant qu'on le met en contact avec des tissus en état de moindre résistance par le fait de la contusion.

Il n'y a pas que les topiques populaires qu'il faille incriminer, les antiseptiques, surtout à l'époque où on en usait sans méfiance à haute dose, se sont montrés également nocifs. L'*acide phénique* est celui qui a causé les dommages les plus graves lorsqu'on l'employait en solutions trop concentrées. On ne compte plus les cas de gangrène, surtout des mains et des doigts, ainsi provoquée. Des solutions même faibles et bien préparées, c'est-à-dire avec un acide pur et entièrement dissous, peuvent les provoquer. Les lésions dues à l'acide phénique sont un érythème vésiculo-bulleux du type commun aux éruptions artificielles. Dès qu'on voit survenir une menace d'éruption de ce genre il faut remplacer l'acide phénique par de l'eau boriquée ou même de l'eau bouillie. Il faut d'ailleurs proscrire entièrement l'emploi d'eau phéniquée même en solution faible pour les pansements des doigts, où la gangrène est le plus à redouter et d'autant plus à craindre que l'acide phénique produit un état d'anesthésie.

Les poudres antiseptiques : *iodoforme*, *orthoforme*, *salol*, peuvent se montrer irritantes. Dubreuilh (1) a rapporté un cas curieux d'ulcérations provoquées par l'orthoforme qui pourtant parvenait seul à amender les phénomènes douloureux et irritants. La forme ordinaire de toutes ces éruptions est toujours la même : érythème généralement vésiculeux ou bulleux. Le seul point un peu particulier est la lésion que provoque le *salol employé comme dentifrice*, soit en poudre ou en liquide. M. Thibierge (2) décrit ainsi la lésion : « Elle débute au niveau même de la commissure labiale par une fissure linéaire à bords réguliers, à fond pâle, qui l'entame plus ou moins profondément, arrive généralement jusqu'à la surface cutanée de la lèvre, au niveau de laquelle elle se recouvre souvent d'une croûtelle jaunâtre. Les lésions peuvent se borner pendant un certain temps à cette fissure, mais à un moment donné une plaque d'un rouge pâle généralement squameuse, quelquefois recouverte de vésicules minces qui se rompent pour donner lieu à un léger suintement, se développe sur la face cutanée de la lèvre; arrondie ou ovalaire, elle s'étend excentriquement à partir de la commissure labiale sur les lèvres et sur les joues, se prolonge souvent le long des lèvres; accompagnée de tuméfaction et de tension des téguments, donnant lieu à un léger degré de cuisson, elle gêne les mouvements des lèvres et y est très pénible pour la malade. Ces lésions occupent en général simultanément les deux commissures. » De là l'éruption peut diffuser au menton; elle peut être l'origine d'un eczéma des lèvres dont on sait le caractère rebelle; aussi doit-on éviter d'incorporer du salol aux dentifrices; il peut être nocif même à faible dose. Pour Neisser qui a décrit ces lésions, il faudrait tenir compte aussi de l'irritation, due aux essences végétales.

Le *sublimé* peut, comme d'ailleurs les autres composés mercuriels, provoquer de l'irritation cutanée. Mais à la dose faible où on emploie d'ordinaire les dilutions de sublimé en pansements l'irritation cutanée est rare à moins de susceptibilité toute spéciale.

(1) Brocq. *Bull. méd.*, 13 mars 1898.

(1) Dubreuilh. Analyse in *Ann. de dermat.*, 1901.

(2) Thibierge. *Prat. dermat.*, t. II, p. 463.

L'érythème qu'on observe ici, qu'il s'agisse de sublimé ou de pommades mercurielles, se caractérise en général par l'absence de vésicules, l'érythème étant plutôt du type scarlatiniforme.

Une substance très employée aujourd'hui en pansement des brulures, l'*acide picrique*, peut provoquer des lésions analogues aux précédents topiques; on connaît d'assez nombreux cas d'érythème ici généralement vésiculeux qui relèvent de cette origine et entre autres auteurs, Hallopeau et Vieillard en ont relaté un cas (1).

Cathelineau (2) a étudié les éruptions médicamenteuses et professionnelles que provoque cet acide. Elles sont en général très prurigineuses, elles durent longtemps et sont suivies de desquamation. L'acide picrique passe en nature dans les urines qu'il colore en jaune rouge. Dans ces lésions on a trouvé dans le sang, comme dans d'autres dermites toxiques (mercure), une forte proportion d'éosinophiles (15 p. 100) [Achard et Clerc (3)].

Il est enfin deux substances employées en dermatologie dans le traitement du psoriasis qui sont susceptibles de produire des dermites : ce sont l'*acide chrysophanique* et l'*huile de cade*. L'acide chrysophanique est un corps très irritant et qui provoque souvent de violentes conjonctivites qui peuvent en contre-indiquer l'emploi. On doit donc éviter le contact de cet acide avec les yeux, ainsi qu'avec les régions sensibles telles que par exemple les organes génitaux. L'acide chrysophanique peut donner lieu à un aspect pseudo-phlegmoneux de la peau; malgré ces inconvénients, son emploi est utile dans des psoriasis rebelles ou à récidives rapprochées. L'autre corps qui est en usage dans le traitement du psoriasis, l'*huile de cade*, quoique moins violemment irritant que l'acide chrysophanique et pour cela d'un usage plus courant, est susceptible cependant de provoquer une lésion spéciale, *acné cadique*, qu'on peut rapprocher de l'acné chlorique qui a été vue chez les ouvriers qui manipulent des dérivés du chlore. Les glandes pilaires sont le siège d'une folliculite, qui amène la production de comédons noirs, les glandes se dilatent en petits kystes ou suppurent. La lésion dure quelque temps après suppression du médicament.

III

Dermatoses dues aux médicaments ingérés ou injectés. — Dans le grand nombre des substances qui, employées pour l'usage interne, produisent des dermatoses les plus importantes à étudier par la fréquence de ces manifestations sont l'antipyrine qui provoque des érythèmes, les bromures et iodures qui provoquent des lésions de diverse nature, acnéiques, tubéreuses, ulcéreuses et qui survivent assez longtemps à la suppression du médicament. Un médecin non prévenu aurait peine à attribuer à une dose souvent minime du médicament ingéré des lésions simulant quelquefois de vraies néoplasies. Enfin les érythèmes provoqués par les sérums sont aujourd'hui bien connus dans leur date d'apparition et leurs caractères.

La susceptibilité vis-à-vis de l'*antipyrine* se traduit selon les sujets par des lésions très variables. Tantôt le malade réagit d'une manière particulière; il se développe une vraie *antipyrinide*, une de ces *éruptions fixes* bien décrites par Brocq (1); tantôt la réaction est banale; tel le cas d'un malade présenté par Danlos à la Société de dermatologie (2) et qui était porteur d'un érythème polymorphe dû à l'antipyrine. L'éruption occupait comme l'érythème polymorphe le dessous des genoux, le dos des mains, la muqueuse buccale, les lèvres qui semblaient couvertes de syphilides érosives. Au cours de la discussion qui eut lieu à propos de ce malade, du Castel dit avoir vu un sujet qui, après absorption d'un gramme d'antipyrine, présenta des lésions qui le firent prendre pour un syphilitique et traiter comme tel par le mercure. L'antipyrine donne donc lieu à des manifestations toxiques variées du côté de la peau et qui peuvent se manifester très rapidement après l'ingestion, au bout d'un intervalle qui peut n'être que de quelques minutes (H. Fournier) et qui souvent ne dépasse pas de deux à quatre heures.

L'érythème antipyrinique revêt diverses formes; le plus souvent la *forme roséolique* qui épargne le visage et les extrémités des membres; plus rarement la *forme scarlatineuse*, assez souvent la *forme ortiée*, toujours très prurigineuse, alors que les précédentes ne le sont guère, la forme *vésiculeuse* ou *bulleuse* qui confine aux types de l'érythème polymorphe, tel le cas plus haut rappelé de Danlos avec hydroa buccal simulant la syphilis. Nous avons vu qu'à la suite de l'ingestion d'une dose minime peut survenir ce type éruptif. Enfin l'*érythème pigmenté* décrit par Brocq est une lésion propre à l'antipyrine, vraie *antipyrinide*. Les plaques qui peuvent avoir la largeur d'une pièce de 5 francs passent bientôt du rouge au brun foncé; ces taches persistent longtemps. Cette pigmentation se reproduit aux mêmes points avec une teinte de plus en plus foncée à chaque ingestion nouvelle du médicament. Symétriques ou non, les taches occupent surtout les extrémités, le cou, les organes génitaux, et en général des régions déjà normalement un peu pigmentées. Plus rarement l'antipyrine peut provoquer des *éruptions purpuriques* ou des *œdèmes*.

Si la roséole antipyrinique ressemble à la roséole attribuée au *copahu* et en général aux *balsamiques*, mais qui, selon la remarque de Besnier, étant propre aux blennorragiques, serait due plutôt à la blennorragie qu'au médicament, l'érythème pigmenté peut être rapproché de pigmentations que provoquent d'autres médicaments, le *nitrate d'argent* et l'arsenic. Le premier donne lieu à une coloration gris ardoisé, bleuâtre, diffuse, surtout prononcée à la face à la flexion des membres, aux muqueuses.

Quant à la *mélanodermie arsenicale*, elle est généralement consécutive à une intoxication lente, elle

(1) Hallopeau et Vieillard. *Ann. de dermat.*, 1903, p. 503.
(2) Cathelineau. *Arch. gén. de méd.*, déc. 1899.
(3) Achard et Clerc. *Gaz. hebd. de méd.*, 11 oct. 1900.

(1) Brocq. *Ann. de dermat.*, 1894, p. 308.
(2) Danlos. Soc. de dermat., 4 juin 1903.

est rare après ingestion d'une seule dose ; sur 24 cas G. Brouardel n'en cite qu'un dans sa thèse (1). Vidal et Marquez ont vu la mélanodermie dans l'épidémie d'Hyères ; on l'a vue aussi dans les empoisonnements arsenicaux observés au Havre (affaire Pastré-Beaussier). Richardière a vu une mélanose généralisée chez une anémique qui avait absorbé D gouttes de liqueur de Fowler (2). Mathieu a vu une pigmentation tachetée chez un homme de cinquante et un ans qui absorbait de 3 à 4 centigrammes d'arséniate de soude par jour (3). Cette mélanodermie disparaît très lentement.

Une autre manifestation spéciale à l'intoxication arsenicale est la *kératose*, qui se montre à la paume des mains et plante des pieds. La peau prend au début un aspect moucheté sans qu'il y ait cependant mélanodermie véritable. Puis on constate au toucher la production de cornes. C'est là une lésion tardive. Elle peut se manifester au niveau de durillons antérieurs. On l'a souvent vue dans l'épidémie d'intoxication arsenicale, produite il y a quelques années par l'usage de bière falsifiée à Manchester. Déjà autrefois la kératose avait été décrite en association avec l'acrodynie qui semble due à une intoxication arsenicale (P. Brouardel). Quand la kératose disparaît, il se fait une desquamation à larges plaques.

A côté de ces manifestations spéciales à l'arsenic, pigmentation et kératose, il en est de plus banales. C'est ainsi qu'on voit des érythèmes ; le docteur Breton a publié ici-même (4) un cas d'érythème scarlatiniforme chez un malade de trente-huit ans auquel il faisait tous les jours une injection de 30 centigrammes de cacodylate de soude. A la première injection survint un érythème scarlatiniforme généralisé et une nouvelle poussée suivit chaque injection. Les pommades arsenicales ont également provoqué de l'érythème dans un certain nombre de cas, érythème qui ressemble à l'érythromélalgie ou maladie de Weir Mitchell. Assez souvent on observe des lésions ortiées, comme Bazin en a vu chez une jeune fille qui à un bal portait une couronne de roses colorées en vert arsenical ; à deux reprises survint une éruption très douloureuse aux points où avait eu lieu le contact. On a vu aussi des éruptions de ce genre après injection de cacodylate. Quelquefois on a observé du purpura, des pustules, des ulcérations surtout fréquentes dans les intoxications arsenicales professionnelles, des œdèmes aux paupières, plus rarement ailleurs. Cet œdème peut être très prononcé ; P. Brouardel relate le cas d'un des intoxiqués du Havre dans l'affaire Pastré-Beaussier qui eut un œdème si considérable des cuisses et des bourses qu'il fallut pour le coucher couper son pantalon. Enfin on a noté dans l'intoxication médicamenteuse le *zona*. Le fait a été plusieurs fois constaté dans la récente épidémie due aux bières de Manchester. Ce zona de siège variable est d'ordinaire douloureux. C'est là un mode de pathogénie du zona qui n'est pas négligeable ; à côté des zonas infectieux, de la fièvre zoster, il y a des zonas toxiques, et il sera bon de s'enquérir auprès du malade atteint de zona s'il n'y a pas eu antérieurement un traitement arsenical institué.

(1) G. Brouardel. Th. de Paris, 1897.
(2) Richardière. Soc. méd. des hôpit., 1894, p. 257
(3) Mathieu. Soc. dermat., 11 mai 1894.
(4) Breton. *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 697.

Ce sont encore des érythèmes variés, souvent scarlatiniformes, que provoquent l'*opium et la morphine* qui donnent des lésions très prurigineuses, la *belladone et son alcaloïde*, l'*atropine*, le *sulfonal*, le *chloral*, la *digitale*, la *quinine*, dont nous avons déjà signalé les éruptions prurigineuses à propos des dermatoses professionnelles, l'*acide salicylique et les salicylates*, la *noix vomique*, le *mercure* enfin. Tous les composés du mercure peuvent provoquer la dermite, mais le plus souvent incriminé est le *calomel*. La lésion se présente souvent sous forme d'une *dermite exfoliatrice généralisée*, surtout marquée près des grandes articulations, qui peut s'accompagner d'impétiginisation et des troubles généraux de l'hydrargyrisme (fièvre, diarrhée, albuminurie) et aboutir à la mort. Le caractère histologique dominant de ces lésions est l'*éosinophilie locale*, dans les vaisseaux des couches supérieures du chorion et dans les espaces interépineux du réseau malpighien, ainsi que dans l'exsudat albumineux de la couche cornée, et l'*éosinophilie du sang*, *de la circulation générale*, les éosinophiles représentant dans un cas d'Hoffmann (1) les 49 p. 100 des leucocytes. Cette éosinophilie a été constatée même dans les érythèmes mercuriels fugaces. Le cas relaté par Hoffmann présentait en outre cette particularité remarquable que la lésion s'était développée six semaines après la dernière friction. L'érythème mercuriel débute aux aînes et envahit d'une part les cuisses, d'autre part l'abdomen. Quelquefois l'éruption revêt par vésiculation les caractères d'un vrai eczéma artificiel.

Il nous reste enfin à étudier un groupe assez différencié de dermites toxiques, les iodides et les bromides. Parmi les nombreuses manifestations morbides que provoque du côté de la peau l'*iodure de potassium*, il en est une qui est d'observation journalière, c'est l'*acné iodique*, surtout fréquente chez les individus à peau séborrhéique, sujets à l'acné ordinaire. D'ailleurs ces deux formes d'acné sont en tous points analogues comme siège et comme lésion ; la seule différence dans l'acné iodique est une inflammation périfolliculaire plus intense et une suppuration plus rapide, laissant une cicatrice comme l'acné vulgaire. A côté de cette forme d'acné simple l'iodisme peut se traduire par une *forme anthracoïde* avec mortification, creusant en profondeur et pouvant laisser des végétations.

Plus rarement l'iodide se manifeste sous une forme particulière et plus grave qu'il importe de bien connaître ; c'est ce qu'on appelle le *pemphigus iodique*, éruption pustuleuse ulcéro-croûteuse dont les beaux moulages de l'hôpital Saint-Louis donnent très exactement plusieurs échantillons où on peut suivre l'évolution de la lésion : formation de bulles à contenu séreux, bientôt purulent, rupture de ces bulles

(1) Hoffmann. *Berl. klin. Wochens.*, 6 oct. 1902.

et production de croûtes de forme plus régulière que celles de l'impétigo ordinaire, entourées d'une zone plus rouge, et recouvrant des ulcérations papillomateuses, reliquats de cicatrices, quelquefois évolution gangréneuse (Ch. Audry), telles sont les phases par lesquelles passe cette lésion plus ou moins généralisée, toujours grave parce qu'elle apparaît chez des sujets débilités et cachectiques, qu'elle a grande tendance à récidivée, et qu'elle peut même entraîner la mort ou laisser des infirmités graves (cécité dans un cas d'Hallopeau).

Ailleurs l'iodide se traduit par des *nodosités* surtout des membres inférieurs analogues à celles de l'érythème noueux, ou suppurant et alors revêtant l'aspect de gommes, ce qui amène à exagérer la dose du médicament nocif. Peut-être la recherche des spirilles pourra-t-elle servir à éclairer les cas particulièrement difficiles. Les formes que nous venons de passer en revue n'ont pas épuisé la série des dermites iodiques. Elles peuvent se montrer sous forme d'érythème banal, ortié ou non, s'accompagnant au visage d'œdème intense et des manifestations d'irritation des muqueuses (conjonctivite, coryza, angine) propres aux iodures, de purpura souvent symétrique, d'érythème polymorphe, de dermatite de Dühring, de lésions tubéreuses qui exceptionnelles dans l'iodisme sont au contraire fréquentes dans le bromisme; chez un malade d'Hallopeau et Vieillard ces lésions tubéreuses avaient été consécutives à l'ingestion quotidienne de deux cuillerées à soupe d'une solution au 30ᵉ; elles étaient symétriques et localisées à la face. Ces diverses lésions sont surtout provoquées par l'iodure de potassium; l'iodure de sodium y dispose moins, mais il est bien moins actif et dans le traitement de la syphilis il ne saurait remplacer le sel de potassium. Aussi a-t-on cherché à prévenir ces accidents. La dose du médicament susceptible de provoquer des accidents graves peut être et est souvent minime. Besnier a vu de l'acné anthracoïde grave à la suite d'ingestion pendant huit jours de 2 grammes d'iodure de potassium. Quelquefois c'est la reprise d'un traitement qui provoque des accidents qui n'avaient pas été observés lors d'un traitement antérieur. Parmi les moyens prophylactiques on a surtout insisté sur l'antisepsie intestinale, qui a été d'ailleurs déjà conseillée dans l'acné ordinaire; pour cela prohibition d'aliments capables d'exagérer les fermentations intestinales, régime lacté partiel, suppression de la viande, administration fréquente de laxatifs, mais ces moyens sont loin d'être d'un effet sûr.

La forme végétante possible mais rare dans l'iodisme devient au contraire la variété la plus habituelle des *bromides* où la réaction inflammatoire est généralement moindre qu'avec les iodures. Ici, même remarque que précédemment pour la toxicité plus grande du bromure de potassium que de celui de sodium ou d'ammonium; de même aussi qu'avec l'iodure, si les accidents ne s'observent souvent qu'après une absorption prolongée, on peut les voir par suite d'une intolérance spéciale après une ingestion peu prolongée de doses peu élevées. Les *bromides végétantes* sont constituées par des saillies papillomateuses molles, peu infiltrées, siégeant à la face ou aux membres. Nous avons eu l'occasion de voir un homme qui, après ingestion d'une dose très modérée de bromure de potassium, fit une tuméfaction molle du bout du nez, tuméfaction à couleur violacée, et chez qui on aurait pu penser, d'après l'aspect de la lésion, à une tumeur syphilitique épithéliomateuse ou tuberculeuse. Mais le peu d'ancienneté de la lésion, son peu d'infiltration par rapport au syphilome, les caractères fournis par la vitro-pression — c'est-à-dire l'examen de la tumeur fait, comme le pratique M. Darier, au travers d'une lame de verre qui la comprime et, en en écartant momentanément la congestion, permet de voir des lésions élémentaires telles que les tubercules lupiques avec leur couleur jaune spéciale — le pus qui sourd à la pression, enfin, si besoin est, la biopsie permettront dans les cas difficiles d'établir le diagnostic. Ces lésions végétantes ont toujours une lente évolution et peuvent survivre des semaines, et même des mois à la suppression du toxique; la longue durée n'est pas une raison pour infirmer le diagnostic.

Parfois ces lésions s'ulcèrent, et sous les croûtes qui se forment l'ulcération se montre végétante, caractère assez particulier aux bromides. On peut voir d'autres formes de lésions suppurées, acné pustuleuse, ecthyma. Nous avons eu l'occasion de dire au début de cet article qu'on avait incriminé les troubles digestifs; Féré en particulier a fait des recherches à ce sujet et nous rappellerons que Chirivino a accusé l'hyperchlorhydrie, et conseillé l'abstention de limonade chlorhydrique et d'acides au cours d'un traitement bromuré.

Les injections de *sérums et antitoxines* ont été une cause fréquente d'érythèmes roséoliques ou scarlatiniformes, ou polymorphes, ou souvent ortiés et prurigineux, le prurigo étant toujours lié aux dermites urticariennes quelle que soit leur cause. Ces lésions peuvent débuter près du point d'injection; elles frappent surtout la face et les membres. Elles apparaissent vers la fin du premier ou du second septénaire qui suit l'injection. Les observations nombreuses qui en ont été recueillies ont permis de se persuader que l'éruption est particulière au sérum du cheval qui a servi de véhicule à l'antitoxine diphtérique et non à celle-ci; en effet on a vu tous les malades injectés avec le sérum provenant d'une même source faire des éruptions, qui ne s'observaient pas avec des sérums aussi actifs d'autre provenance.

Des lésions analogues ont été vues avec les *tuberculines de Koch*, surtout avec l'ancienne. Des phénomènes généraux accompagnent quelquefois ces érythèmes : fièvre, albuminurie, douleurs articulaires, courbature, vomissements, diarrhée.

IV

Un tableau clinique très analogue nous est fourni dans les intoxications par des *toxines alimentaires* qui sont comme celles du sérum diphtérique pour la plupart d'origine animale. Les agents de ces intoxications souvent très graves, quelquefois mortelles, sont des viandes avariées, gibier faisandé, poissons,

coquillages, surtout les moules qui sont souvent la cause de graves empoisonnements, conserves de viandes ou de poissons, viande de porc fraîche ou surtout en salaison, saucisses, canard qui est souvent cause d'accidents redoutables dans la préparation culinaire connue sous le nom de « canard à la rouennaise ». A cette liste il convient d'ajouter les fromages fermentés. Des substances végétales, la choucroute par exemple, peuvent être cause d'accidents, mais ceux dus aux substances animales l'emportent de beaucoup en gravité.

Ces éruptions sont généralement ortiées et comme telles très prurigineuses et accompagnées d'œdème. On peut d'ailleurs observer les autres formes d'érythème. Des troubles généraux tels que ceux que nous avons signalés à propos des injections de sérum peuvent se montrer ici et donner au tableau clinique un caractère tout particulier de gravité.

Les dermatoses observées dans ces intoxications alimentaires permettent d'établir un rapprochement avec les érythèmes et purpuras par *auto-intoxications*. Le rôle des auto-intoxications, c'est-à-dire des produits toxiques élaborés dans l'organisme aux dépens des substances alimentaires de constitution normale est considérable dans les érythèmes polymorphes, dans l'urticaire, dans les purpuras et chez l'enfant. Hutinel a insisté sur l'importance de l'auto-intoxication intestinale dans les purpuras rhumatoïdes. La dermatite exfoliatrice observée dans l'hydrargyrie ressemble beaucoup à certaines dermites exfoliatrices où l'on ne saurait invoquer cependant une intoxication exogène. L'éosinophilie constatée au niveau des lésions cutanées dans certaines intoxications, comme par exemple la mercurielle, indice d'irritation de la moelle osseuse par le toxique, rapprochée de ce qu'on observe dans des dermites d'étiologie encore obscure comme la maladie de Dürhing, laisse supposer une origine toxique aussi pour cette dernière. L'étude de dermatoses dont la pathogénie n'est pas douteuse peut donc servir à éclairer la pathogénie obscure de certaines entités dermatologiques.

V

La conduite à tenir en présence des accidents que nous venons de décrire est tout d'abord la suppression du médicament en cause, puis il faudra hâter l'élimination du toxique par des purgatifs et des diurétiques et à ce titre le régime lacté sera utile. Il faudra surtout éviter les infections secondaires par des pansements humides s'il y a vésiculation ou ulcération; les pansements doivent être anodins (boricine, eau bouillie) et ne pas irriter la peau. Les lésions prurigineuses, ortiées, se trouveront bien de lotions vinaigrées. Sur les érythèmes des applications de poudres, talc, amidon, oxyde de zinc, sont indiquées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1906)

Modification à la prostatectomie transvésicale. — M. Legueu fait un rapport sur une intéressante observation de M. Duval dans laquelle ce chirurgien a eu recours à une heureuse modification de la prostatectomie supérieure ou transvésicale. Avec le procédé de Frayer, auquel M. Legueu a eu recours jusqu'à présent, la prostatectomie hypogastrique, infiniment supérieure à bien des points de vue, à la prostatectomie périnéale, offrait cependant de réels inconvénients relativement aux suites opératoires, il fallait donc trouver un procédé qui permît de lever ces difficultés du traitement post-opératoire. C'est à ce point de vue particulier que l'observation de M. Duval présente un réel intérêt. Il s'agissait, dans son observation, d'un homme de cinquante-six ans atteint d'hypertrophie prostatique moyenne. Il présentait une rétention incomplète. Après avoir fait des lavages de vessie et l'avoir désinfectée le mieux possible, M. Duval pratiqua chez le malade une prostatectomie hypogastrique. La vessie remontant jusqu'à l'ombilic il lui fut facile de l'ouvrir et d'y pénétrer; il sectionna l'urèthre aussi haut que possible, le repéra avec une pince ou un fil et saisit la prostate avec des pinces de Museux, la sectionna aux ciseaux, reprit l'urètre pour le suturer aussi haut que possible en avant de la vessie; il fit ensuite une suture en raquette de la vessie, la referma complètement, plaça un drain dans la cavité de Retzius et introduisit une sonde à demeure par l'urètre.

M. Duval obtint ainsi une réunion par première intention, et la guérison complète de son malade en trois semaines. M. Duval a eu recours dans ce cas à une heureuse innovation en supprimant complètement la cavité ouverte après l'opération.

M. Legueu, tout en reconnaissant les grands avantages de ce procédé, lui adresse quelques légères critiques. Au lieu de faire la résection de la prostate aux ciseaux, il préfère en pratiquer le décollement avec les doigts, en suivant le plan de clivage adopté dès le début. M. Duval coupe l'urètre avec des ciseaux, le repère et le suture le plus en avant possible de la vessie. C'est là une bonne mesure. Ce procédé offre donc de grands avantages; mais il n'est pas applicable à tous les cas; bien plus, il y a des cas dans lesquels il serait dangereux.

Avec le procédé de Frayer il fallait compter avec des hémorragies viscérales le premier et le second jour; il fallait compléter l'opération par un tamponnement de la partie avivée de la muqueuse vésicale. Le procédé de M. Duval est donc infiniment supérieur dans les cas où il est applicable.

Tumeur du vagin. — M. Chaput relate une curieuse observation : une femme de cinquante ans se plaignait depuis un an d'hémorragies abondantes par le vagin et de douleurs. En l'examinant on trouvait une tumeur remplissant le vagin, tumeur dure, énorme, s'implantant sur le côté droit du col de l'utérus.

Le diagnostic fut : fibrome à point d'implantation sur la lèvre droite du col. M. Chaput après avoir fait la toilette du vagin, après avoir vidé *complètement* la vessie, pratiqua une incision sur cette tumeur; il en sortit un liquide semblable à l'urine, en même temps il sortit de l'urine par l'urètre, bien que la malade vînt d'être sondée.

Après avoir vidé la tumeur de son contenu, il vit qu'elle était tapissée intérieurement d'une muqueuse infiltrée de sels calcaires. Dès lors le vrai diagnostic fut porté, il s'agissait d'un diverticule de la vessie. M. Chaput recherche le trou de communication avec la vessie, sans pouvoir le trouver.

Le col utérin était flasque et mou. Après cette intervention la malade eut une fièvre intense; il se fit du sphacèle de la muqueuse; des lavages à l'eau oxygénée firent cesser tous les accidents et la malade a parfaitement guéri.

M. Chaput l'a revue plusieurs mois après; le col utérin s'était reconstitué. On chercha à l'aide du cystoscope l'orifice

de communication entre cette cavité et la vessie, on ne le trouva pas. Au premier abord, on pouvait se demander si on avait eu affaire à un kyste du vagin ouvert dans la vessie ou à un vrai diverticule de la vessie. C'est à cette dernière interprétation que s'est arrêté M. Chaput.

M. Berger a vu plusieurs cas de diverticules de la vessie, et il ne doute pas que c'est à un cas de ce genre qu'a eu affaire M. Chaput.

Correction d'une fracture vicieusement consolidée. — M. Chaput relate une observation de fracture du péroné mal consolidée qui avait été traitée dans le service de M. Delbet. Il est bien évident que la fracture a été bien traitée dans ce service et que c'est consécutivement à la consolidation que s'est produite la déviation du pied en valgus qu'a eu à corriger M. Chaput. La radiographie avait montré qu'il s'agissait d'une fracture supra-malléolaire très oblique. M. Chaput enleva sur le tibia et sur le péroné un cylindre supra-malléolaire. La réduction fut alors très facile; on appliqua un appareil platré et le résultat obtenu fut parfait.

M. Berger pense que, dans ce cas, l'ostéotomie transversale des deux os de la jambe aurait suffi pour obtenir le redressement du pied.

M. Chaput ne le pense pas, car dans un premier temps il s'était contenté de faire cette section transversale et la réduction ne pouvait être obtenue.

M. Quénu reconnaît que, dans certains cas, la section transversale proposée par M. Berger est insuffisante.

M. Demoulin a obtenu, dans ces cas, les meilleurs résultats de l'ostéotomie linéaire du péroné et cunéiforme du tibia, mais à condition que l'articulation ne soit pas lésée.

M. Kirmisson fait observer qu'il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de la fracture de Dupuytren, mais bien de la fracture sus-malléolaire. Dans la fracture de Dupuytren, c'est à l'articulation elle-même qu'il faut s'adresser.

Arthrites tuberculeuses. — Dans la dernière séance, M. Walther a présenté une malade qui avait très bien guéri d'arthrites tuberculeuses du genou par les injections sclérogènes de M. Lannelongue.

M. Nélaton présente un jeune homme qui était atteint d'arthrite tuberculeuse du genou et qui a si bien guéri par la compression ouatée seule qu'il a été reconnu, au conseil de revision, bon pour le service militaire.

M. Walther admire le résultat obtenu par M. Nélaton comme, dans la dernière séance, M. Nélaton a admiré le résultat obtenu par M. Walther. Toutefois celui-ci demande à M. Nélaton de quelle variété de tumeur blanche il s'agissait dans son cas.

M. Nélaton répond qu'il y avait une hydrarthrose chronique avec de nombreuses fongosités.

M. Walther fait observer que la variété des lésions a ici une grande importance. Il doute que, dans son cas, il eût pu obtenir la guérison avec la compression seule. Il est bien entendu que la compression et l'immobilisation sont les bases fondamentales de tout traitement des tumeurs blanches. Mais, dans le cas de M. Walther, il y avait des lésions osseuses, il y a eu récidive et il est peu probable que la compression seule, sans le secours des injections sclérogènes, aurait suffi pour amener la guérison de ces graves désordres.

M. Reynier dans un cas de tuberculose articulaire du coude ouverte, suppurée qui a nécessité la résection, opération suivie de suppuration a obtenu les meilleurs résultats, contre cette suppuration post-opératoire, des bains salés prolongés et des compresses d'eau salées.

Résection de la mâchoire inférieure. — M. Mauclaire présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la branche horizontale du maxillaire inférieur pour un ostéochondrome. Il avait diagnostiqué un sarcome, mais l'examen histologique pratiqué par M. Cornil a montré qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

Ce malade porte un appareil prothétique ingénieux.

M. Sébileau fait observer avec juste raison que, dans ces cas, il ne faut pas se hâter de pratiquer d'emblée la résection; il faut toujours faire d'abord une incision exploratrice qui peut révéler une erreur de diagnostic et modifier par cela seul l'importance de l'intervention. Ainsi, dans ce cas de M. Mauclaire, on aurait pu éviter probablement la résection. Dans un cas analogue, diagnostiqué par M. Quénu, sarcome du maxillaire inférieur, M. Sébileau a fait cette incision exploratrice; elle lui a permis de constater qu'il s'agissait d'un simple kyste et d'éviter à ce malade la résection de la mâchoire et ses suites plutôt pénibles. Ce n'est pas une critique personnelle que fait là M. Sébileau, c'est une réflexion d'ordre général.

M. Mauclaire fait observer que, dans son cas, étant donnée l'importance de la tumeur, il eût été toujours obligé d'aller jusqu'à la résection.

Uretéro-cysto-néostomie. — M. Legueu présente une malade qui, à la suite d'une hystérectomie vaginale avait eu une fistule uretérale qui s'était fermée; puis la malade a eu consécutivement des crises d'hydronéphrose et de pyonéphrose qui ont nécessité une intervention. M. Legueu a pratiqué chez cette malade une uretéro-cysto-néostomie intrapéritonéale. Après cette opération, la malade a vu disparaître tous ses troubles.

M. Bazy approuve la conduite de M. Legueu et, dans des cas analogues, a eu recours au même mode de traitement.

Épithéliome du côlon iliaque. — M. Michaux présente, complètement guéri, le malade dont il a soumis les pièces dans la dernière séance; épithéliome étendu du côlon iliaque; résection, anastomose.

Tumeur épithéliale de la partie inférieure de l'uretère. — Très intéressante cette observation présentée par M. Albarran : une femme de trente-quatre ans a des douleurs et des hématuries; la cystoscopie permet de reconnaître chez elle l'existence d'une tumeur épithéliomateuse siégeant à l'orifice de l'uretère droit dans la vessie. Le rein, de ce côté, est augmenté de volume. Le toucher vaginal permet de reconnaître que la partie antérieure de l'uretère droit est indurée. On ne sent pas de ganglions, voici l'opération que fit M. Albarran : cathétérisme préalable de l'uretère du côté gauche; longue incision abdominale partant de la partie médiane du pubis, s'inclinant sur le côté droit jusqu'à la fosse iliaque et se redressant en ligne droite assez haut, décollement du péritoine, recherche et découverte facile de l'uretère, ligature de l'iliaque interne, décollement d'adhérences, dégagement, de haut en bas, de l'uretère, arrivée sur la tumeur, refoulement de la vessie par une pince introduite par l'urètre, de façon à bien faire saillir la tumeur et le fond de la vessie, excision d'une collerette vésicale autour de la tumeur, dissection de bas en haut de la tumeur et de la collerette vésicale; une uretéro-cysto-néostomie paraissant impossible, M. Albarran termine l'opération par l'établissement d'une fistule cutanée, c'est-à-dire par la fixation de l'uretère à la paroi abdominale. Guérison parfaite.

M. Guinard demande à M. Albarran pourquoi il n'a pas plutôt abouché l'uretère au gros intestin.

M. Albarran n'a pas de prédilection marquée pour ces anastomoses uretéro-intestinales. D'ailleurs chez sa malade, il se propose ultérieurement de lui enlever le rein gauche. Si même un nouveau cas de ce genre se présentait à lui, il ferait préalablement une double fistule rénale.

Néphrectomie. — M. Bazy présente un rein atteint de pyonéphrose qu'il a extirpé sans autres recherches préalables que l'épreuve du bleu de méthylène. Le résultat a été parfait.

Ostéomyélite. — M. Moty présente un cas d'ostéomyélite de la partie supérieure de l'humérus droit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE. 17.



Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, *Arséniate* », *Phosphate* », *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer*	
— *de chaux*		0.44
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE: 1 bouteille par jour.

G. GREMY, 20, rue des Martyrs, Paris.

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de soude:

O gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour). | O gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).

LIQUIDE — CAPSULES

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE *cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour*

L'APIOL des DOCT^rs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE

(*Anciennement Gilliard, P. Monnet et Cartier.*)

Société anonyme au capital de 3 200 000 de fr. — SIÈGE SOCIAL : A SAINT-FONS, PRÈS LYON.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

KÉLÈNE

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR POUR LA KÉLÉNARCOSE ET L'ANESTHÉSIE LOCALE

Salicylate de soude.
Salicylate de méthyle.
Acide salicylique.
Salol.
Résorcine.
Antipyrine
Hydroquinone.
Phénolphtaléine pure (nouveau purgatif).

Bleu de méthylène
Gaïacol et ses dérivés.
Trioxyméthylène.
Lactanine (nouvel antidiarrhéique).
Phosphotal (Phosphite de créosote).
Gaïacophosphal (Phosphite de gaïacol)
Phénol synthétique.
Métylrhodine (acétyl-salicylate de méthyle).

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.

PH^ie VIGIER, 12, B^d BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

GYNÉCOLOGIE, DERMATOLOGIE
TUBERCULOSE
AFFECTIONS RHUMATISMALES

ICHTHYOL

MARQUE DÉPOSÉE.

PRESCRIRE ICHTHYOL
Exiger le Produit authentique.
MONOGRAPHIES ET FORMULAIRE :
Société française de Produits sanitaires,
35, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

CONTRE LA BLENNORRAGIE

GONOSAN

6 à 8 CAPSULES par jour.

A L'ESSENCE DE SANTAL DES INDES ORIENTALES
ET AUX RÉSINES DE KAWA-KAWA
(PIPER METHYSTICUM)

Supprime la **douleur.**
Diminue les **sécrétions.**
Raccourcit la **durée** *de la maladie.*
Évite les **complications.**

Maison LAROZE (ROHAIS et Cie, succ^rs), 2, rue des Lions-Saint-Paul, PARIS.

MYCODERMINE DÉJARDIN

(EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA MÉDAILLE OFFERTE AU PROFESSEUR POZZI. — L'invitation à cette cérémonie portait qu'en raison de l'exiguïté des locaux les *dames ne pourraient être admises*. Malgré cette note, plutôt peu engageante, nous nous sommes rendus dimanche à dix heures à l'hôpital Broca ; un grand nombre de nos collègues, d'amis et d'admirateurs de Pozzi ont fait comme nous, car l'amphithéâtre était comble. Toutefois ce manque de femmes a été particulièrement remarqué et regretté. M. le doyen de la Faculté, qui présidait, a le premier exprimé ce regret en disant que cette réunion gynécologique manquait de visages féminins, ce à quoi M. Pozzi a répondu qu'il n'aurait pas hésité à revenir sur cet ostracisme s'il avait pu inviter Mme la doyenne. « On n'est pas parfait », a repris M. Debove.

Malgré cette absence de visages féminins, la fête a été très brillante et nous y avons entendu de très agréables discours. MM. Debove, Renault (de Lyon), Jayle, Martin (de Rouen), Ledouble ont pris successivement la parole.

Le chef de clinique de M. Pozzi, M. Dartigues, natif de Toulouse, dans une improvisation des plus chaleureuses, des plus poétiques, nous a pendant un quart d'heure éblouis de l'éloquence la plus vibrante et la plus passionnée. Parlant du *Traité de gynécologie* de Pozzi, il a fait ressortir toute l'importance de ce livre magistral et il a ajouté que si, dans l'avenir, il était appelé à un certain oubli, par le fait même du progrès il resterait comme le fondement de la gynécologie et qu'il deviendrait comme un monument délabré des temps anciens dont la base revoit le soleil à cause de la ruine elle-même. Il a fort heureusement comparé son maître, opérant, habillé de blanc et masqué, à Lohengrin, et il a terminé en disant qu'il avait bien mérité de la France par sa sollicitude pour la « matrice de son siècle ».

Le succès de cet orateur extraordinaire fut très grand.

En homme d'esprit, M. Monprofit, qui avait un discours tout prêt, l'a conservé dans sa poche. L'orateur précédent était de Toulouse, il a avoué ne venir que d'Angers et il s'est borné à rappeler, comme président actuel du Congrès de chirurgie, les services éminents rendus par Pozzi à ce Congrès.

Nous avons été heureux de constater que dans les nombreux historiques de la gynécologie chirurgicale qui ont été reproduits dans cette séance le nom de Péan n'a pas été oublié.

M. le docteur Clemenceau, ministre de l'Intérieur, a fait une courte apparition. M. Pozzi l'en a chaleureusement remercié en rappelant ses succès de début dans notre profession.

Après un mot d'aimable remerciement à chacun de ceux qui ont pris la parole, M. Pozzi nous a fait l'histoire, vraiment touchante, de la chaire de gynécologie. Ce qu'il lui a fallu dépenser de labeur, de persistance, d'entêtement, de volonté et d'énergie pour arriver à fonder en France l'enseignement de la gynécologie, on ne saurait se l'imaginer, et quand on se reporte au point de départ de cet enseignement dans une baraque en bois de l'ancien Lourcine et que l'on constate aujourd'hui le luxe relatif de ce service, on ne peut qu'admirer la puissance de volonté et de travail dont a fait preuve le professeur Pozzi, et approuver les éloges dont il a été l'objet.

Dr A. B.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 933.*)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

L'OCRÉINE

Principe actif

de la

Sécrétion interne de l'Ovaire

Thème

— L'ovarine ou oophorine est inconstante dans ses effets parce que les organes qui servent à la préparer sont mal choisis.

— L'action de l'ovaire sur l'organisme est due à une sécrétion interne.

— La glande à sécrétion interne de l'ovaire et, par conséquent, la seule partie active au point de vue thérapeutique, c'est le corps jaune.

— Le corps jaune n'a qu'une durée transitoire et réapparaît périodiquement dans l'ovaire ; il n'existe donc pas d'une façon constante dans cet organe.

— La plupart des ovaires dont on se sert pour préparer l'ovarine ne renferment pas de corps jaune ou en renferment très peu.

— L'Ocréine est un extrait de corps jaune pur.

G. GRÉMY
16, Rue de la Tour d'Auvergne
PARIS

L'OCRÉINE

FORMES PHARMACEUTIQUES DE L'OCRÉINE GRÉMY

Pilules d'Ocréine Grémy dosées à 10 centigr. de corps jaune pur. Les pilules d'Ocréine possèdent un premier enrobage au gluten qui les rend solubles seulement dans l'intestin et un deuxième enrobage extérieur qui les rend inattaquables à l'air. L'Ocréine se conserve ainsi indéfiniment.

Le flacon de 32 pilules, prix **5 francs**

Ampoules d'Ocréine Grémy. — Chaque ampoule contient deux centimètres cubes d'Ocréine injectable.

La boîte de 6 ampoules, prix **5 francs**

V. — Pendant la ménopause. Les transformations que subit à cette période l'organisme féminin sont dues à l'arrêt plus ou moins lent dans la formation des corps jaunes. Cet arrêt peut se produire brusquement ou les périodes s'espacer de plus en plus, jusqu'à disparition totale. Troubles de l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

IV. — Pendant la grossesse. Le même corps jaune qui a permis à l'œuf de se fixer dans l'utérus persiste pendant tout le temps de la grossesse. La sécrétion de ce corps jaune peut être insuffisante et cette insuffisance se traduit par les signes suivants : bouffées de chaleur, nausées, vomissements, vertiges, étourdissements, palpitations, céphalalgies, etc. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours, jusqu'à disparition des troubles.)

INDICATIONS & DOSES DE L'OCRÉINE GRÉMY

I. — Au moment de la puberté. Contre les *troubles de la puberté* pouvant aller jusqu'à la *chlorose*, troubles dus à l'apparition irrégulière du corps jaune ou même à son absence totale (1 à 6 pilules par jour ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours. Continuer le traitement jusqu'à ce que la sécrétion interne de l'ovaire se fasse normalement).

II. — Contre les suites de la castration ovarienne. (3 à 10 pilules par jour pendant 8 jours tous les mois, ou 3 à 4 injections *intramusculaires* de deux centimètres cubes tous les mois, à deux jours d'intervalle.)

III. — Contre l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

CLINIQUE MÉDICALE

INSUFFISANCE OVARIENNE

HYPO-OVARIE

Par le docteur Paul DALCHÉ (1),
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

J'ai étudié, dans une conférence antérieure, l'hyperfonction de l'ovaire, et je vous ai proposé de lui attribuer la dénomination d'*hyperovarie* (2). Aujourd'hui, je lui opposerai l'hypo-fonction, ou insuffisance ovarienne, l'*hypo-ovarie*, pour employer une expression semblable, et surtout son traitement.

Cependant c'est un sujet trop vaste, qu'il est impossible d'épuiser en une seule leçon : aussi n'en aborderai-je qu'une partie, c'est-à-dire une seule variété, la plus importante d'ailleurs, de l'insuffisance ovarienne. Mais avant tout, il est indispensable d'entrer dans quelques considérations d'ordre général, pour faciliter l'exposition de faits qui ne vous sont peut-être pas très familiers.

On a tendance à attribuer à l'ovaire une triple fonction : la première, l'expulsion de l'ovule, est connue de longue date. La deuxième est constituée par une certaine influence sur la menstruation, et par l'expulsion ou la destruction de toxines. La troisième enfin est la sécrétion interne de l'ovaire, comparable à celle de la thyroïde, des capsules surrénales, du testicule, etc.; elle est admise par tout le monde, mais sa nature intime et son mécanisme ne sont encore que soupçonnés.

Ces notions physiologiques posées, si nous imaginons la suppression de l'ovaire et de ses fonctions, nous aurons l'insuffisance ovarienne; mais cette insuffisance, ou plutôt, les phénomènes pathologiques qui lui sont attribués, semblent ressortir surtout à la suppression ou à la modification de la sécrétion interne : nous sommes ici en plein domaine de l'hypothèse.

Toutefois, entre la suppression totale de la sécrétion interne et son fonctionnement normal, on peut imaginer des intermédiaires : la sécrétion peut être simplement diminuée, et nous aurons la modification en moins; nous ajouterons la modification qualitative, qu'on ne peut démontrer, puisque nous ne connaissons pas la nature intime de la sécrétion interne, mais dont la possibilité semble aussi vraisemblable que pour d'autres glandes à sécrétion mieux connue, telles que le foie ou la thyroïde.

Enfin, de cette modification quantitative et qualitative de la sécrétion ovarique doit résulter une modification dans l'influence que cette sécrétion exerce sur le métabolisme des différents organes : toutes les sécrétions de l'économie réagissent les unes sur les autres; un trouble dans la sécrétion glycogénique du foie amènera des modifications de la nutrition générale. De même on peut imaginer que la sécrétion interne de l'ovaire se trouve élaborée en quantité suffisante, mais dans de mauvaises conditions, et qu'elle ne possède plus dès lors les qualités voulues pour agir d'une façon régulière et normale sur les organes génitaux, les fonctions menstruelles, et sur l'ensemble de l'économie.

Ces considérations théoriques, répétons-le, ne vous font pas sortir du domaine de l'hypothèse, mais elles sont nécessaires, car elles nous permettent de soupçonner toute une série de troubles inconnus de l'ovulation, que l'étude de la sécrétion interne de l'ovaire, et plus spécialement peut-être du corps jaune, permettra sans doute de préciser dans un avenir plus ou moins rapproché.

Cependant nous pouvons, dès maintenant, poser les conclusions suivantes : entre la suppression totale et brutale des fonctions ovariennes, telle qu'elle résulte d'une castration double, par exemple, et la simple défectuosité d'une fonction de cet organe, consistant en modifications dans la quantité et la qualité de sa sécrétion interne, il existe des degrés, des modalités qui nous autorisent à admettre également des degrés, et des variétés d'insuffisance ovarienne. Cette insuffisance, ainsi définie, nous la considérerons non comme une maladie, mais comme un syndrome, susceptible de se présenter tantôt avec tous ses caractères, dans sa plénitude, tantôt à l'état d'ébauches, quelquefois fugaces et transitoires.

Aujourd'hui nous nous contenterons de tracer fort rapidement le tableau de l'insuffisance ovarienne complète et typique, telle qu'elle résulte de la suppression brusque des deux ovaires par castration double : c'est la *ménopause chirurgicale*, auprès de laquelle nous pourrons ranger immédiatement la *ménopause physiologique* et *naturelle*, telle qu'elle survient normalement entre quarante-quatre et cinquante ans.

Ces deux variétés sont en effet loin de différer d'une manière absolue au point de vue symptomatique. Un caractère cependant les différencie, en ce fait que dans la ménopause chirurgicale les règles se suppriment brusquement, tandis que dans la ménopause naturelle, la disparition des menstrues ne s'effectue que lentement, après une période transitoire où l'on voit l'aménorrhée alterner avec la ménorragie.

Dans les deux cas, les malades accusent des troubles vasomoteurs tels que bouffées de chaleur, crises de rougeur et de sueurs, se combinant d'une manière variable.

Puis ce sont des accidents nerveux tels que céphalée, cauchemars, insomnie : le cerveau de ces malades semble subir une intoxication, dont les manifestations ne sont pas sans analogie avec celle des alcooliques; il faut se garder d'attribuer à l'éthylisme des signes qui sont presque constants, et conduisent souvent à la neurasthénie; les malades sont aussi de fausses cardiaques, des dyspeptiques; elles ont des palpitations, des digestions pénibles : tout s'atténue et même disparaît, une fois la ménopause complètement établie. Notons enfin la tendance à l'adiposité fréquente à cette époque, et nous arrêterons là cette énumération rapide des principaux symptômes de l'insuffisance ovarienne complète.

(1) Leçon clinique recueillie par M. Maurice Bloch, ancien interne des hôpitaux.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, nº 75, p. 891.

Nous en rapprocherons à présent celle qui est occasionnée par une maladie ou une dégénérescence des organes ovariens, frappant de mort lente une grande partie du tissu de la glande, et amenant ainsi une partie des troubles constatés (Jayle).

Dans cet ordre de causes, nous trouvons la sclérose des ovaires, et toutes les autres maladies organiques de ces organes; d'autre part toutes les altérations résultant d'infections ou d'intoxications : l'ovaire par la fragilité de son tissu noble (les ovules), par sa grande richesse vasculaire, est particulièrement sensible à leur influence.

Jayle, qui a fait de l'insuffisance ovarienne une étude si remarquable, distingue et admet les variétés suivantes :

Insuffisance ovarienne congénitale;
Insuffisance ovarienne de la formation;
Insuffisance ovarienne nerveuse;
Insuffisance ovarienne congestive;
Insuffisance ovarienne adipeuse.

Celle que nous étudierons particulièrement aujourd'hui, est une forme intéressante parce qu'il semble que la femme l'apporte avec elle; aussi mérite-t-elle la dénomination de congénitale, quoiqu'elle ne se manifeste en général qu'à la formation. Le diagnostic n'en est pas toujours bien fait, et il en résulte des erreurs de thérapeutique.

En voici une observation :

Une dame, âgée de trente-sept ans, nous était adressée pour une altération très légère de la trompe ou de l'ovaire gauche, qui, malgré son peu d'importance, provoquait des douleurs atroces, et avait même donné naissance à des troubles hystéro-neurasthéniques.

Nous vîmes une femme d'une taille au-dessous de la moyenne, de petite mine, toute ratatinée, nerveuse et souffreteuse, qui, au premier aspect, présentait des signes de dégénérescence au niveau de la mâchoire, des dents, des oreilles, en même temps qu'elle frappait par une asymétrie marquée de la face et des yeux.

Elle avait été réglée à quatorze ans; mais, dès la puberté, les règles manquaient souvent, restant de deux à neuf mois sans venir.

Quand elles apparaissaient, elles étaient toujours très douloureuses, et cela non seulement *pendant* les premiers jours, mais encore et surtout *huit jours avant* la venue du sang : c'était donc, par ce caractère prémenstruel de la douleur, une dysménorrhée non pas mécanique, mais ovarienne et nerveuse (Gaillard-Thomas).

Dès la puberté, le côté gauche du ventre était sensible, mais depuis deux ans, les douleurs avaient augmenté en intensité et en étendue, se généralisant à toute la moitié gauche de l'abdomen.

On constate une hémianesthésie hystérique à gauche, et une névralgie iléo-lombaire.

Le toucher, très difficile et douloureux, permet de noter une hystéralgie intense, accompagnée d'ovaralgie, et de tous les signes de la grande névralgie pelvienne. A l'aide du toucher bi-manuel, on délimite un tout petit noyau salpingo-ovarien gauche. Sur un état ancien s'était greffée depuis un ou deux ans une légère infection tubo-ovarienne, mais en disproportion complète avec les phénomènes douloureux. En outre le corps thyroïde de cette femme était peu développé; les caractères de la sexualité féminine se montraient peu marqués, ainsi que l'attestaient la courbe étriquée des hanches, le petit volume des seins, la rareté des poils. Enfin ce syndrome se complétait par une insommie tenace, un certain degré de tachycardie (108), de la constipation opiniâtre, de la bouffissure de la face, et une légère cyanose des extrémités, surtout des mains que la malade dit avoir toujours froides.

En présence de cet ensemble symptomatique, nous portâmes sans hésiter le diagnostic de :

1° Insuffisance ovarienne datant de la puberté, et ayant déterminé l'éclosion du nervosisme chez une retardataire et dégénérée, c'est-à-dire prédisposée;

2° Infection tubo-ovarienne légère survenue récemment et à propos de laquelle les symptômes d'insuffisance se sont exaspérés.

Cette variété d'insuffisance ne rappelle pas du tout la ménopause chirurgicale. Les femmes qui en sont atteintes accusent souvent, mais pas fatalement, une hérédité suspecte, entachée de tuberculose, de chlorose, de syphilis, d'alcoolisme, de paludisme, en somme d'intoxication de toute nature.

Ce sont des enfants de nerveux et de nerveuses, ayant souffert de préoccupations ou de misères, élevés dans les grandes villes, sans air et sans soleil, mal nourris. Ce sont des dégénérées, et nous en retrouverons tous les stigmates au niveau des dents, du nez, des oreilles, des retardataires au point de vue physique et intellectuel. Leur apparence générale est variable, tantôt nous les voyons petites de taille, contrefaites, d'allure souffreteuse, tantôt grandes, mais maigres et plates, sans seins et sans hanches, pas femmes en un mot; tantôt enfin grasses, molles, blanches, blafardes, pseudo-chlorotiques; leurs tissus sont flasques et semblent appeler les œdèmes, leurs mains sont froides, prédisposées aux engelures et à l'asphyxie locale symétrique. Tout le corps est chargé de graisses de mauvais aloi.

Ces caractères généraux n'ont rien d'absolu, l'insuffisance ovarienne peut se manifester sans aucune apparence extérieure, et sans aucune influence héréditaire décelable. Chaque femme possède une puissance génitale propre, un sens génital plus ou moins développé, et c'est l'infériorité de ce sens qui constitue à proprement parler l'insuffisance ovarienne congénitale. Analysons-en à présent les différents symptômes fonctionnels.

Les troubles menstruels occupent naturellement le premier plan. La *puberté* est le plus souvent tardive, et survient de seize à dix-huit ans, quelquefois encore au delà de ce terme. Une fois apparues, les règles restent irrégulières, retardent souvent, manquent parfois et coulent presque toujours peu abondantes, peu colorées. En un mot, l'*aménorrhée* domine; s'il survient plus tard des métrorragies, c'est qu'il y a une complication, que l'appareil utéro-ovarien est atteint de maladie organique (Jayle). Le complément habituel de l'aménorrhée est la *leu-*

corrhée, qui se produit tantôt au moment des règles (ce sont des *règles blanches*), tantôt dans les périodes intercalaires; ces pertes sont très abondantes, liquides et n'empèsent pas le linge, contrairement aux écoulements infectieux. Enfin la *dysménorrhée* est le troisième terme de cette triade de symptômes menstruels. Elle est souvent prémenstruelle, s'accompagne de tympanisme abdominal et d'une violente douleur ovarienne; elle diminue toujours avec l'apparition du sang, à moins de complication nerveuse.

La névralgie iléo-lombaire est habituelle.

L'*infécondité*, ou le peu de fécondité, est la conséquence forcée de cette insuffisance ovarienne.

Le *goitre* est assez fréquent chez ces malades, et nous avons vu dans une leçon antérieure comment le corps thyroïde et les ovaires semblaient se suppléer réciproquement dans leurs fonctions. Ces goitres ne sont guère plongeants, mais disgracieux, quelquefois pulsatiles : ils peuvent s'accompagner de tremblement, de tachycardie, formant ainsi le *syndrome basedowiforme*, véritable transition entre le goitre menstruel et le goitre exophtalmique; l'existence des souffles anémiques à la pointe ou à la base du cœur, l'aspect blafard des malades, accentuent encore la ressemblance de cet ensemble symptomatique avec la chlorose : on les a appelées des *chloroses génitales*, ce sont aussi des maladies de Basedow frustes.

Ces malades présentent en outre des *taches pigmentaires* qui vont jusqu'à simuler une maladie d'Addison, ou la cholémie familiale, ou même des syphilides pigmentaires.

On admet d'ailleurs que ces altérations sont presque toujours sous la dépendance d'intoxications; or l'insuffisance ovarienne ne peut-elle pas être considérée à un certain point de vue comme une intoxication?

L'asthénie générale complète le tableau clinique; enfin on peut observer une véritable atonie musculaire et ligamenteuse. Ces malades sont des candidats à la viscéroptose.

Les *troubles dyspeptiques*, qui sont la règle chez ces insuffisantes, peuvent se ranger sous quatre rubriques différentes, et cette classification n'est pas purement théorique, car le traitement n'est pas le même dans les divers cas. Nous observons donc :

1° L'hyposthénie gastrique par retard, par véritable insuffisance fonctionnelle de l'estomac. Elle se manifeste bruyamment à la puberté par de l'anorexie absolue, de l'hypochlorhydrie avec acides de fermentation, coïncidant ainsi avec l'éclosion de l'hypo-ovarie : il semble qu'il y a là un véritable arrêt ou un trouble dans le développement.

D'autres fois, elle est la conséquence tardive de causes ayant sévi au premier âge, telles que l'alimentation défectueuse; l'estomac a été surmené et fatigué, l'hyposthénie latente, jusque-là, se manifeste à la puberté;

2° L'hyposthénie semblable à celle de certaines chlorotiques ou anémiques;

3° L'hyposthénie par intoxication génitale, analogue à certaines anorexies, et aux vomissements de la grossesse;

4° A ces trois variétés d'hyposthénie s'oppose l'hypersthénie transitoire par poussée fluxionnaire au moment des règles, et qui est susceptible de persister dans la période intercalaire; d'ailleurs la poussée hyperchlorhydrique est habituelle au moment de la menstruation.

Ces différents troubles gastriques apparaissent de préférence chez des femmes qui souffraient déjà de l'estomac; la manifestation restait latente et silencieuse, mais le trouble génital a provoqué sa montée à la surface.

Les *troubles nerveux* sont fréquents dans l'hypo-ovarie et consistent en torpeur, atonie intellectuelle, céphalée, névralgies de différents sièges, intercostale, iléo-lombaire, pelvienne; l'hystéro-neurasthénie en est un aboutissant peu rare, parfois même, a-t-on dit, la vésanie.

Il semble aussi que certaines *déviations de la colonne vertébrale*, fréquentes à la puberté, sont en corrélation avec l'insuffisance ovarienne.

Enfin l'*hypoazoturie* et l'*hypophosphaturie* urinaires complètent cet ensemble. Je ne reviendrai pas sur ce point important déjà traité devant vous.

Cette variété d'insuffisance ovarienne est tantôt l'expression d'un retard localisé; on peut garder alors l'espoir de la guérison : le mariage, une grossesse peuvent provoquer la fin de l'évolution interrompue.

Tantôt elle est perdue dans le complexus d'un retard complet et généralisé : dans ce cas, la guérison est l'exception : ces malades resteront inféconde; on peut aussi observer des retards combinés, où l'insuffisance ovarienne s'allie au nanisme mitral, au rétrécissement mitral de la puberté : c'est là la véritable *chlorose mitrale* de G. Sée.

Enfin, l'hypo-ovarie peut être due à une simple faiblesse du sens génital (Raciborsky), faiblesse qui peut n'être que transitoire. C'est la forme la plus pure et la plus vraie : les femmes qui en sont atteintes quelquefois ne sont mères que très tardivement; mais souvent, après le premier enfant, les grossesses se succèdent : le sens génital s'est raffermi.

A côté de ces insuffisances ovariennes complètes, notons l'hypo-ovarie incomplète, atténuée, fruste, se manifestant par une simple chlorose d'origine génitale, par le syndrome basedowiforme précédemment étudié, le pseudo-myxœdème, et les troubles dyspeptiques énumérés plus haut : si l'un de ces symptômes prédomine, l'erreur de diagnostic est presque impossible à éviter. Pour terminer, signalons l'hypo-ovarie transitoire, survenant inopinément chez une jeune fille jusque-là bien réglée : nous en avons un exemple en ce moment salle Valleix. Vous voyez une fille superbe, légèrement cyanosée, qui a un goitre très appréciable, dont l'affection a coïncidé avec l'éclosion d'une insuffisance ovarienne bien caractérisée, due sans doute à la fatigue et à l'arrivée à Paris de cette jeune campagnarde.

Le *traitement* de l'insuffisance ovarienne est particulièrement intéressant à signaler. Depuis l'apparition des théories de Brown-Séquard, puisque l'hypo-ovarie semble être la traduction d'une modification

de la sécrétion interne quantitative ou qualitative, il était naturel de songer à la remplacer. Au début, cette *opothérapie ovarienne* consistait en injections sous-cutanées d'ovarine ; nous ne les employons plus : elles sont du reste peu commodes, et parfois douloureuses.

Nous donnons de préférence l'ovarine à l'intérieur, sous forme de cachets de poudre d'ovaires, et d'habitude deux ou trois cachets par jour contenant chacun $0^{gr}20$ d'extrait sec en poudre. La posologie de cette médication est sujette à controverses : les uns préconisent l'administration de doses massives, les autres préfèrent une petite quantité du médicament ; l'ovaire n'élabore sans doute que peu de principe actif qui, peut-être, agit surtout par action de présence, sans qu'il lui soit nécessaire de le produire en grande quantité. Cependant, la majorité des auteurs donnent de fortes doses de médicament et pendant longtemps ; d'ailleurs, on n'a pas à craindre de signe d'intoxication.

La pepto-ovarine est une excellente préparation, mieux acceptée par certaines malades ; de même, les vins d'ovaires peptonisés, etc.

Sous l'influence de cette médication, les bouffées de chaleur s'atténuent et disparaissent ; les échanges moléculaires sont plus actifs ; les urines voient augmenter leur teneur en phosphates et en urée. En somme, on obtient des résultats.

Mais lorsque nous administrons la poudre d'ovaire ou la pepto-ovarine, nous employons la glande entière, composée de parenchyme conjonctif, de follicules et de corps jaune : c'est une préparation peu homogène, d'autant que le corps jaune en est quelquefois absent. Peut-être cette considération explique-t-elle les résultats variables et peu comparables entre eux de la médication.

En effet, le parenchyme conjonctif, *à priori*, ne doit avoir que peu d'action ; les follicules en voie de développement sont des organes embryonnaires. Reste le corps jaune : actuellement on a tendance à le considérer, avec Frænkel et Lebreton, comme la partie noble, véritablement glandulaire, de l'ovaire ; car, dit Frænkel, « la structure histologique de cette petite glande ovarique est absolument semblable à celle des autres glandes à sécrétion interne. » C'est peut-être pour cette raison que chez les femmes enceintes on observe des signes d'insuffisance ovarienne due à leur corps jaune altéré ou anormal. On a donc cherché à administrer le corps jaune seul. Théoriquement ces tentatives d'opothérapie doivent donner des résultats. Mais il nous est encore impossible de nous prononcer d'une manière définitive.

D'ailleurs il ne faudra pas négliger les autres médications telles que :

La teinture d'iode (XII à XXV gouttes, Trousseau), les préparations arsenicales (arrhénal, Armand Gautier). L'iode et l'arsenic du corps thyroïde s'éliminent par les règles, ainsi que l'a montré A. Gautier, et leur utilisation d'empirique est devenue rationnelle.

Les préparations ferrugineuses ne doivent pas être négligées.

Enfin l'hydrothérapie sera l'adjuvant indispensable : on conseillera des douches froides circulaires, postérieure et latérale ; et pour finir, administrée avec grande précaution, la douche au jet brisé, en avant sur le bas-ventre, mais très courte.

Raciborsky y ajoutait des bains de siège froids de courte durée dans la période intercalaire. L'hygiène de tous les instants, une alimentation généreuse, le grand air seront recommandés, sans adjonction toutefois de médications qui, sous la rubrique de fortifiants (A. Siredey), risqueraient de troubler les fonctions digestives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1906)

Greffes thyroïdiennes (myxœdème et grossesse). — MM. CHARRIN et CHRISTIANI ont observé une personne qui, présentant depuis trois ans des symptômes prédominants de myxœdème associés à quelques signes d'affection de Basedow, fut opérée par un chirurgien qui pratiqua l'ablation thyroïdienne. Les accidents myxœdémateux s'accentuèrent alors.

MM. Charrin et Christiani, dans le but d'obtenir une fonction thyroïdienne permanente, pratiquèrent en deux fois à trois mois et demi d'intervalle de nombreux semis thyroïdiens en divers points du tissu cellulaire sous-cutané. L'amélioration considérable qui s'est produite et l'évolution normale d'une grossesse survenue ensuite, autorisent à admettre qu'au point de vue physiologique, durant au moins deux ans, des greffes thyroïdiennes peuvent conserver leurs propriétés.

En second lieu, dans ces conditions et tout en diminuant (pour ainsi dire jusqu'à complète suppression) la thérapeutique thyroïdienne par ingestion ou injections, les symptômes du myxœdème s'amendent au point de disparaître.

En troisième lieu, sous cette influence, il est possible de mener à bien une grossesse et d'obtenir un rejeton normal. D'ailleurs, au voisinage du terme, le développement des greffes atteste leur nature thyroïdienne.

Du radium en gynécologie. — MM. OUDIN et VERCHÈRE. Les auteurs qui ont étudié l'anatomie pathologique des radiodermites ont tous constaté que la première lésion due aux rayons X consistait en une oblitération des capillaires par prolifération de leur endothélium. Holtzknecht a fait en 1903 la même constatation pour les radio-dermites.

D'autre part, on a publié de nombreuses observations de l'action régressive des rayons X sur les fibromes utérins.

C'est en partant de ces considérations que MM. Oudin et Verchère ont songé à porter du radium dans la cavité d'utérus fibromateux et hémorragiques, espérant avoir ainsi une action plus puissante qu'avec les rayons X dont la pénétration jusqu'à la muqueuse utérine n'est guère possible sans radio-dermite superficielle.

Dans deux cas, les écoulements s'arrêtent bien rapidement et en quelques séances la tumeur subit une régression considérable et stupéfiante. Dans six cas de malades atteints de catarrhe gonococcique ancien du col, les résultats ont été aussi très encourageants.

Dans sept cas types de blennorragie urétrale ancienne, les résultats, sans être aussi brillants, sont néanmoins dignes d'être notés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1906)

Autopsie de deux cas de démence épileptique, paralytique et spasmodique à l'époque de la puberté. — MM. Jules VOISIN, Roger VOISIN et LAIGNEL-LAVASTINE. Cette affection apparaît chez des enfants épileptiques présentant soit des états de mal fréquents, soit des séries d'accès; elle a une marche progressive, se caractérise par une déchéance intellectuelle de plus en plus marquée après chaque série d'accès par une exagération des réflexes tendineux, d'abord passagère au moment des séries, puis constante, par des modifications de la démarche qui devient spasmodique, de la parole qui devient traînante, enfin par l'apparition de contractures qui confinent le malade au lit; elle se termine par la mort dans le marasme, une dizaine d'années après le début de l'affection.

L'autopsie de deux enfants ayant présenté une telle démence fait constater qu'il ne s'agit pas du tout d'une paralysie générale progressive. Les lésions sont particulières : tandis que la moelle est presque complètement indemne, le cerveau présente des lésions de cellules pyramidales, décelables par la méthode de Nissl, et surtout une sclérose névroglique sous-méningée très marquée, analogue à celle décrite jadis par Charlin.

Une telle sclérose n'a pas été constatée dans le cerveau de huit épileptiques, morts sans avoir présenté cette marche clinique.

La coïncidence de cette encéphalite ulcéreuse et de la démence paralytique et spasmodique permet de se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'une relation de cause à effet.

L'anémie pernicieuse et la variabilité de son évolution clinique. — MM. VAQUEZ et LAUBRY. L'étude de nombreux cas ont amené les auteurs à envisager l'anémie pernicieuse et la variabilité de son évolution clinique d'une façon différente de celle de Biermer.

Cette compréhension résulte de la connaissance des modifications hématologiques au cours des anémies, et notamment des modalités diverses de la réaction de la moelle.

Lorsque la moelle stérile et improductive ne fournit aucun soutien à l'organisme, l'anémie répond au type aplastique d'Ehrlich; elle est progressive et fatale.

Les auteurs ne connaissent aucun cas d'anémie aplastique qui se soit transformée en anémie plastique et qui ait guéri même temporairement.

L'anémie plastique, celle où l'effort de la moelle se manifeste par des réactions hématologiques visibles, est d'une évolution complexe et intéressante. Dans certains cas, l'activité de la moelle ne parvient pas à surmonter celle du processus hémolytique et le malade succombe.

Dans d'autres cas, l'anémie prend un type à oscillations dans lequel tour à tour elle disparaît et reparaît pour emporter le sujet après deux ou trois rechutes. Les auteurs ont observé deux cas de ce genre, dont l'un s'est terminé par la mort après dix-huit mois d'oscillation.

Cette forme d'anémie à rémission n'est pas un type rare. Peut-être même, si on examinait de très près les anémies progressives à forme plastique, les verrait-on présenter de façon moins apparente ces oscillations si caractéristiques. Ces formes n'en ont pas moins un pronostic très sombre.

Tout sujet qui aura semblé échapper une première fois à une anémie de cette nature restera menacé de rechutes, qui finiront par amener la mort.

Centre de Broca et aphasie. — M. MARIE a observé que bien souvent l'aphasie existait cliniquement sans que la troisième circonvolution frontale fût lésée et réciproquement, que la lésion dite de l'aphasie existait sans que pendant la vie les malades aient présenté ce syndrome. Il est arrivé ainsi, après de nombreux examens anatomiques, à cette conclusion que le centre du langage est dans la zone du Wermicke, situé au niveau du pli courbe et de la première temporale, et que pour qu'il y ait aphasie de Broca ou aphasie motrice, il est nécessaire que des lésions du noyau lenticulaire ou du noyau caude existent.

L'aphasie de Broca serait une combinaison d'anarthrie et d'aphasie.

Le phénomène de la ligne blanche, l'hypotension artérielle et l'insuffisance surrénale. — MM. SERGENT et RIBADEAU-DUMAS ont démontré que le phénomène de la ligne blanche paraissait être fonction d'hypotension artérielle et semblait avoir une valeur capitale dans le diagnostic des syndromes d'insuffisance surrénale pure. Les auteurs rapportent que ce signe a été trouvé dans les cas les plus divers : neurasthénie, surmenage, intoxication médicamenteuse ou alimentaire, grippe, septicémie, fièvre typhoïde, scarlatine, diphtérie. Dans quelques cas, l'ingestion d'adrénaline a pu faire disparaître la ligne blanche avec l'hypotension artérielle.

Présentations de malades :

M. QUEYRAT présente un malade porteur d'un **chancre mou extra-génital siégeant à la jambe.**

M. THIBIERGE présente trois malades atteintes de **formes différentes de tuberculides :**

La première malade est atteinte de lésions étendues à la presque totalité des téguments, ayant débuté par une poussée aiguë avec fièvre et phénomènes généraux. Les lésions cutanées ont d'abord ressemblé à celles de la variole : le diagnostic ne put être fait que par la présence de nodosités intra-dermiques;

La deuxième malade, âgée de cinquante-cinq ans, est atteinte de sarcoïdes spontanés typiques, localisés à la cuisse;

La troisième malade est une jeune fille atteinte d'érythème induré des membres inférieurs.

Ces trois types de lésions cutanées, si différentes cliniquement, sont de nature identique. Il s'agit d'un même processus de tuberculose, évoluant sous des aspects différents en raison des conditions propres au sujet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1906)

Injection d'alcool dans les troncs nerveux. — MM. BRISSAUD, SICARD et TANON apportent des résultats du plus haut intérêt pour la thérapeutique des affections nerveuses.

Tout d'abord, les auteurs confirment les bons effets des injections d'alcool sur les branches du trijumeau, selon le procédé de Lévi et Baudouin. Dans six cas de névralgie du trijumeau, ainsi que dans trois cas de spasme du facial, dont l'un durait depuis quinze ans, quelques injections ont suffi pour amener la quasi-guérison. D'après une enquête portant sur les deux malades traités par MM. Valude et Dupuy-Dutemps pour spasme facial, la guérison a duré de six mois à un an.

Mais ce qui donne à cette communication un intérêt bien

plus grand, c'est que les auteurs ont obtenu des résultats tout à fait remarquables dans des contractures des membres : chez plusieurs hémiplégiques et paraplégiques par affections organiques (embolie au cours d'un rétrécissement mitral, hématomyélie par décompression chez un scaphandrier), dans un cas de spasme du pied durant depuis quinze ans (il s'agissait d'un spasme vrai, non d'un tic); enfin chez deux parkinsoniens.

Les injections ont été pratiquées avec 1 à 3 centimètres cubes d'alcool à 80 degrés sur les gros nerfs : sciatique à la fesse, et, dans un cas, le crural, chirurgicalement dénudé. Aussitôt après l'injection, on voit disparaître la contracture, l'exagération des réflexes, le clonus, le signe de Babinski; puis apparaît une parésie avec anesthésie durant de trois à cinq jours, quelquefois davantage : les examens électriques pratiqués du sixième au huitième jour montrent une diminution de l'excitabilité faradique des nerfs et muscles qui disparaît au bout de trois semaines, les réflexes et le clonus ne reparaissent pas, de quelque temps. Tout serait parfait si, vers le cinquième ou sixième jour, n'apparaissaient des fourmillements, des engourdissements, voire même des douleurs, parfois fort pénibles, pouvant durer deux à trois semaines. Peut-être y a-t-il une question de posologie; le titre de l'alcool employé (80 degrés) est, sans doute, trop élevé. Les auteurs ont institué une série d'expériences pour rechercher quelle est la dose optima, réduisant au minimum les phénomènes de névrite légère observés, tout en maintenant les bons effets du traitement. Enfin, ils font remarquer que la méthode n'est pas applicable à tous les cas, sans distinction : les hémiplégiques anciens et les pseudo-bulbaires n'en ont retiré aucun bénéfice ; un malade auquel on avait fait une injection dans le sciatique poplité externe eut des douleurs intenses et même des troubles trophiques. Enfin, les expériences montrent que, pour obtenir l'effet désiré, il faut pratiquer l'injection dans les nerfs et non à leur voisinage; on est averti qu'on a bien atteint le nerf par la douleur irradiée à l'extrémité du membre accusée par les malades au moment de la piqûre.

Sur les fonctions de l'appareil cérébelleux. — M. Babinski. Elles sont au nombre de deux : la diadococynésie causant la scansion de la parole, les troubles de l'écriture, et la « résistance à l'inertie » dont la perturbation occasionne la catalepsie cérébelleuse et la titubation; les cérébelleux tombent sans bouger les pieds, parce que le haut du corps oscille « comme le ferait un arbre secoué par le vent », tandis que les tabétiques exécutent une série de mouvements désordonnés pour retrouver leur équilibre, comme « un danseur de corde sans balancier ».

M. Thomas fait remarquer que ces perturbations n'appartiennent pas en propre au cervelet, mais à tout l'appareil cérébelleux et vestibulaire.

Absence de systématisation de l'atrophie musculaire dans trois cas de sclérose latérale amyotrophique. — M. Kojevnikoff. Dans deux autopsies de sclérose latérale anormale, l'amyotrophie ne présentait pas la systématisation radiculaire habituellement observée et considérée comme si importante pour le diagnostic : il en est également de même chez un malade que présentent MM. Kojevnikoff et Chartier.

Un cas de surdité verbale pure. — M. Lamy présente un malade de soixante-trois ans atteint d'une double lésion mitrale, qui s'est réveillé, au lendemain d'une journée fatigante, avec une surdité verbale pure absolument typique. De la discussion soulevée par M. Marie qui dit n'avoir jamais vu de fait semblable et objecte la surdité, il résulte que, cliniquement, ce malade paraît bien entendre, mais sans comprendre le sens des mots, comme il le dit lui-même : sur le terrain anatomique, M. Déjerine combat l'opinion de M. Marie et défend la conception actuelle de surdité corticale.

Deux cas d'hémianopsie bitemporale. — M. Galezowski. Dans les deux cas, la radiographie montre l'élargissement de la selle turcique : dans l'un des deux, quelques symptômes font penser à un début d'acromégalie.

Paralysie du type Aran-Duchenne durant depuis huit ans. — MM. Lejonne et Huet. Chez une femme de vingt-neuf ans, l'amyotrophie a débuté par les mains, montant ensuite vers la racine des membres supérieurs, puis atteignant les membres inférieurs. Il n'y a, actuellement, pas de signes de sclérose pyramidale. — Cependant M. Brissaud fait remarquer l'existence d'un léger tremblement fibrillaire de la langue.

Névrite ascendante et rhumatisme chronique. — MM. Lejonne et Chartier. Femme atteinte depuis sept mois à la suite d'une plaie contuse de la main, d'une névrite ascendante et présentant, en outre, du rhumatisme chronique. — MM. Marie, Déjerine et Sicard mettent en doute l'existence, dans ce cas, de la névrite ascendante dont les symptômes sont bien incomplets, et à laquelle M. Marie dénie tous rapports avec le rhumatisme.

Sur la systématisation des cornes antérieures de la moelle. — M. et Mme Déjerine apportent les résultats des études qu'ils poursuivent depuis deux ans à ce sujet. C'est un travail considérable, échappant à l'analyse, et qui vient fournir une base sérieuse aux recherches concernant la question des localisations motrices spinales.

Hémiplégie avec aphasie progressive et tumeur cérébrale. — M. Babinski. L'hémiplégie, sans exagération des réflexes ni extension de l'orteil, indiquait une compression, sans destruction de la région motrice gauche. Les signes d'hypertension intra-crânienne ont mis plus d'un an à apparaître. Une intervention, d'ailleurs mortelle, a montré l'existence d'une tumeur superficielle pesant 310 grammes.

Dystrophie d'origine pulmonaire. — MM. Lejonne et Chartier. Femme ne mesurant que 1m28. Il s'agirait d'une dystrophie imputable à des végétations adénoïdes et à une bronchite chronique.

Paralysie des membres, du facial inférieur et du moteur oculaire commun du même coté avec rétention des sphincters. — M. Cantonnet. Le traitement antisyphilitique a amené une amélioration; l'explication des symptômes est difficile.

Fréquence des maladies nerveuses chez les Arabes. — M. Dumollard. Les observations de l'auteur l'amènent à considérer comme nullement fondée l'opinion qui attribue aux Arabes une immunité particulière contre les maladies nerveuses.

Les transformations du tube nerveux. — M. Durante. Longue discussion de pure théorie.

VARIÉTÉS

LA NOUVELLE CONVENTION DE GENÈVE

La conférence qui vient de se réunir à Berne pour la revision de la convention de Genève a terminé ses travaux le 6 juillet. Voici quelques extraits de la nouvelle convention :

« CHAPITRE PREMIER. — *Des blessés et malades.*

ARTICLE PREMIER. — Les militaires et les autres personnes attachées officiellement aux armées qui sont blessés ou malades devront être respectés et soignés, sans distinction de nationalité, par le belligérant qui les aura en son pouvoir. Toutefois, le belligérant obligé d'abandonner des malades ou des blessés à son adversaire laissera avec eux, autant que les circonstances militaires le permetteront, une partie de son matériel et le personnel pour continuer à soigner les blessés.

ART. 2. — Sous réserve des soins à leur fournir en vertu de l'article précédent, les blessés et malades d'une armée tombés au pouvoir de l'autre belligérant sont prisonniers de guerre et les règles générales du droit des gens concernant les prisonniers leur sont applicables. Cependant les belligérants restent libres de stipuler entre eux à l'égard des prisonniers blessés et malades telle clause qu'ils jugeront utile, et notamment la faculté de confier ou de se remettre réciproquement, après le combat, les blessés laissés sur le champ de bataille, de renvoyer dans leur pays, après les avoir mis en état d'être transportés ou après guérison, les blessés et malades qui ne seront pas gardés prisonniers, de remettre à un Etat neutre du consentement de celui-ci les blessés ou malades de la partie adverse, à la charge par l'Etat neutre de les interner jusqu'à la fin des hostilités.

ART. 3. — Après chaque combat, l'occupant du champ de bataille prendra des mesures pour rechercher les blessés et les faire protéger, ainsi que les morts, contre le pillage et les mauvais traitements; il veillera à ce que l'inhumation ou l'incinération des morts soit précédée d'un examen attentif de leurs cadavres.

ART. 4. — Chaque belligérant enverra dès que cela lui sera possible, aux autorités de l'autre pays ou à l'armée, les marques et pièces militaires d'identité trouvées sur les morts et l'état nominatif des blessés et malades recueillis par lui. Les belligérants se tiendront réciproquement au courant des internements et des mutations ainsi que des entrées dans les hôpitaux et des décès survenus parmi les blessés et malades. Ils recueilleront tous objets d'usage trouvés sur le champ de bataille ou délaissés par les blessés et malades décédés dans les hôpitaux et établissements ou formations sanitaires pour les faire transmettre aux intéressés par les autorités de leur pays.

ART. 5. — L'autorité militaire pourra faire appel au zèle charitable des habitants pour recueillir et soigner des blessés ou malades des armées, en accordant aux personnes ayant répondu à cet appel une protection spéciale et certaines immunités. »

Le chapitre II a trait aux formations des établissements sanitaires et à la protection qui leur est due par les belligérants.

Le chapitre III a trait au personnel. Il est dit que le personnel exclusivement affecté à l'enlèvement, au transport et au traitement des malades, ainsi qu'à l'administration des formations sanitaires, les aumôniers attachés aux armées seront respectés et protégés en toutes circonstances; s'ils tombent entre les mains de l'ennemi, ils ne seront pas traités comme prisonniers de guerre.

Le chapitre IV a trait au matériel. Les formations sanitaires mobiles conserveront, si elles sont au pouvoir de l'ennemi, leur matériel y compris les attelages, quel que soit le moyen de transport et leur personnel conducteur; toutefois, l'autorité militaire aura la faculté de s'en servir pour les soins des blessés et malades. La restitution du matériel aura lieu dans les conditions prévues pour le personnel sanitaire et autant que possible en même temps.

Le chapitre VI a trait aux signes distinctifs de la convention qui restent les mêmes.

Le chapitre VII traite de l'application et de l'exécution de la convention. Les dispositions de la présente convention ne sont obligatoires que pour les puissances contractantes, en cas de guerre entre deux ou plusieurs d'entre elles.

Ces dispositions cesseront d'être obligatoires, du moment où l'une des puissances belligérantes ne serait pas signataire de la convention.

Le chapitre VIII a trait à la répression des abus et des infractions.

Chacune des parties contractantes aura la faculté de dénoncer la présente convention; cette dénonciation ne produira ses effets qu'un an après la notification faite par écrit au Conseil fédéral. Celui-ci communiquera immédiatement cette notification à toutes les autres parties contractantes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 JUILLET 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste : MM. Déjerine, Desgrez et Rieffel; — M. André Broca, suppléant.

Mardi 17 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste : MM. Robin, Gouget et Rieffel; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Lundi 16 juillet 1906, à une heure. — M. VINCENEUX. Des indications et des résultats opératoires dans le cancer de l'estomac. (MM. Terrier, président; Reclus, Legueu et Mauclaire.) — M. BONTA. Du décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité inférieure du radius. (MM. Reclus, président; Terrier, Legueu et Mauclaire.) — M. SERIN. Essai historique sur l'emploi de l'eau en chirurgie. (MM. Reclus, président; Terrier, Legueu et Mauclaire.) — M. RABOURDIN. Topographie des altérations sensitives dans la rachistovaïnisation, (MM. Reclus, président; Terrier, Legueu et Mauclaire.)

Mardi 17 juillet 1906, à une heure. — M. GIFFARD. Rein cancéreux et mobile. Difficultés du diagnostic. (MM. Guyon, président; Le Dentu, Budin et Demelin.) — M. BERTRANDON. Les fractures du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant. (MM. Le Dentu, président; Guyon, Budin et Demelin) — M. BOUCHE. De l'épithélioma du dos de la main. (MM. Le Dentu, président; Guyon, Budin et Demelin.) — M. BERTHOLLET. Influence de la teneur en beurre du lait de femme sur la santé du nourrisson. (MM. Budin, président; Guyon, Le Dentu et Demelin.) — M. MOUCHNINO. De la marche thermique dans la tuberculose. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Launois et Carnot.) — M. DELOZIÈRE. A propos d'un syndrome spécial au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Launois et Carnot.) — M. VILLARET. Les troubles du débit urinaire dans les affections hépatiques. Etude anatomique, expérimentale et cli-

nique. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, Launois et Carnot.)

Mercredi 18 juillet 1906, à une heure. — M. Roulier. Action des rayons X sur les glandes génitales. (MM. Gariel, président; Blanchard, Teissier et André Broca.) — M. Hechemann. Corvisart et la percussion. (MM. Blanchard, président; Gariel, Teissier et André Broca.) — M. Boudin. Variations morphologiques du microbe de la tuberculose. (MM. Blanchard, président; Gariel, Tessier et André Broca.) — M. Triller. La pellagre. (MM. Blanchard, président; Gariel, Teissier et André Broca.) — M. Kasansky. Atrésie cicatricielle du col de l'utérus consécutive à l'accouchement. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Auguste Broca et Lepage.) — M. Jacobson. De la délivrance artificielle à la Clinique Baudelocque depuis 1897. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Auguste Broca et Lepage.) — M. Desnier. Les tumeurs du ligament rond. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Auguste Broca et Lepage.) — M. Diehl. Du traitement de la paralysie radiale traumatique, suite de fracture de l'humérus. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Auguste Broca et Lepage.) — M. Lambert. Hémorragies cérébrales tardives d'origine traumatique. (MM. Pouchet, président; Gaucher, Claude et Balthazard.) — M. Sarrazin. Contribution à l'étude de l'opothérapie hépatique. Opothérapie biliaire. (MM. Pouchet, Gaucher, Claude et Balthazard.) — M. Paul. Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangréneuses. (MM. Pouchet, président; Gaucher, Claude et Balthazard.) — M. Laureau. Traitement des épithéliomas cutanés et muqueux par la radiothérapie. (MM. Gaucher, président; Pouchet, Claude et Balthazard.) — M. Beaudet. Le cholépéritoine hydatique. (MM. Terrier, président; Reclus, Mauclaire et Gosset.) — M. Rousseau. Le traitement des plaies contuses articulaires. (MM. Terrier, président; Reclus, Mauclaire et Gosset.) — M. Klein. Ectopie périnéale du testicule. (MM. Terrier, président; Reclus, Mauclaire et Gosset.) — M. Morisetti. Des réactions nerveuses de l'appendicite. (MM. Reclus, président; Terrier, Mauclaire et Gosset.) — M. Gilbert. Alimentation de la femme pendant la grossesse et l'allaitement dans la classe ouvrière. (MM. Landouzy, président; Déjerine, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Rouye. Contribution à l'étude de la scléro-tuberculose du foie. (MM. Landouzy, président; Déjerine, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Vautier. Etude des tuberculoses larvées chlorotiformes. (MM. Landouzy, président; Déjerine, Desgrez et Marcel Labbé.) — M. Ledoux-Lebard. La lutte contre le cancer. (MM. Landouzy, président; Déjerine, Desgrez et Marcel Labbé.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Facultés de médecine. — Bordeaux. — Dans sa séance du vendredi 6 juillet, la Faculté de médecine de Bordeaux a décidé de présenter à la nomination du ministre de l'Instruction publique, comme titulaire de la chaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants : en première ligne, M. le professeur agrégé Denucé; en deuxième ligne, M. le professeur agrégé Venot.

Hopitaux de province. — Bordeaux. — Le concours pour deux places de chirurgien s'est terminé par la nomination de MM. Joseph Duvergey et de Boucaud.

Guerre. — Par décret en date du 2 juillet 1906, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Bounaix, Plantié et Cros.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Mouly.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Mac-Auliffe, Nurdin.

Au garde de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les doctenrs en médecine Grasset, Cathalan, Soulé, Colineau, Le Sourd (Louis), Castellani, Signeux, Morlet, Godard, Herrenschmidt, Lemaître, Pintaud-Desallées, Juy, Netter, Maes, Guérin-Beaupré, Guénot, Genevoix, Lebreton, Guillard, Cohey, Lippmann, Figarella, Coudour, Cointepas, D'Herbomez, Lamer, Leduc, Cavaillon, Rolland, Ertzbischoff, Bonhomme, Armand, Longin, Darmezin, Quellien, Devèze, Roger, Hercouët, Carette, Cordier, Delamarre, Malherbe, Bousseau, Gallimard, Chouquet, Daget, Graux, Gaud, Jacqueau-Descouts, Guillaumin, Marchal, Schaefer, Clergier, Boidard, Bardoux, Beaudot, Clos, Meygret, Lepage, Ballu, Billac, Cadet, Richou, Robert, Meusnier, Jolicœur, Bourretère, Rabier, Roux, Chazal, Conter, Jaubert, Coustaing, Igonet, Jeandot dit Danjou, Granat, Charrier, Majour, Augé, Schneider, Giraud, Faucon, Legras, Chollet, Longuet, Fonce, Cantonnet, Lassance, Chancogne, Bonfils, Nates, Duprat, Lescure, Leclercq, Dupin, De Boyer de Choisy, Robert, Duhain, Arnould, Briffaut, Vannier, Lachèze, Darras, Serrès, Bigonnet, Bomby, Isnard, Marchat, Dupin, Repellin, Brabant, Mallet.

Au grade de médecin aide-major de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Van-Heddeghem, Roques, Roché.

Bibliothèque centrale de l'internat. — La bibliothèque centrale de l'Internat, créée grâce au concours de l'association des internes et anciens internes des hôpitaux, est ouverte tous les jours, y compris les mois de vacances, au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (IV[e]), service des Archives, escalier A, 5[e] étage, de deux heures à cinq heures du soir, et de huit heures et demie à neuf heures et demie du soir, la séance pouvant être prolongée sur la demande des lecteurs jusqu'à six heures et jusqu'à onze heures et demie.

La bibliothèque centrale de l'Internat est ouverte à tous les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris, ainsi qu'aux externes des hôpitaux en fonctions. Elle comprend des collections générales de médecine et de chirurgie, une série de thèses et de nombreux périodiques étrangers, en lecture dès leur publication. Pour atténuer les inconvénients résultant de l'impossibilité de consentir des prêts, les internes et externes des hôpitaux sont autorisés à transmettre à M. le chef du cabinet (Archives) des demandes de renseignements bibliographiques par l'intermédiaire des commissionnaires des établissements.

Le Directeur-gérant : D[r] François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 79. — JEUDI 12 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 12 JUILLET 1906. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 9 juillet 1906 : MM. Guibé, 19; Iselin, 14; Alglave, 13.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 12 juillet, à huit heures trois quarts du matin, à Laënnec.

ASSISTANT DU SERVICE CIVIALE. — Le jury du concours d'assistant du service Civiale est définitivement composé de MM. Bazy, Hartmann, Legueu, Muselier et Launay.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour sept places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 15 octobre 1906, à l'hôpital Saint-André, à huit heures du matin. Les candidats doivent se faire inscrire dans les bureaux du contrôleur général de l'hôpital Saint-André cinq jours au moins avant l'ouverture du concours.

— Un concours pour cinquante-cinq places d'externes titulaires s'ouvrira le mardi 16 octobre 1906, à quatre heures du soir. Les candidats devront se faire inscrire au bureau du contrôleur général de l'hôpital Saint-André quinze jours avant l'ouverture du concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Hugounenq, professeur de chimie biologique, vient d'être élu par 41 voix sur 43 votants, en remplacement du docteur Lortet, doyen de la Faculté de médecine, démissionnaire pour cause de santé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — Un concours s'ouvrira, le 6 janvier 1907, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 3 juillet 1906, M. le médecin principal de première classe Clarac, directeur du service de santé des troupes coloniales, a été nommé directeur de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

M. le médecin de première classe Gachet, en service à Rochefort, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de ce port.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Plédran (de Maulévrier) et Boissat (de Foug).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Vacances de 1906.* — A l'occasion des vacances de 1906, la Compagnie P. L. M. mettra en marche sur l'Auvergne un train spécial à prix réduits (3e classe seulement).

Départ de Paris, le 16 juillet à 6 h. 10 soir.

Retour : au gré des voyageurs jusqu'au 1er novembre.

Nombre de places limité. Franchise de 30 kilos de bagages.

Les billets nominatifs sont délivrés au bureau de ville de la Compagnie, 64 rue Tiquetonne, depuis le 2 juillet; la vente sera close la veille du départ du train.

Pour renseignements voir les affiches ou s'adresser au bureau de la rue Tiquetonne.

— La Compagnie vient de mettre en service les « appareils garde-places » dans le train 7 partant de Paris à 9 h. 20 du soir, dans les voitures de 1re classe, directes, de Paris à Cette et de Paris à Briançon.

L'emploi de ces appareils assure aux voyageurs, moyennant une taxe de 1 franc par place, la possession indiscutée de la place qu'ils ont choisie dans le train.

La location à l'avance ne peut être demandée qu'à Paris à la gare, ou dans les bureaux succursales de la Compagnie, 88 rue Saint Lazare, 6 rue Sainte-Anne et 45 rue de Rennes.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, nº 24, 14 juin 1906.) William J. MAYO : Sur la profession médicale et les conclusions qu'impose son exercice. — E. H. BRADFORD : Le traitement par l'hyperémie des tissus enflammés et congestionnés (2 fig.). — Prince A. MORROW : Prophylaxie morale et sanitaire. — George Hills FRANCIS : Fracture de l'extrémité inférieure du fémur (2 fig.).

Écho médical du Nord. — (Nº 21, 27 mai 1906.) LEMAIRE : Œdème aigu angioneurotique (maladie de Quincke).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (Nº 26, 1er juillet 1906.) FRAIKIN : Les idées directrices de l'orthopédie moderne.

Journal de médecine de Bordeaux. — (Nº 23, 10 juin 1906.) GUÉRIN : La stovaïne. — (Nº 24, 17 juin.) LANDE : Du secret professionnel.

Journal médical de Bruxelles. — (Nº 26, 28 juin 1906.) DEPAGE : Note clinique à propos de la subluxation du poignet ou maladie de Madelung.

Journal de pharmacie et de chimie. — (Nº 1, 1er juillet 1906.) JUNGFLEISCH et LEROUX : Sur quelques principes de la gutta-percha du Palaquium Treubi. — PATEIN : Contribution à l'étude des matières albuminoïdes du sérum sanguin. — FRANÇOIS : Sur les combinaisons de l'iodure mercurique avec les amines libres. — LECOMTE : Les raisins de la région de Schariare (Perse).

Journal des praticiens. — (Nº 26, 30 juin 1906.) RÉNON et CHAILLOU : Mesures prises pour arrêter deux épidémies dans une grande ville moderne. — GUYON : Les saignements et les hémorragies des prostatiques. — BABINSKI : Quelques particularités sur le tabes et son traitement mercuriel. — E. TERRIEN : La kératite neuro-paralytique. — VARIOT : Le pronostic de l'hydrocéphalie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (Nº 25, 23 juin 1906.) DESPLATS : Traitement de la tuberculose par les tuberculines et particulièrement par le bouillon filtré du professeur Denys (de Louvain) (*fin.*) — (Nº 26, 30 juin.) DELASSUS : Traumatisme de l'abdomen chez un enfant de six ans par un coup de pied de cheval. Perforation de l'intestin. Laparotomie tardive. Mort.

Lyon médical. — (Nº 26, 1er juillet 1906.) JAMBON et CHABOUX : Etude histologique des glandes de Bartholin.

Marseille médical. — (Nº 13, 1re juillet 1906.) ALEZAIS et VALLETTE : Môle non vésiculaire embryonnée. — BOINET et POÉSY : Un cas d'urémie convulsive. — E. DOL : Quelques observations d'ordre climatérique sur Beauvezer (Basses-Alpes), Marseille, Nice.

Medizinische Blatter. — (Nº 25, 23 juin 1906.) FLEISCHL : Modifications des dents à la suite des maladies constitutionnelles. — BRINGS : Sur le traitement médical des maladies des voies biliaires.

Nord médical. — (Nº 278, 1er mai 1906.) BUÉ : De l'agrandissement momentané du bassin (opération de Gigli). — CAUDRON : Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne d'urine infantile, dite essentielle.

Normandie médicale. — (Nº 13, 1er juillet 1906.) A propos de la tuberculose pulmonaire des singes. — Ligue antialcoolique (*suite et fin.*)

Pédiâtrie pratique. — (Nº 11, 1er juin 1906.) DELFINO : Sur la luxation spontanée de la hanche due à l'ostéomyélite du bassin. — (Nº 12, 15 juin.) CARACO : Un cas d'hérédo-syphilis seconde. — GILIBERTI : Le babeurre comme aliment chez les enfants. — CAVAZZINI : Guérison spontanée de l'empyème dans l'enfance.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (Nº 25, 24 juin 1906.) HUDOVERING : Rôle de l'organothérapie dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. — SCHWEITZER : L'arsenferratose dans l'anémie et la chlorose.

Province médicale. — (Nº 26, 30 juin 1906.) ROUX et JOUBERT : Epilepsie symptomatique, probablement tuberculome cérébral. Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire. — DAMBRIN : Les ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. — FINK : La goutte du pharynx.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — — (Nº 12, 30 juin 1906.) WERNER : Les phénomènes d'isomérie en chimie inorganique. — DE LAUNAY : L'or dans le monde et son extraction. — ROMME : Le bilan de la tuberculose au Congrès de 1905.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (Nº 25, 23 juin 1906.) BICHATON : De l'hérédité naso-sinusienne. — (Nº 26, 30 juin.) Saint-Clair THOMSON : Trois cas de sinusite fronto-ethmoïdale avec évacuation spontanée à travers la région orbitaire.

Revue médicale de l'Est. — (Nº 12, 15 juin 1906.) PERRIN : Polynévrite apoplectiforme. — M. BARTHÉLEMY : L'appendicite chez le vieillard.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Juillet 1906.) Rudolf FISCHL : Les vomissements acétonémiques et l'hystérie infantile. — AUCHÉ et Mlle CAMPANA : Sérothérapie antidysenterique chez les enfants (*suite et fin*).

Revue scientifique. — (Nº 26, 30 juin 1906.) REMLINGER : L'état actuel du traitement de la rage. — DEROME : Revue des thèses de physique et de chimie physique.

Semaine gynécologique. — (Nº 26, 26 juin 1906.) PICHEVIN : A propos de l'allongement hypertrophique du col. — (Nº 27, 3 juillet.) PICHEVIN : Torsion du pédicule des fibromes utérins.

Semaine médicale. — (Nº 23, 6 juin 1906.) FARNARIER : Le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine en France. — (Nº 24, 13 juin.) JABOULAY : Le traitement sanglant des fractures compliquées de jambe par l'appareil à prothèse externe. — (Nº 25, 20 juin.) CHÉMIESSE : La fièvre ganglionnaire. — (Nº 26, 27 juin.) LEJARS : Les cholécystites typhoïdiques suraiguës. — (Nº 27, 4 juillet.) LONDE : L'état d'imminence morbide.

Tribune médicale. — (Nº 21, 12 juin 1906.) OMBRÉDANNE : Restauration auto-plastique du sein après amputation totale. — NOBÉCOURT et MERKLEN : Recherches de physiologie pathologique chez une enfant atteinte de névrose gastrique avec amaigrissement extrême. — (Nº 23, 26 juin.) GOUGEROT : Les cirrhoses tuberculeuses du foie. — VAQUEZ : Angine de poitrine et tension artérielle. — (Nº 24, 30 juin.) GOUGEROT : Les cirrhoses tuberculeuses du foie (*fin*). — RIST et BORNAT-LEGUEULE : Amaurose saturnine et hypertension artérielle.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 25, 21 juin 1906.) ESCHERICH : Emploi de la pyocyanose dans le traitement de la grippe des nourrissons et de la méningite cérébro-spinale. — JEHLE : Sur l'épidémie de méningite. — PICK : Sur la micrographie. — DŒRR : Sur les aggressines. — STEGMANN et JUST : Action des bains de Baden-Baden au point de vue de leur radio-activité. — NESPOR : Contribution au traitement des suppurations aiguës et des blessures au moyen du phénol camphré.

CLINIQUE MÉDICALE

COPROSTASE ET STERCORÉMIE

Par le docteur HIRTZ (1),
Médecin de l'hôpital Necker.

Vous m'avez souvent vu rechercher chez beaucoup de malades la coprostase, et ceux d'entre vous qui suivent le service depuis assez longtemps se rappellent certainement m'avoir entendu à plusieurs reprises faire ce diagnostic chez des individus traités jusqu'alors pour des affections d'une tout autre nature. C'est que la coprostase, la constipation chronique habituelle, sans lésion organique appréciable et abstraction faite de toute théorie pathogénique, est un fait banal; et justement en raison même de sa fréquence, elle est souvent passée sous silence. Si beaucoup de personnes n'en souffrent pas, d'autres, non moins nombreuses, sont cependant exposées à toutes sortes de malaises et de troubles. Ces troubles, vous les connaissez par vos classiques, car il est bien rare que même dans les formes légères de constipation ils fassent défaut ou ne soient au moins ébauchés : les plus habituels consistent en lourdeurs de tête, céphalalgie, vertiges, insommie, inappétence, langue sale, phénomènes dyspeptiques, coliques légères, matières fécales dures, ovillées, recouvertes ou non d'un enduit muqueux et de fausses membranes. D'ailleurs, d'ordinaire, le malade attire lui-même l'attention du médecin sur l'état de son intestin : le diagnostic dans ces cas est des plus simples, et le rôle du thérapeute prime alors de beaucoup le rôle du clinicien.

Mais assez souvent vous serez consultés, plus en en ville qu'à l'hôpital, pour des troubles dus à la coprostase un peu différents de ceux que je viens de vous rappeler et qui, si vous ne les connaissez pas bien, vous embarrasseront d'abord, vous feront ensuite commettre des erreurs de diagnostic. En outre, la constipation n'entraîne pas que des signes fonctionnels pour ainsi dire mécaniques; plus ou moins rapidement, en effet, apparaissent des troubles généraux sous l'influence d'une auto-intoxication résultant de la résorption des produits nocifs dus aux fermentations du contenu intestinal. Aux phénomènes de constipation s'ajoutent dès lors des symptômes de *stercorémie* : les malades ne sont plus seulement des constipés, ils sont devenus de véritables intoxiqués; et cette auto-intoxication peut être poussée à un tel point que des diagnostics invraisemblables sont posés quelquefois en face de ces malades.

Ce sont sur tous ces faits que je désire insister plus spécialement devant vous en vous rapportant quelques cas que j'ai eu l'occasion d'observer. J'espère qu'ainsi vous retiendrez mieux les symptômes dont je vais vous parler, et que les connaissant bien vous vous efforcerez, quand vous les constaterez chez vos malades, de leur donner leur vraie valeur séméiologique et là, comme ailleurs, du symptôme remonter à la véritable cause, c'est-à-dire faire œuvre de réels cliniciens.

La coprostase s'accompagne de *douleurs* abdominales variables comme siège et comme intensité. Tout l'abdomen peut être douloureux spontanément ou à la palpation, mais parfois les douleurs sont prédominantes ou localisées à un segment d'intestin et surtout du gros intestin. Prédominantes au niveau du cæcum, elles rappellent la douleur de l'appendicite, et de fait j'ai vu plusieurs fois porter ce diagnostic chez des malades simplement constipés, et plusieurs fois l'opération avait été discutée. Localisées dans l'hypocondre droit à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, on pense volontiers à une lithiase biliaire avec cholécystite, et une fois même j'eus grand'peine à empêcher une intervention chirurgicale chez une malade constipée qui présentait cette localisation douloureuse. Les douleurs siègent-elles au creux épigastrique sur le trajet du côlon transverse, on croit plutôt à une affection douloureuse de l'estomac, surtout à un ulcère, d'autant plus qu'elles sont parfois nettement paroxystiques. Je vous citerai tout à l'heure une observation où ces deux diagnostics de lithiase biliaire et d'ulcère stomacal furent d'ailleurs portés. Non moins intéressantes sont les douleurs *irradiées* : les unes, en ceinture, sous forme de névralgies intercostales, qui localisées parfois dans la région précordiale font craindre aux malades une affection cardiaque pour laquelle ils viendront vous consulter; les autres, lombaires, font penser à une affection rénale; mais ce sont principalement les irradiations douloureuses dans les membres inférieurs qui sont habituellement une cause d'erreur d'interprétation, siégeant surtout au niveau des cuisses et de préférence sur le trajet des sciatiques : si alors les malades accusent en même temps dans les jambes une sensation de fatigue inaccoutumée, d'impotence fonctionnelle relative, méfiez-vous de ces pseudo-sciatiques qui sont fréquentes : recherchez la constipation et par un traitement simple vous aurez un triomphe facile.

Les constipés éprouvent souvent une sensation de tension abdominale, de ballonnement du ventre; parfois un véritable *météorisme* peut exister. Constipation opiniâtre et météorisme ont fait diagnostiquer dans quelques cas une fausse obstruction intestinale. Qu'au phénomène météorisme vienne s'ajouter *une accumulation de scybales* perceptible à la palpation en un point du gros intestin, cæcum ou côlon transverse, vous comprendrez qu'on ait cru parfois à une péritonite tuberculeuse avec gâteau péritonéal, à une appendicite avec collection purulente péricæcale, à une tumeur cancéreuse. A ce propos je vous rappellerai, par exemple, qu'il y a quelques années je fus appelé en consultation auprès d'une dame qui avait une tuméfaction volumineuse dans la région sus-ombilicale et chez qui deux confrères distingués, en raison aussi d'un amaigrissement prononcé et d'une anémie intense, avaient porté le diagnostic, le premier de cancer de l'estomac, le

(1) Leçon clinique recueillie et rédigée par M. BEAUFUMÉ, ancien interne des hôpitaux.

second de cancer de l'intestin : un purgatif huileux et quelques lavages intestinaux firent disparaître la prétendue tumeur, et le retour à la santé fut rapide.

Un symptôme auquel j'attache une grande importance dans la coprostase est l'état de la *langue*. Celle-ci est étalée, épaisse, sale, recouverte d'un enduit jaunâtre, assez adhérent, surtout à la base. Corrélativement vous constaterez le plus souvent une odeur forte de l'*haleine*, surtout le matin au réveil, odeur qui parfois est *fétide*, véritablement puante, repoussante, et pour le malade et pour l'entourage. Les malheureux qui ont cette fétidité de l'haleine présentent d'ordinaire une *anorexie* prononcée, des nausées, parfois même des vomissements, avec ou sans ballonnement de l'estomac après les repas : aussi, si l'on ne constate ni lésion buccale, ni lésion de l'arrière-nez, ni affection de l'appareil respiratoire, met-on couramment cette fétidité sur le compte d'une dyspepsie, d'une gastrite, d'une dilatation stomacale, et les malades s'accusent eux-mêmes d'avoir « l'estomac pourri ». Mon opinion sur ce point est toute différente, et c'est pour avoir guéri de nombreux malades ayant cette haleine répugnante que je crois que presque toujours elle est due uniquement à la présence de l'enduit jaunâtre qui recouvre surtout la base de la langue et au niveau duquel se produisent des fermentations putrides. Grattez en effet cet enduit d'arrière en avant avec un gratte-langue ou avec un couteau mousse, ou encore avec une brosse dure; il a une odeur identique à celle de l'haleine; faites continuer cette toilette de la langue deux fois par jour; prescrivez en même temps des gargarismes à l'eau oxygénée diluée, et vous verrez cette fétidité de l'haleine disparaître assez rapidement. Permettez-moi d'ajouter que vous y gagnerez la reconnaissance de vos malades, surtout s'il s'agit de femmes.

A côté de ces symptômes plus directement en rapport avec l'état du tube digestif, la constipation peut ne se manifester que par des signes éloignés, indirects, comme certains *troubles cutanés*. Vous verrez parfois, en effet, des malades atteints de démangeaisons rebelles, généralisées ou localisées, de poussées d'acné qui ne disparaissent que le jour où un traitement énergique est dirigé contre la coprostase. Méfiez-vous notamment de ces poussées d'urticaire à répétition, qui se reproduisent à propos de tout et que l'on met sur le compte de l'absorption de fraises ou de poisson, ou de tout autre aliment; suspectez ces poussées par trop fréquentes et pensez toujours à rechercher la stase intestinale. Dans plusieurs cas d'érythème polymorphe, j'ai pu incriminer comme cause une constipation opiniâtre et les phénomènes cutanés ont disparu avec l'amélioration des fonctions intestinales. D'ailleurs je dois à la vérité de dire que nos confrères spécialistes en maladies de peau connaissent bien ces dermatoses d'origine digestive.

Les *troubles psychiques* sont à peu près constants chez les constipés, bien qu'à un degré variable. Tantôt leur caractère devient difficile, irritable; ils ont des colères faciles à propos de motifs futiles; un rien les agace, et parfois ils sont véritablement insociables. L'hystérie est très fréquente chez les femmes constipées. Tantôt, et plus souvent, ils présentent des phénomènes de dépression et sont d'un caractère sombre, taciturne, renfermé; quelquefois tout travail et toute distraction leur deviennent pénibles et même impossibles ; ils perdent le goût de la lutte pour l'existence, ils ont des phobies, particulièrement la peur de mourir, ou au contraire des idées noires, le *tædium vitæ* et même des idées de suicide. Gardez-vous bien, dans ces cas, de les considérer comme atteints de simples troubles mentaux primitifs, neurasthénie, hypocondrie, lipémanie, mélancolie.

Le symptôme d'auto-intoxication le plus frappant dans la coprostase est sans aucun doute l'*amaigrissement* qui ressortit aussi à l'anorexie habituelle. Il n'est pas exceptionnel, en effet, d'être consulté par des personnes qui ont perdu leurs forces, sont devenues profondément anémiques et ont maigri dans de notables proportions, de 15, 20, 30 livres ou même davantage. Il y a quelques années je fus ainsi appelé auprès d'une vieille dame de quatre-vingts ans qui avait absolument l'aspect d'une cancéreuse : amaigrissement considérable, anémie profonde avec teinte jaunâtre, anorexie absolue. Le médecin qui la soignait la considérait comme atteinte d'un cancer latent de l'estomac. Frappé par la fétidité de l'haleine et l'état saburral de la langue, je pratiquai aussitôt le *toucher rectal*, qui, je le dis en passant, est trop rarement pratiqué par nombre de médecins; je n'eus pas de peine à constater un rectum bourré de matières presque dures comme de la pierre. Un purgatif huileux et quelques lavages intestinaux amenèrent une débâcle de scybales comme jamais je n'en ai vu de semblable : il est utile de vous dire aussi que je fus obligé d'aider avec le doigt à l'évacuation de l'ampoule rectale. Bien entendu, le traitement fut continué : l'appétit revint, la langue se nettoya, la fétidité de l'haleine disparut, l'anémie s'atténua, l'embonpoint reparut progressivement; et cette malade, que j'ai revue précisément ce matin même, a recouvré depuis lors une santé à peu près parfaite. — Si l'amaigrissement, du reste, fait volontiers croire chez des individus âgés à un cancer, par contre chez des adultes ou des adolescents la pensée du médecin est plutôt attirée vers une tuberculose pulmonaire fruste : j'en ai observé plusieurs cas. Dès lors, qu'on vienne à prescrire le repos et une suralimentation à base de viande et d'œufs, on aggrave encore la situation. — Sachez enfin qu'un amaigrissement prononcé et progressif, dû à une constipation chronique, peut à son tour amener des désordres abdominaux secondaires, *des ptoses*, notamment des néphroptoses : ce sera dans de semblables cas que votre sagacité de cliniciens vous fera apprécier la réelle succession des phénomènes morbides.

Un dernier symptôme de la coprostase sur lequel je veux attirer votre attention est la *fièvre*, fièvre discontinue, intermittente, vespérale principalement, variant d'ordinaire entre 38 et 39 degrés. Le premier exemple de forme fébrile de coprostase que j'ai eu l'occasion d'observer date de l'année où j'étais in-

terne à l'hôpital Saint-Antoine. C'était une malade d'âge moyen qui avait déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital et chez laquelle on avait porté plusieurs diagnostics différents. Elle avait perdu l'appétit, elle avait une langue saburrale, elle était anémiée, elle avait beaucoup maigri et presque tous les soirs sa température oscillait entre 38 et 38°5 ; ajoutez à cela que de temps à autre elle avait une petite toux sèche, et bien que les signes physiques d'auscultation fassent défaut, nous nous étions arrêtés au diagnostic de tuberculose pulmonaire à forme larvée. Or, un jour cette malade eut une débâcle intestinale formidable sur laquelle elle attira mon attention ; je n'eus pas de peine à constater devant le corps du délit qu'elle était avant tout une ultra-constipée. Sous l'influence d'un traitement approprié les accès de fièvre disparurent aussitôt, l'appétit revint ainsi que l'embonpoint, et au bout de quelques semaines elle quittait l'hôpital dans d'excellentes conditions. — Un autre exemple de coprostase avec fièvre vous est fourni par l'observation suivante, instructive à plus d'un titre. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui depuis quelque temps s'était anémié, avait beaucoup maigri et présentait de temps à autre le soir de petits accès de fièvre. Je mis ces phénomènes sur le compte d'une bacillose pulmonaire débutante et j'envoyai le malade à La Bourboule. Sous l'influence de la cure thermale, mais surtout en raison du changement dans ses habitudes sédentaires et de quelques douches ascendantes que lui avait prescrites le médecin de la station, il en revint notablement amélioré. Au bout de quelques mois, cet individu qui avait recommencé son travail de bureau fut repris d'anorexie avec bouche pâteuse et langue saburrale, ses forces diminuèrent, ses yeux s'excavèrent, il maigrit de nouveau et se plaignit d'une douleur très violente localisée au niveau du creux épigastrique. Puis bientôt les accès de fièvre vespéraux réapparurent, accompagnés cette fois de fétidité de l'haleine, de nausées et de vomissements alimentaires après les repas. Interrogé sur l'état de ses fonctions intestinales, mon malade m'assura qu'il allait régulièrement à la garde-robe. Bref, la situation empirait rapidement, et la famille fort inquiète commençait à redouter une issue fatale ; ce qu'un oncle du patient m'exprimait un matin en me disant un peu cavalièrement : « Docteur, votre malade f... le camp. » Là-dessus, la famille manifesta le désir d'appeler quelque confrère en consultation : il en vint quatre et parmi les plus célèbres du corps médical parisien. Le premier conclut à une tuberculose pulmonaire à forme anormale ; le second pensa à un ulcère de l'estomac et conseilla le repos absolu et le régime lacté ; le troisième pencha vers le diagnostic de lithiase biliaire avec cholécystite ; le dernier, enfin, supposa qu'on se trouvait vraisemblablement en face d'une forme larvée d'appendicite chronique et proposa l'opération. Sur ces entrefaites, le malade perdit par l'anus en allant à la selle une assez grande quantité de sang ; celui de mes confrères qui avait diagnostiqué un ulcère de l'estomac triompha ; mais je lui fis observer que le sang était d'une belle couleur rouge et ne venait sûrement pas de l'estomac. Je pratiquai aussitôt le toucher rectal : je constatai immédiatement un volumineux *bourrelet hémorroïdal*, fait fréquent chez les constipés, et bientôt mon doigt pénétrait difficilement dans l'ampoule rectale où je sentis une énorme accumulation de scybales. Interrogeant alors plus à fond mon malade sur ses garde-robes, je n'eus pas de peine à me rendre compte qu'il n'allait qu'en apparence assez bien à la selle, car si ses garde-robes étaient plutôt liquides, c'est qu'en réalité il déféquait *par regorgement* : il avait de la rétention fécale incomplète. Dès lors le vrai diagnostic fut fait ; j'établis le traitement voulu, et effectivement les premiers lavages intestinaux amenèrent d'abondantes débâcles. A partir de ce moment les signes d'infection s'atténuèrent vite ; les accès fébriles cessèrent, l'haleine et la langue devinrent meilleures, l'appétit revint, l'anémie s'améliora, les forces et l'embonpoint réapparurent, l'état mental changea complètement, et en quelques semaines ce fut un homme transformé. Depuis lors, ses hémorroïdes ayant été opérées, la guérison s'est maintenue et la santé est restée parfaite. Vous conviendrez facilement avec moi que ce fut là une histoire lamentable.

La coprostase diagnostiquée, il me reste à vous indiquer en quelques mots le *traitement* à lui appliquer. Je doute fort que la pratique des campagnardes de l'Alsace qui consiste à exposer leur ventre nu à l'air frais du matin puisse triompher de cas semblables à ceux que je vous ai cités ; et d'ailleurs vous conviendrez qu'elle ne serait pas toujours facilement réalisable. En conséquence, vous prescrirez de temps à autre de petits purgatifs huileux et vous vous garderez bien surtout de recourir aux purgatifs drastiques. Vous ordonnerez en même temps, d'abord tous les jours, puis d'une façon plus espacée, de grands lavages intestinaux d'un litre et demi à deux litres d'eau bouillie refroidie vers 28 à 30 degrés. En recommandant une meilleure hygiène et de meilleures habitudes à vos malades, vous porterez aussi toute votre attention sur leur régime alimentaire. Interdisez-leur au début la viande, les œufs, le lait, qu'ils supportent si mal d'ordinaire, les choux, les sauces, les crudités ; donnez-leur de préférence des pâtes, des légumes en purée, quelques légumes verts. Plus tard vous leur permettrez des viandes blanches, du poisson, des fruits, et il leur sera utile de prendre un peu de graine de lin ou de semences de psyllium à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe par jour. Puis, quand la santé de vos constipés sera améliorée, recourez en plus à l'hydrothérapie chaude ou tiède sous forme de douches ordinaires ; quelquefois même ils se trouveront mieux d'une douche chaude au niveau du ventre suivie d'une légère douche rafraîchissante. Enfin, si l'état social de vos malades le permet, vous compléterez leur traitement en les envoyant faire une cure à Châtel-Guyon.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1906 [*fin*])

Appendicite et typhlo-colite. — M. HUCHARD appelle l'attention sur une nouvelle cause d'erreur de diagnostic capable d'entraîner à tort une abstention opératoire, et tâche aussi de concilier deux théories opposées sur les rapports de l'appendicite avec ce que l'on continue à dénommer improprement « l'entéro-colite ou typhlo-colite muco-membraneuse ».

On a parlé avec juste raison des difficultés de diagnostic de l'appendicite, et un vœu a été émis : celui d'exposer tous les éléments de diagnostic de cette maladie. M. Huchard cite un cas dont il a été témoin l'année dernière et qui, avec deux autres cas semblables, montre que le siège anormal de la douleur épigastrique peut simuler des crises d'hyperchlorhydrie paroxystique, au point que l'on est en droit de supposer qu'une véritable hyperchlorhydrie coexistait avec les crises appendiculaires. Ce fait viendrait même à l'appui de l'opinion de M. Robin qui pense que l'appendicite et l'entéro-colite muco-membraneuse constituent deux modes de retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique.

Il s'agit ici d'un malade, chirurgien des plus distingués qui, ayant vu plus de trois cents appendicites, en a opéré un grand nombre, ce qui lui donne une certaine compétence, et qui a cependant commis sur lui, avec moi et plusieurs médecins appelés à le voir, une erreur dont les conséquences eussent été très graves, si l'erreur n'avait pas été rectifiée par la suite. Voici, très résumée, cette observation : Homme de trente-neuf ans, troubles dyspeptiques depuis dix ans. En février 1899, douleurs atroces dans le ventre avec nausées; durant deux jours tout disparaît. En juillet 1905, douleurs atroces au creux épigastrique avec nausées, vomissements, fièvre. Tout l'abdomen devient douloureux. Rien de particulier dans la région appendiculaire. Deux jours après, tout rentre dans l'ordre. Deux crises semblables, mais moins fortes, apparurent en septembre et en février. M. Huchard, consulté à ce moment, émit l'idée d'une appendicite.

Le 20 mars, le malade est opéré. L'appendice est très adhérent et d'une dissection très pénible. Il présente des lésions inflammatoires très nettes.

On connaissait déjà depuis longtemps la douleur appendiculaire à gauche ou encore dans la région hépatique, mais son siège, presque exclusivement épigastrique, n'avait pas encore été révélé.

On a parlé d'une sorte d'antagonisme un peu mystérieux entre la colite ou la typhlo-colite muco-membraneuse et l'appendicite. D'autres auteurs ont pensé que l'inflammation du côlon pouvait fréquemment se propager de l'intestin à l'appendice. Deux inexactitudes dans ces affirmations trop exclusives.

Il n'y a pas d'antagonisme au vrai sens du mot, et la propagation inflammatoire ne peut se faire pour une bonne raison : c'est que souvent l'inflammation du côlon n'existe pas et que le terme de colite ou typhlo-colite constitue une erreur.

Dans ces derniers temps, Soupault disait qu'il s'agit plutôt d'une simple « hypercrinie du mucus du côlon, d'une sorte de colosucchorée ». Après lui, M. Le Gendre (Société médicale des hôpitaux, 11 mars 1904) établissait judicieusement que la pathogénie du syndrome est dominée par un état névropathique général et originel et qu'on doit préférer la dénomination de *colopathie* à celle de colite muco-membraneuse, parce que « l'état inflammatoire paraît des plus douteux, du moins à l'origine, et en tout cas fort inconstant ».

Telle est l'opinion qu'il convient d'admettre, et que M. Huchard a formulée lui-même, il y a un grand nombre d'années. Une névralgie, un spasme, un trouble sécrétoire de l'intestin ne peuvent créer ou propager une inflammation, pas plus qu'une névralgie intercostale ne peut aboutir à une pleurésie. Il en est de cette colopathie muco-membraneuse comme de la dysménorrhée pseudo-membraneuse que M. Huchard a étudiée en 1871 avec M. Labadie-Lagrave et dans laquelle l'examen anatomo-histologique a très rarement permis de constater l'existence d'un véritable travail inflammatoire. Dans la plupart de ces cas, il s'agit de troubles sécrétoires exceptionnellement commandés par un état phlegmasique initial. L'appendicite est une maladie inflammatoire et infectieuse, la colopathie muco-membraneuse est une affection d'ordre névralgique, spasmodique et sécrétoire, peu inflammatoire et peu infectieuse. Il ne saurait pas plus y avoir une propagation de l'une à l'autre qu'il n'y a pas de propagation d'une névralgie ou d'un simple spasme intestinal à une phlegmasie appendiculaire. Voilà donc tout le secret de ce mystérieux antagonisme entre la colopathie muco-membraneuse et l'appendicite.

A ceux qui admettent la nature inflammatoire de la colalgie muco-membraneuse et qui s'étonnent de ne pas la voir plus souvent se propager à l'appendice, on peut répondre que la contiguïté des tissus n'est pas toujours une cause de cette propagation et que la similitude des lésions et des infections, plus que la similitude, la contiguïté ou mieux la continuité des organes, favorise les extensions ou les propagations morbides.

Maintenant, il s'agit de concilier les deux opinions si contraires en apparence, de ceux qui proclament la rareté et de ceux qui admettent la fréquence des entéro-colites muco-membraneuses suivies d'appendicite. Tout d'abord, on doit faire remarquer que l'on ne pouvait réellement s'entendre, puisque la nature de cette entéro-colite n'a jamais été définie et que les opinions des divers auteurs ont été des plus dissemblables.

D'autre part, la multiplicité des théories pathogéniques démontre que la science, jusqu'en ces derniers temps, est loin d'être absolument fixée sur ce sujet : théorie utérine de Nonat; gastrique de A. Robin; hépatique et ptosique de Glénard; infectieuse de Combe (de Lausanne); nerveuse de Lyon; neuro-arthritique de Le Gendre; psychique de Dubois (de Berne); mécanique de Mathieu, par insuffisance thyroïdienne de Trémolières; vermineuse de M. Blanchard.

Au point de vue de l'anatomie pathologique très bien étudiée dans la thèse de Trémolières, tout a été constaté, depuis l'absence de lésions jusqu'aux lésions les plus superficielles et même les plus profondes d'une entérite interstitielle.

M. Huchard discute ici l'anatomie pathologique de l'entérite et trouve qu'on abuse étrangement des dénominations d'infection et de neurasthénie pour cacher notre ignorance et il termine ainsi sa communication :

Que résulte-t-il de tous ces faits, de toutes ces constatations anatomiques en apparence si contradictoires ? C'est que l'entérite muco-membraneuse n'est pas une maladie, mais un syndrome dû à des causes diverses et multiples ; dans les cas rares, très rares où l'entérite, où l'inflammation intestinale est le phénomène prédominant, la propagation inflammatoire peut se faire à l'appendice, tandis que cette propagation est impos-

sible dans les cas nombreux où le syndrome est le résultat d'un simple trouble sécrétoire, d'une névralgie intestinale.

« Si nous voulions discuter les faits cliniques — disent H. Roger et Trémolières dans leurs recherches expérimentales sur les entérites muco-membraneuses — il nous serait facile de montrer que l'expulsion du mucus est aussi fréquente chez l'homme que chez les animaux et survient également dans les conditions les plus diverses. Tantôt elle accompagne une entérite aiguë; tantôt elle est sous la dépendance de la constipation ; tantôt elle survient au cours ou à la suite d'une infection ou d'une intoxication. D'autres fois, elle relève d'un trouble nerveux. Dans certains cas, elle semble en rapport avec une modification dyscrasique. C'est peut-être dans ce dernier groupe qu'il faut faire rentrer la plupart des observations relatives aux entérites muco-membraneuses rebelles et tenaces.

Telles sont les raisons qui légitiment la désignation de *colopathies muco-membraneuses*, et qui conduisent à la conciliation que l'on pouvait croire impossible, de deux assertions absolument contraires. Sous la courtoisie apparente des mots se cache souvent la réelle brutalité des faits, et ceux-ci démontrent que si l'appendicite peut être parfois le résultat d'une véritable entérite muco-membraneuse, elle ne saurait être consécutive, encore une fois à un spasme, à une simple névralgie, ou seulement à un trouble sécrétoire de l'intestin.

Ces conclusions ont une grande importance pratique : on ne doit pas traiter une entérite muco-membraneuse ; on doit traiter des entéropathies muco-membraneuses. Le diagnostic — d'où dépend la thérapeutique — est plus complexe qu'on l'a cru jusqu'alors. Diagnostiquer une entérite mucomembraneuse, reconnaître un syndrome, c'est bien ; en pénétrer la cause et la pathogénie, c'est mieux encore, puisqu'on pose ainsi nettement l'indication thérapeutique à résoudre.

De sorte que lorsqu'on voudra savoir si une entéropathie muco-membraneuse peut atteindre l'appendice, il faudra reconnaître par les symptômes si cette entéropathie est fonction d'inflammation et la distinguer de toutes les autres entéropathies muco-membraneuses. Voilà des éléments de diagnostic à rechercher désormais. M. Huchard ne s'en dissimule pas l'extrême difficulté; mais montrer ce qu'on ignore, c'est déjà indiquer la marche vers la vérité.

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1906)

Le paludisme à Madagascar. — M. Blanchard a fait une importante communication sur ce sujet. Les grands travaux entrepris pour les routes et la voie ferrée ont amené un développement effrayant du paludisme. Voyons les chiffres que nous cite M. Blanchard :

En 1900, le nombre des décès par paludisme fut de 48; en 1903, il était déjà de 137; en 1904, de 277; en 1905, de 686; enfin en 1906, pour les quatre premiers mois de l'année seulement, il atteint 980, sûrement le chiffre sera dépassé au bout de l'année. Il s'agit d'une ville de 40000 habitants dont l'état sanitaire était jadis parfait.

Comment s'est développé le paludisme dans de pareilles proportions qui en font un fléau plus terrible que la peste et le choléra ? Le voici : Les Hovas, jusque-là indemnes de paludisme, sont descendus de leurs hauts plateaux sur la côte où règnent deux espèces de moustiques très dangereux : le *Pyretophorus costalis* et le *Mysomia funesta*. C'est par ces moustiques que se propage le paludisme. Ils se déplacent avec les ouvriers terrassiers et pénètrent avec eux dans l'intérieur. Quel est le remède? Poursuivre les moustiques par les moyens connus aujourd'hui et si bien décrits maintes fois par M. Laveran : suppression des flaques d'eau, protection des habitations par des toiles métalliques, et enfin et surtout usage préventif de la quinine. Rien de tout cela, pense-t-il, n'est fait. Aussi M. Blanchard propose-t-il que l'Académie émette le vœu suivant : « Le Gouverneur général de Madagascar est invité à prendre d'urgence les mesures nécessaires et aujourd'hui bien connues pour la destruction d'un fléau qui compromet gravement l'avenir d'une de nos plus belles colonies. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1906)

Infection anaérobique du sang au cours de l'occlusion expérimentale de l'intestin. — MM. H. Roger et M. Garnier ont trouvé des microbes dans le sang au cours de l'occlusion intestinale chez six des neuf chiens mis en expérience. Dans ces six cas, les cultures anaérobies furent positives, trois fois seulement le colibacille existait à côté d'un germe strictement anaérobie. Celui-ci était une fois un microcoque, cinq fois un bacille dont MM. Roger et Garnier ont déterminé les caractères. C'est un gros bâtonnet à bouts arrondis, prenant le Gram, donnant lieu à un abondant développement de gaz dans la gélose même profonde et faisant coaguler le lait; certains échantillons font coaguler la gélatine et communiquent au bouillon une consistance visqueuse ; d'autres n'ont pas ces deux propriétés. Tous déterminent chez le cobaye en injection sous-cutanée un phlegmon suivi bientôt d'une escarre. La culture en bouillon laissée quatorze jours à l'étuve devient toxique pour le lapin en injection intraveineuse, soit qu'on l'injecte avec le corps microbien, soit qu'on l'introduise seulement après filtration sur bougie; il détermine un abaissement assez marqué de la pression artérielle. Tous les échantillons ne sécrètent pas cette toxine.

Chez le lapin, le sang prélevé pendant la vie, et plus souvent celui pris après la mort, donne des cultures du même microbe, qui une fois était associé au streptocoque.

Ce bacille semble appartenir à un groupe très répandu comprenant un grand nombre de variétés, dont les principales sont le bacille d'Achalme, le *bacillus phlegmoneus emphysematosæ* de E. Frankel, et le *bacillus perfringens* de Veillon et Zuber.

Conditions histo-chimiques de l'imprégnation d'argent. — D'après les recherches de MM. Achard et Aynaud, pour obtenir l'imprégnation histologique par l'argent, il faut former avec le chlorure de sodium des tissus un précipité de chlorure d'argent noircissant à la lumière. Si le composé d'argent reste dissous, comme il arrive après déchloruration du tissu, l'imprégnation n'a pas lieu. Mais il est indifférent que le précipité de chlorure d'argent soit produit par le chlorure de sodium ou par d'autres chlorures dont on imbibe artificiellement les tissus. L'imprégnation réussit aussi lorsqu'on imbibe les tissus de bromures et d'iodures qui forment des précipités d'argent noircissant à la lumière. Par contre, l'imbibition par les phosphates ne réussit pas, parce que le phosphate d'argent ne noircit pas à la lumière.

Il importe que le précipité soit assez épais pour être visible. Pour cela, il faut que le titre de la solution argentique ne soit pas trop faible et que le sel qui donne lieu au préci-

pité soit aussi à un taux suffisant (Δ = — 0°10 pour le NaCl.

L'albumine ne paraît guère intervenir dans l'imprégnation. L'action rapide des fixations (formol, vapeurs osmiques, eau salée bouillante) ne l'empêche pas. Par contre, l'imprégnation est gênée lorsqu'on imbibe la pièce d'albumine, en la baignant dans du sérum, même si l'on emploie un composé argentique peu coagulant comme l'acétate. C'est sans doute la viscosité de l'albumine qui empêche la pénétration du liquide argentique dans les espaces intercellulaires.

Il semble donc que le liquide intercellulaire soit riche en chlorure, mais pauvre en albumine.

Méthode de transformation progressive des microbes aérobies stricts en anaérobies facultatifs. — M. Georges Rosenthal, en cultivant les aérobies stricts à des pressions décroissantes d'une part, d'autre part en les faisant passer du tube profond au tube de lait crémeux et au tube cacheté, a obtenu systématiquement des cultures anaérobies des bactéries aérobies stricts.

Tuberculose pulmonaire expérimentale par inoculation intra-péritonéale. — M. Halbron communique les résultats d'expériences portant sur 50 cobayes qui furent inoculés dans le péritoine avec des bacilles tuberculeux d'origine humaine. Chez un certain nombre d'animaux la survie fut longue, puisque 14 vécurent plus de trois mois, et un même, sept mois. On put ainsi observer des lésions étendues, occupant la plus grande partie du poumon et rappelant soit la pneumonie caséeuse, soit la phtisie ulcéreuse de l'homme. Au microscope, les lésions étaient très différentes des lésions limitées, localisées aux gaines périvasculaires qu'on constatait seules dans les cas récents. Après une évolution profonde, on trouvait de l'infiltration en nappe avec caséification, sclérose et cavernules; on constatait l'existence de nodules péribronchiques tuberculeux. A cette période, ces lésions consécutives à une inoculation péritonéale ne pouvaient pas être distinguées de celles qu'on attribue chez l'homme à l'infection aérienne. L'auteur rappelle qu'il avait publié, avec M. Letulle, ses premiers résultats en octobre 1905, au Congrès de la tuberculose et qu'ils se trouvent confirmés par des recherches récentes de Orth.

Résistance des méninges à l'infection. — L'inoculation sous-dure-mérienne passe à bon droit pour comporter le maximum de gravité et pour être rapidement suivie de mort, la quantité du microbe inoculé et sa virulence ayant une importance moindre qu'avec les autres modes d'infection. Cependant, au cours d'un grand nombre de trépanations de lapins avec du virus rabique, M. Remlinger a constaté à différentes reprises que l'inoculation sous les méninges de produits même fortement souillés n'amenait pas forcément une réaction méningée et que si celle-ci se produit, elle n'est pas nécessairement mortelle. Par exemple, un lot de lapins étant trépané avec un virus rabique impur dans lequel les cultures décèlent la présence de nombreux microorganismes, la plupart des lapins succombent à la méningite le lendemain ou le surlendemain, tandis que d'autres ayant reçu la même quantité de virus ne présentent aucun symptôme de méningite cliniquement appréciable, ou isolés dans une caisse obscure et loin du bruit lorsque la méningite est déjà très caractéristique, ils s'améliorent peu à peu et finissent par guérir complètement. Les méninges du lapin présentent donc une résistance notable à l'infection et les inflammations les plus aiguës et les plus franches sont, chez lui, susceptibles de guérison. Il peut être intéressant de faire l'application de ces notions à la pathologie humaine.

Hypothyroïdie et urticaire chronique. — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild rapportent l'observation d'une jeune femme de vingt-deux ans, offrant une hypothyroïdie légère continue avec crises paroxystiques, et qui est atteinte depuis quatre mois d'aménorrhée, d'hypermégalie thyroïdienne, d'urticaire chronique à poussées quotidiennes.

Sous l'influence du traitement thyroïdien, les règles réapparaissent, le corps thyroïde devient normal, l'urticaire diminue en quelques jours pour disparaître progressivement. Il se fait une reprise très légère aux règles suivantes.

Les auteurs ont relevé dix fois l'urticaire dans leurs observations d'hypothyroïdiens. Ce n'est, du reste, que la localisation cutanée d'une auto-intoxication.

L'œdème aigu de Quincke est peut-être fonction également d'hypothyroïdie.

On note d'ailleurs, chez les enfants hypothyroïdiens, le prurigo sec; or le prurit est souvent le point de départ de l'urticaire, lésion factice. L'urticaire chronique, évoluant chez les arthritiques et les hépatiques, représente une nouvelle manifestation de l'hypothyroïdie qui l'unit à ces diathèses.

Fixation des doses minima mortelles de convallamarine pour quelques vertébrés. — M. Maurel a expérimenté sur la *grenouille*, le *pigeon* et le *lapin* et pour chacun de ces animaux, il a employé plusieurs voies d'administration. Ces doses, ramenées au kilogramme d'animal, ont été les suivantes :

Grenouille : Voie musculaire 0g015; voie gastrique 0g15. — *Pigeon* : Voie musculaire 0g003; voie gastrique, résistance à 0,05 et mort dans quelques heures à 0,10. — *Lapin* : Voie hypodermique 0g01; voie gastrique, résistance même à 0g32; voie veineuse 0g004.

L'auteur fixe également les doses thérapeutiques, c'est-à-dire celles qui seules doivent être employées pour étudier les effets thérapeutiques, et il fait ressortir quelques points intéressants de ces expériences, dont les principaux sont la moindre résistance du pigeon et la grande diminution de la toxicité de convallamarine donnée par la voie gastrique, surtout pour le lapin.

Autres communications :

Morphologie des globules rouges dans le sang du chat. — M. Retterer.

Les constituants colloïdes du liquide péritonéal. — M. Iscovesco.

Etude des résultats de la digestion pancréatique. — MM. Iscovesco et Matza.

La respiration chez la tortue. — M. François-Franck.

Sur l'histogénèse du tubercule pulmonaire. — M. Letulle.

Un cas de piroplasma chez un blanc. — M. Nathan-Larrier.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 21 JUILLET 1906

THÈSES

Mercredi 18 juillet 1906, à une heure (suite). — M. Vilbonnet. Du « point de côté » auriculaire dans le rétrécissement mitral. (MM. Brissaud, président; Roger, Retterer et Richaud.) — M. Le Gras. Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse. (MM. Brissaud, président; Roger, Retterer et Richaud.) — M. Hautant. Rôle du bacille pyocyanique dans les affections de l'oreille. (MM. Roger, président; Brissaud, Retterer et Richaud.) — M. Loiseleur. Les infections sanguines. Etude clinique et

expérimentale. (MM. Roger, président; Brissaud, Retterer et Richaud.) — M. Bignat. Contribution à l'étude de l'origine bucco-dentaire des sinusites maxillaires. (MM. Segond, président; Delens, Rieffel et Pierre Duval.) — M. Poiffaud. Contrbution à l'étude de la coxa vara. (MM. Segond, président; Delens, Rieffel et Pierre Duval.) — M. Le Pipe. Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de la jambe. (MM. Segond, président; Delens, Rieffel et Pierre Duval.) — M. Carrière. Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant.. (MM. Segond, président; Delens, Rieffel et Pierre Duval.)

Jeudi 19 juillet 1906, à une heure. — M. Nepper. Pathogénie et traitement de la colite muco-membraneuse. (MM. Debove, président; Joffroy, Achard et Dupré.) — M. Hure. De l'alimentation du nourrisson par le lait de vache cru normal. (MM. Debove, président; Joffroy, Achard et Dupré.) — M. Chardon. Les hétérotopies médullaires. (MM. Joffroy, président; Debove, Achard et Dupré.) — M. Vallet, Contribution à l'étude des rémissions dans la paralysie générale. (MM. Joffroy, président; Debove, Achard et Dupré.) — M. Blais. Contribution à l'étude des formes graves de l'appendicite chez l'enfant. (MM. Guyon, président; Le Dentu, Marion et Morestin.) — M. Houy. Contribution à l'étude de la cystoscopie à vision directe. (MM. Guyon, président; Le Dentu, Marion et Morestin.) — M. Ertzbischoff. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des néphrites, décortication du rein. (MM. Guyon, président; Le Dentu, Marion et Morestin.) — M. Picquet. Les ruptures artérielles traumatiques. (MM. Le Dentu, président; Guyon, Marion et Morestin.) — M. Rabasse. Eliminations provoquées et cryoscopie urinaire chez les tuberculeux. (MM. Cornil, président; Chantemesse, Langlois et Bezançon.) — M. Faure-Beaulieu. La septicémie gonococcique. (MM. Chantemesse, président; Cornil, Langlois et Bezançon.) — M. Moulette-Granger. De l'application de la loi sanitaire de 1902 dans les campagnes. (MM. Chantemesse, président; Cornil, Langlois et Bezancon.) — M. Bureau. Des causes d'erreur dues aux bacilles du smegma dans la recherche du bacille de Koch dans les urines. (MM. Chantemesse, président; Cornil, Langlois et Bezançon.) — M. Lhomme. Contribution à l'étude de la tuberculose dans la première enfance. Caverne tuberculeuse chez le nourrisson. (MM. Pouchet, président; Budin, Méry et Demelin.) — M. Person. Sur un cas d'hémiparalysie de la langue chez le nouveau-né. (MM. Budin, président; Pouchet, Méry et Demelin.) — M. Hue. Quelques recherches sur l'ampliation du diaphragme pelvien pendant l'accouchement et ses conséquences. (MM. Budin, président; Pouchet, Méry et Demelin.) — M. Depardieu. De l'allaitement chez les femmes atteintes de complications infectieuses mammaires. (MM. Budin, président; Pouchet, Méry et Demelin.) — M. Kaufmann. Pratiques et superstitions médicales en Poitou. (MM. Raymond, président; Hutinel, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Waiss. Les contusions du poumon. (MM. Hutinel, président; Raymond, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Douriez. Contribution à l'étude de la pleurésie purulente du nourrisson, notamment de la pleurésie à pneumocoque. (MM. Hutinel, président; Raymond, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Daversin. Des albuminuries intermittentes, *Revue Critique*. (MM. Hutinel, président; Raymond, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Lemarquand. Scarlatine maternelle et nourrissons. (MM. Hutinel, président; Raymond, Thiroloix et Jeanselme.) — M. Gronew. Des occlusions intestinales appendiculaires. (MM. Berger, président; Pozzi, Auvray et Rieffel.) — M. Baudoin. Essai critique sur la stérilisation du matériel chirurgical. (MM. Berger, président; Pozzi, Auvray et Rieffel.) — M. Bene. Des ostéo-arthrites franches aiguës du poignet consécutives aux phlegmons profonds de la paume de la main. (MM. Berger, président; Pozzi, Auvray et Rieffel.) — M. Delacour. Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire en plèvre saine. (MM. Pozzi, président; Pozzi, Auvray et Rieffel.) — M. Offret. Essai sur l'amblyopie par le sulfate de carbone. (MM. De Lapersonne, président; Poirier, Hartmann et Launois.) — M. Guérin. Influence du mercure sur le rein. (MM. de Lapersonne, président; Poirier, Hartmann et Launois.) — M[lle] Toufesco. Lur le cristallin normal et pathologique. (MM. de Lapersonne, président; Poirier, Hartmann et Launois.) — M. Chevalier. Du collargol dans les affections des membranes externes de l'œil. (MM. de Lapersonne, président; Poirier, Hartmann et Launois.) — M. Bourgoin. Cholémie et ictère dans le foie cardiaque. (MM. Gilbert, président; Robin, Vaquez et Carnot.) — M. Saude. Etude sur la cholémie physiologique. (MM. Gilbert, président; Robin, Vaquez et Carnot.) — M. Bouchez. Des abcès cérébraux consécutifs à la pneumonie. (MM. Gilbert, président; Robin, Vaquez et Carnot.) — M. Mathieu. Préparation organique du brome. (MM. Gilbert, président; Robin, Vaquez et Carnot.)

Vendredi 20 juillet 1906, à une heure. — M. Aucouturier. Etude sur le craniotabes. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Lepage.) — M. Hébert. Comment se prennent les maladies vénériennes. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Lepage.) — M. Daviau. Sur quelques points de la séméiologie des pancréatites chroniques. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Lepage.) — M. Poisson. La cystoscopie dans la tuberculose génito-urinaire. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Lepage.) — M. Aumont. De l'appendicite chlolériforme et de la diarrhée dans l'appendicite. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Lepage.) — M. Hocquet. Des sorties provisoires à titre d'essai. Contribution à la thérapeutique des maladies mentales. (MM. Joffroy, président; Brissaud, Déjerine et Teissier.) — M. Bodros. De la prétendue démence des persécutés. (MM. Joffroy, président; Brissaud, Déjerine et Teissier.) — M. Bagilet. Rapports entre l'alcoolisme et l'aliénation mentale, dans le département de la Somme. (MM. Joffroy, président; Brissaud, Déjerine et Teissier.) — M. Garcin. Contribution à l'étude de la parotidite saturnine. (MM. Landouzy, président; Blanchard, Claude et Marcel Labbé.) — M. Bezançon. Conformations thoraciques chez les tuberculeux. (MM. Landouzy, président; Blanchard, Claude et Marcel Labbé.) — M. Jacquet. Etude sur les tuberculeux pulmonaires apparemment guéris. (MM. Landouzy, président; Blanchard, Claude et Marcel Labbé.) — M. Brumpt. Les mycétomes. (MM. Blanchard, président; Landouzy, Claude et Marcel Labbé.) — M. Salmon. Prophylaxie de la syphilis; éducation des classes ouvrières. (MM. Gaucher, président; Roger, Richaud et Balthazard.) — M. Debonnesset. Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose. (MM. Gaucher, président; Roger, Richaud et Balthazard.) — M. Aurientis. Etude médico-légale sur la jurisprudence actuelle à propos de la transmission des maladies vénériennes. (MM. Gaucher, président; Roger, Richaud et Balthazard.) — M. Maisonneuve. Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis. (MM. Gaucher, président; Roger, Richaud et Balthazard.) — M. Lafarcinade. Etude sur la méningite tuberculeuse du nourrisson. (MM. Roger, président; Gaucher, Richaud et Balthazard.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DU PANCRÉAS

DÉFINITION. — Sous le nom de cancer du pancréas, on désigne toutes les tumeurs malignes de cet organe, qu'elles soient *primitives* ou *secondaires*. Les premières sont de beaucoup les plus importantes et méritent seules une description détaillée; on peut en rapprocher les *kystes du pancréas*, qui acquièrent souvent un caractère marqué de malignité.

CANCER PRIMITIF DU PANCRÉAS

HISTORIQUE. — Signalé par Mondière (1836), le cancer du pancréas a été étudié dans les thèses d'Ancelet, Vernay et Caron, dans les articles d'Arnozan et de H. Mollière, et dans le mémoire de Segré. Bard et Pic lui ont consacré, dans la *Revue de médecine*, deux articles capitaux (1888-1897).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. **Forme ordinaire.** — ASPECT MACROSCOPIQUE. — *Siège.* — Le cancer se cantonne presque toujours à la *tête du pancréas* (11 fois sur 15, Lancereaux). Cette topographie domine toute l'histoire de la maladie (Richardière et Carnot). Exceptionnellement, il atteint la queue du pancréas (Laënnec). Quel que soit d'ailleurs son siège primitif, *il reste localisé.*

Caractères. — 1. La *tumeur* forme une masse globuleuse, assez régulière, parfois un peu lobulée, *intimement adhérente au duodénum.* Son volume est variable, quelquefois très peu considérable; sa couleur, gris-jaunâtre, tranchant sur la teinte rosée des parties voisines (Vernay); sa consistance, d'une dureté ligneuse pour les petits néoplasmes, moins ferme pour les gros néoplasmes qui se creusent de kystes et tendent à se ramollir. A la coupe, la surface des sections « a un aspect blanchâtre, lardacé, sur lequel tranchent des parties jaunâtres; elle est souvent parsemée de petits kystes contenant un liquide blanchâtre. Dans son intérieur, on retrouve les canaux cholédoque et de Virsung comprimés simultanément jusqu'à être oblitérés complètement sur une étendue plus ou moins grande » (Bard et Pic). Cette oblitération peut d'ailleurs être précoce (Leven). Le canal cholédoque et l'ampoule de Vater peuvent aussi être ulcérés et détruits par le cancer qui peut alors, dans ce dernier cas, faire saillie à l'intérieur du duodénum.

2. Le *reste de la glande* est dur, scléreux, atrophié; il peut présenter des parties en régénération. Les infections secondaires, la stéatose peuvent venir compliquer le processus cancéreux.

2. Les *altérations des organes voisins* sont très importantes : α. *inflammation* péritonéale, pouvant s'étendre fort loin; β. *compressions et perforations* : compression du duodénum, réalisant le tableau de la sténose sous-pylorique; compression et perforation de l'estomac; compression du côlon, des vaisseaux de la région, et, surtout, *compression des canaux biliaires*, d'où rétro-dilatation de ces canaux, et *dilatation énorme de la vésicule biliaire.*

Evolution. — Le cancer du pancréas présente deux particularités presque caractéristiques : α. il s'ulcère rarement; β. il ne se généralise jamais, et ce n'est que dans le foie que l'on peut trouver des noyaux secondaires. Ces noyaux, nombreux, mais petits, ne modifient pas sensiblement le volume du foie, ont une couleur blanc mat spéciale, qui les a fait comparer à des *taches de bougie* (Bard et Pic). Exceptionnellement, le cancer secondaire du foie peut prendre l'aspect du cancer dit en amande (Lancereaux), ou de nodules à coque blanchâtre et à contenu laiteux (*cancer en noix de coco*, Hanot et Gilbert).

Diagnostic anatomique. — Le cancer du pancréas est facile à distinguer de la sclérose du même organe. Dans celui-là, localisation à la tête, qui est toujours augmentée de volume; dans celle-ci, atteinte de la glande dans sa totalité, atrophie de l'organe. Quant aux nodules en tache de bougie du foie, ils se différencient des taches de sclérose par leur forme arrondie et aussi par leur aspect graisseux.

ASPECT MICROSCOPIQUE. — Théoriquement, tous les tissus qui constituent le pancréas : épithéliums sécréteur et excréteur, tissu conjonctif, ganglions lymphatiques, etc., peuvent donner naissance à des néoplasies cancéreuses. Mais, en fait, parmi ces tissus, seuls, les épithéliums sont propres au pancréas, et, seuls, ils donnent naissance à des tumeurs véritablement spécialisées (Bard et Pic).

1. *La tumeur.* — Deux types (Bard et Pic) :

α. *Type glandulaire.* — C'est le plus fréquent. Il est constitué par des cellules du type glandulaire réparties dans un stroma. Les *cellules* sont volumineuses, arrondies, disposées en amas; les périphériques, implantées sur les travées connectives, prennent souvent une forme cubique. Leur protoplasme est très abondant, granuleux, à limites peu nettes, leurs noyaux volumineux, ovalaires, à contours nets, sans nucléole. Certaines présentent à leur intérieur des globes hyalins homogènes. D'autres, plus avancées dans leur évolution, sont volumineuses et claires, quoique finement granuleuses, et ne se distinguent des cellules normales que par leur intense coloration.

Le *stroma* alvéolaire est constitué par du tissu conjonctif adulte, riche en fibres, pauvre en cellules, et contenant par places des amas embryonnaires. Selon que la densité de ce tissu est élevée ou faible, le cancer est dit squirrhe ou encéphaloïde.

Pour les rapports réciproques des cellules et du stroma, selon la phase, voir Bard et Pic, loc. cit.

β. *Type excréteur.* — La tumeur est constituée par des *cellules* cylindriques, réparties dans un stroma peu abondant. Elle prend, au microscope, une apparence générale lobulée. Chaque lobule est formé par la juxtaposition de tubes, que tapisse un épithélium cubique ou cylindrique disposé sur une seule couche, et à l'intérieur duquel apparaît une lumière étroite. Les cellules, d'abord basses, deviennent cubiques, puis cylindriques, cette dernière forme caractérisant leur étape ultime.

Le *stroma*, peu caractérisé, contient de place en place des îlots arrondis formés de cellules pancréatiques, vestige du tissu glandulaire normal.

γ. Rappeler les cas de *cancer lymphatique du pancréas*, décrits par Lépine et Cornil.

2. Les *noyaux secondaires* affectent, eux aussi, deux aspects principaux :

α. *Noyaux du type glandulaire.* — Toujours enkystés, ils sont constitués par des amas cellulaires dont les cellules rappellent entièrement, par leurs caractères propres et même par leur arrangement réciproque, les masses cellulaires de l'épithélioma pancréatique du premier type. Ils sont tous situés dans les espaces de Kiernan, et paraissent développés aux dépens d'une veine porte.

β. *Noyaux du type excréteur.* — Ils sont constitués par des tubes tapissés d'un épithélium cylindrique, plongés au milieu d'un tissu conjonctif abondant.

3. *Lésions hépatiques.* — En plus des nodules secondaires, le foie présente des lésions banales, d'origine mécanique, évoluant en deux phases : α. rétention biliaire; β. cirrhose biliaire par obstruction.

B. **Epithélioma kystique.** — ASPECT MACROSCOPIQUE. — Il se localise habituellement à la queue du pancréas, restant inclus dans le parenchyme glandulaire ou faisant plus ou moins hernie en dehors de lui, présentant une forme arrondie, est habituellement uniloculaire, et contient un liquide toujours plus ou moins mélangé de sang.

ASPECT MICROSCOPIQUE. — Il est constitué : α. par une *paroi externe* connective; β. une *paroi interne,* épithéliale, cylindrique, subissant par places, la transformation cancéreuse.

NATURE. — C'est bien du cancer puisqu'il peut : α. coïncider avec le cancer ordinaire; β. se généraliser lui-même (foie). (*A suivre.*)

Les embolies bronchiques tuberculeuses, par le docteur SABOURIN. In-8, 264 p. — Paris, F. Alcan.

La mélancolie, par le docteur MASSELON. In-8, 284 p. — Prix : 4 francs. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie clinique et technique opératoire, par le docteur O. LAURENT, professeur de médecine opératoire à l'Université de Bruxelles, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles, membre titulaire de la Société de médecine de Gand. In-8° jésus de 1 000 p. avec 1 044 figures originales dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, O. Doin.

N° 80. — SAMEDI-MARDI 14-17 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI-MARDI 14-17 JUILLET 1906. — N° 80

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 juillet 1906 : MM. Labey, 19; Guibé, 17; Fredet, 16.

Séance du 13 juillet : MM. Chevrier et Wiart, 19; Lecène, 18; Alexandre, 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Fayol, Mazel, Pignède, Masson, Rendu, Bernay, Livet, Naz, Morel, Murard, Florence, Badet, Durand, Gaulier, Lathoud, Magnien, Marchand, Chevalier (Albert), Ronot, Temporal, Branche, Cartier, Durantet, Reynaud, Joly, Michel, Puzin, Tracq, Denave, Charbonnier, Faujas, Charrasse, Prinaris, Saint-Pierre, Barjhoux, Chevalier-Seyvet, Rey, Roussin, Chavanis, Coron, Massardier, Giraud (Antoine), Raugé, Gras, Fernand Barral, Carret, Delaigue, Rivier, Richard, Bouchage, Thomas, Chazal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de médecine légale M. Thoinot et pour la chaire des maladies des voies urinaires M. Albarran.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Hallopeau, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

GUERRE. — *Au grade de grand-officier.* — M. le médecin inspecteur général Gentil, président du Comité technique de santé.

Au grade d'officier. — M. le médecin-inspecteur Bénech.

MM. les médecins principaux Calmette, Isambert, Jarry et Vuillemin.

MM. les médecins-majors Boucher, Cros Pommay.

M. le médecin principal des troupes coloniales Delrieu.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Arnould, Augias, Delaborde, Ecot, Gary, Janot, Mouret, Pottier, Provendier, Rouget, Viéron.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bailly, Bouchet, Cavalier-Bénézet, Coste.

MM. les médecins-majors de l'armée coloniale Bourdon et Jacquin.

Réserve. — MM. les docteurs Zuccarelli (15e région) et Ricard (17e région).

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Arthus (de Marseille), Audry (de Toulouse), Bagnéris (de Reims), Barrois (de Lille), Benoit (de Paris), Bolot (de Besançon), Cordier (de Reims), Demerliac (de Caen), Étienne (de Nancy), Fallot (d'Aix-Marseille), Follet (de Rennes), Gagnière (de Montpellier), Genoud (de Lyon), Heitz (de Besançon), Le Dantec (de Bordeaux), Mauclaire (de Paris), Nicolas (de Lyon), Oui (de Lille), Poirier (de Paris), Pouchin (de Rouen), Poujol (de Montpellier), Rappin (de Nantes), Robin (de Paris), Rochet (de Lyon), Thouvenet (de Limoges), Vidal (de Paris), Vignaud (de Clermont).

Mlle Chevreton (de Paris).

LA CHAIRE DE BIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE CAMBRIDGE. — L'élection du premier professeur de biologie (fondation Quick) aura lieu le 26 juillet 1906.

Le professeur devra se consacrer à l'étude des protozoaires, spécialement au point de vue de leur rôle pathogène, et faire progresser cette branche de la science par ses recherches et la direction d'un laboratoirc.

Le traitement sera d'environ 820 L. par an, avec 100 L. pour l'entretien d'un laboratoire (soit 23 000 francs).

CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Ce congrès se tiendra à Lyon du 2 au 7 août prochain sous la présidence de M. Lippmann, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne; le vice-président est le docteur Henrot, directeur de l'École de médecine de Reims, correspondant de l'Académie. Nous donnerons son programme détaillé dans notre prochain numéro.

LA CINQUIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE aura lieu, cette année, à La Haye, du 6 au 8 septembre, sur l'invitation de l'Association néerlandaise contre la tuberculose. A l'heure actuelle, vingt-cinq pays adhèrent à l'Association internationale contre la tuberculose, dont le siège social est à Berlin, et qui a été fondée en 1902, sous la présidence de M. le professeur Brouardel (de Paris) et de M. Althoff, directeur ministériel de Berlin.

Comme suite aux travaux du Congrès tenu à Paris en 1905, les questions inscrites à l'ordre du jour sont celles de la déclaration obligatoire de la thérapeutique spécifique, des voies de l'infection, des frais des sanatoriums, des dispensaires et de la lutte contre la tuberculose infantile. — Des renseignements plus détaillés sont fournis par le secrétaire général, M. le professeur docteur Pannwitz, W. Eichhornstr, 9, Berlin.

L'ALCOOLISATION DES TRONCS NERVEUX. — Dans la communication faite par MM. Brissaud, Sicard et Tanon à la Société de neurologie et dont le compte rendu forcément écourté a été donné dans un de nos derniers numéros, les auteurs insistent sur ce fait que « l'alcoolisation des troncs nerveux » ne doit être pratiquée que dans certains cas déterminés, et avec des solutions d'un titre très faible (10 degrés, 15 degrés environ), quand il s'agit de pénétrer directement après l'incision chirurgicale des tissus dans le tronc nerveux. Il y a, du reste, toute une posologie prudente à ce point de vue, qui n'est pas encore définitivement réglée.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 957.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1906.) BALTHAZARD et LEBRUN : Docimasie pulmonaire histologique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 7, juillet 1906.) IVERSENC : Note sur les évacuations des blessés. Les trains sanitaires interrompus de la Compagnie des chemins de fer du sud de la France. — DROUINEAU : Les cuisiniers militaires.

Archives de médecine navale. — (N° 7, juillet 1906.) BONAIN : Extirpation d'un volumineux anévrisme de la fémorale. — BRUNET : Etat actuel de l'opothérapie pulmonaire (*suite*). — GROS : L'infection palustre et son traitement. Notes additionnelles. Morphologie des hématozoaires. — GIEMSA : L'air irrespirable des cales.

Bulletin médical. — (N° 53, 7 juillet 1906.) BERGER : Les hernies par glissement du gros intestin. — NOËL : Une mise au point.

Écho médical du Nord. — (N° 24, 8 juillet 1906.) JOB : Les données nouvelles de l'épidémiologie de la fièvre typhoïde. — MINET et GÉRARD : Cardiopathie, artériosclérose et néphrite d'origine saturnine.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 27, 8 juillet 1906.) SABRAZÈS, JONCHÈRES et MURATET : Le sang dans la suette miliaire. — BÉGOUIN : Double kyste tubo-ovarien avec torsion d'un côté (avec fig.).

Journal des praticiens. — (N° 27, 7 juillet 1906.) BROCA : Adénite et lymphangite tuberculeuses. — HUCHARD : La douleur appendiculaire à siège épigastrique et rapports des colopathies muco-membraneuses avec l'appendicite. — BERGER : L'épithélioma des extrémités. — CHAUFFARD : Le rhumatisme chronique déformant.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 27, 5 juillet 1906.) HAUCHAMPS : De la radiographie des maxillaires et des dents. — VANDERVELDE : Pleurésie séro-fibrineuse et ponction pleurale.

Lyon médical. — (N° 27, 8 juillet 1906.) Gabriel ROUX : Notes helminthologiques.

Montpellier médical. — (N° 25, 24 juin 1906.) PERRIER : Cardioptose. — DONADIEU : Du bain carbo-gazeux à Lamalou-le-Haut. — (N° 26, 1er juillet.) ESTOR et JEANBRAU : Pyélonéphrite calculeuse révélée par la séparation intravésicale des urines. Néphrotomie, guérison. — VIRES : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies.

Pédiâtrie pratique. — (N° 13, 1er juillet 1906.) Raoul LABBÉ : Stomatites et énanthèmes chez l'enfant. — Keith SHAW : L'emploi du citrate de soude dans l'alimentation des enfants.

Presse médicale. — (N° 54, 7 juillet 1906.) LINAS : Cure radicale de la hernie inguinale. Quelques points de détail et petits perfectionnements à l'opération de Bassini. Obtention du lait normal aseptique pour l'alimentation de nourrissons au lait cru.

Province médicale. — (N° 27, 7 juillet 1906.) POLLOSSON : Le cancer du col utérin. Sa symptomatologie. Son diagnostic précoce. — GAUSSEL : Le vin et l'absinthe dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 27, 3 juillet 1906.) TAPIA : Un cas d'acrobatisme lingual.

Revue scientifique. — (N° 1, 7 juillet 1906.) MOISSAN : Sur la distillation des corps simples. — DESPAUX : Ondes électriques et courant électrique. — MALMÉJAC : Epidémies d'origine hydrique.

Revue neurologique. — (N° 12, 30 juin 1906.) DÉJERINE et ROUSSY : Le syndrome thalamique (3 fig.).

Tribune médicale. — (N° 25, 7 juillet 1906.) MORESTIN L'ablation esthétique des tumeurs du sein. — HEITZ : De la douleur dans la tachycardie paroxystique essentielle. Valeur séméiologique et pathogénie. — SIEGEL : Spina ventosa tuberculeux, symptômes, diagnostic et traitement.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 12, 30 juin.) LAMBERT : Les abcès du rein.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

SUR L'ECZÉMA DES NOURRISSONS

Par M. G. VARIOT (1),
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Messieurs,

Vous voyez fréquemment dans nos salles ou à la consultation externe, des bébés que leurs mères nous apportent avec la figure rouge et tuméfiée, couverte d'une sérosité poisseuse; ces enfants portent les mains à cette éruption et s'écorchent furieusement en poussant des cris incessants.

L'eczéma est généralement plus accusé au visage, mais il peut s'étendre sur le tronc et même envahir toute la peau du corps. Les lésions cutanées ne se généralisent pas d'emblée, elles procèdent par poussées successives.

L'éruption débute souvent à la face par des placards rouge vif saillants sur lesquels apparaissent de petites vésicules serrées et humides.

Ces vésicules se rompent, leur contenu se répand sur la surface de la peau et lui donne un aspect lisse luisant. De la face, l'éruption peut s'étendre au cou, descend sur le tronc et gagne de même les membres. D'autres fois c'est par une autre région que l'eczéma débute, assez souvent par la région fessière.

Sous des influences mécaniques ou digestives, des poussées congestives se produisent dans le derme, poussées qui exagèrent la tuméfaction du visage, au point de simuler au premier abord un érysipèle. Ces poussées déterminent un prurit extrême, accompagné d'une sensation de cuisson très aiguë. Les petits malades se labourent littéralement de leurs ongles les surfaces déjà irritées et suintantes; ils s'excorient, font sourdre le sang qui se concrète en croûtes noirâtres sur la peau. Rien ne sert de leur emprisonner les mains dans leurs langes; ils se débattent en poussant des cris; le prurit est tel qu'ils se roulent dans leur berceau et se frottent la peau du visage contre le linge ou les barreaux du lit.

L'eczéma aigu des nourrissons, généralisé à tout le corps, peut mettre leur vie en danger; la température s'élève, les fonctions digestives sont profondément troublées, les urines deviennent albumineuses et la mort peut s'ensuivre, surtout dans les premiers temps qui suivent la naissance.

Il est bien plus habituel de voir l'eczéma des bébés, plus ou moins étendu d'abord, rétrograder, et passer à l'état subaigu. La sérosité qui sort des vésicules rompues devient consistante et forme un enduit jaunâtre, mélicérique par comparaison avec l'aspect du miel.

Cet enduit se dessèche, puis se concrète et tombe au bout d'un temps variable, laissant voir une surface encore rouge et plus ou moins squameuse. L'eczéma subaigu est souvent localisé. Au cuir chevelu, il se présente sous forme de concrétions séborrhéiques épaisses et fortement conglomérées à la racine des cheveux. Dans la région fessière, où les souillures l'entretiennent, il ressemble à l'érythème fessier, mais tout autour des régions malades sont disséminés des placards erratiques, vésiculeux ou granités, qui peuvent s'étendre jusque sur le tronc ou le cou de l'enfant.

Sous l'influence des poussées répétées et du grattage, le derme s'infiltre et s'épaissit, la peau devient ferme, écailleuse et reste rouge; la desquamation est continue; au niveau des sillons, dans le pli auriculo-temporal, dans les plis du cou, les tissus s'indurent et s'excorient. Ce passage de l'éruption à l'état chronique est interrompu de temps à autre par des poussées aiguës ou subaiguës.

Messieurs, j'appelle toute votre attention sur ce fait que ces manifestations cutanées sont presque toujours précédées ou accompagnées par des troubles du côté de l'appareil digestif. Souvent des vomissements répétés, ou de la diarrhée ont précédé plus ou moins longtemps à l'avance l'apparition de l'eczéma. Parfois une diarrhée verte très intense et un eczéma aigu se montrent simultanément. Chez d'autres enfants on retrouve, en les cherchant, des troubles digestifs moins bruyants, mais dont l'existence est certaine. L'intolérance gastrique peut être seulement marquée par des vomissements réguliers après chaque tétée. Ou bien une constipation opiniâtre est l'indice du mauvais fonctionnement de l'intestin.

Aussi n'est-il pas étonnant que chez un enfant dont le tube digestif fonctionne mal, dont les téguments sont couverts d'une éruption prurigineuse, la croissance régulière soit arrêtée temporairement. La courbe de poids reste en plateau, puis elle baisse. Elle se relève au cours d'une amélioration momentanée; mais sous l'influence d'une poussée nouvelle d'eczéma, elle tombe à son niveau primitif.

Il faut reconnaître que très souvent les bébés eczémateux sont, au début de leur affection, mafflus et d'un fort poids; ce sont des suralimentés. L'eczéma survient aussi bien chez les nourrissons au sein que chez ceux au biberon; on observe dans les deux cas des formes de la plus haute gravité. En général, ce sont de beaux enfants, gras, légèrement obèses, rarement rachitiques.

Interrogez cette jeune mère dont l'enfant au sein présente quelques plaques d'eczéma. Elle vous dira qu'elle lui a donné à téter sans compter, qu'il vomissait un peu après chaque tétée, que ses selles sont depuis longtemps fréquentes et mal digérées. Son bébé a d'ailleurs un bel aspect, un poids supérieur à la normale. Nous allons régler les tétées, diminuer la ration alimentaire qui est excessive et nous verrons probablement l'éruption cutanée disparaître.

Cet autre nourrisson, que vous voyez aujourd'hui bien portant, a été élevé au biberon dès la naissance. Il buvait à six semaines un litre et demi de lait par vingt-quatre heures; la conséquence de ces excès alimentaires fut une entérite grave qui dura cinq semaines. Les fonctions intestinales parurent se régu-

(1) Leçon clinique recueillie par H. Eschbach, interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

lariser, mais l'eczéma se montra. Quand nous vîmes l'enfant, il vomissait encore régulièrement après chaque tétée, et son corps était couvert d'un eczéma presque généralisé. L'administration du citrate de soude et la réglementation de la ration à chaque tétée arrêtèrent les vomissements; on conseilla des lavements émollients matin et soir pour déterger le gros intestin, et l'éruption fut traitée par dès applications de pommade à l'oxyde de zinc. L'eczéma régressa dès lors, l'état général s'améliora, et l'enfant regagna peu à peu sa courbe normale de croissance. Il présente encore sur le front et sur le cuir chevelu de petites squames un peu grasses qui se détachent avec l'ongle et reposent sur une surface légèrement rosée; elles répondent à de très légères poussées d'eczéma qui reviennent quand l'enfant est constipé, et disparaissent dès qu'un laxatif lui a rendu le corps libre.

Dans quelques circonstances rares, chez certains enfants, l'eczéma évolue sans que nous puissions l'entraver dans sa marche. J'ai observé récemment dans mon cabinet un bébé, au sein de sa mère, atteint à la fois de diarrhée verte très intense et d'eczéma aigu généralisé. Les tétées étaient données régulièrement, la mère était saine, son lait avait une composition chimique normale à l'analyse. Le citrate de soude fut inutile; le traitement ordinaire de la gastro-entérite échoua et je conseillai de recourir au lait d'une autre femme, depuis je n'ai pas revu cet enfant.

Nous sommes parfois tout à fait impuissants contre certaines formes d'eczéma chronique généralisé, coïncidant avec la gastro-entérite. C'est ainsi que j'ai soigné vainement l'enfant d'un médecin pendant plus de deux mois; c'était un bébé de six mois très atrophique, atteint depuis trois mois d'eczéma quand on me l'amena; vainement je donnai une bonne nourrice au sein, je traitai l'éruption avec précaution; ni la gastro-entérite ni l'eczéma ne cédèrent et le pauvre enfant finit par succomber.

Je vous ai dit, Messieurs, que l'eczéma survient en général chez des enfants bien soignés et trop bien nourris. Il apparaît quand le tube digestif est surmené en quelque sorte. C'est la surcharge gastro-intestinale qu'il faut incriminer dans la plupart des cas, surtout chez les nourrissons au biberon. Les mères augmentent la quantité de lait d'autant plus volontiers que leur enfant paraît mieux en profiter, quand elles n'ajoutent pas avant l'âge, bouillie, amylacées et panades. Elles n'accordent aucune attention à la trop grande fréquence des selles, à leur coloration grisâtre ou non homogène, aux traînées vertes qui les strient, à leur aspect panaché. Un lait de mauvaise qualité donné à haute dose détermine parfois une entérite grave et un eczéma suraigu.

La suralimentation est moins commune chez le nourrisson au sein; elle a aussi moins d'inconvénients. Le nourrisson a plus de peine à extraire le lait du sein que de le prendre au biberon, et il se fatigue à la tâche; une légère surcharge gastrique avec le lait maternel chez des enfants avides est rarement cause de désordre. Aussi dans les eczémas graves au sein, c'est plutôt dans la nature du lait que dans sa quantité, que réside la cause des accidents.

Le lait de ces femmes, dont les nourrissons sont eczémateux, est souvent un lait de bel aspect, un lait gras; c'est ce qui a conduit certains accoucheurs à incriminer une trop forte proportion de beurre dans le lait comme cause d'eczéma. Je ne saurais souscrire à cette opinion. J'ai entrepris en effet avec mon interne en pharmacie M. Rebours quelques recherches à ce sujet, qui plaident contre cette hypothèse. Nous avons trouvé par exemple dans le lait de telle femme dont le nourrisson a un eczéma chronique 37 grammes de beurre et 9g60 de caséine par litre; chez telle autre 39g75 de beurre et 11g30 de caséine. Dans la contre-épreuve, nous avons rencontré chez des nourrices dont les nourrissons sont normaux jusqu'à 60 et 70 grammes de beurre. L'excès de beurre n'est une donnée ni assez constante, ni assez fréquente, pour qu'on puisse lui attribuer une grande valeur pathogénique dans l'eczéma.

Il est tout aussi difficile d'incriminer l'excès de caséine. Morgan Rotch cite des tableaux chimiques de Harrington où la teneur du lait en caséine varie de 2 à 4,5 p. 100 sans aucun dommage pour l'enfant. Becquerel et Rodier avaient déjà montré qu'il peut y avoir sans inconvénient des fluctuations considérables de beurre et de caséine.

Nous avons d'ailleurs de ces faits une expérience journalière quand nous voyons des enfants au biberon de même âge, s'accommoder, les uns de lait coupé, d'un tiers et même de moitié d'eau, inutilement selon moi, les autres de lait pur, comme dans nos Gouttes de lait. Ces derniers ne sont pas plus sujets à l'eczéma que les premiers.

Les analyses chimiques ne semblent pas sur le point de nous donner la clef du problème, pas plus qu'elles ne nous expliquent pourquoi le lait des nourrices devient toxique à certaines périodes. Il n'est pas rare de voir à chacune des époques menstruelles les nourrissons présenter des poussées eczémateuses, qui disparaissent sitôt les règles terminées. Souvent l'eczéma se montre quelques jours avant l'écoulement, et cesse avant que ce dernier même ait cessé. Ces laits périodiquement eczématigènes sont à rapprocher des laits constamment eczématigènes, sans que nous en connaissions la cause directe.

Sans doute des substances toxiques, qu'elles arrivent préformées dans l'intestin ou qu'elles s'y produisent, sont résorbées et passent dans l'organisme. Mais il est bien difficile d'identifier ces substances. On a recherché les substances toxiques digestives qui déterminent le rachitisme : MM. Charrin et Leplay ont isolé des substances qui produisent une atrophie expérimentale chez les animaux en croissance. Elles semblent, au point de vue clinique, tout au moins différentes de celles qui produisent l'eczéma. Le grand rachitisme et l'eczéma nous apparaissent comme des manifestations toxiques d'origine intestinale, d'après les observations cliniques les plus rigoureuses.

Les poisons paraissent dans un cas frapper le

squelette ; ils semblent dans l'autre cas se frayer un chemin à travers les tissus, jusqu'à ce qu'ils soient éliminés par le suintement de la peau. Griffith a isolé une toxine spéciale, l'eczémine, qu'il a rencontrée dans l'urine des eczémateux.

Messieurs, si la doctrine de l'origine gastro-intestinale de l'eczéma est assez satisfaisante au point de vue théorique, elle l'est bien plus encore au point de vue pratique. Elle nous explique et nous permet d'éviter les répercussions terribles sur l'organisme que peut avoir un traitement local intempestif; elle nous démontre aussi la nécessité et les bons effets d'un traitement gastro-intestinal bien dirigé.

Tous les médecins d'enfants ont vu mourir presque subitement des nourrissons atteints d'eczéma généralisé, soumis à un traitement externe un peu actif, tel que badigeonnages au glycérolé cadique faible, ou simplement enveloppement généralisé de tout le corps avec des compresses émollientes. La régression trop rapide de l'eczéma peut retentir sur les centres nerveux, et tandis qu'on se félicite du succès du traitement externe, l'enfant est pris de convulsions intenses généralisées et succombe en quelques instants avec des troubles qui semblent d'origine bulbaire. C'est à ce danger d'un traitement local intempestif que répondent certaines pratiques populaires qui voient dans la « toque » des Bretons, le « chapeau » des Bourguignons, la « gourme » vulgaire, tous eczémas impétiginisés, du cuir chevelu, des émonctoires auxquels il est interdit de toucher.

Il ne faut pas trop sacrifier à ces croyances populaires qui ont une base réelle et renoncer entièrement au traitement local, mais il faudra le mesurer avec précaution et le subordonner toujours au traitement interne. La cuisson et le prurit de l'eczéma aigu seront calmés par des compresses humides appliquées sur des régions limitées; on aura recours aux pommades anodines à base d'oxyde de zinc, et aux bains amidonnés. Mais on évitera toujours de traiter en même temps une surface trop étendue de l'enveloppe cutanée.

Les métastases ne sont pas à craindre quand on cherche à modifier les fonctions digestives dont le trouble peut être considéré comme la source du mal. On donnera de temps à autre une cuillerée à café de magnésie anglaise délayée dans du lait, ou même une cuillerée à café d'huile de ricin pour évacuer le contenu de l'intestin; les purgatifs légers sont les meilleurs antiseptiques intestinaux, bien préférables aux diverses poudres (bétol, salol, naphtol, etc.) qui ont joui bien à tort d'une vogue imméritée, car elles sont offensives pour la muqueuse digestive si délicate des nourrissons.

Les petits lavements quotidiens avec de la décoction de guimauve sont utiles pour déterger le gros intestin.

Lorsque les troubles digestifs sont aigus il faut instituer la diète hydrique, mettre les malades à l'eau bouillie ou à l'eau de riz pour vingt-quatre ou trente-six heures, et reprendre ensuite progressivement l'alimentation. Nous savons aujourd'hui que l'eau pure est le meilleur remède contre la gastro-entérite aiguë, que l'opium, l'acide lactique, le tannin, etc., doivent être relégués très loin au second plan.

La diarrhée dans les gastro-entérites aiguës est une réaction naturelle de l'organisme pour débarrasser l'intestin de substances toxiques qui l'encombrent; il ne faut donc pas contrarier le processus curatif de la nature en administrant des opiacés ou des astringents pour resserrer l'intestin.

Les panades (pain bouilli dans l'eau) sont un détestable aliment pour les nourrissons; ceux qui en prennent régulièrement sont presque tous rachitiques ou eczémateux, parfois les deux en même temps.

Les bouillies amylacées ne seront jamais conseillées avant l'éruption dentaire; la bouillie d'avoine est préférable parce qu'elle est légèrement laxative. Si les enfants ne peuvent prendre que du lait, c'est-à-dire s'ils n'ont pas encore de dents, on calculera soigneusement la ration d'après le poids et l'âge. Le lait cru, quand il est de provenance sûre, a mes préférences; mais j'emploie plus souvent à Paris le lait stérilisé, parce que la stérilisation est la meilleure garantie que nous ayons de sa qualité dans les grandes villes comme Paris. J'ajoute à chaque tétée, au moins au début du traitement, une cuillerée à dessert ou à soupe d'une solution de citrate de soude (5 grammes de citrate de soude pour 300 centimètres cubes d'eau); ce médicament est un eupeptique puissant, qui facilite les digestions. Cette substance nous donne des résultats excellents dans l'allaitement artificiel; elle agit comme alcalin et plus tard dans le tube digestif, elle a aussi une action antiseptique, grâce à l'acide citrique mis en liberté. Je rappelle en outre que le citrate de soude est extrêmement précieux dans la médecine du premier âge et très maniable puisqu'il n'est pas toxique.

Le traitement est parfois long et difficile chez les enfants au sein. Si malgré la réduction des tétées, malgré un régime sévère institué chez la nourrice, malgré l'emploi du citrate de soude et la thérapeutique gastro-intestinale habituelle, l'eczéma persiste, il faut essayer l'allaitement mixte. Parfois au bout de quelques jours une amélioration se produit, et l'allaitement mixte peut être continué jusqu'à l'âge du sevrage. Mais il arrive aussi que l'état reste stationnaire ou s'aggrave ; il ne faut pas hésiter, alors, après s'être bien assuré que le lait de la mère ne vaut rien pour l'enfant, à lui donner le sein d'une nourrice ou à le mettre à l'allaitement artificiel, si son état général est satisfaisant.

Je vous ai dit qu'il y avait des cas rebelles à toute thérapeutique ; on pourra tenter l'alimentation au lait d'ânesse, quelquefois mieux supporté que le lait de femme lui-même), ou essayer les diverses préparations qui ont été vantées ces derniers temps, le babeurre ou le lait caillé. Je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet.

N'oubliez pas non plus que l'eczéma apparaît de préférence et se montre particulièrement tenace chez les enfants d'arthritiques ou de goutteux. Vous les dirigerez vers les stations thermales de la Bourboule, de Châtel-Guyon, où le traitement hydrominéral, adapté aux nourrissons, modifie heureuse-

ment leur état de nutrition générale. Dans les cas particuliers, où l'eczéma est passé à l'état de dermatose vraie, vous pourrez encore tirer de bons résultats de l'emploi des pommades modificatrices à l'ichtyol ou à l'huile de cade, etc., les préparations arsenicales vous rendront aussi des services.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1906)

Trypanosomiases du Haut-Niger ; un nouveau trypanosome pathogène. — M. LAVERAN décrit un nouveau trypanosome pathogène découvert par M. Cazalbou, vétérinaire de l'armée et qu'il désigne sous le nom de *Trypan. Cazalboui*.

Au point de vue de l'action pathogène sur les différentes espèces animales, *Trypan. Cazalboui* se distingue nettement des espèces voisines. On le rencontre à l'état d'infection naturelle chez les équidés et les bovidés; les petits ruminants s'infectent facilement, tandis que les inoculations faites chez les rongeurs et chez le chien restent sans effet.

Disparition momentanée des trypanosomes du Nagana chez des chiens infectés. — MM. Gabriel ROUX et Léon LACOMME rappellent que MM. Rodet et Vallet ont rapporté à l'Académie le 28 mai 1906 une série d'expériences qui démontrent que chez des animaux naganés la rate est un actif foyer de destruction des trypanosomes; de plus, *in vitro* la rate paraîtrait exercer un *pouvoir trypanolytique*.

Partant de ce fait MM. Roux et Lacomme ont fait une série d'expériences qui leur ont montré que les trypanosomes disparaissent momentanément du sang des chiens infectés qui ont reçu, après constatation de la présence du protozoaire, une injection d'émulsion de rate de bœuf.

Ce phénomène est absolument nouveau et concorde bien avec les observations de MM. Rodet et Vallet sur le pouvoir trypanolytique de la rate.

Comment se comporte un animal qui respire des mélanges titrés d'air et d'acide carbonique. — M. N. GRÉHANT. On sait depuis les travaux de Paul Bert que l'acide carbonique chez le chien est toxique quand sa proportion dans l'air ou dans l'oxygène atteint 40 ou 45 p. 100.

Les recherches nombreuses que M. Gréhant a faites sur l'air confiné, qui sont applicables à l'étude de l'air dans les navires, dans les mines de houille et dans les tunnels de chemin de fer, l'ont conduit à reconnaître ce qui arrive quand on fait respirer à un animal des mélanges beaucoup moins riches en acide carbonique.

Il a constaté que, lorsqu'un animal respire un mélange d'air et d'acide carbonique à 5 p. 100, le centre des mouvements respiratoires est plus fortement excité et il s'établit une *lutte de l'organisme contre cet accroissement d'acide carbonique* dont l'heureux résultat est la constance de la composition du sang.

De nouvelles expériences montreront combien d'heures cette lutte peut durer.

Pour citer un exemple d'application à l'hygiène, M. Gréhant ajoute qu'il n'a jamais trouvé jusqu'ici dans l'air du Métropolitain 1 p. 100 d'acide carbonique; par suite, quelle que soit l'affluence des voyageurs, il ne peut y avoir de variation sensible dans la composition des gaz du sang; si dans certains cas exceptionnels ont constatait une accélération des mouvements respiratoires, c'est que la proportion de l'acide carbonique augmenterait entre 1 et 5 p. 100; il est certain que de nouvelles analyses de l'air des tunnels pourraient rendre de grands services.

Variations des échanges nutritifs sous l'influence du travail musculaire développé au cours des ascensions. — MM. H. GUILLEMARD et R. MOOG. Les expériences de ces auteurs leur ont montré que le travail musculaire développé au cours des grandes ascensions n'influe que fort peu sur la nutrition; il ne suffit nullement en tout cas à expliquer les phénomènes observés au Mont-Blanc, phénomènes uniquement imputables aux conditions spéciales du climat de haute altitude, et en particulier à la dépression atmosphérique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1906)

Eosinophilie pleurale et sanguine par formation d'éosinophile dans le sérum. Leur polimorphisme et leur filiation. — MM. WIDAL et FAURE-BEAULIEU. M. Widal a montré avec M. RAVAUT qu'il existe des éosinophilies pleurales constituant un type pathologique autonome et qu'une éosinophilie sanguine est souvent concomitante à cette éosinophilie pleurale. Dans le cas actuel l'épanchement pleural a été étudié au point de vue cytologique pendant deux mois et demi. Le liquide qui contenait tout d'abord jusqu'à 85 p. 100 d'éosinophile, n'en contenait plus à la fin que 3,5 p. 100 alors qu'il était complètement résorbé. Le sang qui contenait jusqu'à 16 p. 100 d'éosinophile dans les périodes où l'éosinophilie pleurale était le plus riche, n'en contenait alors même plus 1 p. 100 à la période terminale, alors que l'épanchement pleural était devenu lymphocytique. L'éosinophilie sanguine et la pleurale ont donc suivi une marche parallèle.

Sur un cas de tumeur cérébrale secondaire à une tumeur du sein. — MM. RENON et TEXIER. Les auteurs rappellent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital pour des accidents cérébraux vagues et qui vingt-huit ans auparavant avait subi une opération sur la glande mammaire. L'autopsie montra l'existence d'un squirrhe atrophique du sein, de ganglions néoplasiques et d'un noyau cancéreux secondaire en pleine substance cérébrale de l'hémisphère droit.

Ce qui doit être retenu dans ce cas, c'est le fait d'une tumeur ayant tous les caractères cliniques d'une tumeur bénigne et tous les attributs anatomo-pathologiques d'une tumeur maligne.

Entérite et appendicite chez l'enfant. — M. GUINON a relevé l'entérite dans 27 cas d'appendicite chez l'enfant. Il s'agissait d'entérite aiguë glaireuse, dysentériforme, ou muco-membraneuse. Dans quelque cas, il y avait simplement constipation. Il s'agit dans presque tous les cas d'une simple propagation, mais en général il y a une période latente assez longue entre l'entérite et l'appendicite.

Comme autre donnée étiologique M. Guinon donne comme fréquente la rhino-pharyngite et l'adénoïdite. Il l'a rencontrée 17 fois sur 28 cas d'appendicite et cependant il ne l'a pas cherchée d'une façon constante. Souvent l'appendicite est précédée d'une poussée grippale ou adénoïdienne.

M. COMBY estime aussi que les entérites jouent un grand rôle dans l'étiologie de l'appendicite et surtout l'entéro-colite muco-membraneuse ou entérite folliculaire.

Dextrocardie acquise par rétraction pleuro-pulmonaire avec caverne tuberculeuse. — MM. Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine rapportent, avec radiographies stéréoscopiques, l'observation anatomo-clinique d'une femme atteinte de dextrocardie acquise par rétraction pleuro-pulmonaire avec caverne tuberculeuse du sommet droit. Les signes cardiaques consistaient en battements synchrones au pouls, dans les deuxième, troisième et quatrième espaces intercostaux droits entre la ligne mamelonnaire, et le bord droit du sternum et zone de matité absolue occupant les parties intra-mamelonnaires des quatrième et cinquième espaces se terminant en pointe dans le troisième espace et se perdant en bas dans la matité hépatique.

L'autopsie a confirmé le diagnostic posé pendant la vie. Il s'est donc agi d'un cas type de dextrocardie acquise par traction résultant des changements de volume du poumon droit caverneux et scléreux sous l'influence de la tuberculose.

Un cas de maladie de Raynaud d'origine bronchectasique. — MM. Souques et Vincent communiquent une observation d'asphyxie et de gangrène symétrique des extrémités, survenue à la période terminale d'une dilatation bronchique. En quelques jours la gangrène succéda à l'asphyxie, et des ulcérations se montrèrent au niveau des orteils. A l'autopsie, on constate que le lobe supérieur des deux poumons était creusé d'ectasies ampullaires dans toutes ses bronches. Il n'y avait pas trace de tuberculose. Le système nerveux central était sain macroscopiquement. Les auteurs admettent que dans ce cas l'asphyxie et la gangrène furent sous la dépendance de la dilatation bronchique.

Sténose pylorique rapide consécutive à l'absorption d'acide nitrique. Mécanisme histologique de la dilatation aiguë de l'estomac. — M. Carnot rapporte l'observation d'un homme qui avala volontairement de l'acide nitrique et qui présenta, tout d'abord, le tableau symptomatique du rétrécissement de l'œsophage, puis celui de la sténose serrée du pylore.

Il fut guéri à la suite d'une gastro-entérostomie. Ce cas est remarquable par la rapidité avec laquelle se sont effectuées, d'une part, la sténose pylorique et, d'autre part, la dilatation gastrique. L'examen histologique d'un fragment d'estomac, prélevé au cours de l'opération, démontrèrent l'importance des altérations du tissu musculaire et du tissu élastique, ce qui permet d'expliquer la rapidité avec laquelle l'estomac s'est laissé forcer au-dessus de l'obstacle.

Hypothermie prolongée à la période terminale d'une paralysie générale infantile. — MM. Jules et Roger Voisin et A. Rendu. Chez un enfant succombant à l'âge de quinze ans et demi dans le marasme, à une méningo-encéphalite diffuse, la température rectale pendant les douze jours qui précédèrent la mort descendit au-dessous de 35 degrés et tomba même jusqu'à 30°5, la veille de la mort. Cette hypothermie prolongée semble relever à la fois des lésions cérébrales et des phénomènes d'infection et d'auto-intoxication consécutifs à un amaigrissement très considérable (15 kilog.) et à la production de larges escares.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 11 juillet 1906)

Suture du cœur. — M. Rochard fait un rapport sur trois cas de suture du cœur dont deux ont été communiqués par M. Camus et un par M. Lenormand. Bien que ces trois cas aient été suivis d'insuccès, ils présentent un certain intérêt. C'est au procédé de Fontan, avec de légères modifications, qu'ont eu recours MM. Camus et Lenormand. Quand la plaie siège à la pointe du cœur, il suffit, comme le recommande M. Fontan, de réséquer les troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes. Quand elle siège à la base, il faut aussi réséquer la deuxième côte. M. Lenormand a employé la soie pour sa suture. M. Camus a employé le catgut. Il a drainé le péricarde et la plèvre. C'est du côté de cette dernière qu'est le danger à la suite de ces sutures du cœur. Dans la thèse de Lemaître sont relatés soixante-dix cas de suture. Le relevé de ces faits montre que c'est du côté de la plèvre que sont à craindre les complications.

Des deux opérés de M. Camus, l'un a succombé vingt-deux heures après l'opération de splénopneumonie; l'autre est mort brusquement de syncope au moment où l'on passait le dernier fil. L'opération s'était pourtant très bien passée et n'avait duré qu'un quart d'heure. M. Rochard exprime le regret que, dans ce cas, M. Camus n'ait pas pratiqué le massage du cœur. C'est ce qu'a fait M. Lenormand dans son cas. Son malade est revenu et n'est mort que cinq heures après. L'autopsie a montré que la balle avait aussi perforé le foie, l'estomac et l'intestin. Dans un cas de ce genre dû à M. Alvez (de Lima), le massage du cœur a sauvé définitivement le malade.

Laissant de côté le fait même de la suture du cœur, M. Rochard insiste sur l'importance du massage du cœur, non seulement dans ces cas, mais aussi dans les cas de syncope d'origine chloroformique. M. Rochard rappelle les faits antérieurs et le premier cas publié qui appartient à M. Tuffier. Il faut pratiquer un lambeau à charnière comprenant les troisième, quatrième et cinquième côtes, il faut saisir le cœur à pleines mains. Le massage peut être extrapéricardique. Sur 17 cas de massage du cœur pour syncopes chloroformiques, on compte 12 résultats négatifs, 4 temporaires et 1 définitif. C'est peu, évidemment, comme le fait remarquer M. Rochard, mais cela mérite cependant qu'on y pense. Lorsque le ventre est ouvert pour une opération abdominale, la voie transdiaphragmatique est tout indiquée. C'est à cette voie qu'ont eu recours Poirier, Mauclaire, Quénu. Ces cas ont été malheureusement suivis d'échecs.

De l'étude de ces faits, encore peu nombreux, M. Rochard croit pouvoir conclure que, dans les syncopes anesthésiques, le massage du cœur doit prendre place à côté des tractions rythmées de la langue, de la respiration artificielle, des injections de caféine et d'éther. Il est difficile de fixer le moment précis où le chirurgien doit aller au cœur; M. Rochard estime que, dans la syncope blanche du début, mieux vaut se hâter de pratiquer le massage du cœur et qu'il faut le pratiquer longtemps.

M. Delorme a lu récemment qu'en introduisant directement dans le cœur une certaine quantité de liquide on pouvait obtenir le retour de son fonctionnement.

M. Quénu dit que ce travail, auquel fait allusion M. Delorme, est dû à Borchardt. Il s'agit d'une injection d'eau salée dans le ventricule gauche.

Tumeurs ganglionnaires de l'aine. — M. Broca fait un court rapport sur l'observation d'un enfant de huit ans, communiquée par M. Gaudier (de Lille). Cet enfant portait une grosse tumeur du pli de l'aine dont on fit la biopsie. L'histologie reste hésitante entre un sarcome ou un tuberculome. Quoi qu'il en soit, l'application des rayons X en amena très rapidement la disparition. Dix séances suffirent. Trois mois après

le début du traitement, l'enfant était guéri et on ne sentait plus dans l'aine que quelques petits ganglions insignifiants.

Hématome sous péritonéal. — M. Tuffier nous rapporte l'histoire intéressante d'un homme de quarante ans, ayant eu quinze ans auparavant des coliques hépatiques; il y a six ans, il fit une chute à la suite de laquelle il éprouva des douleurs dans le flanc droit et eut deux légères hématuries. Le 28 mars 1906, il fut pris de vomissements et de douleurs violentes dans l'abdomen, surtout dans le flanc droit. On diagnostiqua une appendicite. Le malade était pâle, jaunâtre; indépendamment de la douleur dans la fosse iliaque droite, il accusait une vive douleur au creux épigastrique et dans les lombes. On le soumit au traitement par la glace, la diète et le repos. Le lendemain, la situation s'étant aggravée, M. Tuffier intervint; il trouva la moitié supérieure du côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse complètement noires, comme dans une hernie étranglée. Il recherche la cause de cet épanchement sanguin; il arrive ainsi dans l'arrière-cavité des épiploons; après bien des recherches et un nettoyage soigneux, il vit que le point de départ de l'hémorragie sous-péritonéale était la rupture d'une petite tumeur de la partie convexe du rein.

MM. Hartmann et Bazy ont observé des cas analogues d'hémorragies sous-péritonéales spontanées.

M. Michaux a observé un hématome de la paroi antérieure du ventre, qui avait donné lieu à des symptômes très graves, et qui était due à une dégénérescence athéromateuse de l'artère épigastrique. Il dut lier cette artère en haut et en bas.

La méthode de Bier dans l'épididymite tuberculeuse. — M. Chaput communique un cas de guérison rapide d'une épididymite tuberculeuse obtenue par l'hyperémie à l'aide de la ligature élastique (méthode de Bier).

MM. Hartmann et Tuffier élèvent des doutes sur la nature tuberculeuse du cas observé par M. Chaput, étant donnée la rapidité même de la guérison.

M. Walther, qui a vu appliquer la méthode de Bier en Allemagne, a constaté que c'était dans les infections aiguës non tuberculeuses que cette méthode donnait les meilleurs résultats. Aussi fait-il les mêmes réserves que MM. Hartmann et Tuffier sur le cas de M. Chaput.

M. Michaux, dans trois cas d'épididymites vraiment tuberculeuses, a obtenu une guérison rapide et deux lentes. Mais, en somme, les résultats lui ont paru favorables.

Traumatisme médullaire. — M. Routier présente un homme qui, le 23 juin dernier, a reçu un coup de couteau au niveau de la troisième vertèbre dorsale à 3 centimètres environ de la colonne vertébrale. A la suite de ce traumatisme, il y eut une abolition de la motilité, une anesthésie de tout le côté gauche, et une hyperesthésie du côté droit, avec paralysie de la vessie. Si bien qu'on pouvait croire à une hémisection de la moelle. Mais le retour des mouvements sous l'influence d'une simple ponction lombaire a fait écarter ce diagnostic.

Fracture du crâne. — M. Potherat présente un malade qui a eu une fracture du crâne par coup de pied de cheval. Amené à l'hôpital, il fut reçu par l'interne qui lui nettoya sa plaie, jusque dans la substance cérébrale elle-même. Après deux mois, ce malade était guéri avec une hémiplégie gauche. Puis il eut des crises d'épilepsie jacksonienne, en même temps sa cicatrice se soulevait de jour en jour. Une ponction lombaire fit disparaître le gonflement au niveau de la cicatrice. M. Potherat diagnostiqua alors un abcès, trépana ce malade, arriva sur un véritable dôme de la substance cérébrale qu'il ponctionna, puis incisa en donnant issue à une assez grande quantité de pus. Les accidents d'épilepsie jacksonienne ont disparu.

Ulcération de la langue. — M. Walther présente une jeune femme qui porte une ulcération linguale sur la nature de laquelle il n'est pas fixé; ulcération qui s'est faite sur une plaque leucoplasique datant de l'enfance.

M. Le Dentu croit qu'il s'agit d'un épithélioma.

Tumeur solide du vagin. — M. Potherat présente une tumeur solide qu'il a extraite du vagin d'une femme à laquelle on a pratiqué une hystéropexie croyant avoir affaire à un prolapsus utérin. Or cette tumeur n'avait aucune connexion avec l'utérus. Elle était sous-muqueuse et implantée par un pédicule sur la face antérieure à côté de l'urètre, mais sans aucune connexion avec la vessie.

Tumeur intra-utérine. — M. Thiéry présente une tumeur qu'il croyait être un épithélioma primitif du corps de l'utérus. Il fit l'hystérectomie supra-vaginale et se trouva en présence d'une tumeur indéterminée sur laquelle il demande l'avis de ses collègues.

Sarcome de l'ovaire. — M. Michaux présente un sarcome de l'ovaire qu'il vient d'enlever.

LIVRES NOUVEAUX

La médecine anecdotique, historique et littéraire (1), recueil à l'usage des médecins, érudits, curieux et chercheurs, par le docteur Minime.

Le docteur Minime est bien connu des médecins érudits, surtout depuis la publication du *Parnasse hippocratique*, qui a fait les délices des bibliophiles.

Les trois volumes qu'il publie aujourd'dui constituent un des recueills les plus curieux : à côté d'histoires médicales plus ou moins gauloises se trouvent des reproductions de pièces anciennes, dont il existe que les rares exemplaires dans nos bibliothèques publiques.

Nous y trouvons la reproduction des estampes sur la *Prostitution à Venise* au XVIe siècle, dont un exemplaire unique appartient à un de nos plus érudits collectionneurs; ces 12 planches forment une collection extrêmement précieuse.

Le poème de Bretonnay ou sur la *Génération de l'homme*, que peu de médecins connaissent; les *Infâmes sous l'ancien régime*, par Paul d'Estrées; le *Culte phallique* et la pratique de la circoncision dans l'ancienne Égypte (planches très curieuses), constituent des reproductions d'œuvres rares et intéressantes.

Enfin on trouve dans ces volumes le célèbre ouvrage de Lisset Benancio (Sébastien Colin) intitulé *Déclaration des abuz et tromperies que font les apothicaires* d'après l'édition princeps qui existe à la Bibliothèque nationale. Non seulement cet ouvrage est fort rare, mais il n'a jamais été réimprimé depuis le XVIe siècle; cette édition est en outre annotée et corrigée par un de nos bibliothécaires les plus érudits.

Si l'on ajoute que ces trois volumes contiennent près de 125 estampes, reproductions et fac-simile, on voit que le cher-

(1) 3 vol. in-8 avec de nombr. dessins, grav. et fac-simile, sur papier vélin. — Prix : 40 francs; chaque vol. sépar., 15 francs; sur Hollande, les 3 vol., 50 francs. — Prais, J. Rousset.

cheur trouvera dans la *Médecine anecdotique* une ample provision de matériaux et que cet ouvrage rendra de grands services aux bibliophiles et à tous ceux qui aiment à collectionner des documents pour servir à l'histoire des temps passés et présents.

Terminons en disant que l'*anecdote croustillante* fourmille dans ces volumes, dont la lecture est à la fois intéressante et amusante.

L. GAYARD.

La chirurgie enseignée par la stéréoscopie (1), par les docteurs Camescasse et Lehmann.

Ce *Guide des opérations courantes* est destiné à accompagner la collection de stéréoscopies de MM. Camescasse et Lehmann, mais forme en même temps un tout complet, et séparé, il permettra à ceux que le prix de la collection des stéréoscopies effraiera de posséder une *Médecine opératoire* illustrée de planches originales prises au cours même des opérations.

Un texte court et précis donne pour chaque opération : *Ce qu'il faut savoir*, c'est-à-dire les particularités anatomiques ou autres qu'il faut avoir présentes à l'esprit ; *Ce qu'il faut avoir*, c'est-à-dire les aides et les instruments nécessaires ; *Ce qu'il faut faire*, c'est-à-dire le manuel opératoire.

Chaque opération est accompagnée de planches en similigravure d'après les stéréoscopies originales des auteurs. Ces planches sont merveilleuses de netteté et de précision.

Voici la liste des dix opérations décrites par MM. Camescasse et Lehmann.

I. Cure radicale de la hernie inguinale. — II. Hystérectomie vaginale. — III. Laparotomie pour lésion unilatérale. — IV. Curetage. — V. Hystéropexie abdominale. — VI. Amputation du sein. — VII. Amputation de jambe. — VIII. Appendicite. — IX. Lipomes. — X. Hygroma sous-tricipital.

L'idée de MM. Camescasse et Lehmann, mise à exécution par la maison J.-B. Baillière, est très ingénieuse et très curieuse.

C'est la chirurgie enseignée par l'image. Alors que dans les traités de technique opératoire les figures sont assez rares et ne représentent pas tous les temps de l'opération, si bien qu'il est toujours nécessaire de recourir à la lecture du texte qu'on voudrait parfois plus clair, ici tous les temps, toutes les manœuvres passent sous l'œil de l'observateur, qui revoit toutes les précautions les plus infinies de l'opération, qui les revoit particulièrement bien dans les opérations superficielles, comme la hernie.

Cette tentative très ingénieuse est un progrès et rendra des services au praticien qui veut se remémorer, comme à l'étudiant qui veut apprendre à comprendre ce qu'il verra à l'hôpital ; c'est, d'ailleurs, apprendre en s'amusant.

L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (*Hôpital des Enfants-Malades, service de M. le professeur Grancher.*) — Cours de perfectionnement. — Un cours de perfectionnement comprenant 52 conférences théoriques et pratiques de clinique médicale et chirurgicale infantile, aura lieu du 16 août au 15 septembre 1906, à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours.

Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé ; A. Zuber, J. Hallé et Guillemot, anciens chefs de clinique médicale infantile ; E. Terrien et P. Armand-Delille, chefs de clinique médicale infantile ; Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile ; Tridon, chef de clinique chirurgicale infantile ; avec le concours de MM. Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau ; B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie ; Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux ; Cuvillier, pour l'oto-laryngologie, et Larat, pour l'électrothérapie.

Pour les examens de malades, les élèves seront répartis en séries de 10, sous la direction des internes de l'hôpital.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le matin à dix heures, et le soir à cinq heures.

La première conférence aura lieu le jeudi 16 août à dix heures du matin, à la salle des cours de la clinique.

Programme des conférences. — *Maladies des nourrissons* : MM. Méry et Guillemot. — 1. Gastro-entérites aiguës. — 2. Gastro-entérites chroniques. — 3. Prophylaxie et traitement diététique des gastro-entérites. — 4. Dyspepsies du sevrage et alimentation de la deuxième année. — 5. Syphilis du nourrisson. — 6. Tuberculose du nourrisson. — 7. Rachitisme. Maladie de Barlow. — 8. Infections cutanées du nourrisson.

Maladies chirurgicales : MM. Grisel et Tridon. — 9. Examen et traitement du mal de Pott. — 10. Examen et traitement de la coxalgie. — 11. Traitement des difformités rachitiques et de la scoliose. — 12. Examen et traitement des pieds-bots. — 13. Examen et traitement des traumatismes du coude. — 14. Diagnostic et traitement de l'appendicite. — 15. Diagnostic et traitement de la mastoïdite aiguë. — 16. Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Maladies de l'appareil circulatoire : M. J. Hallé. — 17. Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — 18. Péricardites. Symphyse rhumatismale et symphyse cardio-tuberculeuse. — 19. Affections congénitales du cœur chez l'enfant.

Fièvres éruptives : M. E. Terrien. — 20. Rougeole ; formes cliniques ; diagnostic ; complications. — 21. Scarlatine ; ses complications.

22. Néphrites de l'enfance : M. E. Terrien.

Maladies du sang et de l'appareil hématopoiétique : M. Rist. — 23. Séméiologie des anémies chez l'enfant. — 24. Lymphadénie. Leucémie et splénomégalies chez l'enfant. — 25. Purpuras chez l'enfant.

Maladies de l'appareil respiratoire : M. Zuber. — 26. Broncho-pneumonie aiguë et chronique ; dilatation des bronches. — 27. Adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose pulmonaire. — 28. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant ; son traitement.

26. Pleurésies purulentes : M. Rist.

30. Péritonite tuberculeuse : M. E. Terrien.

31. Troubles fonctionnels de l'intestin dans la deuxième enfance. Entérite tuberculeuse : M. P. Armand-Delille.

32. Fièvre typhoïde : M. Weil-Hallé.

Maladies du système nerveux : M. Armand-Delille. — 33. Chorées de l'enfance. Complications et traitement. — 34. Scléroses cérébrales. Hémiplégie cérébrale infantile. Maladie de Little. — 35. Tumeurs et abcès du cerveau. Idiotie. Myxœdème. — 36. Paralysie infantile et myopathies. — 37. Convulsions infantiles. Epilepsie et hystérie. — 38. Méningite cérébro-spi-

(1) Le texte se vend séparément 1 fr. 50. Les 34 planches stéréoscopiques : 38 francs. Envoi d'une plaque spécimen pour 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

nale épidémique et méningite tuberculeuse. Ponction lombaire. et cytodiagnostic.

Maladies des yeux : M. Félix Terrien. — 39. Les conjonctivites ; leurs complications ; leur traitement. — 40. Hérédo-syphilis oculaire.

Maladies de la peau : M. Jean Hallé. — 41. Teigne. Tricophities. Favus. Examen microscopique et traitement. — 42. Formes cliniques. Complications et traitement des eczémas de l'enfance.

Principes d'électrothérapie : M. Larat. — 43. Traitement électrique de la paralysie infantile, de la paralysie diphtérique et des paralysies névritiques. — 44. Traitement électrique des angiomes et des nævi.

Maladies du naso-pharynx et de ses annexes : M. Cuvillier. — 45. Hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes. — 46. Complications nasales et auriculaires des infections pharyngées.

Diphtérie : M. B. Weill-Hallé. — 47. Diagnostic clinique de l'angine diphtérique. — 48. Diagnostic bactériologique et sérothérapie de la diphtérie. — 49. Diagnostic du croup. — 50. Tubage et trachéotomie.

Principes d'hygiène scolaire : M. Méry. — 51. Bâtiment et mobilier scolaire. — 52. Examen individuel des enfants. Fiche sanitaire.

Excursions du dimanche : Visite de la pouponnière de Versailles et du lactarium, M. Guillemot. — Visite excursion avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer, M. Grisel. — Visite du service de la teigne à l'hôpital Saint-Louis, M. J. Hallé. — Visite des services d'enfants arriérés à l'hospice de Bicêtre, M. Armand-Delille.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

COURS DE VACANCES, CLINIQUE ET PRATIQUE. — *Manœuvres de diagnostic, examen des malades ; technique de laboratoire.* — Ce cours commencera le 17 septembre 1906 (matin) et comportera 24 leçons, faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique Laënnec, par MM. Marcel Labbé, agrégé, et Léon Bernard, médecins des hôpitaux ; Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine et Salomon, chefs de clinique ; Henri Labbé, chef de laboratoire, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 17 septembre.* — Matin : Les syndromes rénaux. — Soir : Techniques d'exploration de la perméabilité rénale. Bleu de méthylène ; cryoscopie, toxicité urinaire.

Mardi 18 septembre. — Matin : Les affections tuberculeuses des reins. Examen histologique et bactériologique des urines. — Soir : Examen chimique des urines : Principes normaux. Urée. Chlorures. Phosphates. Coefficients urinaires.

Mercredi 19 septembre. — Matin : Les syndromes surrénaux. — Soir : Examen chimique des urines. Principes anormaux : Sucre. Albumine. Pigments biliaires. Indican. Diazo-réaction.

Jeudi 20 septembre. — Matin : Diagnostic des états typhoïdes : dothiénentérie ; typhobacillose. Séro-diagnostic. Examen des selles. Cultures du sang. — Soir : Diagnostic des hémiplégies organiques et fonctionnelles. Signe de Babinski.

Vendredi 21 septembre. — Matin : Diagnostic de la tuberculose : Formes communes, frustes, larvées. Stéthoscopie. Spirométrie. — Soir : Le syndrome d'hyperglycémie. Les diabètes sucrés.

Samedi 22 septembre. — Matin : Diagnostic de la tuberculose : Examen des crachats. Inoculations. Injections de tuberculine. Sérodiagnostic. — Soir : Syndromes paraplégiques. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien. Cystoscopie : méningites, fractures du crâne.

Dimanche 23 septembre. — Matin : Diagnostic bactériologique des angines.

Lundi 24 septembre. — Matin : Examen bactériologique et cytologique des liquides pleurétiques et ascitiques. — Soir : Les syndromes d'insuffisance hématique. Ochrodermies. Oligémies. Anémies pernicieuses. Chlorose.

Mardi 25 septembre. — Matin : Les syndromes hépatiques. — Soir : Diagnostic clinique des formes communes et frustes du tabes. Signes d'Argyll-Robertson. Syndromes radiculaires. Névrites.

Mercredi 26 septembre. — Matin : Les syndromes cardiaques et vasculaires. Cardiographie. Sphygmographie. Tension artérielle et sphygmomanométrie. — Soir : Préparations de sang sec. Formules hémo-leucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytoses.

Jeudi 27 septembre. — Matin : Nutrition. Entretien organique et énergétique du corps humain. Matières alimentaires. Bromatologie. — Soir : Examen du sang. Globules. Hémoglobine.

Vendredi 28 septembre. — Matin : Nutrition. Entretien et réparation de l'organisme humain. Valeur comparée des aliments. Régimes diététiques. — Soir : Diagnostic des adénopathies et splénomégalies. Leucémies et pseudo-leucémies.

Samedi 29 septembre. — Matin : Les syndromes gastriques et intestinaux. — Soir : Examen chimique du suc gastrique et des matières fécales.

— Le montant du droit à verser est de 100 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés dès à présent jusqu'au 17 septembre 1906, au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis de midi à trois heures.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — JEUDI 19 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 19 JUILLET 1906. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgiens des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 juillet 1906 : MM. Grégoire, 20; Mouchet, 19; Baumgartner, 16.

Séance du 18 juillet : MM. Alglave, 18; Schwartz, 14; Chifoliau, 15.

Sont admissibles : MM. Chevrier, 67; Wiart, 65; Labey, Guibé, Baumgartner et Mouchet, 64; Fredet et Chifoliau, 57.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Hôtel-Dieu d'Orléans. — Un concours pour trois places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire sera ouvert le mardi 11 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Hennequin, Giraud, Baret, Etourneau, Augier et Doury.

— Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Argaud et Attaix (de Clermont), Bellamy (de Saint-Brieuc), Berland (de Poitiers), Bernard (d'Amiens), Commandeur (de Lyon), Florence (de Montpellier), Gross (de Nancy), Guérin (de Montpellier), Jacquemet (de Grenoble), Le Fort et Louis (de Lille), Malapert (de Poitiers), Martin (de Grenoble), Mornet (de Blois), Petit (de Poitiers), Piollet (de Clermont), Richard (de Rouen), Ricquiet (de Lille), Sauné (d'Amiens), Soulé (de Bordeaux), Spillmann (de Nancy), Véron (de Rennes).

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — M. Kermorgant, médecin-inspecteur des troupes coloniales, membre du comité consultatif de défense des colonies, est promu au grade de médecin-inspecteur général des troupes coloniales (grade nouvellement créé), et maintenu dans ses fonctions actuelles.

MARINE — Par décret en date du 13 juillet 1906, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de réserve Delisle et Jaugeon.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe de réserve Bizardel.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Flaud, Dupin, Le Marc'hadour, Besnard et Kérébel.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés ou renommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique :

1° Les dix sénateurs dont les noms suivent : MM. Bérenger, Bienvenu-Martin, Borne (docteur), Bourgeois, Goujon (docteur), Labiche, Labrousse (docteur), Pédebidou, Rey (docteur), Strauss ;

2° Les douze députés dont les noms suivent : MM. Aynard, Barthou, Buisson, Caillaux, Camuzet, Chéron, Cruppi, Dron (docteur), Dubief, Muteau, Steeg, Thierry ;

3° Les trente-cinq personnes dont les noms suivent : MM. Emile Loubet, Mmes Bogelot et Pérouse, MM. Alapetite; Armaingaud (docteur); Bompard, Boucard; Bourneville et Briand (docteurs), Brueyre ; Caubet et Chevallereau (docteurs), Cheysson, Cron-Mayrevieille, Descaves, Ferdinand-Dreyfus, Hébrard de Villeneuve ; Henrot, Lande et Lardier (docteurs), Lefèvre ; Legrain et Magnan (docteurs), Marbeau, Martin ; Millon (docteur), Monod, de Mouy; Olivier et Pinard (docteurs), Sabran ; Thulié (docteur), Ulrich, Van Cauwenberghe et Voisin.

UNIVERSITÉ DE LILLE. — La Société médico-psychologique vient de décerner le prix Aubanel d'une valeur de 650 francs à MM. les docteurs Raviart, Brivat de Fortunié, médecins-adjoints, et Lorthiois, interne de l'Asile d'aliénés d'Armentières, pour leur mémoire sur « La valeur diagnostique des signes oculaires aux diverses périodes de la paralysie générale », basé surtout sur des observations personnelles.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Lyon du 2 au 7 août prochain, sous la présidence de M. Lippmann, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; le vice-président est le docteur Henrot, directeur de l'Ecole de méde-

cine de Reims, correspondant de l'Académie de médecine.

Voici la liste des questions proposées pour la discussion dans les sections et les noms des rapporteurs. Signalons également les questions mises à l'ordre du jour de la 18e section (enseignement et pédagogie) présidée par le docteur Bérillon.

1° Le problème des enfants anormaux, traitement et assistance;

2° Les enfants turbulents, procédés pédagogiques applicables à ces enfants;

3° L'éducation du caractère à l'école primaire et au lycée.

12e SECTION (*Sciences médicales*). — Président: M. le docteur Teissier, professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, correspondant de l'Académie de médecine, 7, rue Boissac, Lyon.

Questions à l'ordre du jour. — 1° La syphilis. Pathogénie expérimentale. Rapporteur : M. le docteur Nicolas (de Lyon). — Prophylaxie et réglementation. Rapporteur : M. le docteur Manquat (de Nice). — (Pour cette question, la section des sciences médicales se réunira à la section d'hygiène).

2° Influence des rayons X sur le sang. Traitement des maladies hématopoiétiques. Rapporteurs : M. Belot (de Paris) et M. Barjon (de Lyon).

3° Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle. Traitement de l'hypertension et, accessoirement, traitement du diabète. Rapporteurs: M. le professeur Doumer (de Lille) et M. Chanoz (de Lyon).

(Pour les questions 2 et 3, la section des sciences médicales se réunira à la section de l'électricité médicale.)

4° Le phénomène de l'agglutination (valeur diagnostique et pronostique chez les tuberculeux). Rapporteurs : MM. le professeur Ferré (de Bordeaux) et le docteur Paul Courmont (de Lyon).

5° Essais d'immunisation antituberculeuse. Rapporteurs : MM. le professeur Rappin (de Nantes) et le docteur F. Arloing (de Lyon).

Conférence du professeur Maragliano (de Gênes).

6° Pathogénie des ankyloses et particulièrement des ankyloses vertébrales. Rapporteurs : M. le professeur Poncet et M. Leriche (de Lyon) et M. le docteur Léri (de Paris).

7° Tuberculose du gros intestin. Indications de l'intervention chirurgicale. Rapporteurs : MM. le docteur L. Bérard (de Lyon) et le médecin-major Loison (hôpital militaire de Versailles).

13e SECTION (*Electricité médicale*). — Président : M. le docteur A. Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Questions à l'ordre du jour. — Influence des rayons X sur le sang: traitement des maladies des organes hématopoiétiques. — Rapporteurs : MM. Belot (de Paris) et Barjon (de Lyon).

Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle. Traitement de l'hypertension. — Rapporteurs : MM. Doumer (de Lille) et Chanoz (de Lyon).

Pour l'étude de ces questions, la section d'électricité médicale sera réunie à la section des sciences médicales.

14e SECTION (*Odontologie*). — Président : M. le docteur Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole dentaire, 99, boulevard Haussmann, à Paris.

1° Sur les causes de la carie dentaire dans les différentes régions de la France.

2° Sur les manifestations dentaires de l'arthritisme.

3° Sur les ciments-porcelaine.

4° Sur les articulateurs.

19e SECTION (*Hygiène et médecine publique*). — Président : M. le docteur Courmont, professeur à la Faculté de médecine, 34, quai de la Charité, Lyon.

1° Le dispensaire antituberculeux de Lyon (type d'organisation pouvant se réaliser dans toutes les grandes villes). — Rapporteurs : MM. André et Lesieur.

2° Du rôle des urines typhiques dans la propagation de la fièvre typhoïde. — Rapporteur : M. Lesieur.

3° Stérilisation des eaux potables par l'ozone. — Rapporteur : M. Lacomme.

4° Résultats que peut produire un bureau municipal d'hygiène (15 ans de fonctionnement à Lyon). — Rapporteur : M. Roux.

Le Congrès s'ouvrira le 2 août; le dimanche 5 août aura lieu une excursion dans les monts lyonnais (Charbonnières, Limonest, Mont-d'Or, et la vallée de la Saône, de Neuville à Lyon).

A la clôture de la session, 7 août, une excursion de trois jours permettra aux congressistes de visiter une des plus belles régions du Bugey et de la Savoie (vallée de l'Albarine, gorges du Fier, Annecy et son lac, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix).

Les Compagnies de chemins de fer français accordent une réduction de 50 p. 100 avec validité des billets du 30 juillet au 20 août.

Pour profiter de ces avantages et participer aux visites industrielles, promenades et excursions, il faut être membre de l'Association.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente ; moyennant une cotisation de 20 francs on devient membre annuel; moyennant 200 francs, membre à vie. Les membres fondateurs doivent verser une cotisation de 500 francs.

Les membres de l'Association reçoivent les comptes rendus du Congrès (2 vol. in-8°), publiés dans les mois qui suivent la réunion.

LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE aura lieu en 1907 à Berlin et durera du 23 au 29 septembre. Le Comité d'organisation sous la présidence de M. Bumm, président de l'Office impérial de l'hygiène, a tellement fait avancer les travaux préparatoires pour le Congrès, que sous peu les invitations pourront être expédiées. Les travaux du Congrès, qui se tiendra probablement au Reichstag se divisent en huit sections :

Sect. I : Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène;

Sect. II : Hygiène alimentaire et physiologie appliquées à l'hygiène;

Sect. III : Hygiène de l'enfance et des écoles;

Sect. IV : Hygiène professionnelle et assistance aux classes ouvrières;

Sect. V : Lutte contre les maladies infectieuses et assistance aux malades;

Sect. VI *a* : Hygiène des habitations et des localités;

Sect. VI *b* : Hygiène du service des transports en commun;

Sect. VII : Hygiène militaire, coloniale et navale;

Sect. VIII : Démographie.

A l'occasion du Congrès sera organisée une exposition scientifique, sous la direction de M. le docteur Rubner, professeur et conseiller intime de médecine, Berlin N., Hessischestr., 4. Le secrétaire général du Congrès est M. le médecin principal en retraite Nietner. Le bureau se trouve à Berlin W. 9, Eichhornstr., 9.

LES EXCURSIONS MÉDICALES INTERNATIONALES. — Le voyage de 1906 aura lieu du 9 au 22 août. L'itinéraire passe à Aix-la-Chapelle, Cologne, Bonn, Wiesbaden, Francfort, Marburg, Leipzig, Berlin, Dresde, Heidelberg et Baden-Baden.

Prix : Chemin de fer deuxième classe et bateau première classe, tout compris, sauf le vin, 485 francs par personne.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Etienne Bazot, administrateur, 104, rue de Rivoli. Téléphone 121-08. Tous les matins de dix à onze heures ou le mercredi et le samedi de quatre heures et demie à six heures.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

LE PÊCHEUR PÊCHÉ

Par M. E. MOURIQUAND,

Interne des hôpitaux de Lyon.

Le 23 juin 1906, entrait à la clinique de M. le professeur Poncet un pêcheur qu'une carpe venait de harponner le matin même. Il portait encore à la jambe l'engin dont les coups s'étaient tournés contre lui.

Voici dans quelles circonstances ce petit drame aquatique s'était produit. Le blessé est cordonnier de son état, mais pêcheur de vocation; il a vingt-six ans; il est né et demeure à la Mulatière. La Mulatière est un petit village tout près de Lyon, étagé sur la rive droite de la Saône au point même de son confluent avec le Rhône. Les pêcheurs y abondent et avec eux les histoires de pêche dont la jeunesse s'enthousiasme. Ce fut le cas de notre homme étant tout gamin; le menu fretin ne le tenta guère, il ne fut pas un fervent de la gaule; il ne rêva que de grosses pièces, de carpes et de brochets.

De bonne heure (vers huit ans) la proximité de l'eau le familiarise avec les mœurs du gros poisson. Il sait l'époque où la carpe fraie, et dès les premières chaleurs il guette ce moment.

Cette période du frai est en effet pour la carpe un temps de réjouissances. Elle ne songe qu'à s'ébattre à grand bruit et fait fi pour un temps de sa prudence. Toute la colonie se réunit alors, de préférence parmi les herbes flottantes qui bordent la Saône. Ce ne sont plus les ébats habituels, poursuites rapides, volte-faces inopinées, etc., toutes les carpes sont entassées les unes sur les autres, et la colonie s'ébroue sur place; ce ne sont que sauts et cabrioles. L'eau jaillit. C'est l'instant que choisit le pêcheur pour s'approcher en barque : plus il fait de bruit, moins la carpe s'effraie. Le harpon plonge dans le tas et rarement manque son but.

Depuis l'âge de dix ans, notre homme se livre à ce sport. Nous passerons sur ses exploits de jeunesse. L'an dernier il prenait ainsi une carpe de 30 livres.

Cette année les choses se passèrent de même, au début du moins. Les froids du printemps retardent le frai qui n'a lieu qu'en juin. Et notre homme guette, craignant de manquer l'occasion, d'autant qu'une carpe monstre serait une belle pièce pour son dîner de fiançailles tout proche. Enfin le frai commence et le 23 juin avant l'aube, il part en barque, armé du plus gros harpon qu'il ait jamais forgé. Son rameur le conduit au plus fort du remous, et lui, d'une main sûre, vise une carpe géante et l'atteint.

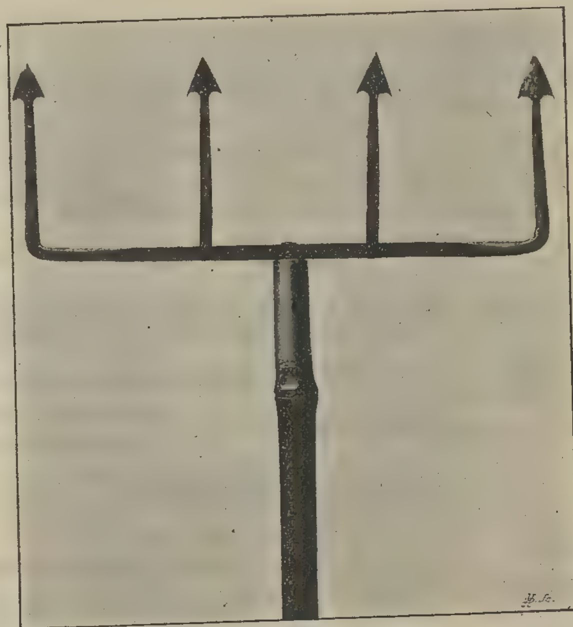
Mais le manche se brise au niveau de son insertion sur le harpon; engin et poisson vont échapper et la pièce est belle (30 livres à l'œil) : sans hésiter le pêcheur se jette à l'eau pour essayer de sauver le tout.

Il saisit la carpe, une lutte s'engage, l'homme essayant de lui arracher l'engin. Mais la carpe est puissante, elle se débat et entraîne le pêcheur ; il se dégage, revient sur l'eau, puis replonge, ressaisit à nouveau le poisson; mais il lui glisse des mains, passe entre ses jambes et plante une des dents de l'instrument dans le mollet de son adversaire.

Heureusement pour lui, au même instant la carpe se dégageait du harpon, lui permettant ainsi de regagner la barque.

Après plusieurs tentatives d'extraction, le blessé vient à l'Hôtel-Dieu et entre dans la clinique de M. le professeur Poncet.

Une des dents de l'instrument a pénétré profondément dans le haut du mollet gauche, immédiatement au-dessous du creux poplité. La dent longue de 10 centimètres a pénétré de 7 environ. La blessure siège à la face interne du mollet à 2 centimètres du bord interne du tibia; la dent a pénétré en plein corps du jumeau interne, se dirige en dehors et un peu en bas, traversant ainsi aux trois quarts l'épaisseur du mollet. La dent voisine de la précédente a fait une plaie légère à la partie antérieure de la jambe au niveau de l'extrémité inférieure du ligament rotulien. Cette dernière blessure est toute superficielle.



Tétradent de pêcheur connu sous le nom de « fouine ».

L'hémorragie s'est arrêtée spontanément ; il n'existe pas de troubles nerveux importants : tous les mouvements du pied et des orteils sont possibles, ceux de la jambe sur la cuisse également, la douleur dont ils s'accompagnent est le fait de la mobilisation du harpon dans la plaie. Pas de troubles sensitifs de la jambe et du pied.

On essaie à peine de retirer l'instrument, car ainsi que nous le verrons, la dent est terminée en hameçon et toute traction la fixe davantage.

Anesthésie à l'éther. Après nettoyage soigneux de la région, un aide soutenant l'instrument, M. Thévenot, chef de clinique chirurgicale, débride large-

ment les tissus qui retiennent le crochet, qu'on libère facilement. La partie la plus profonde de la plaie avoisine le paquet vasculo-nerveux profond du mollet, elle siège cependant en arrière de lui, et par la plaie on n'aperçoit ni gros vaisseau ni tronc nerveux.

Lavage à l'eau oxygénée. On met un drain. Injection préventive de sérum antitétanique.

Quant à l'instrument, c'est un tétradent si l'on peut dire, en termes techniques, c'est une *fouine*. Elle est en fer forgé. Sa largeur est de 24 centimètres; les quatre dents que supporte la tige transversale ont chacune 10 centimètres de long; leur extrémité se termine par une sorte de lance aplatie, large de 16 millimètres à sa base, et longue de 2 centimètres.

Cette lance à ses deux extrémités postérieures par rapport à la pointe est recourbée en hameçon. Pointe et bords de la lance sont finement acérés.

Le manche de l'instrument était rivé au milieu de la tige transversale; c'est en son point d'insertion qu'il se rompit quand la fouine blessa la carpe. Le manche était long de 4 mètres, permettant ainsi d'atteindre facilement les profondeurs habituelles où la carpe fraie.

C'est le pêcheur lui-même qui l'avait fait construire, se doutant peu qu'une carpe le pêcherait avec son instrument.

Les suites opératoires ont été simples et le malade a quitté l'Hôtel-Dieu le 12 juillet dernier.

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LA

RUPTURE DE LA TROMPE GRAVIDE

(A PROPOS DE 5 CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBAIRE)

Par le docteur LOP,

Chargé du cours complémentaire d'accouchements
et de clinique obstétricale de Marseille.

I

Du 24 février 1904 au 15 juin 1905, j'ai eu l'occasion, rare dans la pratique civile, d'observer et de suivre jusqu'à leur terminaison cinq cas de rupture de grossesse extra-utérine (variété tubaire).

Cinq cas qui, en vertu de la loi mystérieuse des séries, semblaient calqués les uns sur les autres, à telle enseigne que l'on se demandera pourquoi ma conduite a varié à propos de chacun d'eux.

La différence de la conduite tenue dans chacun de ces cas, tient à ce principe déjà posé, par plus autorisé que moi, c'est qu'en thérapeutique on ne saurait être trop éclectique.

Quiconque s'enferme dans une formule étroite et s'impose une thérapeutique invariable médicale ou chirurgicale, s'expose et expose surtout ses malades à de pénibles déboires ou mécomptes. J'y reviendrai plus loin en analysant les observations que je rapporte ici.

Observation I. — *Secondipare, vingt-sept ans. Grossesse tubaire, rompue à deux mois et vingt jours. Colpotomie au cinquième jour. Mort.* — Cette jeune femme vient à mon cabinet le 9 février 1904, me demander si elle était ou non grosse. Après examen, je lui annonçai comme très probable une grossesse de deux mois. Il était assez difficile d'être plus affirmatif, elle avait au sein un enfant de onze mois et n'avait plus eu ses règles depuis son retour de couches.

Très courageuse cette jeune femme voulait continuer l'allaitement; je ne le lui permis pas, ne trouvant pas son état général satisfaisant.

Le 24 février au matin, j'étais appelé d'urgence auprès de ma cliente.

Souffrant du ventre depuis quatre jours, les douleurs étaient devenues insupportables et l'on me faisait appeler pour y mettre un terme.

Je trouvai la malade extrêmement pâle, les muqueuses décolorées, les yeux excavés, le pouls petit, fréquent, dépressible à l'excès; aussi je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'hémorragie interne.

Le diagnostic fut rapidement confirmé et la cause facilement trouvée.

Par le toucher, je trouva un vaste hématocèle dans le Douglas et le cul-de-sac latéral droit, l'épanchement remontait jusqu'à l'hypogastre. Une vive réaction péritonéale s'ajoutait au tableau de l'hémorragie interne, tympanisme, douleurs abdominales atroces, vomissements, etc.

Température 39°3. Pouls 140.

Aussitôt, en attendant les médicaments prescrits, je mets la malade dans le décubitus absolu et j'installe les membres inférieurs et supérieurs dans la position de l'auto-transfusion, d'après la méthode de Lejars, que l'on ne saurait trop recommander. Glace intus et extra, alcool, sérum, caféiné et alcoolisé.

Sous l'influence bienfaisante de ce traitement, l'état général se relève et vers les midi, devant cette résurrection, je propose pour l'après-midi une intervention chirurgicale qui me paraissait s'imposer.

Celle-ci fut énergiquement repoussée et une consultation est alors décidée. Mon confrère et ami le docteur Acquaviva, chirurgien des hôpitaux, vint voir le soir, avec moi, la malade et son avis fut identique au mien. L'état était devenu bien meilleur et certainement opérée à ce moment-là ou même le lendemain matin, la guérison eût été à peu près certaine. La famille s'y refusa; on attendit l'arrivée de la mère, qui mit vingt-six heures pour venir. Cette dernière consentit alors à l'intervention, mais au préalable elle demanda encore une deuxième consultation avec deux autres confrères. Cette consultation décida tout à fait la famille, mais les confrères consultants plus âgés que nous, ayant exprimé l'avis que la voie basse (vaginale) était suffisante pour l'intervention, la famille repoussa la laparotomie que nous avions proposée.

Le lendemain de cette consultation, soit trois jours et demi après ma première visite et certainement six jours après le début de l'hémorragie, la malade fut opérée. *Ouverture du Douglas*, issue de *caillots, au moins 6 à 800 grammes*, suivis d'une notable quantité de *sang liquide*.

Grands lavages chauds à l'eau bouillie simple et drainage avec tamponnement légèrement serré. A trois heures, nouvel écoulement sanglant par la plaie opératoire; on m'appelle, mais il est trop tard, la malade agonise et à six heures elle s'éteint doucement.

Il va sans dire que, jusqu'à sa mort, le sérum, les excitants de toute sorte et la glace furent continués.

Obs. II. — *Pluripare, vingt-sept ans. Grossesse tubaire rompue au deuxième mois. Hémorragie aiguë. Laparotomie le troisième jour. Guérison.* — Mme X... vient à mon cabinet le 17 juillet 1904 et me demande de l'examiner, afin de savoir si elle est enceinte. Elle n'a plus eu ses règles depuis le premier mai.

L'examen, fait couchée, m'autorise à porter le diagnostic de grossesse de deux mois environ. Après les quelques conseils d'usage en pareil cas, suivis d'une conversation de dix minutes, Mme X... s'en va *très gaie*, ne *souffrant nullement et satisfaite* de se savoir enceinte et non malade.

Arrivée au premier étage de chez moi, elle est prise d'une douleur abdominale si violente qu'elle est obligée de s'asseoir sur les marches de l'escalier. Sa mère, qui l'accompagne, a peine à la relever; elle est devenue pâle; les oreilles lui sifflent et elle rend une gorgée de liquide.

Au lieu de remonter chez moi ou de venir demander du secours, elle se traîne jusqu'à la rue, appelle une voiture et se fait reconduire chez elle dans un triste état. Toute la nuit elle est prise de douleurs violentes, de vomissements; on attend le matin pour faire appeler un médecin. Celui-ci arrive, diagnostique une *chloro-anémie violente, prescrit des toniques, de la viande crue et l'exercice, et s'en va sans l'avoir examinée.*

Ces conseils sont écoutés et la malade se lève, mais à peine est-elle debout qu'elle est prise de syncope et tombe. Toute la journée du samedi (c'était le vendredi soir à cinq heures que la douleur avait débuté, en sortant de mon cabinet) on soigne tant bien que mal la malade. A dix heures du soir, on se décide à me téléphoner, j'étais absent à la campagne et je ne suis touché par cet appel que le dimanche à cinq heures du soir.

Ici encore, même tableau que dans la précédente observation, le diagnostic fut aisé à porter : hématocèle distendant le Douglas, remontant presque à l'ombilic. Etat général déplorable, mais pourtant moins précaire que dans l'observation n° I.

Je relève l'état général par les moyens d'usage. Le principe de l'opération étant accepté, je fais, mais en vain, toute diligence pour trouver deux confrères pour m'assister.

Il ne fallait pas songer à transporter dans une clinique ou à l'hôpital cette malheureuse femme; elle aurait succombé pendant le transport. Elle ne pouvait d'ailleurs être évacuée que par la fenêtre de son appartement, l'escalier étant trop étroit pour admettre un brancard quelconque et les hommes nécessaires à sa manœuvre. Force fut d'attendre au lendemain.

Je priai mon maître, le professeur Queirel, de venir voir la malade; son avis fut qu'il fallait opérer au plus tôt. Après des prodiges d'adresse, la femme fut évacuée au rez-de-chaussée de son appartement dans une vaste pièce, bien éclairée, et laparotomisée à dix heures et demie.

Véritable inondation péritonéale. La trompe droite rompue à son tiers moyen est aussitôt saisie, liée et extirpée.

La cavité péritonéale soigneusement détergée est fermée, drainage soigné.

Les suites opératoires, quoique tourmentées, furent satisfaisantes, et trente-cinq jours après la malade quittait son lit. Au moment de l'opération, la température était de 39°8 et le pouls 125. La veille, elle avait été à 39 degrés avec un pouls de 140.

Obs. III. — *Secondipare, trente et un ans. Première grossesse utérine a été interrompue à cinq mois et demi il y a onze ans. Deuxième grossesse actuelle, extra-utérine tubaire, rompue à soixante-dix jours environ. Colpotomie. Guérison.* — Ici, l'hémorragie interne s'est faite lentement par petite quantité. Il n'y a pas eu de choc hémorragique. En revanche une réaction péritonéale intense, dramatique, avec prédominance des phénomènes fébriles et douloureux. L'intervention est faite treize jours après le début des accidents (8 septembre), alors que les symptômes s'étaient localisés nettement et que les signes locaux permettaient d'affirmer la rupture probable d'un kyste fœtal.

La colpotomie est pratiquée le 21 septembre; elle donne issue à une assez grande quantité de sang liquide et de caillots déjà puriformes. Cette collection, qui déterminait des phénomènes de compression du côté du rectum, a une odeur horriblement fécaloïde.

L'exploration par le Douglas permet de constater de nombreuses adhérences au milieu desquelles est fixé l'utérus. C'est à droite qu'a eu lieu la rupture; avec de grandes précautions, j'arrive sur la trompe, j'essaie de la dégager. Mais il est impossible de la mobiliser et par prudence pour ne pas rompre les adhérences, je ne vais pas plus loin. L'indication urgente, indipensable : l'évacuation du foyer en voie de suppuration et de compression, était remplie. Après un lavage à l'eau stérilisée chaude, je place un gros drain en croix, me réservant d'intervenir ultérieurement par la voie abdominale si l'état général ne s'améliorait pas, la laparotomie étant à ce moment contre-indiquée par la dépression et le mauvais état du cœur.

Cette intervention faite sous l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle est bien supportée et, sous l'influence bienfaisante de la colpotomie, les signes locaux s'améliorent chaque jour pendant que parallèlement l'état général se relève. Le 26 octobre la guérison pouvait être annoncée comme définitive. Les règles firent leur retour le 6 novembre; elles furent normales comme quantité et durée.

La feuille de température a été égarée par la famille.

Obs. IV. — *Pluripare, vingt-neuf ans. Grossesse tubaire (?) de cinquante à soixante jours environ, rupture, hémorragie aiguë. Traitement médical. Guérison.* — Première grossesse gémellaire il y a dix ans. Deuxième grossesse simple terminée il y a quatre mois.

Le 2 juin 1904, cette malade est prise, pendant qu'elle préparait son déjeuner, de vives douleurs abdominales suivies presque aussitôt de vomissements.

Les douleurs cessent vers les deux heures, mais les vomissements continuent, à chaque instant la malade défaille! J'arrive à cinq heures et demie; elle est très pâle, pouls petit, la voix cassée, la malade a peine à répondre à mes questions. L'abdomen est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite. Je savais ma cliente bien réglée; aussi ce retard de soixante jours environ me conduisit aussitôt à l'hypothèse de rupture extra-utérine. Par le toucher, je trouvai le col ramolli, l'utérus augmenté de volume. Le Douglas est effacé et le cul-de-sac latéral droit est très diminué. J'applique aussitôt le traitement suivant : Injections de sérum alcoolisé, champagne frappé, thé. Glace sur l'abdomen (2 larges vessies).

Je reviens le soir, à dix heures; l'état général est devenu bien meilleur, le pouls est à 100 : la température rectale à 37°1. Devant cette amélioration je remets au lendemain toute intervention.

Le matin je constate avec plaisir une amélioration très sensible dans l'état général. Pouls 90. Température 37°4.

Afin de mettre la malade encore mieux en état de faire les frais de l'intervention, je décide de ne l'opérer que le lende-

main. Mais la journée ayant été meilleure, la famille m'avise le soir de ne rien préparer pour l'opération; la malade, se trouvant mieux, n'en veut à aucun prix.

Après avoir fait entrevoir à la famille les dangers possibles de ce retard dans l'intervention, je fais continuer le traitement médical : glace, lavements et injections très chaudes, sérum à petites doses, alimentation.

Sous l'influence de ce traitement l'épanchement se résorbe lentement, mais graduellement, et un mois après l'accident c'est à peine si l'on sentait dans le Douglas un noyau gros comme une cerise.

Le retour de la menstruation se fit le 30 août.

Obs. V. — *Secondipare, vingt-quatre ans. Grossesse extra-utérine tubaire de deux mois, rupture, hémorragie interne. Traitement médical. Guérison.* — La première grossesse s'est achevée normalement il y a deux ans.

Le 1[er] juin au soir, l'on me fait appeler auprès de cette jeune femme alitée depuis la veille. Dans la nuit du 30 mai, elle avait été prise, après un coït, de douleurs très vives dans l'abdomen; douleurs d'une violence telle qu'elles déterminèrent une syncope, dont un médecin appelé d'urgence eut toutes les peines à la sortir.

Ce début dramatique alarma la famille qui me fit appeler et, à mon arrivée, je trouvai cette malade dans le même état que celle qui fait l'objet de l'observation IV. Son observation est telle que je crois inutile de répéter les symptômes offerts par cette dernière.

Ici les signes locaux ont été plus accentués à cause de l'abondance de l'épanchement et compression douloureuse du rectum, ténesme vésical et rectal. Il ne fallait pas songer à opérer sur-le-champ, l'état général ne le permettait pas et le transport eût sûrement tué la malade.

J'instituai donc le traitement habituel : glace, 3 vessies sur l'abdomen, sérum alcoolisé, etc., et traitement général interne. Sous son influence les symptômes d'anémie aiguë s'amendent, le pouls se relève et le thermomètre passe de 36° 5 dans le rectum à 37° 3.

Fort de l'expérience de l'observation IV, j'attends dans l'expectative armée.

Par le traitement médical j'obtiens une amélioration telle, que le 19 juin, partant en vacances, je la laisse à mon remplaçant en lui indiquant le 30 juin ou la première semaine de juillet pour faire lever la malade.

II

Je résumerai ici les observations que l'on vient de lire. Sur ces 5 cas, j'ai eu un décès que l'on n'aurait certainement pas dû avoir pour deux raisons : la première si la famille avait accepté d'emblée l'opération, et si l'opération acceptée, l'on était intervenu par la voie haute (abdominale). En un pareil cas quand l'on intervient par la voie vaginale, c'est aller de gaieté de cœur vers un insuccès, surtout si l'on ne doit pas compléter l'intervention par l'extirpation de l'annexe rompue.

La deuxième observation, si semblable à la première, confirme les réflexions inspirées par l'observation I. En faisant, bien entendu, la part très grande du temps perdu à attendre le consentement de la famille.

Mais ici, si l'intervention avait eu lieu par la voie vaginale le résultat eût été sûrement le même que dans le cas précédent.

L'observation III constitue le type de l'indication à la colpotomie d'urgence. Cette intervention fit disparaître en même temps les phénomènes de compression et les chances d'infection inévitables avec un hématocèle en voie de transformation purulente.

Le résultat a été plus complet encore que je ne l'attendais, puisque la laparotomie avec ablation des annexes que je prévoyais comme le complément indispensable de la colpotomie n'a pas été nécessaire. Cette dernière a suffi pour amener une guérison qui ne s'est pas démentie depuis dix-huit mois bientôt (25 août).

Le traitement médical a suffi dans les deux derniers cas. Les heureux effets de ce traitement ne sont pas faits pour surprendre. Dans les cas qui m'occupent, tout est possible, même l'impossible en apparence. Et certes, nombreux sont et doivent être encore les cas d'avortements tubaires dont le diagnostic n'est pas posé, où les symptômes offerts sont mis sur le compte de telle ou telle affection (métrite, salpingite, appendicite, etc.) quand ils ne sont pas attribués à une affection médicale (choléra ou empoisonnement) comme j'en ai vu 2 cas.

Je me hâte pourtant de déclarer que, si je n'ai pas opéré d'urgence la malade n° V, le soir même de ma visite, c'est qu'il était matériellement impossible de le faire avant onze heures ou minuit. J'ai vu la malade à six heures moins un quart, le temps de tout préparer, de prévenir mes aides, c'était un dimanche, me conduisait sûrement au milieu de la nuit. Opérer en ville pendant le jour est chose toujours possible, mais la nuit, dans un milieu sinon pauvre, du moins très mal installé, il ne fallait point y songer. Et l'état de la malade ne permettait certainement pas son transport. Elle eût à coup sûr succombé en route par anémie bulbaire aiguë, mort si fréquente chez les femmes atteintes d'hémorragie interne ou externe. Force a été d'attendre au lendemain. Lendemain qui, à ma grande surprise, a été tel que je n'ai eu aucun scrupule à différer mon intervention, convaincu que, très étroitement surveillée, la malade ne pourrait que bénéficier de cette temporisation qui me laissait le temps de relever l'état général et la mettait dans de meilleures conditions opératoires.

De ce qui précède est-il possible de tracer une ligne de conduite *ne varietur* pour tous les cas de rupture de grossesse tubaire ou autres analogues à ceux que je rapporte ici? Je ne le pense pas et comme je l'ai dit plus haut je repousse énergiquement au nom de la clinique toute formule étroite prétendant s'ériger en système thérapeutique, quelle que soit la branche de l'art de guérir dans laquelle on s'exerce.

Voyons ce que disent les auteurs les plus récents, dont la valeur clinique n'a d'égale que l'habileté chirurgicale : Segond, Pozzi, Richelot, Ricard, J.-L. Faure, Lejars, Legueu, etc.

Il y a unanimité pour l'intervention immédiate d'urgence, chaque fois que l'on se trouve en présence de symptômes d'hémorragie interne, cataclysmique avec inondation péritonéale.

Dans les hémorragies de moyenne abondance l'expectation armée est conseillée à condition de ne pas se trouver en présence de ces hémorragies « qui tuent à petit feu » par leur discontinuité si minime que soit l'hémorragie.

Ici la surveillance exacte du pouls, le manque de réaction générale, la température rectale, régulièrement prise, dicteront la conduite. Mais cette surveillance doit être exercée par le médecin deux fois par jour au moins et dans l'intervalle de ses visites par une garde expérimentée que l'on stylera au préalable.

Dans les cas de rupture avec prédominance des phénomènes péritonéaux et le shock particulier aux péritonites simples, le traitement médical, habituel des péritonites, suffit en général.

En pareil cas le symptôme d'hémorragie passe au second plan et l'intervention immédiate peut être différée jusqu'à ce que les symptômes aigus se soient localisés. Si l'on juge qu'il faut intervenir, à ce moment-là on le fera, il me semble, avec beaucoup plus de chances pour la malade et par suite avec plus de sécurité opératoire.

III

Je ne veux pas terminer cette petite étude de pratique sans déclarer que la ligne de conduite tracée par les chirurgiens dont j'ai cité les noms et dont je me suis toujours inspiré, doit être envisagée selon que l'on exerce en ville, à la campagne ou à l'hôpital.

A l'hôpital les interventions intempestives, non justifiées, ne sont pas plus de mise que dans la pratique urbaine.

Mais dans les cas d'*hémorragie cataclysmique* analogues à ceux que j'ai observés, l'indication de l'opération indiscutablement posée, acceptée de la malade, j'estime qu'il y a lieu d'opérer d'urgence dès que l'on a relevé l'état général par la médication tonique appropriée, hypodermoclyse, angeioclyse, en particulier. Cette intervention qui peut être faite dans les premières heures de l'accident, n'est possible qu'à l'hôpital. C'est là d'ailleurs que l'on assiste à de véritables résurrections.

Dans la pratique civile, on secourra d'abord l'état général si vite menacé par l'anémie suraiguë déterminée par la rupture. Si l'on juge pouvoir intervenir, on le fera sitôt les aides prêts et les précautions antiseptiques prises. En chirurgie d'urgence rien ne sert d'opérer vite et bien un malade s'il doit mourir deux ou trois jours plus tard de septicémie opératoire.

J'estime que l'opération, quelque soit le milieu où l'on se trouve, peut et doit être faite sur place : il est si facile d'improviser une salle d'opération « de fortune ».

Vouloir transporter dans une clinique quelconque c'est exposer la malade à mourir pendant le transport. En effet le moindre déplacement, le moindre changement d'attitude, et comment les éviter? peuvent tuer la malade par anémie bulbaire aiguë.

L'opération différée, si le transport est possible il n'en reste pas moins dangereux. Ici aussi il faut opérer sur place.

A la campagne il y aura lieu de procéder de la même façon, le transport étant encore par sa durée, bien plus dangereux.

En dehors de ces cas particuliers qui constituent pourtant la majorité, y a-t-il intérêt à opérer à domicile ou dans une clinique?

La tendance actuelle est d'opérer dans une des nombreuses cliniques qui se sont créées dans presque toutes les villes un peu importantes.

A Paris la pluralité des interventions se fait dans les cliniques. C'est là une affaire de doigté laissée au médecin et encore plus au malade ou à sa famille.

Quelles sont les conclusions pratiques à tirer de ce qui précède?

1° Opérer d'*urgence* tous les cas d'hémorragie interne par rupture d'un kyste fœtal avec symptômes indiquant une hémorragie abondante;

2° Toujours intervenir par l'abdomen; seule cette voie donne rapidité et sécurité opératoire;

3° Dans les cas de moyenne gravité, *traitement médical* : glace, opium, sérum, injections très chaudes, etc.

Intervenir si nécessaire (compression, purulence possible) par la colpotomie.

Réserver la laparotomie pour plus tard. Opérer à froid.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1906)

Vaccination. — La plus grande partie de cette séance a été occupée par un rapport de M. KELSCH sur la vaccination en Algérie, rapport demandé par M. le ministre de l'Intérieur. Dans cette étude des plus consciencieuses, M. Kelsch indique de la façon la plus précise et avec tous les détails possibles, les mesures à prendre pour favoriser les vaccinations et les revaccinations en Algérie.

Après quelques observations de MM. Chauvel, Chantemesse et Netter, les conclusions ont été quelque peu modifiées dans le sens de certaines réserves relatives aux difficultés d'application.

Le paludisme à Madagascar. — Dans la dernière séance, M. BLANCHARD a fait, sur ce sujet, une communication qui a beaucoup impressionné l'Académie. Il nous a montré les progrès effrayants du paludisme à Madagascar, et il terminait en demandant que l'Académie émît le vœu que des mesures rigoureuses soient prises pour enrayer cette marche toujours croissante. Au cours de sa communication, M. Blanchard avait rappelé toutes ces mesures.

Avant de mettre aux voies la proposition de M. Blanchard, M. le président donne la parole à plusieurs orateurs inscrits pour la discussion.

M. KERMORGANT rappelle avoir maintes fois lui-même appelé l'attention sur les progrès du paludisme à Madagascar. Il fait observer que plusieurs des mesures proposées par M. Blanchard ont déjà été mises à exécution; déjà sous le gouvernement du général Galliéni, les prescriptions relatives à la quinine donnée préventivement ont été observées. En somme, on n'est jamais resté inactif en face du fléau. L'apparition du paludisme sur les hauts plateaux a coïncidé avec les

pluies si abondantes en certaines saisons, et des régions jusque-là indemnes ont été ainsi envahies. Il se passe à Madagascar ce qui s'est passé à la Réunion. Alors qu'autrefois on considérait l'altitude de 300 mètres comme à l'abri de toute atteinte paludique, aujourd'hui on observe le paludisme à 1 400 mètres.

Pour ce qui est de la lutte contre les diptères, vecteurs du paludisme, elle ne se poursuit pas avec toute la rigueur désirable, parce que tout le monde n'est pas convaincu du rôle des moustiques.

M. Kermorgant nous signale les difficultés que l'on rencontre aussi dans l'installation des toiles métalliques. Beaucoup d'indigènes, beaucoup d'Européens aussi repoussent ces toiles métalliques comme tamisant la brise nocturne si recherchée dans les pays chauds. M. Kermorgant estime qu'il serait utile de faire des conférences, particulièrement dans l'armée, pour faire comprendre la nécessité de ces abris métalliques contre les moustiques et empêcher les soldats de les percer à coups de baïonnettes pour avoir de l'air.

M. Laveran discute un peu sévèrement les mesures proposées par M. Blanchard. Il est, certes, partisan convaincu de ces mesures, mais il ne croit pas que l'Académie puisse mettre en demeure le gouvernement de détruire tous les moustiques d'une colonie comme Madagascar. Il y a là des difficultés et même des impossibilités d'application qui commandent tout au moins certaines réserves. Il faut songer que l'île de Madagascar représente une superficie plus grande que celle de la France. En outre la culture du riz est extrêmement importante, puisque c'est de riz que se nourrissent presque exclusivement les Malgaches; or si l'on pétrolise les marécages, comme le demande M. Blanchard, on détruit par cela même le riz et les Malgaches mourront de faim.

Quant à l'application des toiles métalliques elle sera certainement inapplicable aux huttes habitées par les paysans malgaches. Enfin si l'on songe aux dépenses excessives qu'entraînerait l'application des mesures proposées par M. Blanchard, on conçoit qu'il n'est pas de gouvernement capable de les proposer.

M. Laveran estime qu'on pourrait arriver à un résultat par des mesures plus simples, mesures qui consisteraient surtout à changer l'aménagement des rizières. Il y a là une question de la plus haute importance.

En résumé M. Laveran demande une modification dans les conclusions du travail de M. Blanchard.

Nous avons été quelque peu surpris de voir M. Laveran combattre avec autant d'énergie des mesures qu'il a lui-même, et le premier, proposées pour la Corse et qui lui font le plus grand honneur. C'est une question de proportions; mais, toutes proportions gardées, serait-il donc si difficile de faire à Madagascar ce qui se fait assez aisément en Corse et en Italie? C'est ce que ne manquera pas de faire observer M. Blanchard dans sa réponse.

M. Blanchard constate tout d'abord que personne n'a contesté les chiffres qu'il a fournis. Ces chiffres, en effet, sont incontestables et accusent une cruelle vérité. Le paludisme fait un nombre énorme de victimes à Madagascar; il faut agir et tout faire pour enrayer cette marche croissante de l'épidémie.

Répondant d'abord à M. Kermorgant, M. Blanchard lui fait observer qu'il n'a pas omis de rappeler ses travaux et ses propres efforts pour combattre ce fléau.

A M. Laveran, il répond qu'en parlant du pétrolage des eaux stagnantes il n'a pas voulu dire qu'il fallait pétroler les rizières. La nécessité des rizières entraîne forcément la nécessité des eaux stagnantes. Il a surtout voulu parler des flaques d'eau persistant dans la ville. Il a rappelé, à ce propos, ce qu'ont fait les Américains à Cuba et le succès qu'ils ont obtenu, en s'appliquant à boucher tous les trous, à faire disparaître toutes les dépressions du sol. Les rizières, ici, sont hors de cause.

Quant à la protection des maisons par les toiles métalliques, que M. Laveran considère comme impossible, pourquoi ne pourrait-on pas faire à Madagascar ce qui s'est fait dans la campagne de Rome? Les affreuses cabanes des paysans italiens n'ont rien à envier aux huttes des Malgaches. On en a obenu d'excellents résultats en Italie, pourquoi ne les obtiendrait-on pas à Madagascar?

En somme, M. Blanchard n'a fait que rééditer le vœu proposé par M. Laveran pour la Corse. Ce vœu répond au sentiment général de l'Académie. Nous devons protéger nos frères de toutes les couleurs contre un fléau qu'il est possible de combattre.

M. Roux propose que les conclusions de M. Blanchard, sur le principe desquelles tout le monde est d'accord, soient renvoyées à une commission qui les modifiera, s'il y a lieu.

M. Chantemesse pense qu'il suffirait d'inviter le gouverneur de Madagascar à employer les mesures édictées en Corse, proposées par M. Laveran, mesures qui ont reçu la sanction de l'expérience.

Avec l'assentiment de M. Blanchard, les conclusions de son travail sont renvoyées à une commission composée de MM. Laveran, Blanchard, Roux, Chantemesse et Kermorgant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

COURS PRATIQUES PAR D'ANCIENS INTERNES DES HOPITAUX (*deuxième série, du 20 juillet au 11 août 1906*). — Ces cours ont pour but d'offrir aux étudiants ou aux praticiens le moyen de perfectionner leurs connaissances dans les spécialités qu'ils auraient négligées, et de revoir rapidement, dans chaque branche de la médecine, la technique et la valeur des procédés de diagnostic, y compris les plus récents. La thérapeutique pratique occupe dans chaque cours une très large place : à côté des grandes indications du traitement, l'auditeur recevra les conseils pratiques et les formules qui doivent faciliter sa tâche.

L'enseignement sera précisé, dans la plus large mesure, par des présentations de malades et des manipulations d'appareils.

Chaque cours comprend 9-10 leçons. Les leçons se suivent à deux jours d'intervalle : les heures différentes permettent à l'auditeur de suivre les divers cours qui l'intéressent. — Pour chaque cours, le droit d'insciption est de 20 francs.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au docteur Minet, 15, rue Malebranche (V^e arr.), les lundis, mercredis, vendredis, de deux à quatre heures, ou par correspondance.

Troisième série en octobre-novembre.

Horaire. — *Lundi, mercredi, vendredi.* — Matin : 9 h. et demie. Larynx, nez, oreilles, M. Bourgeois (à l'hôpital Saint-Antoine).

Après-midi : A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente. — 2 h. Gynécologie pratique, M. Bender. — 3 h. Chirurgie journalière, M. Huguier, suppléé par M. Delaunay. — 4 h. et demie. Orthopédie, M. Tridon. — 5 h. et demie. Maladies nerveuses, M. Rose. — 5 h. et demie. Obstétrique, M. Jeannin, suppléé par M. Lequeux. — A la cliuique, 15 rue Malebranche : 4 h. un quart. Voies urinaires, M. Minet.

Mardi, jeudi, samedi. — Matin : 10 h. et demie. Maladies de la peau, M. Lenglet (à l'hôpital Saint-Louis, salle Hillairet).

Après midi : 15, rue Malebranche. — 2 h. et demie. Thérapeutique générale, M. Oppenheim. — 3 h. et demie. Maladies de l'estomac et de l'intestin, M. Lippmann. — 4 h. et demie. Maladies des enfants, M. Ball. — 5 h. et demie. Electrothérapie, radiothérapie, M. Delherm.

Programme des cours. — 1° *Maladies de la peau*, M. Lenglet. — 1. Notions générales. Examen du malade. Importance de la lésion élémentaire. — 2. Les réactions cutanées. Eruptions artificielles. Eczéma. Prurits. Lichénification. Urticaire. Prurigo. Œdèmes. — 3. Psoriasis. Etats psoriasiformes. Pityriasis rosé de Gibert. Séborrhéides. — 4. Lichen ruber plan. Pityriasis ruba pilaire. Acné. Cancer cutané. Mal. de Paget, M. de Darier. — 5. Tuberculose cutanée. Actinomycose. Lèpre. Maladies parasitaires rares. — 6. Dermatoses

à parasitisme banal : Gale, phthiriase. Impétigo. Ecthyma. Foliculites. Teigne. Favus. — 7. Les alopécies. Trophonévroses. Pelade. Vitiligo. Sclérodermie. Mal. de Recklinghausen. Atrophies cutanées. — 8. Les dermatoses rares. Dermatoses bulleuses; derm. congénitales. Xanthélasma, etc. — 9. Dermatoses vénériennes. Syphilis. Chancre mou. Balanites. Thérapeutique générale et locale. Notions d'électrothérapie dermatologique.

2° *Hydrologie*, M. Esmonet. (N'a pas lieu à la série d'été.)

3° *Gynécologie pratique*, M. Bender. — 1. Méthodes générales d'examen. — 2. Vulvites et vulgo-vaginites. Bartholinites. — 3. Dysménorrhée. Pathogénie et traitement. — 4. Métrites. Leur traitement. — 5. Déviations et prolapsus de l'utérus. Pessaire. Indications de l'intervention chirurgicale. — 6. Fibromes de l'utérus. Indications opératoires. — 7. Cancer de l'utérus. Diagnostic. Indications des opérations radicales et du trait. palliatif. — 8. Salpingites et ovarites. Diagnostic et traitement. Kystes et tumeurs solides de l'ovaire. Grossesse extra-utérine. — 9. Relations entre les affections génitales et les affections des autres organes, en particulier du tube digestif. Indications et valeur du traitement hydro-minéral.

4° *Maladies du système nerveux*, M. Rose. — 1. Mode d'examen d'un malade. — 2. Hémiplégie et diplégie cérébrale, aphasie. — 3. Paraplégies. — 4. Atrophies musculaires. — 5. Méningites. Ponction lombaire. — 6. Tabes. Rééducation des mouvements. — 7. Paralysie générale; paralysie bulbaire; paralysie faciale. — 8. Tumeurs cérébrales. Diagnostic des attaques convulsives. — 9. Diagnostic des tremblements, des tics et des spasmes. — 10. Neurasthénie. Hystérie. Psychothérapie.

5° *Voies urinaires*, M. Minet. — 1. Blennorragie et complications. Les méthodes de traitement. — 2. Diagnostic et traitement des urétrites et prostatiques chroniques. — 3. Diagnostic et traitement des rétrécissements. Valeur de l'électrothérapie. — 4. Abcès de la prostate. Abcès urineux. Infiltration d'urine. — 5. Hypertrophie de la prostate. Hygiène. Cathétérisme des prostatiques. Indications opératoires. — 6. Cystites aiguës et chroniques. Incontinence. Exploration vésicale. — 7. Corps étrangers, calculs et tumeurs de la vessie. Diagnostic et traitement des hématuries vésicales. — 8. Exploration des reins et de la fonction rénale. Pyuries et hématuries rénales. — 9. Tuberculose de l'appareil urinaire.

6° *Chirurgie journalière*, M. Huguier (suppléé par M. Delaunay). — 1. Panaris. Phlegmons de la main. Phlegmon diffus. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — 2. Traumatismes de la main et du poignet. Luxations de l'épaule et du coude. — 3. Fractures de rotule, des deux os de la jambe. Fractures à foyer ouvert. Grands traumatismes des membres. — 4. Fractures bi-malléolaires. Ongle incarné ; furon et anthrax ; anévrisme. — 5. Pustule maligne. Brûlures. Luxations et fractures du maxillaire inférieur. — 6. Traumatismes du crâne. Cancer des lèvres, de la langue. Abcès du sein. — 7. Cancer du sein. Plaies de poitrine. Traitement des pleurésies purulentes. Indications de la gastrostomie. — 8. Appendicite aiguë. Etranglement herniaire. Sténose du pylore. — 9. Plaies et contusions de l'abdomen. Occlusion intestinale. Cancer du rectum. — 10. Fissure anale ; hémorrhoïdes ; abcès et fistules à l'anus. Hydrocèle. Tuberculose et cancer du testicule.

7° *Orthopédie*, M. Tridon. — 1. L'examen chirurgical de l'enfant. — 2-3. Examen du membre supérieur. Diagnostic, — 4-5. Examen du membre inférieur. Diagnostic. — 6. Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. — 7. Traitement du mal de Pott et de la coxalgie. — 8. Hernie inguinale et ombilicale. Ectopie testiculaire. — 9. Vices de développement.

8° *Larynx, nez, oreilles*, M. Bourgeois. — 1. Eclairage. Technique du miroir frontal. Examen des fosses nasales. Coryzas non spécifiques. — 2. Ozène ; syphilis ; tuberculose ; cancer ; corps étrangers. Epistaxis. Hémostase nasale. — 3. Obstruction nasale. Rhinite hypertrophique. Queues de cornet. Polypes. Déviations et crètes de la cloison. — 4. Sinusites. — 5. Examen du pharynx buccal. Amygdales : abcès, hypertrophies, ulcérations. — 6. Affections du rhino-pharynx. Végétations adénoïdes. — 7. Examen du larynx. Laryngites non spécifiques. Paralysies laryngées. — 8. Syphilis, tuberculose, cancer, polypes du larynx. — 9. Examen du tympan. Corps étrangers de l'oreille. Otites non suppurées et surdité. Cathétérisme et bougirage de la trompe. — 10. Otites suppurées.

9° *Thérapeutiqne générale*, M. Oppenheim (à cette série, thérapeutique diététique). — 1. Régime alimentaire physiologique de l'enfant et de l'adulte à l'état de santé. — 2. Régime alimentaire dans les affections de l'estomac. — 3. Régime alimentaire dans les maladies de l'intestin. — 4. Régime alimentaire dans les gastro-entérites de la première enfance. — 5. Régime alimentaire dans les maladies du foie, la lithiase biliaire, la lithiase rénale. — 6. Régime alimentaire dans le diabète. — 7. Régime alimentaire dans la goutte, dans l'obésité. Cures d'amaigrissement. — 8. Régime alimentaire dans la tuberculose, la chlorose, les maladies nerveuses. Cures de suralimentation. — 9. Régime alimentaire dans les cardiopathies, les affections rénales. Cures de déchloruration. — 10. Régime alimentaire dans les maladies infectieuses aiguës.

10° *Maladies de l'estomac et de l'intestin*, M. Lippmann. — 1. Interrogatoire d'un gastropathe. Exploration clinique de l'estomac. Estomac normal. — 2. Embarras gastrique. Vomissement, Gastralgie. — 3-4. Les *dyspepsies*. Dyspepsie hyperpeptique et apeptique. Dyspepsies sensitivo-motrices. — 5. Troubles de la motilité. Dilatation. Sténose du pylore. — 6. Affections organiques : ulcère ; cancer. — 7. Entérites. Entéro-colite muco-membraneuse. — 8. Diarrhée. Constipation. Colique. Appendicite : Diagnostic d'intervention. — 9. Helminthiase. Tænias.

11° *Hygiène thérapeutique infantile*, M. Ball. — 1. Physiologie du nouveau-né et de l'enfant. Allaitement, sevrage. Hygiène et alimentation du nouveau-né et de l'enfant. — 2. Stomatites. Angines. Diphtérie. — 3. Gastro-entérites des nourrissons et de l'enfant. — 4. Appendicite. Tuberculose intestinale. — 5. Péritonites aiguäs et chroniques. Fièvre typhoïde. — 6. Parasites intestinaux. — 7. Laryngites. Coqueluche. Bronchites. Broncho-pneumonies. Affections congénitales du cœur. Endocardite. — 8. Fièvres éruptives. Vaccine. — 9. Tuberculose, scrofule. Syphilis héréditaire. Croissance. Rachitisme. Abrepsie. — 10. Méningites. Paralysie infantile. Chorées. Convulsions. Affections nerveuses.

12° *Electrothérapie et Radiothérapie*, M. Delherm. — 1. Notions sur les unités électriques. Principaux courants. Manière de les appliquer. Leur action physiologique. — 2. Electrodiagnostic pratique. — 3. Affections de l'axe cérébro-spinal. Paralysie faciale. Paralysie infantile. Névrites. — 4. Névralgie. Hystérie. Neurasthénie. Basedow. — 5. Spasmes de l'œsophage. Dyspepsies. Constipation et colite muco-membraneuse. — 6. Lavement électrique. Fissure sphinctéralgique. Hémorrhoïdes. — 7. Affections chirurgicales : entorse, arthrite blennorragique. Atrophie d'ordre chirurgical, etc. Accidents du travail. Radiothérapie du cancer. — 8. Maladie de la nutrition. Hypertension artérielle. Anémies, leucémies ; coqueluche. — 9. Applications à la gynécologie. Rétrécissements de l'urètre. Incontinence d'urine. Maladies de la peau.

13° *Obstétrique*, M. Jeannin (suppléant : M. Lequeux). — 1. Conduite à tenir dans la présentation du sommet de la face. Application du forceps. — 2. Conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. — 3. Conduite à tenir dans l'accouchement par l'épaule ; version podalique. — 4. Conduite de la délivrance normale et pathologique. — 5. Traitement des hémorragies puerpérales. — 6. Traitement des déchirures puerpérales. — 7. Conduite à tenir en cas de bassin vicié. — 8. Embryotomies. — 9. Traitement de l'infection puerpérale.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DU PANCRÉAS [1]

ÉTIOLOGIE. — Elle est très mal connue. Le cancer du pancréas, quoique très rare (1 cancer du pancréas sur 1 000 cas de cancer, Segré), est la plus fréquente de toutes les affections pancréatiques, opinion classique, peut-être discutable. Bard et Pic font remarquer qu'il est peut-être moins exceptionnel qu'on ne le pense, étant souvent confondu, pendant la vie, avec un cancer des voies biliaires, après la mort, avec un cancer de l'intestin. Parmi les *causes prédisposantes*, il faut signaler l'influence du *sexe* et de l'*âge* : il frappe généralement des individus du sexe masculin, âgés de plus de cinquante ans. On a, sans raisons suffisantes, invoqué à son origine l'alcoolisme, la mauvaise alimentation, la lithiase, etc. Quant à ses *causes déterminantes*, elles nous échappent complètement.

SYMPTOMATOLOGIE. — **A. Forme ordinaire.** — Le cancer du pancréas peut rester *latent* pendant toute son évolution. Le plus souvent, il manifeste son existence au bout d'un temps plus ou moins long, par des symptômes divers.

Le DÉBUT en est très variable, tantôt brusque, sans prodromes, tantôt au contraire annoncé par des prodromes dyspeptiques et douloureux. Il se caractérise, soit par de l'ictère, cas le plus fréquent, soit par de la douleur, soit par des troubles digestifs, soit par des symptômes de diabète maigre, soit par des signes de cachexie (phlegmatia alba dolens).

PÉRIODE D'ÉTAT. — 1° Pour les *classiques*, le cancer du pancréas, arrivé à la période d'état, se traduit par deux ordres de symptômes : a. *signes de compression et de tumeur*; b. *signes d'insuffisance pancréatique*.

1. **Signes de compression et de tumeur.** — A. Le plus important d'entre eux est l'ICTÈRE, symptôme capital. L'ictère peut débuter brusquement et s'accompagner de douleurs dans l'hypocondre droit et de vomissements : il simule alors celui que l'on observe à la suite d'une colique hépatique. Mais, dans la plupart des cas, il se *développe insidieusement* sans le moindre phénomène réactionnel, de telle sorte qu'il est remarqué d'abord par l'entourage plutôt que par le malade lui-même. Une fois installé, « il va sans cesse en augmentant, sans jamais présenter de temps d'arrêt ou d'amélioration passagère : il est *progressif* et *continu* » [Mirallié (2)]. La peau, d'abord jaune clair, devient vert olivâtre, puis brune ou même noire, ces modifications étant surtout appréciables à la face. Souvent l'ictère diminue dans les derniers temps de la vie (acholie pigmentaire). Il peut, exceptionnellement, ou rester léger jusqu'à la fin, ou n'apparaître qu'aux dernières phases, ou même manquer. Cette dernière éventualité s'explique par ce fait que, si dans la majorité des cas, le canal cholédoque traverse la tête du pancréas, il peut aussi, quoique rarement, passer en dehors d'elle (Rémy); dans le premier cas, le cancer comprimera, dans le second, il ne comprimera pas le cholédoque.

Quelles vont être les *conséquences* de cet ictère? Elles seront : a. *fonctionnelles*; b. *physiques*. Les premières, inconstantes, sont celles que l'on observe dans tout ictère chronique (décoloration des selles, qui prennent une apparence mastic, troubles cardio-vasculaires, prurit, xanthélasma). Les secondes, beaucoup plus importantes, déterminent des modifications de volume du foie, de la vésicule biliaire et de la rate.

Les *modifications de volume du foie* sont encore discutées. Pour Bard et Pic, le foie est ordinairement dur, petit ou tout au moins peu augmenté de volume. Pour d'autres, il est très gros. Mirallié distingue deux phases : une première, où le foie est augmenté de volume par suite de la rétention biliaire, une seconde, où il s'atrophie.

La *dilatation de la vésicule biliaire*, au contraire, est admise par tous les auteurs (Bard et Pic, Courvoisier, Terrier). Constante, *souvent considérable*, donnant à la main qui palpe le rebord inférieur du foie la sensation d'une tuméfaction lisse, souvent rénitente, rarement fluctuante, à limites nettes, elle s'explique par la compression du cholédoque et le reflux de la bile dans la vésicule : *elle possède une valeur diagnostique de premier ordre*, qu'exprime la loi de Courvoisier-Terrier; dilatation de la vésicule = cancer du pancréas; atrophie = lithiase biliaire.

La *rate* d'abord hypertrophiée, s'atrophie ensuite comme le foie (Mirallié).

Ainsi défini, cet ictère chronique, progressif, d'une intensité extrême, se compliquant de dilatation de la vésicule biliaire, *présente la plus grande valeur diagnostique*. On ne le trouverait jamais dans l'hypertrophie simple, et rarement dans les kystes du pancréas.

B. La DOULEUR « constitue l'un des éléments principaux du tableau clinique » (Mirallié). Elle apparait habituellement *au cours de l'ictère*. Ses caractères sont nets : d'abord passagère, évoluant par crises, elle devient continue avec des paroxysmes. Elle est d'emblée très intense, et résiste à toutes les médications. Elle est spontanée, mais l'ingestion des aliments, les mouvements et même la situation verticale la réveillent ou l'exagèrent. La flexion du corps en avant, dans une attitude analogue à celle du saturnin, la calme dans une certaine mesure.

Ces douleurs qui peuvent, comme le montre un exemple célèbre, manquer d'un bout à l'autre de la maladie, *occupent toute la région épigastrique profonde*, et irradient de là aux hypocondres, aux membres inférieurs, et même quelquefois aux épaules; elles peuvent aussi revêtir la forme d'accès cardiacalgiques (Mondière) et s'accompagner de vomissements. On les attribue à la péritonite de voisinage, à la cancérisation des filets du plexus cœliaque, etc., etc.

B. Comme AUTRES SIGNES DE COMPRESSION, il faut citer la *compression* : α. de la *veine porte*, d'où ascite progressive, se reproduisant rapidement après ponction, habituellement séreuse, quelquefois chyleuse, pouvant constituer, à elle seule, toute la maladie; β. de la *veine cave inférieure*, d'où œdème des jambes ; γ. de l'*aorte abdominale* : la tumeur est alors soulevée par des battements, et, à ce niveau, on perçoit un bruit de souffle. On la différenciera de l'anévrisme en considérant que, dans le cas de compression aortique, la tumeur ne subit aucun mouvement expansif, mais qu'elle est simplement soulevée par le vaisseau à chaque systole cardiaque ; δ. des *vaisseaux spléniques* ; ε. de la *veine mésentérique supérieure* ; ζ. des *viscères voisins* : *pylore*, d'où sténose pylorique constituant quelquefois le seul symptôme observé ; *duodénum* ; *côlon transverse* ; *uretère gauche*, etc., etc.

C. Les SIGNES PHYSIQUES sont *peu importants*. La constatation, par le palper, d'une *tumeur*, est rare. Lorsque la tumeur est perceptible, elle est placée profondément, allongée transversalement, dure, arrondie, régulière ou non, difficile à circonscrire, peu mobile, souvent sonore à la percussion (par interposition de l'estomac). « Cette *absence de matité*, alors que l'on perçoit au palper une tumeur, doit faire songer à une tumeur du pancréas » (Mirallié). Quelquefois, il existe deux tumeurs, formées l'une par la tête du pancréas, l'autre, par la vésicule biliaire (Frerichs).

II. **Signes d'insuffisance pancréatique.** — Ce sont: 1° des troubles digestifs ; 2° des signes d'ordre diabétique ; 3° des phénomènes de cachexie.

1. Les TROUBLES DIGESTIFS consistent en *anorexie*, inconstante; *dyspepsie* du type pancréatique (coliques, ptyalisme, diarrhée) ; *en présence de matières grasses dans les vomissements et dans les selles.* Dans les vomissements, les graisses sont visibles à l'œil nu, ou seulement au microscope ; dans les selles, les graisses font leur apparition, soit après l'ingestion de corps gras, soit même après suppression de ces corps. On observe alors, dans les matières, soit des gouttelettes onctueuses, blanchâtres, solubles dans l'éther ; soit, à la surface, une couche butyreuse ; soit des particules grasses intimement mélangées aux matières. Sur la valeur séméiologique de cette stéarrhée, d'ailleurs rare, on n'est pas d'accord, les uns lui attribuant une signification extrêmement importante, les autres remarquant qu'elle peut se rencontrer dans des affections très différentes du cancer du pancréas. On a encore signalé, dans les selles, la présence de fibres musculaires striées. Quant à l'épreuve du salol, elle donne des résultats variables.

(*A suivre.*)

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 79, p. 945.
(2) *Gaz. des hôp.*, 1893.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres ; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres ; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

N° 82. — SAMEDI 21 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 21 JUILLET 1906. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ EN 1906. — Comme les années précédentes, auront lieu en 1906, dans le gouvernement militaire de Paris, des exercices spéciaux du service de santé.

Ces manœuvres seront commandées par le général Bolgert, commandant la 13e brigade d'infanterie. Elles auront comme directeur technique le médecin principal de première classe Antony, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Elles auront lieu du 30 juillet au 3 août prochain.

Une conférence préparatoire sera faite aux Invalides le 30 juillet.

La concentration se fera le 31 juillet.

Les journées des 1er, 2 et 3 août seront consacrées aux manœuvres, qui se dérouleront dans la vallée de la Seine, de l'Orge et de l'Yvette, de Juvisy à Lonjumeau.

Des détails complémentaires seront donnés ultérieurement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une lettre de félicitations a été adressée par le ministre de la guerre à MM. les docteurs Céry (de Bouzy), Hanriot (de Blamont), Perrenot (d'Hyères), Sibilat (de Romans), Pichot (de Montier-en-Der) et Thiéry (de Saint-Mihiel), pour le zèle et le dévouement dont ils ont fait preuve dans l'organisation et l'administration des sociétés de tir.

— Le ministre du Commerce a décerné une médaille de bronze à M. le docteur Brulant, médecin principal de la Société de Lens, pour sa propagande en faveur de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

— Des médailles d'or ont été attribuées par le Conseil général du département de la Seine aux médecins de service des Enfants-Assistés de la Seine dont les noms suivent :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Houzé (de Cussy-en-Morvan) et Miguet (d'Etang-sur-Arroux).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Coquidé (de Frévent), Digoy (de Saint-Léger-sous-Beuvray), Martin (de Moulins-Engilbert), Poingt (de Donzy), Regnault (de Brinon-sur-Beuvron) et Richard (de Boiry-Sainte-Rictrude).

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE est autorisée à accepter, sous bénéfice d'inventaire, aux clauses et conditions imposées, le legs universel, fait à son profit par M. Roussilhe, dont les arrérages devront être affectés à la fondation d'un prix périodique de 10 000 francs, dit « prix Roussilhe », à décerner au savant qui aura fait accomplir le plus de progrès à la dermatologie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Amédée Le Plé (de Rouen).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et Vichy.* — Train de luxe « Vichy-Express » tri-hebdomadaire, composé de wagons-salons et d'un wagon-restaurant. Nombre de places limité.

Aller : Paris, départ, 3 h. 55 soir ; Vichy, arrivée, 8 h. 52 soir ; les mardis, jeudis et samedis au départ de Paris jusqu'au 4 septembre.

Retour : Vichy, départ, 9 h. 10 matin ; Paris, arrivée 2 h. 3 soir ; les lundis, mercredis et vendredis au départ de Vichy jusqu'au 5 septembre.

L'OCRÉINE

Principe actif
de la
Sécrétion interne de l'Ovaire

Thème

— L'ovarine ou oophorine est inconstante dans ses effets parce que les organes qui servent à la préparer sont mal choisis.

— L'action de l'ovaire sur l'organisme est due à une sécrétion interne.

— La glande à sécrétion interne de l'ovaire et, par conséquent, la seule partie active au point de vue thérapeutique, c'est le corps jaune.

— Le corps jaune n'a qu'une durée transitoire et réapparaît périodiquement dans l'ovaire ; il n'existe donc pas d'une façon constante dans cet organe.

— La plupart des ovaires dont on se sert pour préparer l'ovarine ne renferment pas de corps jaune ou en renferment très peu.

— L'Ocréine est un extrait de corps jaune pur.

L'OCRÉINE

G. GRÉMY
16, Rue de la Tour d'Auvergne
PARIS

INDICATIONS & DOSES DE L'OCREINE GRÉMY

I. — Au moment de la puberté. Contre les *troubles de la puberté* pouvant aller jusqu'à la *chlorose*, troubles dus à l'apparition irrégulière du corps jaune ou même à son absence totale (1 à 6 pilules par jour ou une injection *intramuscnlaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours. Continuer le traitement jusqu'à ce que la sécrétion interne de l'ovaire se fasse normalement).

II. — Contre les suites de la castration ovarienne. (3 à 10 pilules par jour pendant 8 jours tous les mois, ou 3 à 4 injections *intramusculaires* de deux centimètres cubes tous les mois, à deux jours d'intervalle.)

III. — Contre l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

IV. — Pendant la grossesse. Le même corps jaune qui a permis à l'œuf de se fixer dans l'utérus persiste pendant tout le temps de la grossesse. La sécrétion de ce corps jaune peut être insuffisante et cette insuffisance se traduit par les signes suivants : bouffées de chaleur, nausées, vomissements, vertiges, étourdissements, palpitations, céphalalgies, etc. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours, jusqu'à disparition des troubles.)

V. — Pendant la ménopause. Les transformations que subit à cette période l'organisme féminin sont dues à l'arrêt plus ou moins lent dans la formation des corps jaunes. Cet arrêt peut se produire brusquement ou les périodes s'espacer de plus en plus, jusqu'à disparition totale. Troubles de l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

FORMES PHARMACEUTIQUES DE L'OCRÉINE GRÉMY

Pilules d'Ocréine Grémy dosées à 10 centigr. de corps jaune pur. Les pilules d'Ocréine possèdent un premier enrobage au gluten qui les rend solubles seulement dans l'intestin et un deuxième enrobage extérieur qui les rend inattaquables à l'air. L'Ocréine se conserve ainsi indéfiniment.

Le flacon de 32 pilules, prix **5 francs**

Ampoules d'Ocréine Grémy. — Chaque ampoule contient deux centimètres cubes d'Ocréine injectable.

La boîte de 6 ampoules, prix **5 francs**

REVUE GÉNÉRALE

LA THÉRAPEUTIQUE PAR HYPERÉMIE

Par M. le docteur Octave DAUWE,
Assistant à la Clinique chirurgicale de l'Université de Gand.

Tout organe qui entre en fonctionnement, qui s'accroît, qui se reconstitue ou qui est le siège de phénomènes inflammatoires pathologiques, établit dans les mailles de ses tissus une hyperémie surtout artérielle ou active. L'importance de cette réaction naturelle de l'organisme a été comprise depuis longtemps et depuis longtemps on lui vient en aide dans la cure locale de certains états pathologiques. Mais c'est surtout dans ces dernières années que, grâce aux travaux de Bier, la thérapeutique par hyperémie active a subi un haut degré de perfectionnement et qu'elle a été appliquée sur une large échelle.

D'autre part, l'observation clinique a démontré à Bier l'influence d'une autre forme de la défense naturelle, c'est-à-dire la congestion passive ou stase veineuse. Le savant chirurgien a eu le mérite d'en tirer parti et de la réaliser artificiellement et avec succès dans le traitement des processus infectieux. Ainsi s'est formée la cure par la stase veineuse, la stauungsthérapie qui est surtout la caractéristique de l'école de Bier. Hyperémie active et surtout hyperémie de stase constituent les deux caractères de l'école nouvelle.

Cette nouvelle thérapeutique subit actuellement une extension considérable, spécialement en Allemagne. Et aujourd'hui que de nombreuses publications et que le traité de Bier : *Hyperamie als Heilmittel*, en ont fourni une définition nette, il nous paraît intéressant d'en résumer les points principaux.

Nous basant sur les travaux de Bier et de ses élèves et sur un certain nombre d'observations personnelles, nous verrons rapidement l'action physiologique et thérapeutique des deux formes de la congestion artificielle, leurs modes d'application, leurs indications et leurs succès curatifs. Ces diverses considérations formeront l'objet d'une première partie de ce travail. Nous verrons, dans une deuxième partie, les écueils, les inconvénients et les contre-indications qu'on a trouvés à l'hyperémie artificielle.

I

I. Un mot d'abord de la forme ancienne du traitement, la cure par hyperémie active. C'est celle que réalise le mieux la chaleur et que depuis longtemps on met en pratique par l'application locale de sable chaud, de compresses humides, etc. L'emploi de ces moyens ne permet guère d'atteindre qu'une température de 45 degrés, et par conséquent une congestion relativement réduite.

Aujourd'hui, par l'utilisation de l'air chaud, on fait agir la chaleur d'une manière bien plus efficace. Bier a fait construire dans ce but des caisses en bois de forme variée et appropriée à la région ou au membre malade; la paroi intérieure est recouverte d'une couche isolatrice de verre soluble. Des ouvertures pratiquées à la paroi supérieure permettent la circulation libre de l'air chaud. Celui-ci pénètre dans l'appareil par un tuyau latéral, dont l'extrémité externe se termine par une embouchure tournée vers le bas sous laquelle se place la source du calorique (lampe à alcool, bec Bunsen, etc.). La distance de celle-ci à l'embouchure est variable et règle le degré de température de l'air de l'appareil (1). Bier, Klapp, Schreiber, Rautenberg et Hoffheinz et d'autres ont expérimenté ces appareils sur eux-mêmes et sur les animaux; grâce à ces expériences on sait que les téguments supportent sans danger l'action de températures très élevées, allant jusqu'à 100, 115 et même 130 degrés centigrades.

L'air chaud augmente la transpiration cutanée, à partir de 45 à 50 degrés; la sueur atteint son maximum pour les uns à 60 degrés, pour Bier et d'autres environ à 100 degrés, et diminue à des températures plus élevées. La congestion active est la plus forte entre 80 et 120 degrés.

Mal appliquée, ou employée avec excès, la chaleur intensive occasionne, on le conçoit, des brûlures parfois graves, spécialement si, aux orifices d'entrée et de sortie du membre, on permet la sortie de l'air. Celui-ci exerce à ces niveaux un frottement nuisible sur la surface cutanée. Mais elle agit aussi à distance et détermine de la céphalalgie, des palpitations cardiaques, des syncopes, etc. Chez la femme elle peut être cause de troubles menstruels, voire d'abolition de la menstruation (Krause, Reitler). Mais ces dangers peuvent être parfaitement évités. Il faut, d'après le conseil de Bier, n'utiliser l'air chaud que pendant une demi-heure à une heure au plus par jour. Les températures variant de 100 à 120 degrés sont en général suffisantes; et si l'on prend la précaution d'isoler les parties traitées de la paroi de l'appareil au moyen de compresses de tissu d'asbeste, d'amener l'accroissement de la température lentement et progressivement, et enfin de ne pas chauffer de trop grandes surfaces, on n'aura guère à craindre de complications.

La cure à l'air chaud est indiquée dans les affections chroniques, en général, mais spécialement dans les rhumatismes chroniques et les névralgies. Elle convient également pour combattre les hémarthroses et les autres épanchements articulaires, non infectieux.

La thermothérapie locale est déconseillée par Bier, comme traitement des affections tuberculeuses, quoique, dans certains cas, elle aurait rendu service à Clado. Bier utilise cependant et avec succès l'air chaud pour les raideurs et ankyloses fibreuses, consécutives aux arthrites tuberculeuses. Elle serait également efficace dans la thérapie des affections cutanées chroniques : psoriasis, eczéma, etc.

Enfin, d'après Bier et Frommer, elle aurait une action favorable sur la gangrène sénile et sur les

(1) Nous ne nous occupons pas davantage des appareils à air chaud; on trouvera les détails de leur construction dans les prospectus de la firme Eschbaum (de Bonn).

nécroses diabétiques, mais à condition d'être utilisée avec une très grande prudence (1).

II. A côté de ce perfectionnement apporté à la thermothérapie, Bier a surtout introduit dans la pratique l'emploi de l'hyperémie veineuse artificielle. Nous avons eu l'occasion d'en expérimenter personnellement les effets et nous nous y arrêterons un peu plus longuement.

La stase artificielle s'obtient soit au moyen d'un lien élastique en caoutchouc, exerçant une constriction modérée et appliquée à une région rapprochée de la racine du membre malade, soit au moyen de ventouses de verre, de cloches ou de manchons de forme appropriée dans lesquels on fait le vide partiel.

1. L'action physiologique diffère suivant que l'on emploie l'un ou l'autre de ces moyens.

a. Le lien élastique est représenté par un tube en caoutchouc qui convient bien aux racines des membres, ou encore par une bande de Martin ou d'Esmarche. On a aussi inventé des appareils destinés à mesurer la constriction (Henle, Kozlowski), mais ils ne sont pas indispensables.

Nous nous servons d'une bande en tissu entremêlé de fils de caoutchouc. Cette bande exerce une pression très douce, et est très bien supportée par les malades. Quel que soit d'ailleurs le lien dont on se sert, il est parfois utile de protéger l'endroit d'application par de l'ouate ou par un ou deux tours d'une bande de flanelle.

Ce procédé de stase, inapplicable au tronc, convient pour les affections des membres, des organes génitaux externes et de la tête. La bande est fixée à une région éloignée des parties malades, de manière à comprendre dans l'hyperémie les parties saines environnantes.

L'action physiologique opérée par ce lien élastique est en rapport avec le degré de constriction qu'il exerce. S'il est modérément serré, on voit les veines superficielles se remplir, le membre se gonfler et prendre une coloration rouge bleuâtre, qui indique le moment où s'établit la stase. C'est là ce qu'on pourrait appeler le premier degré de l'hyperémie veineuse, qu'il ne faut jamais dépasser. A ce degré, elle est bien supportée pendant de longues heures et n'entraîne d'autres inconvénients qu'un certain degré d'œdème, que l'on fait disparaître pendant les pauses en élevant le membre. Une constriction plus forte détermine des pulsations artérielles fortes, des pétéchies, des fourmillements douloureux et la diminution de la température locale. A un stade plus avancé la peau s'anémie par places et prend bientôt une coloration jaunâtre.

b. Les ventouses, les cloches et les manchons à air raréfié, ces derniers rappelant la botte de Junod, ont des formes variées et peuvent s'appliquer aussi bien sur le tronc que sur les membres. Ces appareils, dus à Klapp, sont décrits au long dans le traité de Bier; ils ont une action plus intensive que la bande, proportionnelle à la grandeur de la surface d'application et à la tension de l'air raréfié.

Si le vide est très incomplet, la ventouse agit surtout par hyperémie active, si l'on augmente la raréfaction de l'air, on voit que la rougeur de la région traitée s'accentue et passe bientôt à la cyanose; en même temps, cette région s'œdématie et les racines des poils sont attirées, ce qui donne lieu à l'aspect de chair de poule. Lorsque le vide atteint 1/3 d'atmosphère environ et que son action est prolongée, il détermine la formation d'hémorragies ponctuées, de fourmillements et la sensation parfois persistante de chaleur. Enfin, il peut occasionner aussi de la gêne et de la faiblesse musculaire.

2. Au point de vue thérapeutique, la stase artificielle exerce son action de diverses manières :

a. La première et la plus importante est son influence sédative étonnante sur la douleur. Grâce à cette action calmante, vraiment remarquable, les malades qui au début s'effrayent parfois du gonflement et de la cyanose du membre, finissent souvent par accepter le traitement avec reconnaissance et parfois même, ils le demandent.

b. En second lieu, l'hyperémie de stase agit en augmentant le pouvoir bactériolysant du sang et des tissus. Les travaux de Nötzel et de Laqueur ont démontré, l'un, le pouvoir bactéricide du transsudat des œdèmes inflammatoires, l'autre, celui du sérum sanguin, après quelque temps de stase. Nötzel déclare même que l'inoculation dans un membre stasique, de bactéries très virulentes, est complètement improductive.

Pour expliquer cette bactériolyse, les uns admettent avec Hambürger l'augmentation de la richesse du sang en CO^2, d'autres supposent une intervention plus active de la phagocytose (von Leyden et Lazarus), grâce à l'abondance de leucocytes dans la région stasique. Quelques auteurs s'en tiennent au pouvoir bactéricide plus élevé des transsudats ou du sérum (Buchner, Nötzel et d'autres); enfin, d'autres, comme Heller, invoquent l'influence des produits de désassimilation, accumulés en grande quantité par suite du ralentissement de la résorption.

Quoi qu'il en soit, la bactériolyse n'est pas moins réelle et c'est probablement à son intervention surtout qu'il faut attribuer le succès thérapeutique de la stase artificielle.

c. L'hyperémie veineuse exerce encore sur les tissus malades ou nécrosés, un certain pouvoir protéolytique, que Nötzel croit devoir attribuer à l'augmentation des leucocytes. Les parties nécrosées se ramollissent rapidement et se détachent ainsi plus facilement du tissu sain. Cette action protéolytique est très remarquable sur les productions pathologiques des affections articulaires, tels les nodosités, les caillots sanguins, les adhérences fibreuses, etc. La stase aurait sur elles un pouvoir solubilisant manifeste, et Bier aurait observé des exemples frappants où la simple application de la bande en aurait amené la diminution ou la disparition et aurait rendu à l'article antérieurement raide ou ankylosé sa mobilité et sa souplesse normales.

d. La stase veineuse a évidemment une influence

(1) A Bonn, on combine aussi l'action de l'air chaud, donné sous forme de douche, au massage, dans le traitement des cals vicieux de fractures.

sur la résorption des toxines et exsudats pathologiques. Comme l'indique le nom de stase, la résorption est ralentie pendant l'application de la bande; mais après l'enlèvement de celle-ci, elle est plus active, et lorsque les diverses séances de stase ne sont pas trop longues, elle serait finalement augmentée (Klapp, Ritter et Wolfler). Ces modifications sont pourtant encore discutées et d'après Bier même l'absorption par le sang et la lymphe se ferait normalement.

e. Enfin, la transsudation abondante déterminée par la stase, entre également pour une part dans la défense des tissus contre l'élément pathogène, elle a pour effet de diluer les toxines et de les rendre moins dangereuses. Les expériences de Joseph viennent à l'appui de cette donnée : l'œdème stasique diminuerait la toxicité de certains poisons (telle la strychnine).

En résumé, d'après Bier, l'hyperémie veineuse agit par l'influence sédative sur la douleur, par augmentation de la bactériolyse, par son pouvoir résolutif sur les productions pathologiques, et enfin en rendant moins toxiques, les poisons microbiens. Son influence sur la résorption ainsi que celle qu'on lui a attribuée sur la nutrition des tissus ne semblent pas encore suffisamment élucidées et peut-être sont-elles moins favorables sur l'évolution du traitement. A toutes ces actions, les appareils à air raréfié ajoutent le pouvoir extractif par aspiration des liquides pathologiques.

III. Voyons maintenant dans quels cas et dans quelles conditions il faut utiliser l'hyperémie de stase.

a. D'abord chez quels malades faut-il faire usage de la bande élastique? Elle convient surtout dans le traitement des tuberculoses locales, spécialement les arthrites tuberculeuses. C'est dans ces affections que la méthode a été essayée à l'origine et avec succès par Bier, et à sa suite Henle, Habs, etc. Il importe de produire une stase assez forte, une cyanose allant jusqu'à la lividité qui ne sera pas prolongée plus de trois heures par jour. Bien entendu, la constriction ne peut occasionner ni douleurs, ni fourmillements; le membre conservera sa chaleur normale et le pouls doit rester perceptible. Bier traite les abcès froids et les épanchements purulents concomitants par de petites incisions, puis il pratique l'expression du pus et fait un pansement à plat. Le tamponnement et l'emploi de l'iodoforme sont, d'après cet auteur, inutiles sinon nuisibles.

On le conçoit, ce traitement pour être efficace, doit avoir une longue durée, et en général, il faut plusieurs mois pour amener une guérison durable. Les malades instruits facilitent d'ailleurs le traitement en apprenant à mettre eux-mêmes la bande. Il va de soi qu'il ne faut attendre de beaux résultats que dans des formes débutantes de la tuberculose qui n'ont pas encore produit de fongosités ou de nécroses étendues.

Une série d'auteurs ont étendu l'usage de la bande à toutes les inflammations aiguës (Bier, Klapp, Habs, Luxemburg, Bum, Tillmans, Colley et beaucoup d'autres).

Elle réussit surtout dans les arthrites streptococciques ou gonococciques (von Tilling, Hirsch, von Leyden et Lazarus, etc.), les pyarthroses en général, les infections des tendons, des synoviales, les phlegmons, lymphangites, panaris, ostéo-myélites, etc. Dans tous ces cas Bier conseille de ponctionner au bistouri les collections purulentes, et d'établir ensuite la stase faible mais longue durant vingt à vingt-deux heures. On change la bande de place toutes les dix heures et pendant les heures de pause, on prescrit de surélever le membre malade, afin de faire disparaître ou diminuer l'œdème péri-inflammatoire nécessairement augmenté par le traitement. Suivant les circonstances, il faut parfois diminuer, parfois même réduire de moitié le temps de stase. Il en est ainsi, lorsque l'hyperémie devient douloureuse, par suite du gonflement croissant du membre ou encore lorsque le lien élastique doit être mis à un endroit qui ne se prête pas à des séances prolongées, par exemple l'aisselle.

Dans le traitement des arthrites (non tuberculeuses) une fois les douleurs calmées, Bier combine à l'hyperémie les mouvements passifs et actifs modérés, dans le but d'obtenir plus facilement un bon état fonctionnel du membre.

L'hyperémie de stase nous a donné de très bons résultats dans divers cas d'inflammations aiguës (ténosites, bursites suppurées, arthrites aiguës, panaris, abcès chauds, etc.), qui ont guéri avec une rapidité remarquable. Cependant, lorsque l'infection est très étendue et assez ancienne, l'évolution est loin d'être aussi satisfaisante, comme on le verra plus loin.

L'hyperémie de stase a été également appliquée à diverses affections inflammatoires de la tête. A cet effet, la bande est fixée autour du cou, et on en règle la constriction et la durée d'application d'après la tolérance individuelle des sujets. En procédant ainsi on pourrait améliorer ou guérir les suppurations de l'oreille moyenne (Keppler, Steiger, Heine), les dacryocystites, les parotidites, les adénites, les inflammations du nez, de la gencive, des mâchoires, etc. Par extension, Bier a traité avec des sensibles améliorations, paraît-il, certaines affections nerveuses, telles les névralgies faciales et la chorée. Toutefois, ce ne sont là que des essais, et il n'est point possible de dire, à l'heure actuelle, si l'hyperémie veineuse viendra à bout de ces névroses, parfois si rebelles.

La stase artificielle peut également être employée contre les inflammations des organes génitaux chez l'homme. On se sert d'un tube en caoutchouc que l'on enserre à la racine des bourses pendant le temps voulu. La congestion s'établit donc toujours des deux côtés, et cela ne peut être qu'avantageux, même si l'infection est unilatérale (Bier).

De toutes ces inflammations, c'est dans celles qui atteignent les articulations que la bande nous a paru la plus avantageuse.

On peut appuyer ce traitement par le massage au mercure, suivant le procédé de Hofmeister, à raison d'une ou deux séances par jour, après enlèvement de la bande. A la clinique de Bier les malades font disparaître rapidement l'œdème provoqué par la stase, en plongeant le membre malade dans un ré-

servoir cylindrique rempli de mercure. La partie œdématiée y reste immergée pendant vingt minutes, non d'une façon continue, mais en faisant toutes les quatre minutes des pauses d'une minute.

b. Lorsque l'infection passe au stade de suppuration, elle peut aussi être traitée avantageusement par les appareils à air raréfié, les Saugapparaten de Klapp, dont nous allons nous occuper maintenant.

Plusieurs des cas cités sont parfaitement justiciables de cette forme d'application de la stase. Elle convient pour toutes les suppurations locales, spécialement celles du tronc où la bande ne peut être appliquée. Le type du traitement au moyen de ces appareils est celui des mammites suppurées. Après avoir pratiqué une ponction au bistouri à la partie abcédée de la glande, on enduit la périphérie de celle-ci de vaseline et on applique une cloche en verre reliée au moyen d'un tube de caoutchouc à robinet à un appareil aspirateur (poire en caoutchouc, pompe, etc.). On établit dans la cloche le vide partiel et on la laisse agir par aspiration pendant cinq minutes. Puis on l'enlève et on fait une courte pause de trois minutes. On continue ainsi pendant une heure, après laquelle on fait le pansement à plat. Ces séances sont répétées au début tous les jours; plus tard, elles sont espacées de deux en deux ou de trois en trois jours suivant l'amélioration des malades.

Celle-ci se produit avec une rapidité surprenante. Nous avons eu l'occasion d'observer par nous-même aux cliniques d'Angerer et de Klein à Munich, et de Bier à Bonn plusieurs cas de mammites aiguës, même graves, guéries en peu de jours par une bonne application de ces cloches.

Klapp soigne d'une manière analogue, au moyen d'appareils appropriés, les adénites suppurées, les furoncles, anthrax, panaris, les abcès de toute nature, les chéloïdes, etc. (1). On a même réussi à guérir par les ventouses les amygdalites aiguës (Prym), les suppurations de l'oreille (Sondermann), du nez (Spiess, Muck), les inflammations du col utérin (Rudolph et von Ewersmann), etc.

Les grands appareils à succion tels que les manchons construits pour les articulations, ont une action plus énergique, et partant leur maniement est plus dangereux et plus délicat. Aussi Bier ne les recommande-t-il qu'avec une extrême réserve, d'autant plus que la technique de leur emploi n'est pas encore suffisamment fixée. L'auteur les utilise surtout, à sa clinique, pour combattre les raideurs articulaires et les arthrites aiguës, de diverse nature. Klapp les a employés encore, et avec succès, dans le traitement des hydarthroses tuberculeuses, après ponction préalable de l'articulation malade.

II

Après avoir ainsi résumé les indications et les conditions d'application du traitement par hyperémie, il nous reste à parler des écueils et des inconvénients auxquels elle expose et des affections où elle est contre-indiquée.

1. Nous avons dit plus haut l'action nuisible de la stase lorsqu'elle est appliquée à l'excès ou d'après une technique défectueuse. Ce sont là deux écueils qu'on n'évite pas au début, lorsqu'on se sert de la bande élastique. En effet, on occasionne facilement, chez les malades, soit de la douleur à l'endroit de fixation, soit et plus souvent, des fourmillements dans les extrémités. Plusieurs séances d'essai sont parfois nécessaires avant d'adapter la méthode au degré de tolérance individuelle des malades, et de l'utiliser sans inconvénient.

2. Certaines régions demandent, par leur conformation, plus de prudence dans l'emploi du lien élastique : tel est le pli de l'aine et la région axillaire. Il faut, dans ces cas, établir des pauses plus fréquentes, diminuer la durée de la stase et bien protéger la région par de l'ouate ou de la flanelle.

3. Un danger plus grave et qui peut apparaître au cours du traitement des infections aiguës est constitué par un érythème inflammatoire analogue à l'érysipèle. Habs et von Bruns ont surtout attiré l'attention sur ce fait et Bier l'a observé plus d'une fois. Ce phénomène, inexpliqué jusqu'à présent, commande évidemment l'interruption de la stase.

4. Comme contre-indications générales de la méthode, il y a d'abord les maladies des parois vasculaires : l'artériosclérose, qui défend surtout l'emploi de la bande dans les infections de la tête; les varices, qui facilitent la formation des thromboses. Les tuberculoses locales ne seront pas soumises à la stase, dans les cas de phtisie pulmonaire grave, dans la dégénérescence amyloïde d'organes internes, ou encore si l'on prévoit que, par suite de l'extension ou de la gravité des lésions locales, l'intervention opératoire conservera un état fonctionnel meilleur ou une position moins vicieuse.

5. La compression d'un lien élastique limitée pendant plusieurs heures à une région change évidemment, à cet endroit, les conditions physiques des tissus, et par suite aussi leur résistance vitale. On conçoit l'importance de ces modifications vitales dans les infections graves, en particulier les septicémies et pyohémies. Si la force vitale des tissus comprimés se trouve réduite, les germes infectieux y trouveront un terrain plus favorable pour s'y développer et y former des collections purulentes. Ce fait important, qu'on peut prévoir à priori, se trouve on ne peut mieux démontré par les deux observations suivantes, où la bande paraît jouer le rôle de cause à effet dans la formation d'abcès nouveaux. La première est due à Lesser. Elle concerne un individu atteint d'infection purulente générale, à la suite de plaies à la tête. Des métastases s'étaient déclarées dans les articulations scapulaire et tibio-tarsienne. Pour les traiter, l'auteur suit la recommandation de Bier et se sert de la bande de stase. Il constate après quelque temps la formation de col-

(1) A Bonn, on applique aussi les appareils à aspiration, dans les cas d'abcès froids, produits chez les individus soumis à la stase par la bande pour affections tuberculeuses. On peut, à la rigueur, s'abstenir de faire des pauses nombreuses, et même appliquer la cloche, sans l'enlever, pendant quarante-cinq minutes si la chose est supportée par le patient.

lections purulentes nouvelles siégeant exactement aux endroits d'application de la bande.

L'autre de ces observations nous est personnelle et analogue à la précédente. Nous la faisons suivre, telle que l'avons recueillie avec nos collègues les docteurs Tytgat et Ferdinand Dauwe.

Observation. — Le nommé J. C..., âgé de quarante ans, entre à la Clinique médicale de l'Université le 27 janvier 1906, souffrant de douleurs et gonflements aux articulations du genou et du coude droit, aux épaules. L'affection a débuté insidieusement; au genou gauche, il y a eu une excoriation par un coup de pelle, il y a trois semaines, au niveau du condyle interne, et il y existe actuellement une poche fluctuante.

Les ganglions des deux aines et des aisselles sont engorgés.

Le facies est pâle, cachectique; la température varie de 37°7 à 38°5.

Il y a iridocyclite avec chémosis et hyphéma, à l'œil gauche.

L'exploration des poumons révèle des indices de pleurésie des deux côtés.

L'examen du sang fait par l'assistant docteur Ferdinand Dauwe, montre 20 000 leucocytes. La culture sur milieu mixte (agar, sérum et bouillon) donne des colonies de staphylocoques purs. La ponction de la poche au genou gauche donne du pus staphylococcique pur.

La malade est traitée par l'atropine à l'œil, et par la médication au salicylate de soude ($\frac{8^g}{150}$, 5 cuillerées par jour) à l'intérieur.

Le 16 février 1906, il se déclare une tuméfaction douloureuse à la région de l'omoplate à droite.

Le 29 février, la tuméfaction donne nettement les caractères d'un abcès, à la région du muscle sous-épineux. Le malade est amené à la clinique chirurgicale où l'abcès est incisé par M. le professeur Van Imschoot.

Depuis cette époque jusqu'au 12 avril, d'autres abcès se formèrent à la paroi abdominale et à la face antérieure de l'avant-bras droit, qui furent ponctionnés. La température suit toujours la courbe classique des septicémies, oscille entre entre 37 et 38°1, et de temps en temps présente une poussée plus élevée de 38°5 ou de 39 degrés.

Le 13 avril, on constate l'existence d'une poche fluctuante au niveau de l'épitrochlée, à droite.

Nous appliquons la bande de tissu élastique, au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde, dans le but de faire avorter l'abcès épitrochléen et de faire cesser la suppuration de l'abcès ouvert à l'avant-bras. La stase est établie pendant quatre heures.

14 avril. La suppuration diminue à l'avant-bras. Existence d'une rougeur vive et d'une induration au niveau du bord antérieur du deltoïde, au niveau d'application de la bande. Réapplication de la bande pendant quatre heures.

Le 15 avril, nouvelle séance de stase de quatre heures.

16 avril. Pas de suppuration à l'avant-bras, seulement des sérosités s'écoulent.

L'abcès épitrochléen parait plus consistant. Nouvelle séance de stase pendant quatre heures.

17 avril. L'abcès épitrochléen est fortement diminué. Nouvelle séance de stase de quatre heures.

18 avril. La fluctuation à l'épitrochlée n'est plus perceptible. A l'avant-bras, il y a écoulement, un liquide séreux peu abondant. Au deltoïde la nodosité s'est développée et il y existe actuellement une poche fluctuante intéressant toute la face externe du muscle.

Du 18 au 23 avril. Application de la bande dans l'aisselle, stase artificielle durant quatre heures, tous les jours. L'abcès épitrochléen a définitivement disparu; celui de l'avant-bras continue à s'améliorer. La poche deltoïdienne ne diminue ni n'augmente, et nous constatons dûment qu'elle est due à un nouvel abcès sous-musculaire, intéressant aussi la face postéro-interne du tiers moyen du bras (endroit d'application de la bande jusqu'au 18 courant).

Le 23 avril. Constatation d'une nouvelle poche fluctuante à la face postérieure de l'aisselle, endroit de fixation de la bande du 18 jusqu'à ce jour.

En conséquence la stase artificielle n'est plus utilisée. Depuis le 23 avril, les abcès nouvellement formés sont ponctionnés et lavés à l'eau oxygénée. Le malade a depuis ce jour eu plusieurs autres abcès, qui tous furent traités de la même façon. Grâce à son appétit qui resta excellent durant toute la maladie, le patient finit par s'améliorer considérablement et à la fin de mai 1906 elle n'avait plus de température. Au début de juin, le malade put se lever. Tous les abcès étaient guéris ou en bonne voie de cicatrisation.

Cette intéressante observation est donc tout à fait démonstrative. Nous y voyons d'une part les effets curatifs de la stase, malgré le mauvais état général : disparition d'un abcès formé et amélioration d'un phlegmon ouvert; d'autre part, la bande exerce son action nuisible en provoquant deux nouvelles poches purulentes à l'endroit de son application.

Ce ne sont pas, d'ailleurs, les seules observations qui démontrent les dangers de la compression locale : dans une récente publication, Colley dit avoir observé la gangrène localisée de la peau accompagnée ou non d'abcès, à l'endroit d'application de la bande ou des appareils de Klapp. Dans les deux cas, il s'agissait de diabétiques atteints de furoncles; chez l'un d'eux il y eut même une gangrène en cercle siégeant uniquement à l'endroit d'implantation de la ventouse.

Ici comme dans les observations précédentes, la mise des appareils de stase est comme un appel de germes infectieux, vers la région de leur implantation ou chez les diabétiques comme une cause de nouvelles plaques nécrotiques.

Les affections générales débilitantes et les septicémies imposent donc une extrême réserve, si pas l'abstention, dans l'usage des méthodes d'hyperémie veineuse.

6. Ajoutons encore à ces considérations que la stase, réalisée au moyen de la bande telle que la prescrit Bier, ne donne pas d'amélioration très sensible ou seulement après un long traitement dans certaines suppurations graves ou anciennes, accompagnées de nécroses tendineuses ou osseuses. Si, dans ces cas, on se contente de petites incisions ou de ponctions, on n'arrive bien souvent qu'à diminuer la gravité de l'infection aiguë, mais en la transformant en état chronique, et l'on ajoute à la lésion un œdème parfois considérable du membre. La suppuration devient moins forte, plus sanieuse, mais finalement ne cesse qu'après une ouverture large.

Divers auteurs, et parmi eux Colley, Lexer, Bes-

telmeyer, ont signalé des cas de ce genre et ont dû avoir recours à l'ancienne méthode, c'est-à-dire au débridement large des collections purulentes. Nous avons nous-même pu nous convaincre de cette nécessité et nous n'en citons pour preuve que l'exemple suivant :

Observation. — Un ouvrier est atteint de panari profond à l'index droit, depuis le 29 mars 1906. Deux collections se sont formées : une antérieure à la deuxième phalange et une externe à la trotsième phalange ; une double incision à la pointe du bistouri fut faite le 2 avril ; la suppuration continue ainsi que le gonflement ; le 19 avril nous établissons la stase au moyen de la bande de tissu élastique, fixé au tters iniérieur du bras. Il y avait à ce moment nécrose localisée du tendon fléchisseur, du doigt à la troisième phalange. Des séances de stase furent faites tous les jours, pendant cinq heures, jusqu'au 28 avril. A partir du 30, après un jour de repos, les séances durèrent dix-huit à vingt heures par jour, et dans les intervalles le malade établit la suspension du membre. Le traitement continue ainsi jusqu'au 12 mai : le résultat fut excellent au point de vue subjectif, les douleurs disparurent presque complètement au bout des trois premiers jours, mais la suppuration diminuée au début est devenue séreuse, puis sanieuse, ne cessa jamais complètement. Le 12 mai, il fallut faire deux nouveles incisions, cureter et enlever les parties nécrotiques, et dès ce jour, l'inflammation évolua vers la guérison.

7. Ces inconvénients et ces insuccès du traitement à la stase artificielle ne furent évidemment pas sans soulever des critiques et des contradictions; elles furent violentes au début de l'application de la méthode, mais Bier n'a pas eu de peine à en triompher et aujourd'hui sa méthode a acquis définitivement une place importante dans la pratique chirurgicale moderne.

Cependant contre la technique préconisée dans les inflammations aiguës se sont élevées de nouvelles résistances. A ce propos, signalons, en terminant, la critique récente que lui adresse Lexer.

L'auteur s'appuie sur son observation clinique et sur les recherches non encore publiées de Friedberger et Wrede et pour les motifs suivants, préconise l'incision large et précoce, suivant l'ancienne école. D'abord parce que la rétention des matières toxiques pendant la stase lui paraît dangereuse pour les tissus malades, et que leur absorption, par suite de l'augmentation de résorption consécutive, doit être évitée.

Ensuite l'auteur croit que la bactériolyse, loin d'être utile, serait plutôt nuisible : comme il n'y a pas en même temps production de substances antitoxiques, la mise en liberté des endotoxines microbiennes augmenterait le danger pour les tissus. L'augmentation des ferments protéolytiques par la stase, dans les abcès non ouverts, serait également nuisible et pourrait produire la nécrose d'organes importants (tendons).

Enfin, la sérosité abondante, occasionnée par l'œdème serait plutôt désavantageuse parce qu'elle répandrait les matières toxiques, tandis qu'après ouverture large, elle exercerait un lavage avantageux de la plaie

La mobilité passive ou active imposée aux articulations n'est pas à conseiller non plus, car, d'après Lexer elle favoriserait la formation d'embolies. Cette contradiction raisonnée, remplie d'hypothèses, de l'œuvre de Bier, nous paraît être assez systématique ; et en attendant les travaux sur lesquels elle se base, nous préférons former notre opinion d'après les résultats acquis par Bier après quinze années d'expériences.

En conclusion des observations de Bier, Klapp et de leur école, et des critiques qu'elle a subies, il faut admettre une certaine réserve et des modifications dans le traitement. Elles ne sont pas nombreuses et se résument dans ces quatre principales :

1. Abstention dans les affections générales graves : septicémie, diabète, dégénérescence des organes internes;

2. De même dans les affections des vaisseaux : artério-sclérose et varices;

3. Incision large et précoce dans les collections purulentes trop étendues, anciennes, accompagnées de nécrose localisée au lieu de simples ponctions;

4. Enfin dans les lésions tuberculeuses, avec fongosités abondantes et nécrose étendue, il faut préférer la résection.

Ces réserves faites, et tenant compte aussi des intolérances individuelles qui existent ici comme dans tout traitement, on peut dire que la méthode congestive de Bier est une thérapeutique excellente, qui, croyons-nous, continuera à s'étendre. Elle guérit facilement et rapidement nombre d'inflammations tant aiguës que chroniques, et elle fait surtout merveille dans celles qui portent sur les articulations.

D'autre part, c'est un traitement essentiellement conservateur et par ce seul fait, constitue une supériorité et un progrès. Après la dernière démonstration, *ad oculos*, qu'en a faite Bier au Congrès de chirurgie de Berlin en 1905, sur les malades de la clinique von Bergmann, l'hyperémie artificielle a acquis une importance et une vogue méritée, qui ne fera que croître à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

Bier. *Hyperämie als Heilmittel*, 3 aufl. 1906. — Klapp. Uber die Behandlung von Gebenkergussen mit heisser Luft. *Munch. med. Wochens.*, 1900, n° 23. — Schreiber. Uber Heisluftapparate] und Heisluftbehandlung, *Zeits. f. physik. und diäbet. Therap.*, Bd. V, 2. — Rautenberg. Untersuchungen uber active Hyperämie und Schweissekretion, *Ibid.*, Bd. VIII, S. 333. — Hoffheinz. *Uber das Verhalt, von hyperämie und hyperhydrosis bei lokaler application uberhitzter troekner Luft*, Inaug. dissert., Königsberg, 1903 (cité d'après Bier). — Krause. Die ortliche anwendung uberhitzten Luft, *Munch. med. Wochens.*, 1898, n° 98. — Reitler. Baden bei Wien, *Die trocken. Heisluftbeb.*, 1900 (cité d'après Bier). — Windes. Zur Technik des Bier'schen Verfahrens mit Stauungshyperämie, *Munch. med. Wochens.*, 1906, n° 6. — Henle. Zur Technik der Anmendung der venöser Hyperämie, *Centralbl. f. Chir.*, 1904, n° 13; — und Zur Technik der venöser Hyperämie, *Verhandl. der deuts. Gesels. f. Chir.*, IV, 1904, I. S. 227. — Klapp. Uber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittelst Saugapparaten, *Munch. med. Wochens.*, 1905, n° 16. — Nötzel. Uber die bactericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LX, H. 1. — Laqueur. Uber den Einfluss der Bierscher Stauung. auf die

baktericide Kraft des Blutes, *Zeits. f. exp. path. u. therap.*, 1905, Bd. I. — HAMBURGER. *Virchow's Arch.*, 1889, Bd. CLVI, H. 2, S. 329. — VON LEYDEN u. LAZARUS. Uber die Behandlung der Gelenkentzündungen mit Biersche Stauungshyperämie, *Lenthold-Gedenk.*, Bd. I (cité d'après Bier). — WÖLFLER. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXVII. — JOSEPH. *Munch. med. Wochens.*, 1905, n° 40. — HABS. Uber Biersche Stauung., *Ibid.*, 1903, n° 22. — HOFFMANN. Veränderungen in Granulationsgeweben fistuloser fungoser Herde durch Hyperämisinung mittelst Sauggaparate, *Ibid.*, 1905, n° 39. — Travaux de LUXEMBURG et HABS dans le *Munch. med. Wochens.*, 1903, n° 70. — TILLMANS. Die Behandlung Gelenkerkrankungen mittelst Stauung, *Wien. med. Presse*, 1905, n°s 3 und 4; — Uber behandlung durch venöser Stauung, *Deuts. med. Wochens.*, 1905, n° 4. — HENLE. *Beit. z. klin. Chir.*, Bd. XX, H. 3. — KEPPLER. Die Behandlung entzündl. Erkrank. am Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie, *Munch. med. Wochens.*, 1905, n°s 44, 46, 47. — STEIGER. Uber die Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrent zündung mittelst Stauungshyperämie nach Bier, *Berl. klin. Wochens.*, 1905, n° 28. — STEIGER. Die Biersche stauung bei akuten Ohreiterungen, *Deuts. med. Wochens.*, 1906, n° 6. — HIRSCH. Uber die Behandlung der arthritis gonorrh. mit Biersche Stauung., *Berl. klin. Wochens.*, 1905, n° 39. — LAQUEUR. Zur physikalisch. Behandlung der gonorrh. Gelenkergussen, *Berl. klin. Wochens.*, 1905, n° 23. — VON TILLING. The treatment of gonorrh. arthritis by hyperämie, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1905, 29 april (cité d'après Bier). — SONDERMANN. Saugtherapie bei Ohrerkrankungen, *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1904, Bd. LXVI, H. 1. — RUDOLPH und v. EWERSMANN. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1905 (d'après Bier). — LESSER. Uber eine Beobachtung im Gefolge der Biersche Stauungshyperämie bei akut eitrigen Processe, *Centralbl. f. Chir.*, 1905, n° 17. — V. BRUNN. Uber die Behandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der v. Brunnsche Klinik, *Beit. z. klin. Chir.*, Bd. XLVI, H. 3. — HABS. Erfahrungen mit Bierscher Stauungshyperämie bei akuten Eiterungen, *Wiener klin. Rundschau*, 1905, n° 46. — COLLEY. Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung akut eitriger Prozesse mit Biersche Stauungshyperämie, *Munch. med. Wochens.*, 1906, n° 6. — LEXER. Zur Behandlung akuter entzundungen mittelst Stauungshyperämie, *Ibid.*, 1906, n° 14. — BESTELMEYER. Erfahrungen über die Behandlung akut entzundlicher Prozesse mit Stauung. nach Bier, *Ibid.* — Ouvrages de SPIESS, MUCK, PRYM et d'autres dans le *Munch. med. Wochens.*, 1900 à 1906. — Autre littérature Cf. BIER, *Hyperämie alls Heilmittel*, 1906, S. 402.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1906)

Massage du cœur. — A propos du procès-verbal, M. MAUCLAIRE déclare qu'il considère le massage direct du cœur comme pouvant être très utile dans les cas de syncopes chloroformiques. Il dit, avec raison, que c'est là une question à l'étude et pour laquelle bien des données physiologiques nous manquent encore. On ne saurait se baser uniquement sur des expériences chez les animaux pour tirer des conclusions relatives à ce qui se passe chez l'homme. La question est donc très complexe et mérite l'étude.

M. Mauclaire parle, chemin faisant, des injections intravasculaires. Dans l'idée qu'il ne faut pas seulement s'adresser au cœur, mais qu'il faudrait aussi s'adresser au bulbe, il a lui-même eu recours, dans ce but, à des injections dans l'artère carotide, d'ailleurs sans résultat. Quoi qu'il en soit, il estime que le massage direct du cœur mérite qu'on y pense dans les cas de syncopes anesthésiques.

M. TUFFIER a aussi injecté du sérum dans les carotides sans aucun succès.

Hématome sous-péritonéal. — A l'occasion de la communication faite, dans la dernière séance, par M. Tuffier, M. MICHAUX rapporte l'histoire d'une femme de soixante-quatre ans qui avait été prise d'accidents abdominaux graves, douleurs, vomissements, pouls petit, élévation de température, défense de la paroi, etc. On sentait une tumeur dans la région du cæcum. La malade ne rendait pas de gaz. Comme diagnostic, M. Michaux hésitait entre une appendicite, un étranglement interne ou une invagination. Il fit une laparotomie médiane qui ne lui permit pas d'aborder facilement la tumeur. Il fit alors une incision latérale et trouva une quantité énorme de sang avec des caillots nombreux. Il y avait sous le péritoine, un épanchement considérable dont il ne fut pas possible de trouver l'origine. M. Michaux nettoya, draîna, tamponna et laissa ouverte une partie de la plaie. La malade a succombé trois jours après.

Anévrisme artériel circonscrit du tronc tibio-péronier. — M. DEMOULIN fait un rapport sur une observation adressée par M. Legrand (d'Alexandrie). Il s'agit d'un garçon de recettes syphilitique, qui portait un petit anévrisme fusiforme. La tumeur étant très douloureuse, le malade demandait qu'on l'en débarrassât. M. Legrand pratiqua l'opération. La tumeur était située au-dessous de l'origine de la tibiale postérieure. M. Legrand fit une ligature sur l'artère péronière et sur la tibiale postérieure. Il n'y eut pas de gangrène et le malade était complètement guéri un mois après l'intervention. C'est là un fait rare. La tibiale antérieure n'ayant pas été liée, la circulation a pu être assurée dans la partie inférieure du membre.

De ce fait, M. Demoulin rapproche un autre fait de M. Juvara, dans lequel la tumeur avait le volume d'une tête d'enfant et descendait jusqu'à la partie moyenne de la jambe. M. Juvara l'extirpa avec beaucoup de difficultés. Il vit la tibiale antérieure et fut obligé de la lier. Il n'y eut pas plus de gangrène que dans le cas de M. Legrand, où la tibiale antérieure fut respectée.

Enfin, M. Demoulin rappelle un cas communiqué par M. Arrou, en 1904, et dans lequel il s'agissait d'un gros anévrisme poplité qui fut extirpé sans gangrène consécutive.

Dans son livre, M. Delbet considère ces faits comme très graves et comme très dangereux au point de vue de l'intervention. Voilà cependant des faits dans lesquels on a pu agir sur le tronc tibio-péronier sans déterminer de gangrène.

M. BAZY n'a pas d'expérience personnelle des anévrismes du tronc tibio-péronier; mais il ne s'étonne pas des résultats qui viennent d'être signalés, parce qu'il s'agissait de gros anévrismes. Il rappelle avoir défendu cette opinion, que l'intervention, dans ces cas, était d'autant plus indiquée que les tumeurs anévrismales étaient plus volumineuses. Les faits rapportés par M. Demoulin confirment cette opinion.

M. ARROU apporte un nouveau fait d'ablation d'anévrisme poplité sans ligature de la tibiale antérieure. Le malade a bien guéri sans aucun trouble circulatoire.

Rupture traumatique de la vessie. — M. PICQUÉ fait un rapport sur un cas de rupture traumatique de la vessie, communiqué par M. Michon. Il s'agit d'un homme de quarante-

neuf ans qui fut renversé par une voiture dont la roue lui passa sur l'abdomen. Transporté à l'hôpital, il fut aussitôt sondé et on retira 200 grammes de liquide coloré. Six heures après l'accident, M. Michon intervint. Il fit une incision médiane, ne trouva pas de sang dans l'abdomen, constata la rupture de la vessie, la sutura, mit une sonde à demeure, appliqua un drain dans l'abdomen. Le malade guérit rapidement.

M. Picqué rapproche de ce fait d'autres cas analogues, et discute ces différents cas en concluant à la nécessité d'une intervention aussi précoce que possible.

Linite plastique. — M. Quénu nous apporte deux intéressantes observations de linite plastique qui n'étaient autre chose que de l'épithélioma. Dans le premier cas, c'est un garçon de trente ans qui, dans son enfance, a subi la résection du genou pour une tumeur blanche. A la suite d'habitudes alcooliques, il a été pris de troubles dyspeptiques pour lesquels il a été soigné, sans succès, pendant six mois dans un service de médecine. M. Quénu, lorsqu'il le vit pour la première fois, constata la présence dans l'estomac d'une tumeur volumineuse, à surface lisse, ferme. Il diagnostiqua une tumeur de l'estomac et pratiqua la gastrectomie. La surface interne de l'estomac était lisse, épaisse, hypertrophiée. Après l'opération, M. Quénu crut à une erreur de diagnostic de sa part, et s'imagina avoir pris pour un cancer une simple gastrite alcoolique. Mais l'examen histologique de la pièce confirma le premier diagnostic de cancer. On y constata une dissémination des éléments de cellules muqueuses qu'on retrouva d'ailleurs dans les ganglions extirpés. Il s'agissait bien d'un épithélioma à cellules muqueuses. Pendant deux ans, ce malade sembla guéri, puis il fut pris de dyspnée symptomatique d'un hydrothorax hémorragique, ainsi que le confirma une ponction, et succomba à cette affection.

La seconde observation se rapporte à une femme de cinquante-huit ans, dyspeptique, avec une tumeur au creux épigastrique. Même tableau clinique que dans le cas précédent, diagnostic de linite, gastrectomie presque totale, fermeture des deux bouts et gastro-entérostomie; suites excellentes, état parfait pendant deux ans, récidive. Il s'agissait, comme dans le cas précédent, d'un épithélioma.

Dans un cas analogue, M. Monprofit avait diagnostiqué un cancer. Il fit la gastrectomie. On examina la pièce au microscope, et on affirma qu'il s'agissait d'une linite plastique. La tumeur a récidivé, et la malade est morte. C'était bien un cancer.

Volvulus du cæcum. — M. Quénu présente une pièce rare de volvulus du cæcum. Le cæcum s'était complètement contourné, et venait sur la ligne médiane barrer complètement le côlon transverse.

M. Michaux a observé un cas analogue avec torsion totale de l'intestin grêle.

Kyste racémeux. — M. Richelot relate l'observation d'une jeune femme qui à la suite d'un accouchement normal présenta dans le ventre une tumeur volumineuse caractérisée par trois grosses bosselures fluctuantes, s'accompagnant d'accidents de constipation opiniâtre avec menaces d'obstruction. M. Richelot pensa à un kyste multiloculaire de l'ovaire. Il fit la laparotomie sans avoir de diagnostic ferme. Il trouva une énorme masse multiloculaire partant des annexes gauches, partout adhérente. La pièce fut examinée par M. Cornil qui voyait cette disposition pour la première fois, c'est une troisième variété de kyste racémeux.

Fibrome des ligaments larges. — M. Thiéry présente un énorme double fibrome des ligaments larges, qui était complètement indépendant de l'utérus. Il a dû disséquer les deux uretères sur une étendue de 15 à 18 centimètres. Il y eut consécutivement une petite fistule urinaire par la cicatrice qui se ferma complètement après vingt jours.

M. Hartmann fait observer que dans ces cas l'uretère peut se boucher sans qu'il y ait hydronéphrose consécutive.

Luxation complexe du pied. — M. Chaput présente un cas de luxation complexe du pied. Il y avait luxation du premier cunéiforme en dedans et les quatre métatarsiens étaient subluxés en haut et en dehors. On voit bien ces lésions sur les radiographies.

Plaie pénétrante du crâne. — M. Potherat présente une balle de revolver, coupée en deux fragments, dont l'un siégeait dans le crâne, et dont l'autre a été extrait du lobe frontal du cerveau.

FORMULAIRE

POSOLOGIE DU NEURONAL

1° Chez les personnes non atteintes d'affections mentales, le neuronal est employé avec succès dans tous les cas d'insomnie dans lesquels il ne s'agit pas de douleurs de cause organique, et surtout dans la neurasthénie, l'hystérie, le surmenage; les cardiaques eux-mêmes le supportent sans inconvénient.

Dans l'insomnie des enfants, on l'administre en potion ou mieux en lavement.

Il n'a aucune incompatibilité avec le chlorhydrate de morphine, l'extrait thébaïque, le bromure de potassium.

On peut formuler :

Neuronal................ 0g75 à 2 grammes.

En cachet.

Pour rendre la dissolution et l'absorption plus rapides, absorber aussitôt la prise une tasse d'infusion légère et tiède de tilleul aromatisé de quelques gouttes de cognac.

Potion :

Neuronal	1 gramme.
Alcool (Q. s. pour dissoudre), environ.	3cm3
Sirop à l'essence de citron, d'écorce d'orange amère, fleur d'oranger, etc.	30 grammes.
Eau distillée	60 —

Lavement :

Neuronal	0g10 à 0g75
Alcool (Q. s.)............ environ	2cm3
Jaune d'œuf	N° 1.
Lait	60 grammes.

2° Etudié surtout chez les aliénés, le neuronal a fait ses preuves dans toutes les formes de maladies mentales. Il s'est surtout montré remarquable dans l'insomnie des maniaques, des intermittents. Il agit également bien dans la mélancolie, les délires, l'épilepsie, la paralysie générale.

Dans la mélancolie, et particulièrement dans la mélancolie anxieuse, on peut l'associer à l'extrait thébaïque ou au laudanum de Sydenham.

De même dans les états d'extrême agitation, de la manie ou de paralysie générale, on doit l'associer au chlorhydrate de morphine.

Chez les épileptiques en état de mal, la voie buccale n'étant pas utilisable, on l'administrera en lavement.

Potion :

Neuronal	1g50
Alcool (Q. s. pour dissoudre).	
Chlorhydrate de morphine	0g01
Sirop de fleur d'oranger	30 grammes.
Eau	60 —

Lavement :

Neuronal	1g50
Alcool (Q. s. pour dissoudre).	
Laudanum de Sydenham	xv gouttes.
Jaune d'œuf	n° 1
Eau	50 à 100g

(Artarit.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 193, 10 juillet.) Belot : Les rayons de Röntgen et les affections des organes hématopoïétiques, leucémies et pseudo-leucémies. — Chinton : La radiothérapie des épithéliomas cutanés. — Bettremieux : Protection du globe oculaire pendant les séances de radiothérapie.

Bulletin médical. — (N° 54, 11 juillet 1906.) Raymond : Formes frustes du tabes. — (N° 55, 14 juillet.) Brunon et Jeanne : Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie. — Noël : Les intoxications alimentaires dans l'armée. — (N° 56, 18 juillet.) Comby : Entérites et appendicite chez les enfants.

Écho médical du Nord. — (N° 28, 15 juillet 1906.) Dubar : Gastro-entérostomie pour deux cas de rétrécissement du pylore, l'un néoplasique, l'autre cicatriciel. — Vansteenberghe et Sonneville : L'action des rayons de Röntgen sur la tuberculose cutanée expérimentale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 28, 15 juillet.) Labougle : Rapports de l'albuminurie avec les lésions rénales décelables par la recherche cryoscopique des schémas d'insuffisance. — Ginestous : Gliome double de la rétine.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 juillet.) Thibierge : Responsabilité civile en matière de contamination syphilitique. Syphilis à localisation systématique sur les os. Traitement de l'ichthyose.

Journal des praticiens. — (N° 28, 14 juillet 1906.) Budin : L'hydrorrhée déciduale et les métrorragies de la grossesse non suivies d'avortement. — Raymond : La polynévrite arsenicale. — Dieulafoy : Les interventions chirurgicales dans les néoplasmes de l'estomac. — Dmitrenko : La diazoréaction dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire. — Variot : Les fistules congénitales.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 27, 7 juillet 1906.) Desplats : Action diurétique de la théocine.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 28, 12 juillet 1906.) Verhoogen : Questions d'expertise médicale. — Warnecke : Extractions des racines et chicots en art dentaire.

Lyon médical. — (N° 28, 15 juillet 1906.) De Teyssier : Deux cas de galéanthropie hystérique.

Presse médicale. — (N° 55, 11 juillet 1906.) Déjerine : L'aphasie sensorielle. Sa localisation et sa physiologie pathologique. — Redard et Barret : Traitement des chéloïdes par l'effluve de haute fréquence. — (N° 56, 14 juillet.) Jeanselme : Organisation médicale et pathologie du Siam. — Guisez : A propos de l'extraction des corps étrangers des bronches par la bronchoscopie. — G. Daremberg et Th. Perroy : L'indican et le scatol urinaires. — (N° 57, 18 juillet.) Déjerine : L'aphasie motrice. Sa localisation et sa physiologie pathologique.

Province médicale. — (N° 28, 14 juillet 1906.) Pousson : Des néphrites chroniques douloureuses.

Revue de médecine. — (N° 7, 10 juillet 1906.) Lépine : Existe-t-il un diabète surrénal ? — Marie : Les aliénés et la tuberculose (5 fig.). — Féré : Les antipathies physiques et morales dans les familles de dégénérés. — Lannois et Porot : La syphilis spinale à forme amyotrophique [type Aran-Duchenne (4 fig.)]. — Cottet : Considérations cliniques sur la cure de diurèse à Evian. — Lambrior : Ictère émotif chez une femme enceinte. — Tolot : Cancer du rectum avec perforation de l'intestin au-dessus et en dehors du tissu néoplasique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 28, 14 juillet 1906.) Sencert : Sur le rétrécissement spasmodique du cardia.

Revue médicale de l'Est. — (N° 13, 1er juillet 1906.) Remy : A propos de l'avortement.

Revue scientifique. — (N° 2, 14 juillet 1906.) Lapicque : Les nègres d'Asie et la race nègre en général. — Moissan : Sur la distillation des corps simples. — Perez : Revue annuelle des thèses de zoologie.

Semaine gynécologique. — (N° 28, 10 juillet 1906.) Pichevin : Traitements de quelques accidents du cancer utérin.

Semaine médicale. — (N° 28, 11 juillet 1906.) Œttinger et Girault : De la valeur séméiologique des hémorragies occultes dans les affections de l'estomac. — (N° 29, 18 juillet.) Koïké : Le fonctionnement de service de santé de l'armée japonaise pendant la guerre russo-japonaise de 1904-1905.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 83. — MARDI 24 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. MARDI 24 JUILLET 1906. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Médecine opératoire.* — Séance du 20 juillet 1906 : MM. Chevrier, 29; Labey, 28; Baumgartner, Chifoliau, Fredet et Wiart, 25; Guibé, 24; Mouchet, 22.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Paul Reclus, chirurgien des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris; Beni-Barde (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Danlos, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Louis, à Paris; Boissard, médecin chef de service à l'hôpital Tenon, à Paris; Dupré, médecin des hôpitaux de Paris; Ozenne, médecin des prisons de la Seine; Fournaise et Selle, médecins à Paris; Jalabert, chirurgien en chef de l'hôpital de Carcassonne (Aude); Mendousse, président du conseil d'arrondissement de Nérac; Lourties, médecin chef des mines de Courrières; Bordaries, conseiller général de Tarn-et-Garonne; Custaud, maire de Collo (Algérie) ; M. Kaufmann, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bobier (de Paris), Brigault (de Sainte-Maure), Chesnel (de Chartres), Montignac (de Paris), Rouillon (de la Varenne-Saint-Hilaire), Sée (de Paris), Seudre (de Reims).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Beynot (de Sardent), Cathala (de Cessenon), Cornet (de Ligueil), Delarue (d'Amiens), Durand (de Paris), Fau (de Vichy), Hanriot (de Blâmont), Lavernot (d'Orry-la-Ville), Lebret (de Divonne-les-Bains), Leduc (de Tourcoing), Lerefait (de Rouen), Mabille (de Reims), Moreau (du Mans), Papillon (de Paris), Péraldi (de Toulon), Perrin (de Rouen), Prax (de Limoux), Rutten (de Paris), Villière (de Saint-Denis).

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La dixième session de l'Association francaise d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 4 au 6 octobre 1906, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose, » rapporteurs : MM. Pierre Duval et Grégoire (de Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit aur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et la Savoie* (Aix-les-Bains, Chambéry, Genève et Evian). — Train de luxe tri-hebdomadaire « Savoie-Express » composé de wagons-salons et d'un wagon-restaurant. Nombre de place limité.

Aller : Paris, départ 11 h. 20 matin ; arrivée, Aix-les-Bains 7 h. 22 soir, Chambéry 7 h. 43, Genève 8 h. 42, Evian 9 h. 43, Bains d'Evian 9 h. 50.

Mardi, jeudi et samedi. — Dernier départ de Paris : pour Genève et Evian, le 27 septembre; pour Chambéry, le 6 octobre.

Retour : Bains d'Evian, départ 8 h. 8 matin, Evian 8 h. 16, Genève 9 h, 17, Chambéry 10 h. 5, Aix-les-Bains 10 h. 29, Paris arrivée 6 h. 31 soir.

Lundi, mercredi et vendredi. — Dernier départ sur Paris : de Genève et d'Evian, le 28 septembre; de Chambéry, le 8 octobre.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 28, 10 juillet 1906.) Eschémas, Cassel et Cassagnier : Le nouvel exemple de pyo-pneumothorax subphrenicus. — Rivet : Broncho-pneumonie hémoptoïque à bacille de Friedlander. — Debove : Dysarthrie hystérique. — (N° 29, 17 juillet.) Spillmann et Perrin : A propos d'un cas d'ostéomalacie sénile (4 fig.).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 26, 28 juin 1906.) Zander : Sur la loi de Waller. — Gräupner : Fixation de l'énergie du cœur. Son importance pour le diagnostic des maladies de cet organe. — Schultz : Recherche quantitative des substances albuminoïdes à l'aide de la réaction des précipitines; son application au contrôle des moyens de la nutrition. — Schlimpert : Recherche des spirochètes dans les organes des nouveau-nés hérédo-syphilitiques. — Levi et Fornet : Sur les aggressines filtrantes. — Vincenzi : Un cas de septicémie à staphylocoques. — Böckelmann : Contribution au traitement des septicémies par le collargol. — Lewisohn : Radiographies plastiques. — Harnak : Sur la question discutée du contenu en matières grasses des diverses sortes de cacao du commerce. — (N° 27, 3 juillet 1906.) Lassar : Prophylaxie et traitement de la calvitie. — Schlossmann et Engel : Sur la tuberculose pulmonaire. — Kutscher : Recherche du méningocoque dans le naso-pharynx des individus sains. — Wellmann : Forme flagellaire des parasites de la malaria tropicale. — Doering : Traitement du torticolis. — Zangemeister : Action du sérum antistreptococcique. — Schindler et Siebert : Sur le gonosan et le traitement de la blennorragie. — Sternberg : Les pommes de terre dans le diabète et l'obésité. — Justi : Découvertes dans le domaine de la médecine.

Journal des praticiens. — (N° 29, 21 juillet 1906.) Lemoine : Les accès de fixation. — Gilbert Ballet : Les symptômes des maladies de l'appareil d'équilibration. — Œttinger : Importance diagnostique des hémorragies occultes dans les affections gastriques. — Thibierge : Certaines gales irritables.

Medizinische Blatter. — (N° 26, 30 juin 1906.) Stern : Cas intéressants de pratique. — Margosches : Valeur thérapeutique de la préparation martiale « Fersan ». — Bruigs : Sur le traitement interne des maladies des voies biliaires. — (N° 27, 7 juillet.) Stern : Cas intéressants de pratique (*suite*). — Golnier : Savon à l'eusulfine et son emploi en thérapeutique cutanée. — Georgiu : Les honoraires dans les accidents du travail.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 3 juillet 1906.) Anton : Symptôme des affections du lobe frontal. — Léo : L'achylie gastrique. — Gerhardt : Traitement des sténoses de l'œsophage. — Herff : Sur la question de la stérilisation du catgut. — Gauss : Une mensuration simple. — Tomaczewski : Présence du spirochæte pallida dans la syphilis tertiaire. — Simmonds : Valeur diagnostique de la recherche du spirochæte pallida dans la syphilis congénitale. — Chotzen : Elévation de température unilatérale dans la moitié paralysée du corps, au cours des affections cérébrales en foyers. — Kohn : Cellule ganglionnaire et fibres nerveuses. — Bendix et Schittenhelm : Le chromo-saccharomètre, nouvel appareil pour le dosage du sucre dans l'urine. — Theilhaber : Le traitement des pédicules dans les opérations gynécologiques. — Gaupp : Particularités cliniques des troubles mentaux de la population de nos grandes villes. — (N° 28, 10 juillet.) Neisser et Baermann : Recherches expérimentales sur la frambœsia tropica. — Dönitz : A quoi tiennent les insuccès dans l'anesthésie lombaire. — Deetz : Résultats de 360 anesthésies lombaires avec la stovaïne-adrénaline. — Becker : Opérations avec anesthésie spinale. — Aussmann : Sur une nouvelle méthode de coloration du sang et des tissus avec le bleu de méthylène-éosine acide. — Grentgens : Contribution à la technique de l'agglutination. — Magnus : L'activité des reins. — Dreyfus : Sur la méconnaissance des maladies mentales. — Grünwald : Sur la diphtérie chronique et sa prophylaxie. — Galewski : Sur les eczémas des lèvres par les eaux dentifrices.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 26, 1er juillet 1906.) Lukacz et Verzar : Deux cas de myoclonie. — Farkas : Hyperémie cérébrale et bains de pieds liquides. — (N° 27, 8 juillet.) Lukacz et Markbreil : Cas d'amaurose idiopathique. — Farkas : Hyperémie cérébrale et bains de pieds liquides (*suite*).

Revue de chirurgie. — (N° 7, 10 juillet 1906.) Savariaud : Le traitement chirurgical des anévrismes de l'artère sous-clavière. — Féré : Note sur une déformation de l'épine de l'omoplate. — Patel et R. Leriche : Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac (1 fig.). — L. Chevrier : Amputation ostéoplastique fémoro-tibiale (dite de Sabaneseff), étude cadavérique (21 fig.). — Capillery et Ferron : De l'énucléation incomplète du scaphoïde (2 fig.). — R. Leriche : Technique opératoire de la pyloro-gastrectomie pour cancer. Application de la mobilisation du duodénum aux résections gastriques (8 fig.). — Martin du Pan : Contribution à l'étude du cancer du rectum, son traitement.

Therapie der Gegenwart. — (Juillet 1906.) Kund Faber (de Copenhague) : Symptôme et traitement de l'achylie gastrique. — H. Rosin (de Berlin) : Traitement de la chlorose par les bains chauds. — Flemming et Hauffe : De l'influence de l'exercice du corps sur la température, le pouls, la respiration, la pression sanguine chez l'homme sain et le malade, en particulier chez les phtisiques. — Karl Krouer : Moyens d'éviter des suites fâcheuses dans l'anesthésie médullaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 26, 28 juin 1906.) Wertheim : Sur l'intervention abdominale large dans le cancer de l'utérus. — Benjamin, Reuss, Sluka, Schwarz : Action des rayons Röntgen sur le sang. — Finsterer : Contribution à l'étude et au traitement de la rupture du cordon ombilical. — Turggler : Suture à deux fils et suture d'incision abdominale. — Œsterreicher : Nouveau moyen de fixation des bougies filiformes à demeure. — (N° 27, 5 juillet.) Haberer ; Recherches expérimentales sur la réduction rénale et sur la fonction du parenchyme restant. — Ehrmann : La phagocytose et les formes dégénératives du spirochæte pallida dans l'accident primitif et le cordon lymphangitique. — Quest : Influence de la nutrition sur l'irritabilité du système nerveux chez les nourrissons. — Hamburger : Matité parasternale dans la pleurésie. — Dehr et Sellei : Les lipoïdes normaux du sérum sont-ils les véhicules ou les agents des antractions ? — Bail et Weil : Rapports entre les leucocytes des lapins et le poison staphylococcique.

VALEUR DIAGNOSTIQUE
DES
LÉSIONS VASCULAIRES & PÉRIVASCULAIRES
DE LA SYPHILIS NERVEUSE

Par L. ALQUIER,
Chef des travaux anatomiques à la Clinique des maladies nerveuses.

L'un des problèmes qui, à l'heure actuelle, passionnent le plus vivement les neurologistes, est celui des rapports qui peuvent exister entre la syphilis et la paralysie générale. Les débats qui ont eu lieu l'an dernier, à ce sujet, à l'Académie de médecine, montrent bien quelles discussions cette question soulève, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique. L'une des principales difficultés est due à l'absence d'un criterium permettant de reconnaître à coup sûr les lésions imputables à la syphilis. Voici un cas dans lequel se retrouvaient, au microscope, les principales altérations considérées comme caractérisant la syphilis nerveuse; il nous permettra d'examiner brièvement la valeur propre à chacune d'entre elles pour le diagnostic.

Observation clinique. — *Antécédents familiaux.* — Père alcoolique mort à quarante-sept ans. Un frère du malade, également grand alcoolique, a dû être interné dans un asile d'aliénés. Sa mère a succombé à quatre-vingt-six ans, de vieillesse, dit-il; enfin, il a eu quatre sœurs dont trois mortes, l'une à onze ans, de maladie inconnue, la seconde, de fièvre typhoïde, la troisième, de suites de couches. La quatrième est actuellement en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme, sans convulsions dans l'enfance, il s'est très bien porté jusqu'à l'âge de six ans. Il eut alors une rougeole, suivie d'une paralysie avec atrophie de la jambe droite. Après être resté un an alité, il a recommencé à marcher, mais la jambe droite est toujours demeurée faible, avec atrophie, raccourcissement du membre; le malade marchait en boitant, tombait souvent, et avait de la trépidation spinale spontanée, dès qu'il posait à terre la pointe du pied droit.

Sauf une variole, survenue à quatorze ans, il ne ressentit jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, aucun trouble morbide.

Syphilis. — A vingt-cinq ans, il contracta un chancre de la verge, bientôt suivi de roséole avec plaques muqueuses pharyngées. Il s'est soigné pendant deux ans (pilules et iodure).

A trente-cinq ans, apparurent des douleurs fulgurantes dans les quatre membres, par crises se reproduisant tous les cinq ou six jours. Il put néanmoins continuer à exercer sa profession de tailleur, lorsque, onze ans plus tard, à l'âge de quarante-six ans, après avoir éprouvé dans la journée un violent mal de tête, il fut pris d'une sorte de vertige et tomba sans connaissance. Il demeura environ deux heures dans cet état, étendu par terre, le bras droit pris dans les barreaux de sa chaise.

Le lendemain, on constata : 1° une paralysie radiale droite flasque, qui guérit en trois mois et paraît avoir été une paralysie radiale par compression;

2° Une paralysie de la jambe gauche, qu'il pouvait encore remuer, mais qui était incapable de le soutenir;

3° Les mouvements de la langue auraient été, pendant plusieurs mois, maladroits, il se mordait continuellement la langue.

Le traitement iodo-mercuriel ayant été repris, le malade put rapidement recommencer à travailler.

Dix mois après ce premier accident, il fut pris brusquement de malaise général avec vertiges, céphalée, bourdonnements d'oreilles, mais sans perte de connaissance, suivi comme la première fois, de paralysie incomplète du membre inférieur gauche. Il fut alors admis à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Raymond.

A ce moment il pouvait marcher, quoique difficilement, en raison du raccourcissement considérable du membre inférieur droit. L'examen donne les résultats suivants : le malade peut se tenir immobile, mais oscille dès qu'il ferme les yeux (signe de Romberg). La marche ne présente aucun caractère spécial, en particulier, pas d'incoordination. La force musculaire est bien conservée partout, la sensibilité pour tous les modes paraît sensiblement diminuée dans le membre inférieur gauche; les réflexes tendineux, légèrement augmentés à gauche, sont très exagérés à droite, avec, des deux côtés, trépidation spinale.

Les douleurs fulgurantes, qui avaient cessé, ont reparu depuis cinq ans environ. En outre, depuis deux ans, la miction est devenue très difficile; le malade est obligé pour pouvoir uriner de s'accroupir, voire même de se comprimer énergiquement le bas-ventre; à cette dysurie s'ajoute, par moment, de l'incontinence.

On ne constate aucun symptôme morbide ni aux membres supérieurs ni du côté de la face ou de la langue, la parole est normale.

L'examen oculaire, pratiqué par M. le docteur Sauvineau, montre des deux côtés un myosis très serré, un léger signe d'Argyll, du nystagmus dans les mouvements horizontaux extrêmes. Aucune lésion du fond de l'œil.

Enfin la mémoire des faits récents est presque abolie, celle des faits anciens étant conservée.

Le malade fut mis aux pilules de Dupuytren.

Un an après son entrée à la Salpêtrière, l'état s'était encore aggravé, la marche n'était plus possible qu'à l'aide d'une canne. Aux douleurs fulgurantes des quatre membres s'ajoutaient des douleurs vagues du thorax et de la tempe gauche : l'hypoesthésie du membre inférieur gauche était accompagnée de retard des sensations, cependant, la sensibilité plantaire persistait encore : le malade se rendait compte de la nature du sol. Les troubles de la miction, les signes oculaires ne s'étaient pas sensiblement modifiés.

A plusieurs reprises, le malade fut soumis à divers traitements; notamment une série de frictions mercurielles avec 8 grammes d'iodure, qui aurait notablement amélioré les douleurs.

Deux autres années plus tard, c'est-à-dire trois ans après son entrée à la Salpêtrière, on constatait à peu près les mêmes symptômes : le signe de Romberg était moins accusé, mais les réflexes tendineux, toujours forts à gauche, étaient à droite très exagérés, avec signe de Babinski des deux côtés, la trépidation spinale n'existant plus qu'à droite. Aux membres supérieurs, les réflexes, abolis à gauche, étaient un peu forts à droite, les autres troubles morbides persistant, sans modifications.

Une hémorragie cérébrale emporta le malade à l'âge de cinquante et un ans, cinq années environ après le premier ictus, quatre ans après l'admission du malade à la Salpêtrière.

A l'autopsie, double hémorragie cérébrale dans les noyaux gris centraux avec inondation ventriculaire et des espaces sous-arachnoïdiens, jusqu'au niveau du cône terminal de la moelle. Dans l'hémisphère gauche existait en outre un foyer plus ancien. Pas d'autre lésion cérébrale évidente, en particulier, pas de méningite. Intégrité du cervelet.

Les méninges sont épaissies au niveau de la protubérance et du bulbe, mais surtout sur la partie postérieure de la moelle où de grosses et nombreuses adhérences unissent la dure-mère aux méninges molles. Les vaisseaux de la pie-mère semblent très épaissis. A la coupe, on ne constate pas de grosses lésions dans la protubérance, le bulbe ou la moelle.

Les nerfs et muscles semblent sains : ajoutons tout de suite que le microscope n'y montre aucune lésion.

Au microscope, la double hémorragie cérébrale rendait difficile une étude complète des lésions cérébrales : des fragments prélevés en divers points des circonvolutions permettent de constater une légère sclérose des méninges molles, avec intégrité des vaisseaux sanguins et sans infiltrats d'éléments jeunes. Les circonvolutions présentent seulement un léger épaississement superficiel de la névroglie et quelques minimes altérations cellulaires ; les fibres du centre ovale et de l'écorce sont, par la méthode de Pal, parfaitement normales, la méthode de Marchi n'y montre aucune altération même légère.

Dans la protubérance et le bulbe, on constate :

1° Un épaississement considérable, irrégulier des méninges molles, qui apparaissent constituées par un véritable tissu fibreux sans lésions inflammatoires récentes ;

2° Des lésions vasculaires anciennes : l'adventice de tous les vaisseaux sanguins est très épaissie, fibreuse, en outre la plupart des artères présentent (fig. 1) une endartérite an-

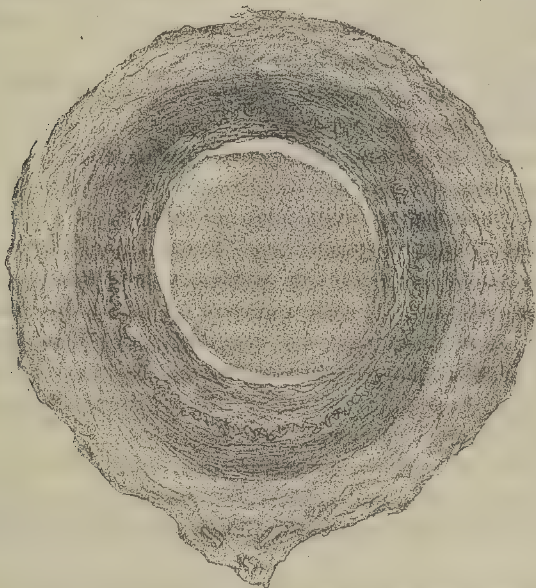


Fig. 1. — *Artère contenue dans les méninges bulbaires. Endartérite et périartérite anciennes, fibreuses.*

cienne caractérisée par l'épaississement irrégulier de la tunique interne, qui est constituée par un tissu fibreux presque aussi dense que l'adventice. L'endartère est nettement séparée de la tunique moyenne par la lame élastique interne, partout bien visible ; en certains points où son épaississement est particulièrement accentué, la partie profonde de la tunique interne apparaît irrégulièrement nécrosée, comme cela s'observe dans l'athérome.

3° Une sclérose diffuse, irrégulière, du bulbe et de la protubérance ; en particulter au niveau du plancher du quatrième ventricule ; les cellules nerveuses sont relativement bien conservées ; quant aux fibres, la méthode de Pal montre des endroits décolorés, irrégulièrement disséminés dans la calotte avec une certaine pâleur des pyramides. Il s'agit de lésions diffuses, légères, non de véritables dégénérescences.

Dans la moelle, nous retrouvons des lésions analogues et d'autres, d'aspect tout différent, à savoir :

1° Une grosse méningite fibreuse, prédominant nettement sur la partie postérieure, qui présente une symphise presque complète entre les méninges molles et la dure-mère, sur toute la hauteur de la moelle.

2° Les vaisseaux sanguins ont une adventice presque partout épaissie et fibreuse ; la tunique interne étant presque partout respectée. De plus, à certains étages seulement, les veines sont entourées de cellules jeunes (fig. 2), distribuées

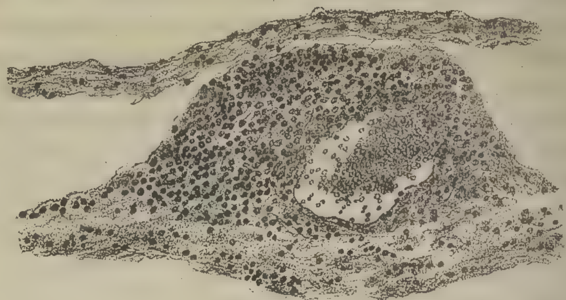


Fig. 2. — *Veine contenue dans les méninges spinales et entourée d'éléments jeunes.*

de façon très variables d'un vaisseau à l'autre ; tantôt, les cellules sont abondantes, tassées les unes contre les autres, ailleurs, elles apparaissent clairsemées ; ici elles entourent le vaisseau d'un épais manchon, là elles se localisent en un point de sa périphérie. Vues à un fort grossissement, ces cellules apparaissent les unes fusiformes ou étoilées, munies de prolongements ; quelques-unes ont l'aspect de mastzellen et de plasmazellen ; on distingue, enfin de nombreux lymphocytes.

3° Enfin, la moelle présente une sclérose irrégulière, semblable à celle du bulbe et de la protubérance, prédominant au niveau des cordons postérieurs et latéraux, et accompagnée d'une décoloration très marquée des faisceaux blancs par la méthode de Weigert-Pal. Ici non plus, il ne s'agit pas de véritables dégénérescences systématisées, mais de lésions diffuses, variant d'un niveau à un autre.

Au Marchi, pas de lésions en évolution.

Au Nissl, simple chromatolyse avec pigmentation des cellules nerveuses sans atrophie véritable.

Enfin, plusieurs ganglions rachidiens, des régions cervicale et sacrée, ne présentaient que des lésions cellulaires peu considérables : pigmentation de certaines cellules, et peut-être atrophie légère de quelques-unes ; pas de sclérose, ni de ganglion, ni des tissus voisins.

Notre malade était donc atteint de syphilis cérébro-spinale très nette, avec, cliniquement, quelques phénomènes tabétiformes de même ordre que ceux qui ont été signalés récemment par Guillain et Thaon.

Anatomiquement, la syphilis paraît ici indiscutable, en raison de l'épaississement des méninges, prédo-

minant, au niveau de la moelle, à sa partie postérieure, et plus encore à cause des lésions vasculaires, les unes anciennes, endartérite et sclérose de l'adventice, d'autres plus récentes; accumulation d'éléments jeunes autour de nombreuses veines. Mais en quoi chacune de ces lésions, prises isolément, est-elle caractéristique de la syphilis?

La méningite n'aurait de spécial que sa localisation au niveau des cordons postérieurs (Marie et Guillain), mais non sa structure qui nous a semblé identique à celle des méningites que l'on peut observer en dehors de la syphilis. Cette localisation est-elle un fait décisif? Nous l'avons retrouvée nettement dans presque toutes nos autopsies de tabétiques, de paralytiques généraux ou de syphilitiques avec troubles cérébro-spinaux, mais nous ne saurions dire au juste quelle est la valeur de cette constatation.

Les lésions vasculaires anciennes : sclérose adventitielle et endartérite présentaient ici une grande netteté, mais nous ne voyons pas quel caractère histologique pourrait les différencier des lésions analogues, non imputables avec certitude à la syphilis. La sclérose de l'adventice nous paraît de tous points identique à celle que nous avons constatée, par exemple dans deux autopsies de sclérodermie : pour l'endartérite elle ressemble de tous points à celle des artério-scléreux.

Restent les lésions vasculaires plus récentes. Dans le cas actuel, elles se réduisaient à l'accumulation, autour de certaines veines, d'éléments jeunes : cellules conjonctives, mastzellen et plasmazellen, lymphocytes. L'étude de plusieurs gommes cutanées très nettes provenant de sujets morts en pleine période tertiaire, nous y a montré, autour de petits vaisseaux, une accumulation des mêmes éléments; s'agit-il donc ici de méningite scléro-gommeuse?

Deux caractères peuvent servir à différencier les infiltrations périvasculaires « gommeuses » et celles qui ne le sont pas : le nombre et la nature des éléments.

Pour ce qui est du nombre, où commence la gomme? A côté des gommes volumineuses, il en est de microscopiques, mais où faut-il s'arrêter, quelle barrière sépare la tumeur gommeuse volumineuse et localisée de l'infiltrat diffus périvasculaire? Nous avons vainement interrogé à ce sujet les livres ou les préparations que nous avons pu consulter, sans rien trouver de précis. Faut-il dès lors, pour être autorisé à diagnostiquer une gomme, trouver un épais manchon continu, ou bien suffit-il d'un amas de cellules jeunes même localisé en un point du vaisseau? Pourquoi, alors, la plupart des auteurs refusent-ils le nom de gommes aux amas embryonnaires périvasculaires de la paralysie générale, que quelques-uns n'hésitent pas à considérer comme suffisants pour caractériser la syphilis? Entre les deux opinions quelle est la vraie? Dans le cas actuel, les leucocytes infiltrés dans le tissu conjonctif ne sont pas plus agglomérés que dans les infiltrats périvasculaires de la paralysie générale, ils ne sont pas en dégénérescence, ni mortifiés, ni granulo-graisseux, leurs noyaux se colorent très bien, de telle sorte que non seulement nous n'avons pas l'argument du nombre, mais même la dégénérescence, la mortification des éléments auxquels certains anatomo-pathologistes, et non des moindres, attachent tant d'importance pour le diagnostic différentiel des gommes, font totalement défaut.

La nature des éléments qui constituent l'infiltrat a-t-elle, dans la syphilis, quelque chose de particulier? On sait qu'Alzheimer, en Allemagne, Dupré et Devaux en France ont indiqué, entre autres signes différentiels, la prédominance des lymphocytes dans la syphilis, tandis que celle des mastzellen et plasmazellen caractériserait les inflammations non syphilitiques. En essayant d'appliquer ce criterium, je suis demeuré dans l'incertitude la plus complète : dans plusieurs cas de paralysie générale, les lymphocytes me semblaient bien nombreux, sur des coupes fines, traitées par la méthode si précise, pour les éléments en question, de Dominici (fixation par le sublimé-iodé-formol, coloration à l'éosine-orange-bleu de toluidine). Inversement, dans plusieurs cas de syphilis, je n'ai pu me convaincre de la prédominance nette des lymphocytes sur les autres éléments.

Ainsi donc, voici un fait de syphilis nerveuse avérée, dans lequel le diagnostic anatomique repose sur des éléments dont l'ensemble seul est caractéristique. Lorsque cet ensemble devient incomplet, c'est l'incertitude. Erb, entre autres, a bien montré que, dans des cas où la syphilis nerveuse était nette, cliniquement, l'anatomie pathologique ne montre parfois que des altérations banales. Il ne semble pas que la recherche du tréponème puisse venir confirmer la nature syphilitique de ces cas, anatomiquement douteux, puisqu'elle peut rester vaine, alors que les lésions syphilitiques sont beaucoup plus évidentes.

Force nous est donc de conclure : l'anatomie pathologique étant actuellement impuissante à assurer un diagnostic toujours certain de la syphilis du névraxe, on ne saurait actuellement lui demander de résoudre le problème touchant la nature, syphilitique ou non, de la paralysie générale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1906)

Pigmentation des cheveux et de la barbe par les rayons X, par MM. A. Imbert et H. Marquès. L'un de ces auteurs, qui depuis le mois de janvier 1896 n'a cessé de s'occuper journellement des applications médicales des rayons X, avait constaté que ses cheveux et sa barbe, déjà presqne complètement blancs, se pigmentaient progressivement au point d'acquérir une teinte plus foncée que la teinte primitive. Cette pigmentation était d'ailleurs assez intense et assez générale pour frapper spontanément les personnes de l'entourage, et la cause ne paraissait devoir en être cherchée qus dans une action due aux rayons X; mais ce n'était là qu'une hypothèse, qu-MM. A. Imbert et Marquès n'ont pas cru devoir émettre juse

qu'au jour où le fait suivant en a fourni une confirmation qui paraît absolument rigoureuse.

Ce fait est relatif à un homme de cinquante-cinq ans qui fut soumis à un traitement radiothérapique pour lupus de la joue gauche. Pour des raisons particulières, il ne fut usage, durant les premiers mois du traitement, d'aucun écran limitateur de la surface à irradier, si bien que les cheveux tombèrent sur une étendue de plusieurs centimètres tout autour de l'oreille; quant aux poils de moustache, plus éloignés de l'ampoule à rayons X, aucune chute appréciable ne fut observée.

Or les cheveux tombés ont depuis longtemps repoussé, et tous sont presque entièrement et complètement noirs dans les régions les plus voisines de l'oreille; la pigmentation nouvelle va d'ailleurs en s'atténuant pour les cheveux situés plus loin, mais elle est cependant manifeste.

Quant à la moustache, la moitié gauche est aussi nettement moins blanche que la moitié droite qui était située plus loin du centre d'émission des rayons X.

Ces différences de pigmentation sont assez intenses pour pouvoir être accusées sur les photographies que MM. A. Imbert et Marquès ont présenté à l'Académie.

Depuis lors, les cheveux ont été taillés à diverses reprises, ils ne sont plus, depuis de longs mois, soumis à l'action des rayons X, mais ils repoussent toujours avec la même teinte foncée. Il s'agit donc d'un effet durable, différent, croient les auteurs, de la pigmentation bien connue et passagère de la peau sous l'influence du traitement radiothérapique et que l'on peut obtenir sans chute préalable des poils.

D'autres faits autorisent MM. A. Imbert et Marquès à ajouter que la teinte des cheveux blonds se fonce sous l'action des rayons X.

Quant au mécanisme suivant lequel se produisent les phénomènes de pigmentation, action directe sur les chromophages ou autre, on ne peut actuellement rien dire de précis.

Sur les principes cyanogénétiques du « Phaseolus lunatus ». — M. Kohn-Abrest a étudié dans une précédente note (Acad. des sc., séance du 5 mars 1906) quelques-unes des conditions dans lesquelles les graines du *Phaseolus lunatus* (pois de Java, haricots de Java, etc.) peuvent fournir de l'acide cyanhydrique.

De nouvelles expériences lui ont montré qu'il existe dans les mélanges dits *pois de Java* de nombreux glucosides cyanogénétiques, sans doute autant qu'il existe de variétés de ces représentants du *Phaseolus lunatus* L. Ce fait est intéressant à signaler, car il s'ajoute à ceux que l'on constate souvent dans l'extraction des bases végétales, notamment des aconitines et des digitalines dont les variétés sont des plus nombreuses.

Sur la présence du néon parmi les gaz de quelques sources thermales. — MM. Charles Moureu et Robert Biquard, poursuivant leurs études sur les gaz rares des eaux minérales, ont recherché le néon dans 22 sources thermales. Dans toutes ils ont pu mettre cet élément en évidence. On peut donc en conclure que le néon doit se rencontrer comme l'argon et l'hélium, dans la généralité des sources et mélanges gazeux issus du sein de la terre.

Sur la composition histologique de la lymphe des ruminants. — M. E. Forgeot. A l'état physiologique, en dehors du chyle ne contenant pas de globules rouges, on trouve, dans l'organisme des ruminants, deux sortes de lymphe :

1° Celle qui n'a pas encore traversé un ganglion lymphatique et ne contenant qu'un seul élément, le globule blanc, et qui ne renferme jamais à l'état normal de globules rouges;

2° La lymphe sortant des ganglions et qui est susceptible de contenir un nombre variable de ces éléments.

Les ganglions lymphatiques des ruminants ne sont donc pas seulement des centres leucopoiétiques, ils peuvent aussi contribuer à la formation des hématies.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 juillet 1906)

Transmission des maladies infectieuses par les animaux d'appartement. — MM. Remlinger et Osman Nouri. Une famille intelligente et riche, chez qui les préceptes de l'hygiène sont bien observés, se décide, l'automne venu, à quitter la campagne plus tôt que de coutume en raison de quelques cas de scarlatine apparus aux environs. Quelques jours après la rentrée en ville, une jeune fille de seize ans présente, malgré cette précaution, tous les symptômes d'une scarlatine d'intensité moyenne. Elle est isolée soigneusement dans un petit pavillon séparé de la maison d'habitation par un long couloir et qui a toujours été affecté au traitement des malades. Cette jeune fille était parvenue au vingtième jour de sa maladie, la convalescence se poursuivait normalement lorsque, la température extérieure s'étant brusquement abaissée, on fit rentrer en ville une sœur cadette, confiée depuis plusieurs mois aux soins d'une parente dans une localité différente de celle où avait villégiaturé la sœur aînee et tout à fait indemne de scarlatine. Les précautions les plus minutieuses sont prises pour éviter tout contact entre les deux sœurs. Aucune des personnes qui approchent la malade, aucun des objets qui lui servent ne peut venir au contact de la sœur plus jeune. Tout ceci n'empêche pas cette enfant de contracter douze jours après sa rentrée au domicile paternel une scarlatine d'intensité moyenne, dont la guérison s'effectua du reste sans complication. Une enquête fit découvrir qu'on avait oublié de comprendre le chat de la maison dans les mesures d'isolement.

Alcoolisation locale des troncs nerveux dans les spasmes et les tics. — MM. Brissaud, Sicard et Tanon présentent des malades dont l'hémispasme facial, rebelle depuis de longues années à toute thérapeutique, a été guéri définitivement à la suite de l'alcoolisation locale du tronc nerveux du facial à sa sortie stylo-mastoïdienne. Ces auteurs ont alors essayé d'appliquer cette méthode (Schlösser) au traitement des tics du visage et du torticolis mental (alcoolisation du spinal). Ils n'ont obtenu chez de tels malades qu'une amélioration passagère. Le tic a réapparu dans d'autres groupes musculaires. Sur le terrain de la clinique comme sur celui de cette thérapeutique spéciale, il est donc nécessaire de faire une différenciation entre le tic et le spasme.

Anémie pernicieuse d'origine syphilitique. — MM. Marcel Labbé et Chaillous relatent l'observation d'une dame de soixante-treize ans, atteinte d'anémie pernicieuse avec 1 643 000 hématies, 5 p. 100 d'oxyhémoglobine, 6000 leucocytes et 1 200 hématies nucléées par millimètre cube, qui ne fut en aucune façon améliorée par le traitement ordinaire (arsenic, fer, moelle osseuse), puisque, trois mois plus tard, le nombre des globules rouges était tombé à 713 000 et l'hémoglobine à 2,5 p. 100. A ce moment on apprit que la malade avait des antécédents de syphilis et on la mit au traitement spécifique. Après un mois d'injections sous-cutanées de bi-io-

dure de mercure, l'état général s'était considérablement amélioré et on comptait 1 400 000 hématies et 7,3 p. 100 d'oxyhémoglobine. Le traitement mercuriel ayant été interrompu, l'amélioration cessa pour reprendre lorsqu'on recommença les injections de bi-iodure. Mais, au bout de quelque temps, la maladie empira et la malade mourut.

Les auteurs, se fondant sur les antécédents syphilitiques et surtout sur les bons effets du traitement spécifique, considèrent ce cas d'anémie pernicieuse comme lié à la syphilis, et le rapprochent des rares observations de Muller, de Ponfick, de Klein, de Grawitz, qui admettent ainsi l'anémie pernicieuse d'origine syphilitique.

Anémie pernicieuse à rémission. — MM. Enriquez, Clerc et Rathery. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, chez lequel se développa sans cause apparente une anémie intense et progressive. Sous l'influence du repos et du traitement par le cacodylate de magnésie, et la moelle osseuse, le taux des hématies remonte de 684 000 à 3 500 000; mais après une rémission de quatre mois l'anémie reprit sa marche progressive et le malade succomba malgré le traitement. L'examen qualitatif du sang avait montré la présence inconstante d'une réaction myéloïde très atténuée. Pourtant l'autopsie montre une réaction médullaire marquée, une sclérose diffuse de la rate et une dégénérescence graisseuse du foie siégeant dans les espaces centro-lobulaires. Les auteurs insistent sur le caractère trompeur des rémissions observées au cours de l'anémie pernicieuse. Le traitement par la moelle osseuse semble un des plus rationnels et un des plus capables de fournir à la moelle malade une excitation spécifique. Malgré le peu d'intensité de la réaction sanguine, l'observation doit rentrer dans le cadre de l'anémie dite plastique, qui s'oppose à l'anémie aplastique, forme rapidement progressive, sans rémission durable et dans laquelle le sang ne présente aucune trace de réparation.

Aiguille trouvée dans le cœur d'une morphinomane ayant succombé très rapidement à des accidents infectieux. — MM. Louis Rénon et Léon Tixier présentent le cœur d'une morphinomane dans la cloison auriculo-ventriculaire de laquelle une aiguille était implantée. Il existait des lésions cardiaques d'âges différents : une péricardite hémorragique était de date plus ancienne qu'une endocardite ulcéro-végétante et les auteurs, en se basant sur les détails de l'autopsie ainsi que sur l'examen microscopique des pièces, interprètent la chronologie des accidents de la façon suivante : péricardite hémorragique contemporaine de la migration de l'aiguille, puis septicémie ayant pour point de départ une plaie extrêmement septique d'une petite articulation métatarso-phalangienne, enfin endocardite maligne, rigoureusement limitée au cœur droit, principalement au niveau de l'oreillette, c'est-à-dire au lieu d'implantation de l'aiguille.

En un mot, la cause déterminante de cette complication mortelle fut la présence dans le sang de micro-organismes; le corps étranger en constitua une cause occasionnelle de premier ordre par suite des traumatismes incessants de l'endocarde. C'est assurément là un des exemples cliniques d'endocardite maligne dont les conditions de production se rapprochent le plus de l'endocardite expérimentale suivant une injection de culture microbienne intra-veineuse après traumatisme valvulaire.

Cirrhose hypertrophique syphilitique avec insuffisance hépatique améliorée par le traitement spécifique. — MM. Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine et Thaon. Les auteurs rapportent l'observation d'une malade de cinquante et un ans présentant tous les signes d'une insuffisance hépatique grave. L'examen physique démontre l'existence d'une cirrhose hypertrophique caractérisée par un très gros facie dur. La rate était volumineuse. Il existait en même temps une aortite chronique avec crises de tachycardie. Il y avait des signes de présomption de syphilis. On pratiqua le traitement antisyphilitique : la cirrhose du foie diminua d'une façon sensible.

Infection anaérobique du sang dans l'occlusion intestinale. — MM. Roger et Garnier ayant, chez un homme atteint d'occlusion intestinale par cancer, pris du sang avant qu'on pratique un anus artificiel, ont constaté dans le liquide le même bacille anaérobie qu'ils ont décrit dans l'occlusion intestinale expérimentale. Une fois levé l'obstacle par la création de l'anus artificiel, le bacille disparut du sang.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 21 juillet 1906)

Du rôle des hématoblastes dans la rétraction du caillot. Recherches expérimentales. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont indiqué antérieurement (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 70, p. 836) qu'on peut par centrifugation séparer les hématoblastes du sang rendu incoagulable. Ils étudient aujourd'hui le rôle de ces éléments isolés dans le processus de la rétraction du caillot.

Le plasma oxalaté et recalcifié, le plasma salé dilué, le liquide d'hydrocèle donnent lorsqu'ils sont privés d'hématoblastes un caillot irrétractile. Lorsqu'on leur ajoute des hématoblastes le caillot obtenu commence à se rétracter après vingt minutes et sa rétraction est complète en une heure. La rétraction est, jusqu'à certaines limites, proportionnelle à la quantité d'hématoblastes ajoutés.

Mais on peut aller plus loin et les auteurs montrent qu'il s'agit là non d'un phénomène lié à la présence de simples corps étrangers, mais bien d'une action d'ordre analogue à celle des ferments, des alexines, etc. En effet les hématoblastes soumis à un chauffage de dix minutes à 55-58 degrés perdent leurs propriétés et le caillot obtenu dans ces conditions demeure irrétractile.

Il semble donc bien établi par ces expériences que les hématoblastes sont, comme l'a dit depuis longtemps M. Hayem, les agents de la rétraction du caillot, mais que de plus leur mode d'action est analogue à celui de nombreux ferments. On peut faire perdre par le chauffage leur propriété rétractile aux hématoblastes. Il est possible qu'au cours d'états pathologiques ces éléments perdent spontanément et d'une manière analogue leurs propriétés. Ce serait là l'explication de ces faits nombreux et discutés jusqu'à ce jour, de l'irrétractilité du caillot coïncidant et contrastant avec la présence d'hématoblastes en nombre normal.

Action des solutions d'argent colloïdal sur le bacille pyocyanique. — MM. Charrin, V. Henri et Monier-Vinard montrent qu'une même quantité de bacille pyocyanique ensemencée sur des tubes de gélose additionnés d'argent colloïdal préparé de façons différentes (en faisant varier les conditions de température, l'intensité du courant, etc.) donne des cultures beaucoup moins abondantes que sur les tubes témoins. De plus, les tubes additionnés de xx gouttes de métal col-

loïdal à grains fins, représentant 1/50000 d'argent métallique, sont restés parfaitement stériles. Les tubes additionnés d'une même quantité d'argent colloïdal à gros grains ont donné des cultures très peu étendues, faiblement pigmentées et dont les microbes présentaient les formes d'involution décrites jadis par MM. Charrin et Guignard. Ces résultats ont comme intérêt d'expliquer peut-être les discordances d'action observées par les cliniciens qui ont utilisé ce produit en l'empruntant à des sources multiples correspondant elles-mêmes vraisemblablement à des préparations quelque peu différentes et d'action bactéricide inégale.

Les limites de l'utilisation des hydrates de carbone chez les diabétiques arthritiques. — M. René Laufer, dans des recherches antérieures, avait montré que les diabétiques utilisent toujours une certaine quantité d'hydrates de carbone qui ne passent pas dans l'urine. Il avait également montré certaines conditions importantes qui font varier les limites de cette utilisation : l'addition notamment d'un excès de graisses et surtout d'azote à l'alimentation augmente sensiblement la glycosurie. D'autres éléments peuvent ainsi influer sur le degré d'utilisation : c'est ainsi qu'après avoir déterminé chez un malade la quantité d'HC utilisée, si on administre à celui-ci, pendant une période, une dose de sucre inférieure à cette quantité, la puissance d'utilisation est augmentée dans la période consécutive : un malade, par exemple, ayant ingéré 100 grammes de glucose, en a utilisé 46 grammes; or, lorsqu'on lui en a administré une dose inférieure, 20 grammes pendant dix jours, il a pu en utiliser ensuite 60 et 80 grammes sans qu'il passe rien dans les urines. Inversement, si on fait ingérer une dose de sucre supérieure à la quantité reconnue susceptible d'être utilisée, on abaisse pour la suite les limites de l'utilisation : un autre malade qui utilisait 32 grammes de glucose, n'en utilisait plus à la suite de l'ingestion, de 80 et de 110 grammes de glucose; il semble qu'un certain temps soit nécessaire pour que le trop-plein dû à l'ingestion d'une dose trop forte d'hydrates de carbone s'élimine. Indépendamment de leur intérêt physiologique, ces faits présentent une grande importance pratique, ils permettront d'interpréter, dans des cas de diabète, des résultats d'analyses d'urines qui paraissent absolument paradoxaux et d'établir dans chaque cas un régime rationnel.

Imprégnation histologique par les précipités colorés. — Le procédé de l'imprégnation par l'argent consiste à produire dans les espaces intercellulaires, par une réaction chimique, un précipité qui devient visible en noircissant à la lumière. D'autres précipités colorés, d'après les recherches de MM. Achard et Aynaud, résultant aussi d'une réaction accomplie dans les tissus, peuvent de même servir à l'imprégnation.

Tels sont : le précipité du bleu de Prusse, obtenu par l'action successive du ferrocyanure de potassium et du sulfate ferrique; celui d'iodure de palladium, produit par l'iodure de potassium et le chlorure de palladium ; celui du tannate de fer formé par la réaction de tannin sur le sulfate ferrique, celui que produit, après exposition aux vapeurs d'acide osmique, un bain de tannin.

Aucune de ces réactions ne donne, d'ailleurs, de résultats préférables à ceux de l'argent. Mais elles montrent bien avec quelle facilité les espaces intercellulaires se laissent pénétrer par les substances les plus diverses.

Conception pathogénique du rhumatisme chronique progressif. — D'après MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild, 1. Le rhumatisme chronique progressif évolue sur un terrain préparé par un trouble endocritique (thyroïdien, hypophysaire, ovarien, diastématique).

2. A la faveur de la *dysendocrisie*, il se produit des auto-infections banales, à répétitions, ou des auto-intoxications chroniques. Les articulations, émonctoires accidentels, deviennent le siège des lésions causées par les toxi-infections qu'elles combattent, surtout si elles sont prédisposées (prédisposition articulaire, héréditaire ou acquise).

3. Toxi-infections, auto-intoxications mettent en jeu les centres nerveux articulaires régionaux ou le centre général bulbaire. Le rhumatisme chronique évolue sur un terrain névropathique. La participation du système nerveux explique un certain nombre des symptômes de la maladie.

4. La progressivité serait fonction d'arthrotoxines et certains sérums (diphtérique, tétanique, de Menzer) agiraient sur l'élément humoral.

Il faut tenir compte de ces diverses notions pour la reproduction expérimentale et pour le traitement du rhumatisme chronique.

Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans l'obstruction chronique du canal cholédoque. — On sait qu'à l'état normal il existe dans le sérum sanguin de l'homme adulte 1 gramme de bilirubine pour 36500. D'après MM. Gilbert et Herscher, lorsque les voies biliaires sont obstruées d'une façon chronique, soit par des calculs, soit par un cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, la proportion de bilirubine qui s'accumule dans le sang augmente d'une façon considérable, selon que l'obstruction est complète ou partielle. Lorsqu'elle est complète, la bilirubinémie s'élève à 1/1000 et même 1/900, devenant ainsi presque 40 fois plus considérable qu'à l'état normal. Dans cinq cas, les auteurs ont relevé ces derniers chiffres, qui semblent ne pas pouvoir être dépassés. Dans les processus aigus, tels que l'ictère catarrhal qui sont capables d'amener d'une façon passagère une obstruction complète des voies biliaires, ces mêmes chiffres peuvent être également relevés sans être encore ici dépassés.

Lors donc que la sécrétion de la bile est conservée, les voies biliaires étant oblitérées et les émonctoires fonctionnant normalement, il s'établit un équilibre cholémique dont les chiffres ci-dessus donnent la mesure.

Contribution à l'étude de l'action de la convallamarine sur les organes de la circulation et sur les éléments figurés du sang. — D'après M. E. Maurel :

1° Les *doses thérapeutiques* agissent d'abord sur les vaisseaux qu'elles font contracter, et ce n'est qu'après qu'elles agissent sur le cœur;

2° Ces doses augmentent l'énergie du cœur avant de diminuer le nombre de ses contractions;

3° Les *doses mortelles* produisent rapidement de la vaso-dilatation : ce ne sont que les doses bien supérieures au minima mortelles qui tuent le cœur. Les autres le laissent vivre, et celui-ci survit assez longtemps au reste de l'organisme;

4° Même les doses deux fois supérieures au minima mortelles sont sans action sur les éléments figurés du sang.

Signification morphologique et fonctionnelle de l'hypophyse. — La nature sécrétoire de l'hypophyse n'est attestée, au point de vue morphologique, que par les cellules chromophiles et chromophobes signalées dès 1882 par Flesch et depuis sans cesse découvertes. D'après les recherches de M. Aug. Pettit, l'étude de certains gélaciens primitifs jette un jour nouveau sur cette question. L'hypophyse de ces pois-

sons est, en effet, formée de cordons cellulaires traversés par des vaisseaux autour desquels se groupent des sortes de calices formés par l'accumulation des produits de la sécrétion hypophysaire.

L'hypophyse se présente donc ici comme le type de la glande à sécrétion interne, puisque les centres d'ordonnancement sont représentés par les troncs vasculaires et que le produit de sécrétion se déverse dans des remésoïdes dont la couche endothéliale seule sépare l'élément sécrétant du sang.

L'hypophyse des gélaciens primitifs est ainsi la clé du même organe dans toute la série des vertébrés, qui dès lors apparaît comme une glande primitivement exocrine, remaniée secondairement et ordonnancée par l'élément vasculaire, à la façon des îlots de Langerhans du pancréas.

Autres communications :

Etude des modificateurs de la sécrétion urinaire : action des sels de calcium. — MM. Lamy et A. Mayer.

Vitalité du bacille tuberculeux humain en culture in vivo sur les bovidés. — M. Moussu.

Recherches sur la virulence du lait de femmes tuberculeuses. — M. Moussu.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les lésions des artères coronaires dans le cours des maladies infectieuses aiguës. (J. Wiesel. *Wiener Klin. Wochens.*, 14 juin 1906, n° 24, p. 723.) — **Sur les modifications des vaisseaux coronaires dans les maladies infectieuses.** (R. Wiesner. *Id.*, p. 725.) — Wiesel a examiné systématiquement les artères coronaires d'un certain nombre de jeunes sujets, indemnes de toute fièvre antérieure, et qui avaient succombé à la scarlatine et à la diphtérie. Il a observé très fréquemment des lésions siégeant toujours d'une façon prédominante au niveau de la tunique moyenne, vésiculaire, particulièrement développée au niveau des coronaires. Parfois la tunique interne s'est montrée touchée également, mais secondairement.

Ces lésions consistent dans de véritables petits foyers de nécroses, détruisant de place en place la tunique moyenne et visibles parfois macroscopiquement sous forme de petites taches blanchâtres légèrement déprimées. Au bout d'un temps plus ou moins long, ces foyers de nécrose se cicatrisent et sont remplacés par du tissu conjonctif qui peut d'une façon précoce s'infiltrer de sels calcaires.

Wiesel, que ces cicatrices mésartéritiques, consécutives à des maladies aiguës doivent être le point de départ d'une sclérose des coronaires dont les effets ne se feront sentir que beaucoup plus tard. Du reste, ces lésions coronariennes ne sont sans doute pas sans action sur le myocarde lui-même et jouent sans doute un rôle dans les accidents de myocardite, parfois mortels, qui peuvent se montrer au décours des maladies infectieuses.

Wiesner a pratiqué les mêmes recherches sur les artères coronaires de sujets morts d'endocardite, de pyohémie et même d'éclampsie.

Il a constaté les mêmes lésions que Wiesel et arrive aux mêmes conclusions touchant la possibilité de sclérose ultérieure des coronaires. A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Tumeurs malignes primitives de l'appendice. (H. D. Rolleston et Lawrence Jones. *Amer. Journ. of the med. sc.*, juin 1906, vol. CXXXI, n° 6, p. 951-965.) — **Relation d'un cas de carcinome primitif de l'appendice vermiforme.** (W. Mc Adam Eccles. *Ibid.*, p. 966-967.) — Le cas de Eccles est intéressant en ce que son malade, âgé de dix-huit ans, fut opéré avec le diagnostic ferme d'appendicite chronique, que l'apparence macroscopique de deux plaques blanchâtres nettement distinctes l'une de l'autre, trouvées lorsqu'on ouvrit l'appendice, fit changer pour celui de tuberculose, alors qu'il s'agissait en réalité de carcinome, ainsi que le montra le microscope. L'opéré était encore en parfaite santé vingt et un mois après l'opération.

Le travail de Rolleston et Jones est une étude complète de la question. Les tumeurs de l'appendice ont soulevé plus d'intérêt en Amérique que partout ailleurs, puisque, dans la statistique de 42 cas réunis par les auteurs, qui ont éliminé tous les cas non probants (au nombre de 20), il y a 28 cas américains, 7 anglais, 6 français et 1 allemand. Que la maladie soit rare, personne ne le discute. Mais il faut savoir que cette rareté n'est peut-être, après tout, pas si grande, car le cancer de l'appendice étant de *malignité beaucoup moindre* que les autres cancers, il faut le rechercher parfois avec soin pour le trouver. Parfois il est si petit que, seul, le microscope le découvre. Le fait que 41 des 42 cas authentiques publiés l'ont été dans ces dix dernières années et plus des 4/5 depuis 1900 est assez significatif; 37 des 42 cas étaient des carcinomes, 3 des endothéliomes et 2 des sarcomes. Une particularité remarquable est le *jeune âge* de la plupart des malades qui, plusieurs fois, n'avaient que douze, quatorze ou quinze ans, à tel point que la moyenne d'âge des 42 cas est de trente ans, et de vingt-sept seulement si l'on fait abstraction de deux malades âgés. Le cas de Eccles, cité plus haut, et qui ne figure pas dans le tableau des auteurs, est encore un exemple de cette précocité d'apparition du cancer appendiculaire. L'appendicite, soit aiguë, soit chronique et sténosante, soit catarrhale, est souvent associée. Dans certains cas, le rétrécissement est dû à une inflammation chronique, mais d'autres fois, il est manifestement sous la dépendance directe du cancer; 2 cas étaient fistuleux. Dans 3 cas, il y avait participation des ganglions abdominaux, dans 2 il y avait végétations multiples du péritoine, et dans un seul, des métastases dans le foie et l'ovaire droit. Dans tous les autres cas, l'affection était limitée à l'appendice. Dans 33 des cas, la lésion fut trouvée dans un appendice enlevé pendant la vie et dans 9 cas, ce fut une trouvaille d'anatomo-pathologiste. Dans *aucun* des cas opérés, la vraie nature de l'affection ne fut *même soupçonnée* avant l'opération. La place la plus fréquente du cancer est la pointe et la partie voisine de l'appendice, mais on l'a vu aussi au milieu, près de la base ou intéressant toute la longueur de l'organe. Il varie d'une dimension microscopique à celle d'un œuf de poule. Microscopiquement, on a trouvé du carcinome à cellules rondes et de l'épithélioma cylindrique, ce dernier analogue aux cancers de l'intestin. Il est remarquable que cette dernière variété se montre dans l'appendice à peu près au même âge que dans le reste de l'intestin, c'est-à-dire après la cinquantaine, tandis que le carcinome à cellules rondes constitue ces tumeurs à évolution bénigne apparaissant chez de très jeunes sujets. L'histoire clinique est toujours celle d'une appendicite aiguë ou chronique. Les erreurs de diagnostic, *constantes*, ont été faites

avec une tuberculose du cæcum, une appendicite, une affection annexielle. Les rapports de causalité entre les tumeurs et les attaques d'appendicite qui les accompagnent ne sont pas très faciles à établir. Rarement une opération pour cancer de l'appendice aura à dépasser les limites de l'organe à enlever, par exemple, une portion du cæcum ou des ganglions du mésentère. Les résultats, tant éloignés qu'immédiats, sont « *surprenamment* » bons. F. GARDNER.

Appendicite typhique sans autres lésions intestinales. (William Royal-Stokes. *Bulletin of the John's Hopkins Hospital*, août 1905, vol. XVI, n° 173, p. 284.) — Stokes commence par résumer nos connaissances actuelles sur les rapports de la fièvre typhoïde et de l'appendicite. Il établit que la clinique montre qu'en dehors des appendicites banales au cours ou après la fièvre typhoïde, il existe une appendicite typhique vraie ; que celle-ci a pu être produite à plusieurs reprises expérimentalement; mais il lui manque le contrôle de la bactériologie ; on n'a jamais trouvé une appendicite à bacille typhique pur comme on trouve par exemple des cholécystites.

C'est cette lacune que vient combler la très intéressante observation que l'auteur rapporte. Il s'agit d'un jeune étudiant en médecine de vingt-quatre ans qui, en même temps que plusieurs autres membres de sa famille, avait eu treize ans auparavant une attaque grave de fièvre typhoïde dont il avait bien guéri.

Or un matin, à six heures et demie, il est pris de douleur très violente dans tout l'abdomen, douleur qui se localise à la fosse iliaque droite. Il a des nausées, vomit, et présente un peu de diarrhée. Dans la soirée, la veille, il avait absorbé une quantité considérable de noisettes.

La température s'élève dans la journée, et le jour même à cinq heures du soir il est opéré ; la guérison s'opère très rapidement. Tous les symptômes disparaissent par l'ablation de l'appendice. Celui-ci est trois fois plus gros que normalement, et à sa partie moyenne il est épaissi, gangréné et semble sur le point de se perforer.

La cavité présente une ulcération près de la base, et par place elle est recouverte d'une membrane fibrineuse grisâtre. Trois concrétions ressemblant à du mastic occupent cette cavité.

L'examen histologique, qui est donné très longuement et accompagné de quatre planches, montre la présence de deux ordres de lésions et de deux variétés bactériennes leur répondant: le bacille pyocyanique et le bacille typhique. La partie de l'appendice où siège l'ulcération présente dans toute son épaisseur des lésions d'appendicite diffuse, c'est-à-dire du gonflement des cellules épithéliales, la formation d'une ulcération et l'infiltration de toutes les parois par des leucocytes polynucléaires. Ces lésions répondent à la présence du bacille pyocyanique. Tout le reste de l'appendice présente des lésions de réaction au bacille typhique ; pas d'ulcération, peu de polynucléaires, mais surtout prolifération intense de l'endothélium des espaces lymphatiques.

L'examen bactériologique a été fait avec beaucoup de soin. Les cultures sur agar ont donné des colonies de pyocyanique et de bacille typhique caractéristiques.

L'agglutination de ces cultures avec le sang du malade a été positive.

De même le sang du malade donne aussi la réaction de Widal avec une culture de bacille typhique étrangère, de même que les bacilles typhiques provenant du malade agglutinent avec le sang d'autres typhiques.

Le diagnostic n'est donc pas douteux, il y avait appendicite typhique et les lésions étaient localisées à l'appendice seul, puisque tous les signes ont disparu avec son extirpation. Reste à savoir s'il s'agit d'une infection récente ou d'un réveil de la première fièvre typhoïde. Il faut se rappeler qu'une période latente aussi longue a déjà été observée pour le bacille typhique dans les cholécystites et l'auteur cite des cas où il a été trouvé à l'état de pureté dans la vésicule biliaire jusqu'à dix-huit ans après une attaque de dothiénentérie. M. LANCE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POURSUITE ABUSIVE CONTRE UN CHIRURGIEN

A la suite d'une opération d'ordre gynécologique pratiquée par un chirurgien parisien, une dame se plaignait des conséquences de cette opération qui lui interdisait les relations sexuelles, et attribuant au praticien le trouble survenu dans son ménage, elle l'avait assigné devant la première chambre civile en 50 000 francs de dommages et intérêts « pour le préjudice moral et les souffrances physiques » qu'elle avait subis.

Notre confrère réclamait reconventionnellement 1 franc de dommages-intérêts en réparation du tort à lui causé par cette poursuite abusive.

Trois experts furent commis par le tribunal. Ils reconnurent tous trois qu'il n'y avait rien à reprocher au point de vue professionnel au défendeur et que ce dernier ne pouvait être considéré comme responsable des suites, fâcheuses pour les deux époux, d'une opération indispensable.

Le tribunal a débouté la plaignante de sa demande.

Statuant sur la demande reconventionnelle :

« Attendu que, si le fait d'introduire une action en justice constitue l'exercice d'un droit, c'est à la condition que le demandeur n'ait pas agi avec mauvaise foi et qu'il ne se soit pas comporté avec une légèreté telle, que celle-ci puisse être assimilée au dol ;

Attendu que les conclusions des médecins-experts démontrent que la dame X... a agi en l'espèce avec une très grande légèreté, qu'il convient d'allouer au défendeur la somme de 1 franc par lui réclamée à titre de dommages-intérêts en réparation du préjudice que lui a causé l'action téméraire, dirigée contre lui... »

La plaignante est donc condamnée à payer 1 franc de dommages-intérêts, plus les frais du procès.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

UNE DAME demande place comme garde-malade, auprès d'un enfant ou d'un vieillard infirme. Conditions très modérées. — S'adresser au Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 84. — JEUDI 26 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 26 JUILLET 1906. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

LE PROFESSEUR BROUARDEL

Le professeur Brouardel vient de s'éteindre quelques semaines à peine après avoir pris sa retraite.

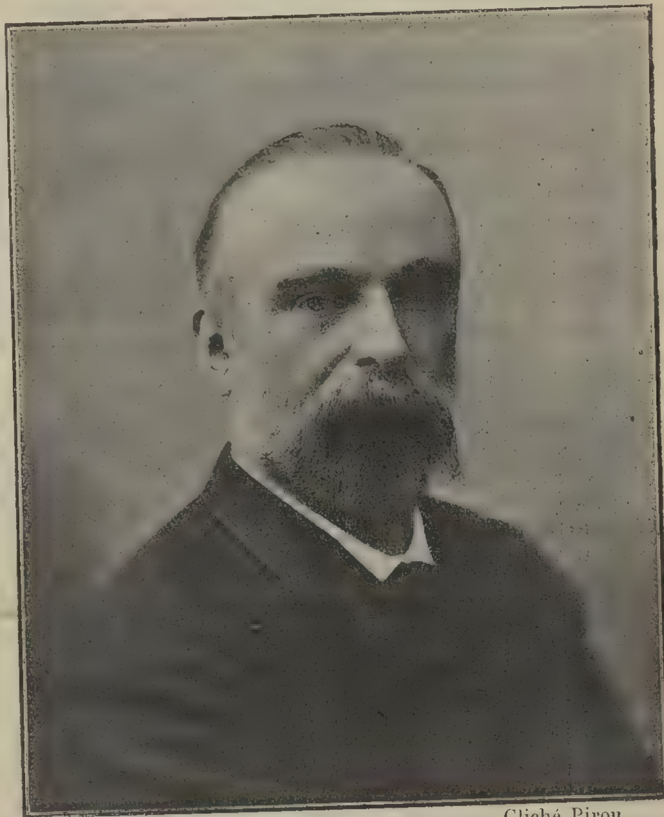
Avec lui disparaît un des hommes qui ont occupé une des places les plus considérables dans notre profession. Pendant trente ans, Brouardel fut, en effet, le représentant le plus autorisé de la médecine officielle en France. Servi par ses merveilleuses qualités d'esprit et de parole, par sa prodigieuse activité et sa remarquable puissance de travail il sut remplir ce rôle brillant, mais souvent difficile, avec une autorité devant laquelle tout le monde s'inclinait.

Né à Saint-Quentin (Aisne), le 13 février 1837, Paul-Camille-Hippolyte Brouardel fut reçu interne des hôpitaux en 1859 et docteur en 1867. En 1869 il était nommé agrégé de la Faculté de Paris et médecin des hôpitaux en 1873.

Après avoir suppléé pendant quelque temps le professeur Tardieu dans son cours de médecine légale, il lui succéda en 1879. On doit à Brouardel d'avoir complètement rénové l'enseignement de la médecine légale en créant les conférences de la Morgue.

En 1878, Brouardel avait été nommé expert près les tribunaux, et à partir de ce moment, il n'est pas d'expertise sensationnelle qui ne lui ait été confiée.

En 1880 Brouardel devient membre de l'Académie de médecine; en 1884 président du Comité consultatif d'hygiène; en 1886 il succède à Béclard comme doyen de la Faculté de médecine et occupe cette charge pendant seize ans. Brouardel était encore membre de l'Académie des sciences et grand-officier de la Légion d'honneur.



Cliché Pirou.

LE PROFESSEUR BROUARDEL.

L'œuvre de Brouardel comme médecin-légiste a été considérable, ses conférences de la Morgue, ses livres sur le *secret médical*, la *mort subite*, la *strangulation*, la *pendaison*, l'*infanticide*, la *responsabilité médicale* resteront classiques. Son rôle en hygiène publique n'a pas été moins important. En 1876, il avait fondé la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Dès ce moment il ne cessa de s'occu-

per des questions de préservation sociale. On se souvient du rôle brillant qu'il joua comme représentant de la France aux différentes conférences internationales de Dresde, Venise, Rome et Paris.

Mais il est des titres qui contribuaient encore davantage à le rendre populaire dans notre profession, ce sont ceux de président de l'Association générale des médecins de France, et de président de l'Association des médecins de la Seine qui lui donnèrent de nouvelles occasions de montrer son esprit conciliant et son indulgente bonté.

Les obsèques du professeur Brouardel auront lieu le jeudi 26 courant, à dix heures du matin, en l'église Sainte-Clotilde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — Séance du 23 juillet 1906 (*oral*) : MM. Wiart, 19; Guibé, 18; Labey, 16; Chevrier, 13; Baumgartner, 13.

Séance du 25 juillet 1906 (*Troisième épreuve clinique*) : MM. Guibé, 19; Labey, 18; Chevrier, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOURS. — Un concours sera ouvert le lundi 22 octobre 1906, à l'hospice général de Tours, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil.

La durée des fonctions de médecin-adjoint est de six ans.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction, dix jours au moins avant l'ouverture du concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Alan Herbert, sujet anglais, est nommé officier de la Légion d'honneur.

L'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET LES PRIX HENRI DE ROTHSCHILD. — La Société scientifique d'hygiène alimentaire dont le président est M. Henri Sicard, sénateur, a procédé hier à l'attribution des prix fondés par le docteur Henri de Rothschild, secrétaire de la Société.

Le premier prix de 5000 francs a été attribué aux docteurs Michel et Perret, pour leur très intéressant mémoire : « La ration alimentaire de l'enfant, de la naissance à l'âge de deux ans. »

Pour l'approvisionnement des grandes villes en lait, la commission, présidée par M. le professeur Budin, a été frappée par la qualité et la valeur des mémoires qui, sauf quelques erreurs, sont très remarquables. Le docteur Henri de Rothschild, pour permettre à la commission de récompenser les auteurs, a ajouté un nouveau prix de 1 000 francs. M. Beau, professeur de l'école de Poligny, a eu le premier prix (2 500 francs). Le prix de 1000 francs a été accordé au mémoire de MM. Porcher, professeur à l'école vétérinaire de Lyon, et M. Nicolas, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse. Enfin un prix de 300 francs a été donné à M. Rigaux, professeur départemental d'agriculture de la Lozère, et un prix de 200 francs à M. Antonin Rollet.

Ces travaux font bien augurer du Congrès international d'hygiène alimentaire, organisé par la Société sous le haut patronage de M. le président de la République et du Gouvernement qui se tiendra à Paris du 22 au 27 octobre prochain.

EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ (*du 30 juillet au 3 août 1906.*) — PROGRAMME GÉNÉRAL DES EXERCICES. — *Première journée.* — Lundi 30 juillet, 8 h. matin : Réunion des officiers à l'École supérieure de guerre, avenue de La Motte-Piquet (en face du milieu de la galerie des Machines); — 9 h. : Instructions préliminaires par un officier d'état-major et par le directeur technique; — à partir de 1 h. 30 : Chargement et organisation des formations sanitaires aux docks du service de santé, 7, rue Larmeroux, à Vanves; — 4 h. 30 soir : Formations du parc dans la cour de l'Ecole militaire, place Fontenoy.

Deuxième journée. — Mardi 31 juillet, 4 h. matin : Départ des voitures du parc pour le bastion 87 près la porte d'Italie; — 5 h. 15 : Constitution des formations sanitaires au bastion 87. Départ pour Juvisy, service de marche et cantonnement; — 2 à 5 h. : Démonstrations et services pratiques dans les formations sanitaires.

Troisième journée. — Mercredi 1er août, 7 h. matin : Marche de l'ambulance divisionnaire à la suite d'une colonne d'avant-garde; — 8 h. 30 : Combat d'une brigade d'infanterie dans la vallée de l'Yvette. — *Première phase.* — Attaque des villages de Grand-Balisy et de Gravigny. Fonctionnement du service de santé régimentaire. — *Deuxième phase.* — Prise de ces villages; entrée en action des deux sections de l'ambulance; — 5 à 6 h. du soir : Relève de la deuxième section de l'ambulance divisionnaire par l'hôpital de campagne; — 9 h. soir : Exploration nocturne du champ de bataille à l'ouest d'Epinay.

Quatrième journée. — Jeudi 2 août, 8 h. 30 matin : Attaque de Longjumeau; — Fonctionnement du service de l'avant. Service régimentaire. Fonctionnement d'une section de l'ambulance de corps et d'une section de l'ambulance divisionnaire; — après 2 h. soir : Evacuation des blessés des ambulances par convoi sur route; — tout le jour : Fonctionnement de l'hôpital de campagne à Savigny-sur-Orge.

Cinquième journée. — Vendredi 3 août, 7 h. matin : Organisation d'un convoi d'évacuation des blessés de l'hôpital de campagne. Départ pour Juvisy; — 9 h. : Organisation et fonctionnement d'un hôpital d'évacuation à Juvisy. Formation et chargement d'un train sanitaire improvisé, d'un convoi sur Seine; — 10 à 11 h. : Fonctionnement d'une infirmerie de gare à la gare du triage, à Juvisy; — 2 h. soir : Départ des formations sanitaires de Juvisy par Paris; — 5 h. : Dislocation des formations sanitaires au bastion 87. Retour des voitures à l'Ecole militaire.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — Les exercices spéciaux auront lieu sous la direction de M. le général de brigade Bolgert et la direction technique de M. le médecin principal de première classe Antony.

MM. les médecins-majors de première classe Bonnet, de deuxième classe Visbecq donneront à MM. les officiers de réserve et de l'armée territoriale tous les renseignements nécessaires sur la marche des opérations et le fonctionnement des divers services.

Tenue. — Pour les officiers prenant part aux exercices : tenue de campagne (giberne et brassard).

MOYENS DE TRANSPORT POUR SE RENDRE SUR LE TERRAIN. — 1° *Compagnie d'Orléans.* — Quai d'Orsay, matin : 6 h. 52, 7 h. 20, 7 h. 48, 8 h. 16, 8 h. 49, 9 h. 5, 9 h. 42, 9 h. 53, 10 h. 11, 10 h. 34, 10 h. 40, 11 h. 2; Austerlitz, matin : 7 h., 7 h. 29, 7 h. 57, 8 h. 24, 8 h. 59, 9 h. 13, 9 h. 50, 10 h. 3, 10 h. 21, 10 h. 42, 10 h. 48, 11 h. 11; — Juvisy, matin : 7 h. 29, 7 h. 51, 8 h. 29, 8 h. 50, 9 h. 18, 9 h. 43, 10 h. 19, 10 h. 33, 10 h. 42, 11 h. 1, 11 h. 15, 11 h. 44; — Savigny, matin : 7 h. 34, 8 h. 34, 9 h. 49, 10 h. 24, 11 h. 6, 11 h. 50; — Epinay matin : 7 h. 39, 8 h. 39, 10 h. 29, 11 h. 11, 11 h. 55.

2° *Compagnie du P.-L.-M.* — Gare de Lyon, matin : 7 h. 37, 9 h. 53; — Juvisy, matin : 8 h. 13, 10 h. 24.

3° *Paris à Arpajon.* — Odéon, matin : 7 h. 35, 9 h. 5; 10 h. 6, 10 h. 35; — Longjumeau, matin : 8 h. 49, 10 h. 19, 11 h. 19, 11 h. 49.

LA DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES aux élèves de l'École d'infirmières et d'infirmiers de la Salpêtrière, aura lieu le vendredi 27 juillet 1906 à 4 heures du soir.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. — COURS DE VACANCES. — M. le docteur Mauclaire, agrégé, a commencé son cours le vendredi 20 juillet, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Sujet du cours. — Douze leçons pratiques sur les principales tuberculoses chirurgicales. Opérations après la leçon.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PATHOGÉNIE
DES
ANKYLOSES SPONTANÉES
ET PARTICULIÈREMENT DES
ANKYLOSES VERTÉBRALES

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE (1).

I

Contrairement à la plupart des questions chirurgicales, la pathogénie des ankyloses a passé de longues années sans revision. Les doctrines microbiennes sont apparues et ont évolué sans incursion sur ce terrain. Toute l'attention des chirurgiens s'est concentrée sur la discussion de thérapeutique qu'elle soulevait, sans chercher à en préciser la nature.

Sur ce point, on s'en est généralement tenu à ce que Bonnet avait enseigné; et, à la suite d'Ollier, tous les auteurs qui ont cherché à éclaircir le problème se sont bornés à envisager, successivement, l'influence des différents facteurs qui peuvent intervenir pour produire l'ankylose : rôle de l'immobilité, rôle de l'inflammation, tendance plastique de certaines infections et, par-dessus tout, rôle primordial de la diathèse rhumatismale.

Nous ne voulons pas reprendre en détail l'étude de chacun de ces facteurs. Ce serait là répétition inutile. Il est établi, aujourd'hui, que toute ankylose doit être considérée comme le reliquat d'une arthrite. C'est la cicatrice pathologique d'une inflammation articulaire. L'immobilité, même prolongée, est, à elle seule, insuffisante pour ankyloser une jointure. Les troubles qu'elle engendre ne peuvent aboutir à des soudures fibreuses intra-articulaires et ne donnent lieu qu'à de fausses ankyloses. Verneuil l'a dit avec raison : il n'existe pas, dans la science, d'exemple authentique d'ankylose osseuse, produite dans une articulation saine, par le seul fait de l'immobilité.

Ceci étant posé en principe, on peut admettre trois sortes d'ankyloses : des *ankyloses post-traumatiques*, des *ankyloses de guérison* et des *ankyloses inflammatoires ou mieux infectieuses*.

Cette classification a, sans doute, quelque chose d'artificiel. Toute ankylose, avons-nous dit, est le résultat d'un processus inflammatoire, mais elle est, à cette restriction près, parfaitement compréhensive et ne saurait, croyons-nous, prêter à confusion.

Le premier groupe, en effet, correspond à des faits bien connus et d'un mécanisme clair. Le second comprend les ankyloses de la tuberculose. Elles sont l'aboutissant du processus évolutif curateur de certaines tumeurs blanches, processus rarement spontané, signalé, pourtant, comme tel par Socin, d'ordinaire péniblement obtenu à l'aide d'injections sclérosantes (2) et de révulsion ignée. Elles ne sont pas dues au bacille de Koch; elles se font malgré lui, contre lui, et sont, en somme, la cicatrice des lésions qu'il produit.

Le troisième groupe est le plus intéressant. C'est celui des arthrites infectieuses. Il comprend deux ordres de faits : les arthrites, en effet, aboutissent à l'ankylose après suppuration ou sans pus.

Après suppuration, la chose est banale. Les parties fibreuses de la synoviale enflammée s'épaississent, les exsudats s'organisent; au niveau des cartilages érodés, des adhérences se forment et bientôt se produit une ankylose, fibreuse d'abord, puis osseuse parfois.

Sans pus, certaines arthrites infectieuses ou, plus souvent peut-être, toxi-infectieuses, conduisent au même résultat. On les appelle assez volontiers, pour cela, *arthrites ankylosantes* et on réserve, plus spécialement, aux soudures qu'elles occasionnent, le nom d'*ankyloses spontanées*. C'est d'elles seules que nous parlerons désormais.

Les ankyloses spontanées relèvent donc d'arthrites aiguës, non suppurées, et plus exactement, d'*arthrites pseudo-membraneuses*. Ce sont les arthrites avec sécrétion de lymphe plastique, si parfaitement décrites par Bonnet.

En pareil cas, la congestion inflammatoire et l'irritation de la synoviale ne produisent qu'un épaississement marqué de la séreuse. Œdémateuse et lardacée, elle laisse exsuder une sorte de couenne, blanc jaunâtre, d'apparence gélatineuse, sans organisation ni structure tissutaire, nettement définie. Le processus est purement plastique. Il n'y a point de liquide. C'est à proprement parler, le mot est classique, une arthrite sèche aiguë.

Peu à peu, les fausses membranes vont s'organiser. Elles le font, comme toute fausse membrane des séreuses, par pénétration de vaisseaux néoformés et évolution fibreuse consécutive. Il n'y a là rien de plus qu'au niveau de la plèvre ou du péricarde. Ainsi se créent des adhérences, plus ou moins solides, entre les différents points de la synoviale, et cela surtout sur les parties périphériques, vers les bourrelets synoviaux, au niveau des franges.

En même temps, de son côté, la synoviale, épaissie et infiltrée prolifère. L'évolution scléreuse de ces tissus nouveaux contribue, elle aussi, à la production d'une *ankylose fibreuse, plus ou moins centrale*.

Mais le processus, en aucun cas, n'est exclusivement synovial. Cornil et Ranvier ont autrefois montré que, même dans les fluxions rhumatismales légères, les lésions n'étaient jamais parfaitement systématisées. A plus forte raison, en est-il ainsi dans les arthrites graves que nous envisageons. Le cartilage, l'os sous-jacent, les parties molles péri-articulaires sont, eux aussi, touchés à des degrés divers et réagissent, chacune pour son propre compte, suivant le mode qui lui est propre.

L'ensemble aura pour résultat l'adhérence plus intime des parties normalement mobiles les unes sur les autres.

La localisation prédominante sur tel ou tel système créera les différentes variétés d'ankylose, décrites dans tous les ouvrages classiques.

Constamment le cartilage présente des lésions microscopiquement appréciables. En certains points, par îlots, c'est de la prolifération désordonnée et de la tuméfaction sensible au doigt. Ailleurs, ce sont surtout des érosions par suite d'une sorte de fonte rapide de la substance cartilagineuse. Celle-ci se fendille et s'érode. Il se fait des fissures irrégulières, des ulcérations d'étendue variable, laissant les surfaces osseuses arriver directement au contact.

A ce niveau l'os très vasculaire, irrité, pousse comme des pointes d'accroissement qui vont créer

(1) Rapport au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Lyon, 2 août 1906).

(2) Cornil et Coudray. Action de l'iodoforme sur les tissus normaux, *Semaine méd.*, 1900, p. 159.

des adhérences osseuses partout où le cartilage a disparu. Ainsi se forment des stalactites plus ou moins régulières, de petits ponts osseux, et, quand le cartilage a complètement fondu, une synostose absolue des extrémités osseuses en présence. Ainsi se réalise l'*ankylose osseuse centrale*.

Simultanément l'os se déforme parfois. Volkmann a, dès longtemps, attiré l'attention sur l'augmentation du diamètre antéro-postérieur et l'aplatissement transversal que l'on peut, en pareil cas, observer au niveau du genou. Peut-être des questions de statique ou de pression interviennent-elles? Nous ne savons; toujours est-il, qu'à côté des cas où la silhouette articulaire garde toute la pureté de son profil, il en est d'autres où un tassement se fait, probablement permis par une ostéomalacie passagère, rendant les épiphyses trapues et comme ramassées.

La fusion est d'autant plus parfaite que le contact des surfaces articulaires est plus intime. Dans les articulations par emboîtement elle est complète. La jointure n'est plus qu'un bloc osseux : c'est tout spécialement le fait de la hanche; ailleurs certains points restent indemnes, comme l'espace intercondylien au niveau du genou. Il semble que l'orage articulaire le respecte assez habituellement.

A côté de cela, les tissus extra-synoviaux sont plus ou moins altérés. Ligaments et capsule, gonflés au début par une sorte d'œdème gélatineux, devenus comme succulents, prennent progressivement l'aspect lardacé, caractéristique de ces processus subaigus. Puis peu à peu, l'inflammation épuisant sa virulence, les exsudats se résorbent, laissant tous ces tissus fibreux, sclérosés, rétractés, ratatinés, incapables désormais de permettre à l'article de reprendre sa mobilité d'antan et contribuant, eux aussi, à le souder plus étroitement. Ce processus est-il prédominant, les lésions intra-articulaires sont-elles faibles, à eux seuls ils feront toute l'ankylose qui sera dite *fibreuse périphérique*.

En certains cas, le processus peut aller encore plus loin. Sous l'influence probablement d'une irritation périostique péri-épiphysaire, on voit les parties molles péri-synoviales s'ossifier. Le processus paraît débuter par un fin dentelé de tissu osseux sur les marges articulaires (1). Ces ecchondroses ossiformes vont à la rencontre les unes des autres, arrivent à se souder plus ou moins intimement, envahissant la capsule, gagnant les ligaments, les tendons même, et laissant au contraire, peut-être pour quelque temps seulement, la cavité articulaire libre et respectée.

C'est l'*ankylose cerclée*, bien connue des vétérinaires.

Puis lentement, pendant que ces changements ont lieu à l'extérieur de l'os, les épiphyses au contact, par disparition progressive du cartilage qui insensiblement s'ossifie, arrivent à se souder, et l'arthrite ossifiante est devenue totale.

C'est là une forme rare de l'ankylose en pathologie humaine, si on envisage l'intégralité du processus, mais, à l'état d'ébauche, elle est assez fréquente. Cloquet avait parfaitement vu cette ossification des fibres ligamenteuses qui recouvrent les vertèbres, les soudant entre elles excentriquement, et respectant les fibro-cartilages. On trouve alors, dit Bonnet, de longues plaques, passant superficiellement d'une vertèbre à l'autre, formant quelquefois une sorte de gaine ou d'étui qui en réunit plusieurs.

(1) Griffiths. The varieties of ankylosis by bone in differents parts of the skeleton, *The Journ. of pathol. and bacter.*, 1897.

On arrive ainsi par degrés à l'ossification totale de la colonne, transformée en un bloc rigide, en une barre résistante.

C'est en effet, au rachis que se réalise le plus souvent chez l'homme l'ankylose cerclée. Elle n'aboutit que rarement d'ailleurs à la synostose absolue.

Mais quand tout processus infectieux est éteint, quand cliniquement l'arthrite est « cicatrisée », tout n'est pas encore fini. Il se fait sourdement un lent travail de résorption osseuse et d'adaptation trabéculaire qui arrive à remanier complètement l'architecture squelettique. Conformément aux lois de Wolf, les différents systèmes de fibres vont s'adapter à l'état nouveau des bras de levier qu'elles constituent. Nous ne voulons pas exposer tout au long ces bouleversements osseux. Cela nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de dire que tous les systèmes correspondant aux mouvements désormais perdus vont disparaître. Tout va donc dépendre de la position d'ankylose. Est-elle en position vicieuse, en flexion et adduction par exemple, les fibres de traction utilisables dans la production de ce mouvement vont s'hypertrophier, sinon se multiplier. Les fibres de contact autres que celles du contact flexion, abduction, vont s'atrophier et disparaître presque complètement. C'est à la hanche que la chose est le plus saisissante.

Dans une ankylose rectiligne par exemple, il ne restera plus guère, au bout d'un temps qu'il est difficile de calculer, que les fibres correspondant à l'appui et à la traction fémorale de la station debout, c'est-à-dire une prédominance énorme du système interne plus ou moins redressé. Finalement, les fibres paraîtront continues avec celles d'appui du bassin et le seront en réalité.

A ce moment, la synostose sera absolue, anatomiquement totale. Telle est la dernière phase, physiologique en quelque sorte, de tout processus ankylosant.

Nous avons insisté longuement sur les différentes étapes de la période inflammatoire et sur les modalités diverses qu'elle peut revêtir d'après les localisations prédominantes du processus infectieux. On comprend ainsi facilement toutes les variétés d'ankyloses et on voit qu'au fond toutes se ramènent à un schéma assez simple.

La morphologie pure d'une articulation ankylosée ne donne aucune indication sur le processus causal.

Toute infection à tendance plastique peut réaliser à elle seule, toutes les variétés d'ankylose. Celles-ci ne relèvent que du mode d'attaque et de la localisation première ou prédominante du processus.

Quels sont donc, pratiquement, les types étiologiques d'arthrites ankylosantes?

Dans les ouvrages classiques, la chose est assez mal indiquée. On parle, tout d'abord, des pseudo-rhumatismes. Tous, en effet, mènent volontiers à l'ankylose. Cette tendance fibrino-plastique est une de leurs caractéristiques d'évolution. Elle fut, dès le début, parfaitement indiquée par Bouchard et son élève Bourcy, et il est de notion courante que le rhumatisme blennorragique, de tous le plus fréquent, présente, au plus haut point, cette tendance à faire des synostoses sans pus.

On a cherché souvent à opposer, par ce caractère, les pseudo-rhumatismes au rhumatisme franc. Pourtant celui-ci, sous ses différentes formes, a été rendu

responsable d'un grand nombre d'ankyloses, de presque toutes celles qui ne font pas leur preuve par un traumatisme ou une suppuration articulaire. Dans certaines statistiques d'ostéoclasies ou de résections, on le trouve à l'origine de près d'un tiers des cas.

Le rhumatisme franc a-t-il donc une si grande tendance ostéogène ? A lire les traités de médecine, il ne le semble pas. Après production plus ou moins abondante de liquide, la *restitutio ad integrum* des articulations touchées est la règle.

L'arthrite sèche aiguë, c'est-à-dire la véritable arthrite ankylosante, ne se voit pas dans le rhumatisme franc. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, si bien que, d'après eux, comme nous l'avons montré ailleurs (1), on est en droit de conclure : *le rhumatisme franc ne conduit jamais à l'ankylose vraie.*

Comment, dès lors, concilier le désaccord entre médecins et chirurgiens? Ollier et Pingaud l'ont tenté en faisant une sorte de compromis entre le traumatisme et le vice rhumatismal. Il faut, disent-ils, que traumatisme et rhumatisme se mêlent pour aboutir à la synostose; le rhumatisme, à lui seul, n'est pas assez plastique; c'est à des irritations locales répétées, à des mouvements intempestifs, qu'il emprunte sa tendance ankylosante.

Un tel processus ne nous paraît pas acceptable. Il est tout d'abord nombre d'arthrites, d'apparence rhumatismale, qui sont si douloureuses, que toute exploration de l'article est impossible. On laisse le membre immobilisé longtemps, et quand le malade, ne souffrant plus, essaie de quitter son bandage ou sa gouttière, il est ankylosé définitivement, sans avoir subi le moindre traumatisme articulaire.

Ce sont là ces arthrites plastiques ankylosantes que Gosselin (2) avait fort bien vues, et qu'il s'est attaché à définir dans ses cliniques et dans la thèse de son élève Bolot (3), sans pouvoir d'ailleurs arriver à en préciser la nature. Malgré tout, dans ces cas, le processus est ankylosant. Mais pourquoi y a-t-il ankylose? se demandait Gosselin. « Nous disons, faute de mieux, que la cause cherchée est rhumatismale. Le rhumatisme produisant ainsi des arthrites simplement congestives, ou des arthrites plastiques, ankylosantes, il resterait à savoir pourquoi il a pris le mode que nous avons observé? » Nul n'a répondu à la question posée par Gosselin. D. Mollière (4), Nicaise (5), Ollier (6), ont apporté des observations plus ou moins superposables. On a parlé de diathèse rhumatismale, ostéophytique, et Mauclaire (7) a consacré quelques lignes à ce qu'il appelle : l'ostéoarthrite plastique ankylosante.

Plus récemment, Nélaton (8), Routier (9), Lucas-Championnière (10) sont intervenus chez des malades de ce genre. On en trouve plusieurs exemples dans la thèse récente d'Huguier (11). Le diagnostic généralement porté est celui d'arthrite plastique, ou d'ankylose rhumatismale. La question d'étiologie n'est pas poussée plus loin.

Or, dans toute cette série d'observations, on ne peut invoquer, le plus souvent, de traumatisme articulaire. Spontanément, l'arthrite est arrivée à l'ankylose.

Bref, l'explication donnée plus haut ne saurait être gardée. Il faut donc chercher autre chose. Or, chez de tels malades, nous en avons observé un assez grand nombre (1), on retrouve très souvent par une enquête minutieuse, les traces d'une tuberculose ancienne, plus ou moins éteinte, mais néanmoins, toujours agissante. Un interrogatoire attentif montre que le malade est héréditairement taré par le bacille de Koch, qu'il a vécu dans un milieu de bacillaires, comme cette femme (2), vue par M. Mouisset, opérée par M. Vallas, qui avait perdu son père de laryngite tuberculeuse, et soigné successivement deux maris, morts tous deux de tuberculose pulmonaire. Parfois la malade a eu dans l'enfance des adénites cervicales, des otites, les petits signes de la scrofulose infantile. D'autresfois, l'arthrite ankylosante a été suivie, à brève échéance, d'hémoptysie, de phénomènes pulmonaires chroniques dont l'évolution lente finira par la tuer. Enfin, dans quelques cas récents, la séro-réaction, l'épreuve de la tuberculine, etc., ont montré que ces prédisposés à la tuberculose, qui doivent en mourir un jour, sont, au moment même de leur ankylose, des tuberculeux en action.

Cela suffit. Ces renseignements, que, seuls, un interrogatoire et un examen dirigés dans ce sens peuvent révéler, ont, comme nous l'avons dit d'autre part, la valeur de la goutte urétrale, qui fait dire : rhumatisme blennorragique, en présence d'une poussée articulaire plus ou moins aiguë.

Ils imposent le diagnostic de rhumatisme tuberculeux, car il en est de ces arthrites comme des symphyses des séreuses, où l'on ne trouve aucune trace d'infection spécifique, aucune édification anatomique, signant le processus originel. La tuberculose semble hors de cause, et cependant, depuis les recherches de Landouzy, on sait que, dans ces pleurésies, c'est elle qu'il faut incriminer avant tout.

Aussi peut-on conclure d'une façon ferme : *le rhumatisme franc n'a jamais pour aboutissant l'ankylose vraie.* Les prétendues ankyloses rhumatismales, la plupart des arthrites plastiques ankylosantes relèvent de la tuberculose.

Mais il ne faut pas s'attendre à trouver, en pareils cas, de graves fluxions pulmonaires. Ce ne sont pas les cavitaires qui réalisent volontiers ces lésions articulaires ankylosantes. Ce sont des tuberculeux *a minima*, dont les lésions veulent être cherchées. Leur évolution fibreuse les rend discrètes, et si l'on nous permettait un paradoxe, nous dirions : *qu'il faut être peu tuberculeux pour pouvoir faire une ankylose. Il suffit de l'être longtemps.*

On ne doit pas, d'autre part, chercher, au niveau de ces articulations, les traces habituelles de l'ostéoarthrite tuberculeuse. On ne les y trouverait pas. Ces lésions sont fonction de la tuberculose inflammatoire. Ce sont des produits réactionnels, d'origine toxinienne, sans nulle caractéristique anatomique. On sait aujourd'hui depuis nos recherches, que la

(1) A. Poncet et R. Leriche. Rhumatisme tuberculeux ankylosant, *Revue de chir.*, janv. 1905.
(2) Gosselin. *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. II.
(3) Bolot. Th. de Paris, 1881.
(4) D. Mollière. *Lyon médical*, p. 218, 1890.
(5) Nicaise. *Revue de chirurgie*, p. 219, 1882.
(6) Ollier. *Traité des résections.*
(7) Mauclaire. *Traité de chirurgie clinique*, t. III.
(8) Nélaton. Soc. de chir., 18 juin 1902.
(9) Routier. *Ibid.*, 25 juin 1902.
(10) Lucas-Championnière. *Ibid.*, 28 juin 1905.
(11) Huguier. Th. de Paris, 1904-1905.

(1) A. Poncet et R. Leriche. *Revue de chir.*, 1905.
(2) A. Poncet et R. Leriche. Loc. cit., obs. II.

granulation et la cellule géante ne sont plus le minimum exigible pour pouvoir parler de tuberculose. Nous avons trop insisté sur ce point pour qu'il soit utile d'y revenir ici. La tuberculose inflammatoire est essentiellement plastique et édificatrice. Par elle s'explique donc très simplement le caractère fondamental de ces arthrites qui sont ankylosantes, malgré tout.

Il nous reste, pour être complets, à signaler les fausses ankyloses de la poly-arthrite déformante. Nous n'en avons point encore parlé parce qu'il s'agit, plutôt alors, de gêne péri-articulaire des fonctions de la jointure que de fusion ostéo-fibreuse. Le processus de la poly-arthrite est, avant tout, atrophique et médullisant. Autour de l'os raréfié et boursouflé, des exostoses périphériques entravent le glissement des surfaces articulaires déjà fixées par des ligaments rétractés. Il n'y a pas là d'ankylose vraie, et si nous en parlons, c'est pour les exclure.

Dès lors, la pathogénie des ankyloses spontanées devient très simple.

Toutes sont d'origine toxi-infectieuse. Le froid humide, le traumatisme, etc., ne sont que des causes occasionnelles, provocatrices ou localisatrices d'un pseudo-rhumatisme. Tous les pseudo-rhumatismes tendent à l'ankylose, dans le cas où ils ne sont pas hydropigènes. C'est d'eux que relèvent toutes les arthrites plastiques dont le plus grand nombre s'expliquent par la blennorragie et surtout par la tuberculose.

Pareille notion est d'un intérêt majeur. Elle paraît, en effet, de nature à élucider certaines pathogénies jusqu'ici mystérieuses, en pathologie humaine comme en art vétérinaire.

D'un côté comme de l'autre, on fait jouer un rôle injustifié aux théories mécaniques. C'est par la surcharge, par les excès de pression établissant de nouveaux contacts que certaines articulations surmenées arriveraient à l'ankylose. Ainsi en serait-il du pied plat douloureux. L'astragale, mal orienté, glisserait en avant, culbuterait en bas et en dedans, détruirait la voûte plantaire, parce qu'en même temps la petite apophyse calcanéenne est atrophiée. De là des pressions anormales, des irritations et finalement de l'ankylose.

A la réflexion, cette explication statique des synostoses paraît bien un peu surprenante. Elle devient inadmissible quand on songe que la caractéristique du pied le plus déformé au point de vue articulaire est de ne jamais s'ankyloser. Si la théorie statique était vraie, tous les pieds bots congénitaux devraient être synostosés. Il n'en est rien. Cette exception cadre trop mal avec la théorie pour ne pas l'infirmer.

Aussi nous pensons, d'après cela et avec beaucoup d'autres bonnes raisons, qu'il faut l'abandonner et s'en tenir à la formule que nous avons émise : *en dehors d'un processus toxi-infectieux, il n'est pas d'ankylote spontanée.*

Si nous transportons cette donnée en médecine vétérinaire, elle est tout aussi extensive et peut-être solutionnera-t-elle définitivement des questions bien souvent débattues? On connaît, par exemple, la fréquence et la complexité des tares osseuses du cheval. Elles sont diaphysaires comme le suros, ou articulaires comme l'éparvin. Ce sont des ossifications exubérantes et des ankyloses absolues dont la nature est indéterminée. De nombreux travaux et de multiples théories se sont efforcés, dans ces dernières années, de la préciser (1). Au fond, on peut grouper sous trois chefs toutes les explications proposées : *hypothèse ligamenteuse*, *hypothèse articulaire*, *hypothèse ostéitique.*

Ces hypothèses ressemblent fort aux si nombreuses théories pathogéniques de la tarsalgie des adolescents.

Or là, pas plus qu'ailleurs, les influences mécaniques ne sauraient être suffisantes pour produire des synostoses. Il nous semble contraire à tout ce que l'on sait, de supposer qu'une hyperextension ligamenteuse répétée soit suffisante pour déterminer « de l'ostéite périphérique qui, en modifiant la nutrition du cartilage, fait apparaître les lésions arthritiques » [Banier (2)] dont dépend l'ankylose.

Il faut plus que des arrachements ligamenteux infimes pour produire une « ostéo-arthrite ankylosante ». Nous avons pu voir au musée de l'Ecole vétérinaire de Lyon des pièces superbes d'éparvins. Avec ce que nous savons des ankyloses de l'homme, nous dirons, sans arrière-pensée, que seul un processus infectieux peut donner de pareilles productions osseuses. C'est donc dans ce sens qu'il faut s'orienter si l'on veut une explication admissible, et volontiers c'est vers la tuberculose que nous la chercherions. La tuberculose étant très rare chez les chevaux, il serait curieux de voir si le séro-diagnostic, la tuberculine, ne donnerait pas l'indication définitive de l'infection qui, seule, engendre de pareilles ossifications (3).

II

Les données générales que nous venons de développer sur les arthrites ankylosantes trouvent leur application intégrale à la pathogénie des ankyloses vertébrales.

Dans ces dernières années, on s'est efforcé de les catégoriser et en distinguer différents types. P. Marie et son élève Leri se sont attachés à cette étude. Ils ont isolé dans le chaos du rhumatisme chronique, des individualités anatomo-cliniques assez vivantes pour avoir été les jalons de tout ce qui a paru sur ce sujet. Autour de chacune des formes qu'ils avaient vulgarisées, des observations plus ou moins identiques sont venues, de tous côtés, cristalliser, en quelque sorte, et consolider une doctrine séduisante.

Toutefois, il y a là, croyons-nous, quelque chose d'artificiel. Ce ne sont pas les positions d'ankyloses, le plus ou moins de diffusion du processus ossifiant, qui peuvent permettre d'isoler des types définitifs.

Si l'on appliquait pareille méthode aux articulations des membres, on arriverait à des conclusions inadmisibles et il n'y a aucune raison d'appliquer un régime de faveur à la colonne vertébrale. Le processus ankylosant est là ce qu'il est partout ailleurs et rien de plus. La localisation des lésions, leur généralisation, le plus ou moins de régularité des ossifications auxquelles elles conduisent, peuvent permettre d'indiquer des divisions commodes pour l'étude. Elles ne sauraient impliquer des distinctions pathogéniques.

(1) V. Drouin. Étiologie et pathogénie des tares osseuses, *Revue gén. de méd. vétér.*, 15 avril 1903.

(2) Banier. Sur la pathogénie de l'éparvin, *Bull. de la Soc. cent. de méd. vétér.*, 1898.

(3) Depuis quelques mois, M. le professeur Cadéac, de l'École vétérinaire de Lyon, a bien voulu, sur notre demande, entreprendre de telles expériences chez le cheval. D'après les résultats obtenus jusqu'à ce jour, notre hypothèse serait bientôt une réalité.

C'est ce que nous voulons essayer de montrer ici. Pour cela, il est nécessaire d'établir, tout d'abord, quelles sont les principales formes isolées dans le groupe confus des ankyloses vertébrales.

Au point de vue anatomique, on en décrit deux grands types. L'un est surtout ligamenteux, l'autre plutôt ostéo-articulaire. Le premier correspond, dit Léri, à une *ménisco-ligamentite*. Il peut être généralisé ou localisé.

Dans chaque cas, il offre certaines caractéristiques que nous indiquerons.

Total, il crée la spondylose rhizomélique, maladie toxi-infectieuse.

Localisé, il produit la cyphose de Bechterew, affection hérédo-traumatique.

Le second type répond à une ossification, totale, rectiligne, de la colonne et serait seul le fait du rhumatisme chronique.

A première vue, ces divisions paraissent bien un peu frêles. Voyons-en le détail.

Dans le premier cas, d'après Marie et Léri, on trouve l'ossification de presque tous les ligaments de la colonne. Les apophyses articulaires sont soudées à leur pourtour, elles ne forment plus extérieurement qu'une colonnette moniliforme. Les ligaments jaunes sont nettement ossifiés par place, de même en est-il des ligaments costo-vertébraux. La plupart présentent seulement une ossification de leurs faisceaux supérieur et inférieur, plus résistants. Les faisceaux moyens qui se rendent au disque intervertébral sont respectés. Les ligaments costo-transversaires sont pris, eux aussi. Les sus-épineux forment, par place, des ponts osseux, entre les épiphyses voisines. Même dispositifs est réalisé, mais au moins complètement, sur la face antérieure des corps vertébraux, plus, semble-t-il, « par ossification du disque que par celle du ligament vertébral commun antérieur. » Celui-ci, eu effet, comme le ligament commun postérieur, reste presque intact.

De plus, le canal rachidien garde son diamètre normal, sans végétations, même exubérantes, en diminuant la lumière. Les trous invertébraux conservent, eux aussi, leur calibre normal. Il existe, seulement, par endroit, un rapprochement plus ou moins accusé de certaines extrémités articulaires, pouvant aller tardivement jusqu'à la soudure totale de deux os voisins.

D'autre part, ce processus touche ainsi toutes les articulations à ménisque ou à bourrelet : la hanche, l'épaule, le genou, la sterno-claviculaire, la temporo-maxillaire.

Finalement cependant, mais toujours tardivement, il pourrait se généraliser aux articulations des pieds.

En somme, à part ce dernier détail, il répond à une ménisco-ligamentite ossifiante.

Mais, de plus, il semble que l'hyperossification se fasse aux dépens d'une désossification parallèle, en d'autres endroits, où les os sont ramollis et frappés d'ostéite raréfiante.

Tel serait l'aspect caractéristique de la spondylose rhizomélique, maladie bien isolée, véritable entité anatomo-clinique.

La *cyphose hérédo-traumatique*, décrite par Bechterew sous le nom de : *rigidité vertébrale*, dite, parfois aussi, *maladie de Kümmel*, vulgarisée en France par Marie et Astié (1), est moins connue. Léri, qui

(1) Marie et Astié. *Presse méd.*, octobre 1897.

en a publié une autopsie détaillée, la regarde comme caractérisée anatomiquement par une cyphose avec ossification en saillie de la plupart des ligaments vertébraux.

Le plus touché serait le ligament vertébral commun antérieur, mais non sur toute sa hauteur. Avec lui, les ligaments jaunes sont aussi frappés dans le même département rachidien, les autres sont plus ou moins intacts.

Bref, la formule anatomique de cette forme peut être ainsi enoncée : ankylose, localisée à la concavité d'une courbure cyphotique.

Tout autres sont les lésions dans le rhumatisme vertébral. Ce qui domine en pareil cas, c'est la soudure en masse et dans le sens rectiligne de tout l'arc vertébral, ou de l'un de ses segments (Teissier). C'est l'ossification régulière des ligaments antérieurs qui forment des ponts rigides entre les corps vertébraux immobilisés en un bloc rectiligne. C'est encore la présence constante d'ostéophytes, parfois volumineuses, surtout au niveau des faces latérales du rachis, diminuant beaucoup la lumière des trous de conjugaison, comme l'ont établi Touche et Regnault. J. Teissier, auquel nous empruntons cette description, en a montré de très belles pièces.

Les lésions sont, on le voit, bien différentes de celles de la spondylose. Elles sont trop dissemblables pour qu'on puisse leur supposer une pathogénie univoque. Il faut donc disjoindre ces deux modalités cliniques et les opposer, au lieu de les réunir dans un groupement synthétique.

P. Marie et Léri (1), J. Teissier et Roque (2) se sont prononcés formellement dans ce sens.

En résumé, il existe deux types d'ankylose vertébrale : l'un ligamentaire, qui s'accompagne d'ostéomalacie, d'ostéite raréfiante ; l'autre ostéo-articulaire, purement plastique.

Au premier, ressortissent deux formes cliniques : la spondylose rhizomélique et la cyphose hérédo-traumatique.

Du second, dépend le rhumatisme vertébral, qui peut être cervical, cervico-dorsal, dorso-lombaire ou total (3).

Contrairement à cette manière de voir, nombre d'auteurs, Schlesinger (4), A. Pic (5), sont résolument unicistes.

Ce ne sont là que des formes, à peine différentes, d'un processus univoque.

Telle est notre opinion.

Comme nous l'avons développé ailleurs (6), tout agent causal peut, en matière de rhumatisme chronique, prendre au niveau des articulations deux seuls modes évolutifs, l'un atrophique, raréfiant, l'autre plastique, hyperostosant. Ces modalités différentes voisinent souvent chez le même malade. Ce sont des questions de virulence et de terrain qui marquent la dominante du processus et non point sa nature.

On ne peut se baser sur eux pour établir des distinctions pathogéniques.

En outre, ainsi que nous l'avons établi au début, toute toxi-infection est susceptible d'engendrer

(1) Marie et Léri. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, nº 1, 1905.
(2) J. Teissier et Roque. *Traité de médecine*, art. Rhumatisme chronique.
(3) V. Mayet et Jouve. *Gaz. des hôpit.*, 1902.
(4) Schlesinger. *Mitt aus den Grenzheb.*, 1900.
(5) Pic et Bombes de Villiers. *Lyon méd.*, 1903.
(6) A. Poncet et R. Leriche. *Acad. de méd.*, 13 mars 1906.

n'importe quelle variété d'ankylose. Chez tel individu elle donnera une ankylose périphérique, capsulo-ligamentaire; chez tel autre, une synostose absolue. Tout dépendra du mode d'attaque et de la localisation prédominante.

Et si la spondylose réalise plus souvent le premier type, c'est parce que, à la colonne, *les ankyloses sont le plus souvent périphériques. L'ossification intervertébrale est plus rare parce que les fusions interarticulaires absolues correspondent surtout à des lésions synoviales et à des ulcérations cartilagineuses. Pour un tel résultat, il faut un cartilage mince et une séreuse. Ni l'une ni l'autre de ces conditions ne sont réalisées au rachis.*

Le syndrome spondylose-rhizomélique ne correspond donc pas, fatalement et nécessairement, à un processus ligamentaire, mais il y répond le plus souvent. D'autre part, il n'est pas fatalement accompagné d'une ostéite raréfiante. Ce qui le prouve, c'est que Pic a trouvé, chez ses malades, une véritable éburnation des hanches synostosées. Nous avons nous-mêmes observé des lésions d'ostéite condensante chez des spondylosiques.

Enfin, on ne saurait donner comme un caractère pathognomonique d'une lésion, le fait de la position d'ankylose.

Au rachis comme ailleurs, la rectitude et la flexion sont déterminées par des questions de statique. Quand le processus est ankylosant d'emblée, la colonne est figée dans sa forme brusquement. Quand au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, les lésions passent par une phase transitoire d'ostéomalacie, les déformations les plus diverses peuvent survenir. Le ramollissement osseux permet l'action des causes mécaniques, et l'ostéite condensante terminale ou l'ankylose de guérison surprennent le squelette dans une position anormale, désormais définitive.

L'ankylose dite du rhumatisme chronique, est en extension, parce qu'elle est totale, et que d'emblée, le processus est ankylosant.

Les ankyloses de la spondylose ou de la cyphose hérédo-traumatique sont en partie vicieuses, parce que l'agent causal épuise longtemps son effort à la périphérie, en ne donnant primitivement au niveau du squelette proprement dit que du ramollissement inflammatoire. Et alors pendant que, lentement, les ligaments s'ossifient, la colonne se tasse et s'incurve.

Ces actions parallèles qui s'accompagnent de douleurs violentes, progressent fatalement, avec le même cortège de souffrances, jusqu'au jour où le processus ossifiant est devenu suffisant pour fixer les lésions et immobiliser le rachis en position anormale.

Là comme partout en pathologie articulaire, l'immobilisation est curative. Elle fait rétrocéder l'inflammation, elle diminue, elle supprime la douleur.

Pour ces diverses raisons, en appliquant au cas particulier ce qui est la règle générale pour toutes les autres articulations, nous ne croyons pas que l'on puisse trouver dans de purs caractères morphologiques un motif valable de différenciation entre deux processus, rattacher l'un à une trophonévrose, et l'autre à une toxi-infection.

Pour nous toute ankylose spontanée, nous le répétons, est le résultat d'une infection qui touche plus ou moins les ligaments ou les os, mais jamais les uns à l'exclusion des autres. Toutes les formes de transition existent, tous les intermédiaires sont réalisés, la chaîne est donc ininterrompue entre les types extrêmes.

Mais s'il en est ainsi quels sont les facteurs étiologiques à invoquer, en fin de compte?

D'après ce que nous avons dit, le froid même prolongé, les émotions, le traumatisme, etc., ne sont pas autre chose que des causes occasionnelles. Pour le traumatisme, la question veut être développée. On l'a, en effet, mis directement en cause comme explication de la cyphose de Bechterew. Pour Marie et Leri, son rôle est manifeste. Nous pensons, au contraire, que des chocs insignifiants, même répétés, ne peuvent donner de l'ankylose vraie. Des arrachements ligamentaires minimes sont insuffisants à engendrer des hyperostoses étendues et ne produisent guère que de petites ecchondroses, des stalactites très localisées.

Reuter (1), dans un mémoire récent, s'est attaché à montrer comment la doctrine de Kümmel était inadmissible au point de vue anatomo-pathologique. Avec lui, nous nous refusons à croire que des traumatismes légers, plus ou moins appréciables, puissent, par hémorragie intra-osseuse, engendrer une ostéite raréfiante assez intense pour permettre des tassements et la cyphose consécutive.

Il faut une infection pour donner naissance à de pareilles lésions, mais *aucune n'est spécifique et tout agent microbien peut intervenir.*

Deux sont le plus habituellement en cause, le gonocoque et le bacille de Koch, quelquefois même ils associent leur pouvoir plastique commun.

Pour la blennorragie, on ne fait aucune difficulté à l'admettre.

Pour la tuberculose, la chose est moins classique. Elle est tout aussi sûre cependant.

Depuis la communication de l'un de nous à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2), les observations s'en sont multipliées. Celles de Pic et Bombes de Villiers, de L. Thévenot, etc., les thèses, entre autres, de Moutet et de Gerspacher, ont surabondamment démontré l'action, en pareil cas, du poison tuberculeux.

Leri, dans ses premiers mémoires, avait d'ailleurs signalé certains spondylosiques comme suspects de tuberculose : ainsi celui d'Hilton Fagge, de Teixidos Sunor. Il rapportait lui-même un cas où la tuberculose n'était pas douteuse. J. Teissier en a cité un autre.

Bref, sur une soixantaine d'observations de spondylose connues, une vingtaine au moins lui sont rattachables.

Ces relations de la tuberculose et de l'ankylose vertébrale ont trouvé une nouvelle preuve dans les constatations récentes de Lorentz. La fréquence des lésions ankylosantes de la colonne chez les tuberculeux est telle, d'après lui, qu'on ne peut la considérer comme une simple coïncidence : *sur 174 phtisiques, il en trouve 68 atteints de rigidité vertébrale, dont 55 p. 100 ayant moins de quarante ans!*

Il est donc certain aujourd'hui que la tuberculose est à l'origine d'un grand nombre d'ankyloses, quels que soient leur siège et leur forme anatomique.

Elle agit là sans produire de lésions spécifiques et d'édifications anatomiques caractéristiques.

(1) Ueber die Beziehungen zwischen spondylites Traumatica und Ankylose des Wirbehäule, *Arch. f. Orthopedic.*, Bd. II, p. 137, 1903.

(2) A. Poncet. Soc. méd. des hôpit., 1903.

Ce sont des ankyloses par tuberculose inflammatoire dont le rhumatisme tuberculeux ankylosant est une des formes les plus fréquentes.

Comme tout rhumatisme infectieux, il a, au premier chef, une tendance fibro-plastique, et c'est à lui qu'il faut toujours penser en présence d'une ankylose spontanée, dont la cause échappe, alors même que le malade paraît en pleine santé. Il pourra mettre sur la voie des lésions larvées, jusqu'alors silencieuses, dont il n'est qu'une anormale et bruyante manifestation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1906)

Prophylaxie du paludisme à Madagascar. — On se souvient de la communication qu'a faite M. Blanchard sur les progrès effrayants du paludisme à Madagascar. Il terminait par la proposition d'un vœu qui a été discutée et renvoyée à une commission.

Au nom de cette commission, M. LAVERAN propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« L'Académie, considérant que l'épidémie palustre s'étend et s'aggrave à Madagascar, émet le vœu qu'une commission soit nommée à Tananarive pour étudier sur place les meilleures mesures de prophylaxie à prendre contre le paludisme. »

Cette commission devra s'inspirer, ajoute M. Laveran, des conditions classiques de lutte suivies dans d'autres pays et s'attacher surtout à faire l'éducation hygiénique des indigènes.

Cette proposition a été adoptée.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Brouardel. Tout en respectant la volonté du maître regretté qui a demandé qu'aucun discours ne fût prononcé à son sujet, M. GUÉNIOT rappelle, en quelques mots, les services éminents rendus à la science et surtout à l'hygiène par l'ancien doyen de la Faculté de médecine qui était doué d'une puissance de travail et d'une précision d'esprit des plus remarquables.

Le cancer et les helminthes. — Dans un rapport sur un intéressant travail de M. Borel, M. ROUX étudie les rapprochements qui peuvent exister entre les cancers et les helminthes.

De l'observation de diverses tumeurs malignes chez les souris et les rats, des cancers au rein ou au foie, M. Borel a pu conclure que souvent des cancers ont une origine vermineuse. Il existe d'autre part, pour les souris, des cages à cancer comme on observe les maisons à cancer.

Le rapprochement qui vient d'être fait entre les helminthes et les cancers pourrait expliquer peut-être la fréquence des cancers dans les endroits humides, dans les maisons proches d'emplacements de fumiers ou autres endroits, où, plus qu'ailleurs, se retrouvent les helminthes ou autres vers intestinaux.

L'assistance en Indo-Chine. — M. KERMORGANT lit une note sur le fonctionnement de l'assistance médicale en Indo-Chine, et relate les progrès réellement considérables réalisés par l'administration qui a déjà établi un grand nombre de postes médicaux, des hôpitaux d'isolement, des maternités, etc., et détaché dans tous les postes consulaires, des médecins chargés de soigner les indigènes, de signaler et de combattre les épidémies — excellents agents d'extension de notre influence morale. Les résultats de cette organisation se traduisent déjà par un abaissement de la mortalité.

Les émigrants. — M. CHANTEMESSE, en son nom et au nom de M. Borel, signale les graves dangers que fait courir à la santé publique le passage de milliers d'émigrants à travers notre pays et quels périls font courir à Marseille les émigrants orientaux qui viennent y séjourner.

Le 9 mai dernier, 430 émigrants, partis par train spécial de Czernowitz, en Autriche, depuis six jours, et n'ayant eu de repos que vingt-quatre heures à Vienne et dix-neuf heures à Bâle, arrivèrent à la gare de l'Est.

Du wagon sortit un petit cadavre, celui d'un jeune enfant. La cause de la mort a été, d'après le médecin de la gare, la « misère physiologique ». Jusqu'à Pantin, l'épuisement de cet enfant était resté parfaitement inconnu. Que fût-il advenu si la maladie à laquelle il succombait avait été le choléra?

Il y a peu de mois, 100 émigrants allemands traversèrent la frontière française à Belfort et arrivèrent à Marseille tellement harassés et affamés qu'ils faillirent se mutiner. On dut les conduire en hâte à bord du navire sur lequel ils devaient partir et leur servir le repas nécessaire qui les calma. Si cet événement s'était produit l'année dernière au moment où le choléra sévissait en Allemagne, n'eût-il pas semblé qu'on avait pris les mesures propres à diminuer justement la résistance vitale chez ces émigrants et facilité ainsi l'éclosion d'un choléra latent?

Les émigrants qui arrivent à Marseille, au nombre environ de 15000 par an, sont en général des Grecs, des Syriens, des Arméniens. Ils s'embarquent dans les diverses Echelles du Levant comme passagers de pont. Ces passagers, qui peuvent être parqués pour ainsi dire en nombre illimité sur les navires, sans aucun couchage, sans place fixée, sans abri, emportent la nourriture nécessaire pour six ou même dix jours de voyage avec eux. Au départ, le médecin sanitaire, à Jaffa ou à Beyrouth, ne fait qu'une visite superficielle. Ceux qui n'ont pas de billets, le *cafedji* ou le *poli cadji*, essaye de les faire payer, et la traversée se fait sans encombre, à moins qu'une épidémie se déclare parmi ces gens. L'éventualité est possible, car à bord rien n'est préparé pour lutter contre le danger. Mais, ces émigrants arrivés à Marseille, comment vivent-ils?

Ils sont accaparés, dès le début, par des « pisteurs » qui les traînent vers des hôtelleries où ils sont entassés dans des chambres étroites, mal aérées.

M. Chantemesse, en compagnie de l'inspecteur général adjoint Faivre et du directeur de la santé de Marseille, a fait une enquête dans une de ces hôtelleries, au mois d'avril. Ils trouvèrent 127 émigrants parqués dans des chambres dont la plus grande mesurait 11 mètres de longueur, $4^{m}20$ de largeur et 3 mètres de haut; 18 à 20 émigrants y couchaient. La maison ne possédait qu'un seul water-closet!

Si le choléra éclatait dans une telle hôtellerie, il n'est pas douteux que la plupart des habitants et une partie du quartier voisin en seraient rapidement les victimes.

La conclusion, c'est qu'il faut refondre entièrement la législation française relative à l'émigration.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

CANCER DU PANCRÉAS [1]

2. SIGNES D'ORDRE DIABÉTIQUE. — 1° *Polyphagie, polydipsie, polyurie*; 2° *Glycosurie*, symptôme capital. D'après la majorité des auteurs, la glycosurie n'existerait qu'aux premières périodes du cancer du pancréas; aux dernières, elle disparaîtrait par suite de l'insuffisance hépatique venant doubler l'insuffisance pancréatique (Courmont et Bret); 3° *Hypo-azoturie*, *albuminurie* et *lipurie* fréquentes; 4° Plus rarement, on a signalé l'impuissance, la chute des cheveux et des dents, l'émaciation rapide, les pigmentations cutanées, plus ou moins analogues à celles que l'on observe dans le diabète bronzé.

3. CACHEXIE *rapide, très prononcée* : « L'amaigrissement est extrême; en quelques semaines, le malade est réduit à l'état de squelette » (Mirallié). Cette cachexie, apyrétique, parfois accompagnée d'hémorragies, est fréquente, mais non constante.

2° MM Bard et Pic reprochent à la division classique « de mettre sur le même plan différents symptômes dont l'importance est très inégale en clinique ». Pour eux, le cancer primitif du pancréas « présente un certain nombre de signes prédominants qui, par leur réunion, leurs caractères spéciaux, et surtout leur enchaînement, constituent leur véritable syndrome.

Ces symptômes sont :

a. L'*ictère* permanent, progressif, bronzé, et accompagné des signes de la rétention biliaire et de dilatation de la vésicule biliaire;

b. L'*absence d'augmentation de volume du foie*, « caractère négatif des plus importants, » *absence de splénomégalie, d'ascite*;

c. L'*absence de fièvre*, et même, à la fin, l'*hypothermie*;

d. L'*intensité de la cachexie*, c'est-à-dire d'une sorte d'auto-intoxication par les produits incessamment déversés dans l'économie par la tumeur qui est une véritable glande pathologique, sans canal excréteur;

e. La *rapidité de l'évolution*;

f. Quant à la *glycosurie*, il faudrait, d'après Bard et Pic, distinguer deux ordres de faits : *a.* ceux où la glycosurie ne s'accompagne d'aucun autre signe de diabète; *b.* ceux où, au cours d'un cancer pancréatique, on a observé un diabète vrai. Dans la première catégorie de faits, la glycosurie est légère, variable; elle est due à la sclérose du pancréas, fonction de l'infection ascendante consécutive à l'obstruction. La sclérose étant inconstante, la glycosurie l'est aussi. Dans la seconde, on admet habituellement que le diabète est dû au cancer, celui-ci déterminant une insuffisance pancréatique progressive. Bard et Pic objectent à cette théorie que le cancer, au lieu de supprimer les fonctions du pancréas, les exalte. Aussi estiment-ils qu'en réalité, le diabète est tout à fait indépendant du cancer. Peut-être, cependant, le développement de celui-là peut-il atténuer ou faire disparaître les phénomènes diabétiques, l'hyperfonctionnement des cellules néoplasiques exagérant la production du ferment glycolytique.

B. Dans le **cancer du corps**, le plexus solaire est irrité, ce qui explique la pigmentation et les douleurs intenses (Lancereaux).

C. **Epithélioma kystique**. — Il se caractérise surtout par les *signes physiques* qui l'accompagnent : tumeur de volume variable, arrondie, lisse, peu mobile, de consistance élastique ou même fluctuante, submatité séparée de la matité hépatique par une zone de sonorité. Cette tumeur, qui s'accroît progressivement, donne lieu à des phénomènes de compression et se termine parfois par rupture brusque.

D. **Marche. Durée. Terminaison**.— La marche est *continue*, et *progressive*. La plupart des auteurs, avec Mirallié, distinguent *deux phases* : une première, glycosurique, où l'on observe un ictère léger, avec phénomènes de diabète maigre et de la stéarrhée, où l'ictère s'accroît, où le foie s'atrophie, tandis que la vésicule biliaire subit une dilatation énorme, et où la cachexie fait des progrès rapides.

La *durée* varie entre quatre et sept mois; elle pourrait aller jusqu'à vingt-trois mois (Macaigne).

La *mort* est la terminaison fatale de la maladie; elle peut être lente ou rapide. Dans le premier cas, elle est le fait du marasme. Dans le second, elle est généralement due à une complication : hématémèse, hémorragie intestinale, perforation d'un gros vaisseau, pyléphlébite. occlusion intestinale, etc. Dans le cancer du corps, on a quelquefois observé la mort subite (Lancereaux).

Pour les *formes*, voir Mirallié, loc. cit.

DIAGNOSTIC. — **Essentiel.** — Il a été très bien résumé par Bard et Pic : « Les signes dominants et caractéristiques sont, avant tout, l'existence d'un *ictère chronique* toujours progressif, avec *dilatation énorme de la vésicule biliaire*, *avec amaigrissement et cachexie rapides*, mais *sans augmentation notable de volume du foie*; le dernier de ces quatre signes, quoique purement négatif, est, dans l'espèce, tout aussi important que les autres : leur réunion constitue la caractéristique spéciale de la maladie. »

A ces signes il faut ajouter la *glycosurie*. Glycosurie + ictère progressif =, presque à coup sûr, cancer du pancréas.

Différentiel. — Envisager schématiquement plusieurs cas :

I. CAS OU DOMINE L'ICTÈRE. — 1. Dans la *cirrhose hypertrophique biliaire*, l'ictère évolue par crises; l'hépato et la splénomégalie sont bien marquées. Signes négatifs : il n'y a pas de troubles digestifs, pas de décoloration des matières, pas de dilatation de la vésicule biliaire, pas de glycosurie. L'état général est longtemps conservé. L'évolution, très lente, se chiffre toujours par années (trente ans dans un cas de Schachmann); 2. Entre l'*ictère prolongé* et le cancer du pancréas, seule, l'évolution permet souvent de faire le diagnostic, l'ictère pouvant, dans le cancer du pancréas, présenter des variations notables, au moins au début; 3. Dans la *lithiase biliaire* (cholédocique), il existe des antécédents de coliques hépatiques; la vésicule biliaire est atrophiée; l'état général reste longtemps satisfaisant, la guérison est possible. Il n'y a pas de glycosurie; 4. Le *cancer des voies biliaires* est toujours très malaisé à différencier du cancer pancréatique, qu'il siège sur la vésicule, sur les conduits extra-hépatiques, ou sur l'ampoule de Vater. Cependant il est classique d'invoquer : dans le premier cas, l'existence d'une tumeur se continuant avec le foie, l'apparition des accidents chez des femmes âgées, dyspeptiques et lithiasiques; dans le second, l'existence d'une tumeur sur le trajet du cholédoque; dans le troisième, la variabilité de l'icère, l'existence d'une diarrhée rebelle, l'évolution lente. Dans aucun des trois, il n'y aurait de glycosurie. 5. Le diagnostic entre le cancer du pancréas et certaines *pancréatites chroniques* est impossible avant l'opération.

II. CAS OU DOMINENT LES SIGNES DE TUMEUR. — On pensera, selon les cas, à un *cancer de l'estomac* (qui peut exceptionnellement [Jaccoud] s'accompagner de glycosurie); à une *sténose du pylore*; à une *périgastrite*; à une *pancréatite chronique*.

III. CAS OU DOMINE LA GLYCOSURIE. — Ici encore, la seule difficulté, d'ailleurs souvent insurmontable, consiste à distinguer le cancer d'une *pancréatite chronique*.

TRAITEMENT. — **Médical.** — Opothérapie pancréatique, morphine, etc.

Chirurgical. — PALLIATIF : Cholécystentérostomie pour combattre l'ictère, ou cholécystostomie. — CURATIF : On a proposé, et exécuté, avec des résultats divers, l'ablation de la tumeur, dans les cas où elle est bien limitée.

CANCERS SECONDAIRES

Ils peuvent envahir le pancréas *par contiguité* (cancer de l'estomac, du duodénum, du foie, du rein), ou *provenir d'une greffe à distance* : cancer de l'utérus, du corps thyroïde, du sein, etc.

Ils atteignent surtout la queue du pancréas. Histologiquement, ils reproduisent le type du cancer qui leur a donné naissance. Leur symptomatologie est très obscure, leur diagnostic, souvent impossible, leur traitement, purement palliatif.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 79, p. 945, et n° 81, p. 970.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du pancréas, par le docteur F. Villar, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux. In-8 raisin, 340 p. avec 84 fig. intercal. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, J. Rousset.

Précis de coprologie clinique, par le docteur René Gaultier, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur A. Robin. In-8 de 384 p. avec 1 pl. pl. color. et 65 fig. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'action diastasique dans les fermentations industrielles, par Émile Diederich. In-8 de 182 p. avec 12 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rousset.

Le vieillissement artificiel des vins et des spiritueux, par F. Malvezin, directeur de la *Presse œnophile*. (Collect. des actual. chim. et biol., n° 5.) — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

L'Engadine en France, par le docteur Baradat (de Cannes). Broch. in-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

A l'occasion des vacances de 1906, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche sur l'Auvergne trois nouveaux trains spéciaux à prix réduits (3e classe seulement).

Départ de Paris les 26 juillet, 2 et 9 août, à 6 h. 10 soir.

Prix aller et retour, de Paris à : Clermont-Ferrand, 25 francs; Brioude, 28 fr. 50; Neussargues, 33 francs; Saint-Flour, 35 francs; Ruines, 36 francs; Saint-Chély, 38 fr. 50; Aumont-Aubrac, 40 francs.

Franchise de 30 kilogs de bagages.

Nombre de places limité.

Les billets sont nominatifs; ils sont délivrés au bureau de ville P.-L.-M., rue Tiquetonne, 64, jusqu'à la veille du départ de chaque train.

Les bagages sont reçus à l'enregistrement dès la veille du départ, et le jour du départ jusqu'à midi au plus tard.

Le retour s'effectuera, au gré des voyageurs, jusqu'au 1er novembre 1906 par tous les trains ordinaires, y compris les express, dans les mêmes conditions que les voyageurs en général.

N° 85. — SAMEDI 28 JUILLET 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 28 JUILLET 1906. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel du 25 juillet 1906, le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 28 mai 1906 est porté de 41 à 43.

Les deux places nouvelles, dont une est fondée par l'Université de Lyon, seront comprises dans la section de médecine et réservées à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1907, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Deux concours s'ouvriront à l'École d'application du service de santé militaire :

L'un le 22 octobre 1906, pour deux emplois de répétiteur : physiologie, histologie et anatomie pathologique, microbiologie, parisotologie, chimie et physique biologiques, à l'école du service de santé militaire ;

L'autre, le 5 novembre 1906, pour l'emploi de répétiteur : anatomie descriptive et topographie, à l'école du service de santé militaire.

En exécution de l'article 31 du décret du 18 mai 1906, les médecins-majors de deuxième classe sont seuls admis à concourir.

Les épreuves sont déterminées par les notes ministérielles des 28 février 1890 et 30 décembre 1901 ; elles seront subies rigoureusement dans les conditions prévues par la décision ministérielle du 26 décembre 1888.

Les médecins-majors de deuxième classe qui désireront prendre part à ces concours adresseront au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau), avant le 1er octobre prochain (terme de rigueur), une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin-major de première classe Martel, du 5e d'infanterie colonial, a été désigner pour servir à Madagascar, par permutation avec M. le médecin-major de première classe Rousselot-Bénaud, précédemment affecté à la colonie, qui a été maintenu au 5e d'infanterie coloniale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Junin (de Poitiers) et Eugène Stéphann (d'Alger).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et la Suisse par Pontarlier.* — Train express de jour entre Paris, Berne et Lausanne composé d'un restaurant, de voitures à fauteuils-lits, de 1re classe à couloir avec lavabos et water-closets.

Aller : départ de Paris 9 h. 10 matin; arrivée à Berne 8 h. 17 soir, à Lausanne 7 h. 30.

Retour : départ dn Lausanne 2 h. 18 soir, de Berne 1 h. 28; arrivée à Paris 10 h. 25.

(N'aura lieu que jusqu'au 30 septembre.)

Train express de nuit entre Paris, Berne, Lausanne, Interlaken cnmposé de wagons-lits, de lits-salons et de 1re et 2e classes à couloir avec lavabos et water-closets (voiture directe à lits-salons, 1re et 2e classes Berne ; vagon-lits, 1re et 2e classes Interlaken).

Aller : départ de Paris 10 h. 20 soir; arrivée à Berne 9 h. 35 matin, à Lausanne 9 h.

Retour : départ de Lausanne, 10 h. 40 soir, de Berne 9 h. 37 soir; arrivée à Paris 6 h. 45 matin.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1018.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 26, 28 juin 1906.) Joseph D. BRYANT : Sur la nature et le mode de propagation des tumeurs malignes. — Charles Greene CUMSTOM : Quelles mesures efficaces peut-il exister pour prévenir l'extension de la syphilis et l'augmentation de la prostitution? — B. H. CASWELL : Considérations sur le traitement des accidents de l'anesthésie générale surtout au point de vue de l'utilisation de médicaments préventifs. — (Vol. CLV, n° 1, 5 juillet.) Francis P. KINNICUTT : Les principes de l'alimentation dans la fièvre typhoïde et les autres fièvres (avec 1 tableau). — Henry JACKSON : Le cœur dans le puerpérium. — Walter A. GRIFFIN : La tuberculine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — W. L. BURRAGE : Kyste dermoïde à pédicule tordu et torsion du ligament large (avec 1 fig.). — R. G. WADSWORTH : Un cas de kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu. — J. R. TORBERT : Un cas de grossesse compliquée de myocardite à la suite de diphtérie.

Bulletin médical. — (N° 57, 21 juillet 1906.) VALUDE : Prophylaxie des accidents oculaires du travail. — GOURICHON : Les colonies scolaires de vacances pour les enfants des écoles primaires. — NOËL : Les malingres.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 juin 1906.) BING : L'euquinine et l'aristochine dans la coqueluche.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 28, 12 juillet 1906.) ZUKERKANDL : Traitement de la tuberculose rénale. — FREUND : Sur l'anesthésie rachidienne. — MUHSAM : Sur une blessure typique des chauffeurs. — KIRCHNER : Quel est le temps de la marche le plus dangereux au point de vue de la fracture des os de la partie moyenne du pied. — EHRMANN : Sur la découverte de spirochæte pallida dans les nerfs du prépuce, dans la sclérose syphilitique initiale. — RIEBOLD : Fièvre menstruelle; septicémie pendant la menstruation; autres maladies infectieuses ou toxiques de la période menstruelle. — HERZOG : Tentatives thérapeutiques avec la broferrine dans les anémies des enfants. — JUSTI : Découvertes dans le domaine de la médecine.

Écho médical du Nord. — (N° 29, 22 juillet 1906.) OUI : Rétention prolongée de l'œuf mort. — GIRARD : De quelques traitements proposés contre les affections des voies lacrymales. — INGELRANS : Consultations médico-chirurgicales : zona et éruptions zoniformes.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux: (N° 29, 22 juillet.) SABRAZÈS : La ponction lombaire. — BRANDEIS et MONGOUR : Valeur comparée de l'albumo-diagnostic et du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 28, 14 juillet 1906.) DURET et LAVRAND : Otorrhée ancienne; séquestre sous-dure-mérien; évidement pétro-mastoïdien; paralysie faciale croisée; trépanation cranienne; abcès du lobe temporal; guérison opératoire; méningite tuberculeuse; mort.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 29, 19 juillet 1906.) DEBRAY : La typhlo-colite.

Lyon médical. — (N° 29, 22 juillet 1906.) DEVIC et NORDMANN : Une épingle rouillée dans le bulbe.

Marseille médical. — (N° 14, 15 juillet 1906.) POUCEL : Trépanation de la fosse cérébelleuse pour épilepsie. — ROUX DE BRIGNOLES : Sur la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

Medizinische Blatter. — (N° 28, 14 juillet 1906.) VENUS : Le praticien et la méthode d'hyperémie de Bier. — KREMSE : L'administration utérine d'émulsion de bacilles de Koch. — GEORGÜ : Les honoraires dans les accidents du travail.

Montpellier médical. — (N° 27, 8 juillet 1906.) VIRES : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies (*suite et fin*). — LANDE : Du secret médical. — (N° 28, 15 juillet.) JEANBRAU : Le traitement des prostatiques par le praticien. Leçon élémentaire faite à la Faculté le 21 décembre 1905.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 17 juillet 1906.) MÜLLER et JOCHMANN : Une méthode simple pour la démonstration des actions fermentatives protéolytiques. — JEHLE : Le rôle de l'infection des mines dans l'apparition des épidémies de méningite. — ROLLY : Septicémie à pyocyanique chez l'adulte. — SPIELMEYER : Hémiplégie avec intégrité de la voie pyramidale. — RUMPF : Pronostic de la tuberculose pulmonaire. — ROTHFUCHS : Tentatives de suicide. — GRUBE : Emploi de l'hyperémie de Bier dans quelques affections dues au diabète. — RAAB : Le traitement électrique de quelques affections de l'appareil circulatoire. — VIEREK : La coloration de Romanowsky d'après May. — SCHMIDT : Un cas de ganglion du ménisque articulaire du genou. — HOFMANN : Procédé d'extension simplifié. — RIEHL : Contribution à l'étude de la stase de Bier. — MAGNUS : L'activité des reins. — THOREL : Comment nous protégeons-nous dans les autopsies?

Normandie médicale. — (N° 14, 15 juillet 1906.) CERNÉ et DÉVÉ : Quatre cas de leucémie myélogène soumis à la radiothérapie (*suite*).

Pédiâtrie pratique. — (N° 14, 15 juillet 1906.) RÉNON et TIXIER : Examens cytologiques négatifs dans un cas de méningite tuberculeuse. — GASCARD et DEVALMONT : La radiothérapie des teignes à l'hospice général. — Battista BURZAGLI : Un moyen simple et efficace pour provoquer et augmenter chez la femme la sécrétion lactée absente ou insuffisante.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 28, 15 juillet 1906.) DERI : Hépatoptose. — FARKAS : Hyperémie cérébrale et bains de pieds liquides.

Presse médicale. — (N° 58, 21 juillet 1906.) NICOLLE : Le nouvel Institut Pasteur de Tunis.

Province médicale. — (N° 29, 21 juillet 1906.) ANDRÉ : Traitement des pyélites par les lavages du bassinet.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 13, 15 juillet 1906.) GUILLET : L'état actuel de la métallographie microscopique. — COUSTET : Les récents progrès de la photographie des couleurs. — DIÉNERT : Hydrologie souterraine et eaux potables.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 29, 21 juillet 1906.) BAR : De la rhinite fibrineuse et de son diagnostic avec la diphtérie nasale.

Revue neurologique. — (N° 13, 15 juillet 1906.) DÉJERINE : Considérations sur la soi-disant « aphasie tactile ». — VERGER et GRENIER DE CARDENAL : Tabes pendant l'évolution duquel apparaît un chancre vraisemblablement syphilitique; retard dans l'évolution anatomique des lésions médullaires; névrites périphériques intenses en rapport avec une arthropathie de genou.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 28, 12 juillet 1906.) PIRKET : La réaction précoce dans la vaccine. — NEUMANN et WITTGENSTEIN : La teneur en bacilles tuberculeux des différents organes après injection intra-veineuse. — LUCKSCH : Sur une épidémie de dysenterie. — JUNGMANN : Sur le traitement du lupus, en particulier par la méthode de Finsen. — JELLINEK : Traitement de la maladie de Dupuytren par la théosinamine. — SALUS : Sur les aggressines.

REVUE GÉNÉRALE

CAUSES ET SIGNES DES NÉVRALGIES FACIALES

Par le docteur FERNAND LÉVY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — On doit avec Bernhardt définir les névralgies tri-faciales « des états douloureux qui siègent dans la sphère et le territoire des branches sensibles du trijumeau ». Nous entendrons donc sous ce titre non seulement la souffrance des troncs, des rameaux, des ramuscules nerveux, mais encore les douleurs atteignant les plexus d'anastomose avec le nerf facial et même les rameaux sensitifs qui remontent plus ou moins haut le long de ce nerf moteur.

Il est par conséquent tout naturel de distinguer une *névralgie faciale proprement dite* et une *névralgie des plexus de la face* ou névralgie d'emprunt du nerf facial.

II

Étiologie. — La fréquence absolue des névralgies de la face est assez difficile à apprécier. Chaponnière pense que 1 malade sur 200 environ en est atteint. Pour Valleix, Eulenburg, Lachnit, la trigémialgie vient en tête de toutes les névralgies. Conrad et Bernhardt la placent en seconde ligne, immédiatement après la sciatique. Gintrac la croit moins fréquente que la névralgie intercostale et la sciatique. Pour Bernhardt, les côtés droit et gauche sont à peu près également touchés. Le plus souvent la névralgie est limitée à une branche, mais comme le fait très justement remarquer Valleix, cette limitation anatomique exacte n'est pas la règle, et presque toujours il y a ou il y a eu des élancements douloureux dans une ou dans les deux autres branches du trijumeau. Nous verrons que la branche le plus souvent frappée de même que l'âge où apparaît l'affection varient avec la variété de la névralgie.

Les auteurs ne sont guère d'accord sur le *sexe*. Tandis que Fothergill, Pujol, Méglin, Reverdit, Rennes, Valleix, Erb croient les femmes plus prédisposées, Thouret, J. Frank, Bellingeri, Bernhardt soutiennent le contraire. Chaponnière admet que les deux sexes sont également atteints.

Le *froid*, l'humidité, les brusques variations atmosphériques jouent un rôle des plus nets aussi bien dans la genèse des névralgies faciales que dans la reproduction de leurs crises. Mais les auteurs apprécient diversement cette influence. Il n'apparaît pas a priori évident que certaines *professions* prédisposent particulièrement à la névralgie faciale, quoique Reverdit, Rennes l'aient observée plus souvent chez des cuisiniers. Les *émotions* (colère, peur) sont souvent incriminées par les malades; elles ont un rôle prédisposant sans avoir la grosse importance étiologique qu'on leur attribue.

Si l'on veut aller plus à fond et rechercher la genèse vraie des névralgies faciales, on est obligé d'en distinguer deux formes : 1° La névralgie faciale, symptôme de petite névralgie des auteurs étrangers; 2° La névralgie faciale, maladie peut-être du ganglion de Gasser, à coup sûr des centres nerveux de grande névralgie.

La *petite névralgie — neuralgia minor —* est petite non point peut-être par l'intensité des douleurs qu'elle provoque, mais petite en général par le facile démêlement de ses causes vraies, petite par sa durée ordinairement courte, par l'absence de récidives, et sa sédation prompte au traitement approprié.

La *grande névralgie faciale — neuralgia quinti major —* a des causes moins nettes qui se perdent dans l'étude du tempérament et de la constitution. Ses caractéristiques essentielles sont sa longue durée, ses nombreuses récidives, sa ténacité, sa résistance aux traitements médicaux ou chirurgicaux.

La première succède à l'irritation mécanique ou inflammatoire prolongée du ganglion de Gasser, du tronc du trijumeau, de ses branches et de leurs terminaisons nerveuses cutanées, muqueuses, musculaires, osseuses. Tous nous y sommes prédisposés; c'est pourquoi on la rencontre à tous les âges de la vie.

La grande névralgie, souvent maladie des gens âgés, a pour base le neuro-arthritisme dont la migraine surtout, l'épilepsie ensuite, sont les manifestations le plus souvent rencontrées dans ces cas.

PETITE NÉVRALGIE FACIALE. — Elle envahit fréquemment la première branche du trijumeau, mais frappe également les deux autres. L'agent irritatif qui l'entretient peut siéger sur tout le trajet de la cinquième paire. Suivons-le donc, en remontant de ses terminaisons les plus souvent touchées, à ses troncs et à ses ganglions.

I. *Terminaisons du trijumeau.* — a. *Bouche.* — Les auteurs anciens (Chaponnière, Bérard, Monneret et Fleury) n'admettaient guère la névralgie d'origine *dentaire*. Valleix tout d'abord la nia, mais il en publia plus tard des cas. Neucourt réagit contre ces tendances et montre « combien le rôle des dents est important pour la production de la névralgie faciale ». Il en cite des observations fort nettes. Dans des temps plus rapprochés, Tomes, puis MM. Pietkiewicz, Ferrier, Cruet insistent sur la fréquence de la névralgie faciale en rapport avec des lésions dentaires. Ces divergences entre les auteurs ne sont rien moins dues qu'à la confusion des deux variétés de névralgies, la petite où le rôle des dents est si important, la grande où il est pour ainsi dire nul et où l'avulsion de ces organes n'arrête en rien la marche de la maladie.

La névralgie d'origine dentaire peut être la conséquence d'un phénomène physiologique, l'*éruption*. On n'en connaît pas de cas au moment de la percée des dents de lait. Lors de la dentition définitive, M. Ferrier en a signalé quelques-uns, surtout pour la dent de sagesse. Au niveau de cet organe encore dissimulé sous les parties molles il peut se produire un processus d'ulcération de la gencive avec ou sans suppuration : c'est le cas des troisièmes molaires

inférieures, ou bien quand l'organe encore inclus dans le maxillaire essaie de se frayer un chemin au travers de l'espace étroit que délimitent la seconde grosse molaire et la branche montante de l'os, il en résulte de très vives douleurs névralgiques par distension. La dystocie si fréquente de la dent de sagesse est encore une cause de névralgie (déviation en dehors).

Chez les sujets avancés en âge, l'exagération d'un autre phénomène physiologique produit les mêmes résultats. On sait que la pulpe, centre vital de la dent, diminue de volume chez les vieillards, tandis que prolifère l'ivoire environnant. Ce processus est parfois si évident qu'on trouve chez certains une chambre pulpaire presque virtuelle. Or il arrive, chez les arthritiques surtout que la calcification de la pulpe s'opère très vivement et que l'organe se trouve enserré dans des noyaux de dentine secondaire comprimant ses nerfs (Duplay, Bœnnecken).

Bien plus nombreuses sont les prosopalgies dont la cause prochaine est un phénomène pathologique dentaire. C'est tout d'abord la *carie*. Celle-ci peut être définie : une ulcération progressive et nécrosante des tissus de la dent due à des actions chimiques d'ordre microbien ou non. Elle est naturellement une porte d'entrée à l'infection des nerfs dentaires. Qu'elle soit superficielle ou pénétrante (pulpite aiguë, chronique), qu'elle provoque de la périostite alvéolo-dentaire avec ou sans abcès, sa symptomatologie se constitue presque toute de crises de névralgie faciale. L'*obturation des caries* surtout pénétrantes quand la désinfection de l'organe dentaire n'a pas été suffisante, l'oblitération trop hâtive de racines malades provoquent une névralgie. De même si la matière à obturation, surtout si c'est de l'amalgame, déborde la dent et vient se glisser sur la gencive qu'elle irrite (Ferrier). De même aussi les *maladies des racines*, leur exostose (eczémentose), les petits kystes alvéolaires infectés de l'extrémité apicale (Rodier), les radicules dentaires contenant une pulpe infectée, et enfouies sous une hypertrophie de la gencive (Pietkiewicz). Dans ce caput mortuum qu'on dénomme *pyorrhée alvéolaire* avec ou sans gingivite expulsive, la mise à nu progressive des racines résorbées ou non explique les crises névralgiques concomitantes. Les névralgies faciales apparaissent après les *traumatismes* dentaires accidentels ou chirurgicaux.

En dehors des dents toutes les *stomatites* et nombre d'autres processus buccaux engendrent les névralgies de la face.

b. *Nez*. — L'origine nasale des névralgies faciales, longtemps discutée, est bien admise aujourd'hui.

Les *inflammations primitives ou secondaires*, aiguës ou chroniques de la muqueuse des cavités des fosses nasales et des sinus y aboutissant, provoquent des crises surtout lorsque les sinus frontaux sont touchés (névralgie sus-orbitaire). A la suite d'*interventions thérapeutiques*, par le fait de cicatrice enserrant des rameaux nerveux, on a signalé la névralgie faciale (Rethi, Lermoyez).

c. *Œil*. — Les *inflammations* des yeux surtout superficielles : conjonctivites, épisclérites, iritis, irido-choroïdites peuvent s'accompagner de douleurs névralgiques. De même le *glaucome*, la mauvaise correction des anomalies de réfraction, certaines *dacryocystites*.

d. *Oreille*. — Il est assez exceptionnel de voir des douleurs irradiées à la face dans le catarrhe de l'oreille moyenne et de ses cavités. On les retrouve surtout dans les lésions de l'oreille externe : eczéma, suppurations.

e. *Face*. — Les *fractures* des os de la face et du crâne surtout lorsqu'elles sont suivies de phénomènes inflammatoires ont pu produire de la névralgie faciale. On l'a signalée après une fracture de la bosse frontale droite, après un coup de corne de vache sur le maxillaire inférieur qui se nécrosa, après un coup de guéridon sur la fosse canine ayant déterminé une fluxion, un abcès et une fistule de la région incisive (André). Il est aussi des cas de névralgies faciales par *corps étrangers* irritant les plexus sensitifs de la face. Les *solutions de continuïté*, les inflammations de la peau du territoire innervé par le trijumeau engendrent des névralgies de ce nerf.

II. *Troncs nerveux*. — Ils sont d'importants facteurs de névralgies. Tantôt la cause déterminante est *extrinsèque*. Nous citerons tout d'abord le traumatisme qui va de la contusion du nerf avec simple ecchymose aux plaies chirurgicales ou accidentelles par instruments piquants, tranchants ou contondants. Elle peut être aussi due à la compression des troncs nerveux (ganglions lymphatiques enflammés, kystes, anévrismes, fibromes, cancers), aux inflammations et caries, soit tuberculeuses soit syphilitiques, des os de la face. L'irritation qui agit sur le tronc du nerf est parfois d'ordre *intrinsèque*. On a incriminé la sclérose des artérioles nerveuses, les dilatations variqueuses des veines du nerf. Les tumeurs soit développées aux dépens du tissu conjonctif (fibromes, kystes, gliomes) soit du tissu nerveux (névromes), jouent un rôle plus évident.

III. *Origines*. — Le trijumeau à peu près encore indivis peut être irrité par des productions au niveau du ganglion de Gasser. Citons les *exostoses* (Chouppe), les *cals* au niveau d'anciens foyers de fracture, la *carie* du rocher, les *néoformations* méningées, soit d'ordre syphilitique (Lancereaux), soit d'origine tuberculeuse ou cancéreuse (Landouzy), comprimant le ganglion et les racines du trijumeau. Les *tumeurs* de la région voisine de la base du cerveau déterminent de la névralgie par compression. Enfin le ganglion de Gasser, envahi pour son propre compte (cholestéatome, neurogliome), engendre une névralgie.

A côté de ces irritations dans lesquelles l'inflammation joue un rôle plus ou moins net, il faut citer les *névrites* consécutives à des *infections* aiguës (grippe, érysipèle, rougeole, fièvre typhoïde, pneumonie) ou chroniques, parmi lesquelles se rencontrent en première ligne : la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose.

La *névralgie syphilitique* du trijumeau s'observe à la période secondaire et à l'époque du tertiarisme.

Si dans le premier cas elle est une manifestation évidente de l'infection, dans le second elle est due

au développement des lésions sclérogommeuses sur le trajet du nerf. L'*impaludisme* est sans contredit une des causes les mieux établies de névralgie faciale, et comme pour la syphilis, le nerf sus-orbitaire semble touché avec quelque prédilection. Les *névralgies tuberculeuses*, plus rares, paraissent liées à d'autres douleurs névralgiques et semblent des manifestations de septicémie. Il existe enfin indéniablement des névralgies *toxiques* : hydrargyriques, iodiques, tabagiques, peut-être saturnines. Neucourt a mis en évidence l'influence prédisposante des narcotiques. On a décrit des prosopalgies *diabétiques* et *goutteuses*.

Grande névralgie faciale. — La forme précédente est, on peut le dire, une maladie accidentelle. Il n'en est plus de même pour la grande névralgie. L'*hérédité* y joue un très grand rôle. L'hérédité similaire a été signalée par Reverdit, Lucas, Sandras, Austié, Erb, Gilles de la Tourette. L'hérédité indirecte est frappante et l'on peut dire que la grande névralgie faciale fait partie du bagage pathologique de la *famille neuro-arthritique*. Rarement on note l'*épilepsie* (Trousseau, Féré) ou ses équivalents (Lévy). L'*hystérie* est plus souvent rencontrée, mais il faut distinguer les paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale (Gilles de la Tourette), des névralgies faciales authentiques survenant chez des personnes touchées par la névrose. On a décrit les névralgies faciales des *neurasthéniques*. Mais combien est plus importante l'influence de la *diathèse arthritique* ou *herpétique*. La coexistence de l'*asthme* et du tic douloureux est connue (Brissaud, Dana). Les rapports avec la *migraine* sont des plus nets. Liveing, Valleix, Eulinting, Dana, Cushing en font mention. On a même décrit des formes de passage entre la migraine et la névralgie faciale (Valleix, Putnam). On retrouve en tout cas très fréquemment l'hémicranie dans les antécédents des malades atteints de grande névralgie. Parfois même la survenance de celle-ci coïncide avec la disparition des migraines. Les deux affections peuvent même se balancer l'une l'autre.

Névralgie des plexus de la face. — En dehors de ces névralgies où la participation du trijumeau n'est pas douteuse, il en existe d'autres où ce nerf paraît moins directement intéressé. Il s'agit là de névralgies de la face proprement dites ou plutôt de névralgie d'emprunt du nerf facial.

Physiologiquement il n'est pas contestable que la septième paire jouit d'une certaine sensibilité qui provient du trijumeau par des filets nerveux récurrents des plexus sensitifs qui remontent plus ou moins haut le tronc du facial. Il est naturel que ces rameaux nerveux puissent souffrir. Du reste la clinique ne nous montre-t-elle pas l'étroite solidarité qui unit les deux nerfs et le retentissement des affections de l'un sur l'autre? La paralysie faciale douloureuse est bien connue (Jobert de Lamballe, Webber, Charcot, Bernhardt, Dieulafoy, Testaz, etc.). On connaît aussi des cas de névrite des plexus de la face suivis de paralysie faciale, des paralysies faciales périphériques suivies de névralgie du trijumeau (Bubler), d'hémispasme de la face coïncidant ou alternant avec des crises typiques de trigéminalgie.

On a parlé de *névralgies réflexes* ou *sympathiques* du trijumeau. On ne trouve pas pour les expliquer de causes d'irritation dans la sphère de la cinquième paire. Mais il existe un état pathologique en un autre lieu de l'organisme. Du reste la plus grande exactitude des recherches étiologiques les fait apparaître moins fréquentes que jadis. On a mis en cause les vers intestinaux, les irritations du tube digestif, la constipation, les affections génito-urinaires.

Il est chez les arthritiques des névralgies faciales nettement *métastatiques*, qu'on voit alterner avec des attaques de goutte, avec la suppression d'un flux hémorroïdaire, avec des poussées de dermatose (psoriasis, eczéma), avec d'autres manifestations névralgiques (viscéralgie, talalgie). Valleix a décrit la névralgie faciale associée à d'autres (*névralgie multiple*).

III

Symptômes. — A chacune des formes de névralgie dont la distinction pathogénique s'impose correspond un tableau morbide particulier. Beaucoup d'auteurs ont cependant décrit des symptômes communs sans voir que chacune possède une modalité clinique qui la différencie nettement.

I. Petite névralgie faciale. — Cette forme mérite le nom de *maladie de Valleix*. Elle se caractérise par une douleur spontanée, sourde et continue, sur laquelle se greffent des élancements paroxystiques et par une douleur que provoque la pression en des points limités.

Douleurs spontanées. — a. *La douleur continue* est d'ordinaire peu violente. Son intensité varie néanmoins en proportion directe de celle des crises. C'est plutôt une sensation de pesanteur, de contusion, une forte pression incommode qu'une véritable souffrance. Elle se montre assez diffuse pour que le malade n'en désigne pas le siège avec le doigt, mais avec la main entière. Suivant les cas elle s'empare de toute la moitié de la face, des régions sus ou sous-orbitaire au maxillaire inférieur, occupant pourtant assez exactement la zone de distribution du nerf affecté.

b. *Les élancements douloureux* sont inconstants, c'est-à-dire qu'on peut ne pas les observer pendant toute la durée de la névralgie. On les a vus manquer au début ou manquer à la fin, mais ils ne font généralement pas défaut durant toute l'évolution. Ils naissent à la surface de la région endolorie. Ce sont de vraies douleurs que leur *intensité* jointe à leur *intermittence* fait nettement ressortir. Ces élancements très rapides, de durée ordinairement fort courte, ne sont jamais isolés. Ils reviennent par petits groupes constituant un *accès*. Ils apparaissent au point d'émergence du nerf hors des canaux osseux ou dans les ramifications terminales cutanéo-muqueuses. Leurs *trajets* varient : tantôt c'est le parcours du nerf, soit qu'ils le descendent (névralgie descendante), soit qu'ils le remontent (névralgie ascendante).

D'autres fois ils vont « dans plusieurs sens différents ou partent de plusieurs points à la fois sans communiquer entre eux » (Valleix). L'étendue des élancements paraît être en rapport direct avec leur intensité et leur fréquence. Suivant la richesse de leur imagination, les malades comparent les sensations qu'ils éprouvent à des lancées, des picotements, des battements, des tiraillements douloureux, des piqûres d'aiguille, des coups de couteau, des brûlures au fer rouge, des décharges électriques en éclair.

Les accès peuvent être subintrants, mais ce n'est pas la règle : ils se reproduisent ordinairement plusieurs fois dans une journée, dans une heure, dans une minute. Ou bien encore ils sont spontanés ou très rapprochés ou franchement périodiques, revenant aux mêmes heures de la journée, surtout le matin. L'impression du froid sur les parties malades, le simple contact, le mouvement des mâchoires les rappellent. Même si la névralgie est limitée à une branche, il n'est pas rare d'observer des irradiations dans les autres et jusque dans le plexus cervical superficiel et profond.

Douleurs provoquées. — La pression convenablement exercée en des *points* déterminés du trajet nerveux est douloureux. Parmi les foyers sensibles qui se retrouvent dans la névralgie totale, trois sont situés sur une même ligne verticale qui croise l'émergence des nerfs *sus-orbitaire*, *sous-orbitaire* et *mentonnier*. Valleix signale encore dans la névralgie de la branche ophtalmique, les points *palpébral*, *nasal*, *nasolobaire*, *oculaire*; dans celle du maxillaire supérieur les points *malaire*, *dentaire* ou *alvéolaire*, *labial supérieur*, *pituitaire*, *palatin*; dans la névralgie de la troisième branche, les points *temporal*, *temporo-maxillaire*, *mentonnier*, *lingual*, *labial inférieur*, *dentaire inférieur*, *pariétal*. Trousseau a ajouté le point *apophysaire* occipito-cervical. Ces points douloureux, nous le verrons, font défaut dans la grande névralgie.

Le *début* de la petite névralgie est rarement brutal mais ordinairement graduel et progressif, soit par la douleur sourde se compliquant bientôt d'élancements passagers, soit par des accès. Ceux-ci sont *subintrants* ou *régulièrement périodiques* ou *irréguliers*. Après une durée variable, les douleurs diminuent progressivement.

Formes cliniques. — Sous ce nom, nous ne nous laisserons pas aller à décrire les formes anatomiques, ce qui reviendrait à énumérer la distribution du territoire nerveux de la cinquième paire, mais nous étudierons les formes étiologiques en les classant d'après leur ordre de fréquence.

A. *Névralgies faciales dentaires.* — Elles constituent le type de la névrite névralgique.

Tantôt le malade accuse une douleur strictement limitée à une dent et qui s'exaspère par le contact des aliments froids, chauds, acides, sucrés. L'examen local montre une carie qui s'arrête à l'ivoire ou pénètre la pulpe : c'est la *névralgie dentaire proprement dite ou dentinopulpaire*.

Tantôt on a affaire à une *névralgie dentaire irradiée*. La douleur a débuté comme précédemment mais s'est diffusée. Elle prédomine à la dent malade, au niveau et au pourtour de laquelle le patient ressent les pulsations et les battements des artérioles voisines. De plus elle irradie au côté opposé et même à la mâchoire antagoniste. Les élancements dépassent même la sphère du trijumeau. Pour les caries des dents supérieures les douleurs siègent en général à l'œil, au front, à la tempe. Si les dents de la mâchoire inférieure sont malades, les souffrances se localisent surtout au maxillaire inférieur et à la région de l'oreille. On note des points douloureux extrêmement accusés, non seulement aux lieux d'émergence, mais encore en des endroits très variables des téguments. Ces douleurs continues avec paroxysmes sont exaspérées par le plus léger mouvement, le moindre contact. La face du côté malade est d'ordinaire congestionnée, vultueuse, l'œil rouge et larmoyant. Il peut même y avoir rhinorrhée et salivation. L'examen physique démontre ou non autour de la dent comme centre une fluxion qui se résorbera ou évoluera vers la suppuration.

Il est encore d'autres formes de névralgies faciales d'origine dentaire, les unes débutant par les parties molles de la joue pour se localiser bientôt à une joue voisine; d'autres où la douleur dentaire siège sur une dent antagoniste généralement l'homologue de la dent malade. Il est enfin des névralgies faciales dues à une ou à des dents cariées non douloureuses, sur lesquelles par conséquent le nalade n'attire pas l'attention. C'est l'examen soigneux de la bouche à l'aide des moyens ordinaires qui fera le diagnostic. Les névralgies dentaires s'accompagnent de phénomènes généraux peu intenses, surtout agitation et légère poussée fébrile.

B. *Névralgies faciales paludéennes.* — Elles se présentent sous la forme de « tous les types familiers aux fièvres intermittentes ». Survenant dans des pays soumis aux influences maremmatiques, elles peuvent alterner avec d'autres accidents palustres. Ce sont des crises diurnes, périodiques (*quotidiennes*, *tierces*, *doubles tierces*, *quartes*), à localisation prédominant à la première branche du trijumeau.

C. *Névralgies faciales syphilitiques.* — On en distingue deux espèces :

Les névralgies faciales de la *période secondaire*;

Les névralgies faciales du *tertiarisme*.

La névralgie secondaire doit, dans le plus grand nombre des cas, être recherchée. Elle est perdue au milieu des phénomènes généraux de l'infection, et, de plus, son intensité étant peu prononcée, les malades se plaignent surtout de céphalée. La douleur est habituellement unilatérale, limitée à une branche, la sus-orbitaire de préférence (Fournier). Les paroxysmes névralgiques surtout nocturnes ne sont pas en général très violents.

Les névralgies de la période tertiaire sont bien plus nettement localisées, car elles tiennent à des causes non infectieuses, mais de compression. Mis à part les lésions gommeuses qui irritent la périphérie du nerf, la névralgie tertiaire du trijumeau se présente avec la symptomatologie des compressions de la région gassérienne. Non seulement il y a névralgie, mais il y a encore paralysie du trijumeau et sensitif et moteur. Toujours le début se fait par

des *phénomènes douloureux* qui persistent pendant toute l'évolution, ou qui, passagers, font bientôt place aux signes de paralysie. Les premiers symptômes sont en effet tout d'excitation : céphalée surtout vespérale avec douleurs névralgiques violentes, les unes continuelles, les autres par crises sous forme de « décharges électriques ». Au bout de quelque temps apparaissent des *troubles d'anesthésie* dans la sphère de distribution du nerf atteint partiellement ou dans sa totalité. La sensibilité objective est diminuée, quelquefois abolie au front, à la tempe, à la joue, sur la cornée, à la voûte palatine et aux gencives. La branche motrice n'est pas non plus intacte : les muscles masticateurs, quand ils ne sont pas paralysés, ont leur excitabilité faradique très diminuée. Les réflexes cutanéo-muqueux ont disparu. Les *troubles trophiques* ne sont pas rares sous forme de poussées zostériennes, d'ulcérations de la cornée pouvant se compliquer de la fonte purulente de l'œil, de caries et même de chute des dents. Mais cette variété de névrite névralgique du trijumeau n'est ordinairement qu'un épisode de la syphilis cérébrale. Les lésions de méningite scléro-gommeuse enserrent aussi les nerfs voisins. La troisième, la septième, la huitième paires sont prises, et compliquent le tableau morbide de leurs propres paralysies. La ponction lombaire révèle de la lymphocytose. Le traitement mercuriel, s'il améliore, n'amène pas toujours la *restitutio ad integrum*.

Les névralgies faciales tabétiques se présentent sous le *type fulgurant* et le *type persistant ou continu* (Pierret). C'est souvent un signe précoce de la maladie. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et les autres symptômes de l'abasie au début se retrouvent : abolition du réflexe achilléen, signe d'Argyll, etc.

D. *Névralgies faciales des tuberculeux*. — Perroud les considère comme bien plus fréquentes que l'intercostale et la sciatique. Elle est le plus souvent sus-orbitaire et fronto-temporale. Les paroxysmes alternent en général avec des douleurs névralgiques des autres régions du corps et s'associent à des signes de névrite périphérique. La durée de ces crises varie de quelques jours à plusieurs mois. Ce sont probablement des manifestations de la septicémie secondaire si fréquente chez les phtisiques.

E. *Névralgies faciales infectieuses rares*. — Elles ne présentent rien de particulier sinon qu'elles apparaissent au décours ou dans la convalescence d'une maladie infectieuse (rougeole, grippe, fièvre typhoïde).

F. *Névralgies faciales des intoxications*. — Celles de la *goutte* sont rares et sujettes à métastases sur d'autres nerfs. Les trigéminalgies *diabétiques* sont moins fréquentes que les sciatiques et les névralgies intercostales. Elles sont très violentes, tenaces et d'ordinaire bilatérales. Le régime approprié les calme.

II. Grande névralgie faciale. — Sous le nom de *névralgie épileptiforme* Trousseau l'a décrite. C'est bien en tout cas une maladie autonome. Elle se caractérise avant tout par des *élancements douloureux* dont le groupement constitue un *accès*. Une série d'accès s'appelle *attaque* ou *crise*.

Le *mode de début* de l'affection est le plus souvent brutal. Néanmoins on a quelquefois noté des *prodromes* : sensations oscillatoires (Bérard, Trousseau); auras sensorielles : démangeaisons intranasales, picotements aux gencives, bourdonnements d'oreilles. Puis la douleur survient tantôt d'intensité progressive, tantôt violente d'emblée. En général une seule branche nerveuse est atteinte. C'est surtout le nerf maxillaire supérieur, plus rarement l'inférieur dans ses rameaux dentaire inférieur ou quelquefois lingual. La branche ophtalmique de Willis n'est envahie qu'à la longue et inconstamment dans les névralgies du maxillaire supérieur. Il n'est pas rare de voir les paroxysmes débuter *au niveau des parties dures*, ossature des maxillaires et surtout dents (Bérard). En général c'est dans une dent saine ou cariée, canine ou prémolaire, exceptionnellement molaire, que le malade ressent des douleurs. Il croit se trouver en présence de la vulgaire odontalgie; il se fait soigner ou arracher l'organe qui lui semble malade, mais en vain. Il s'en prend alors à la dent voisine qu'on enlève sans plus de résultat, et ainsi de suite. Certains de ces malheureux perdent de cette façon toutes leurs dents. Malgré ces avulsions, les crises reprennent plus violentes souvent et continuent de plus belle.

D'autres fois l'ostéodontalgie est secondaire, et ce sont des souffrances *au niveau des parties molles* qui ouvrent la scène. Nous avons vu les douleurs débuter aux lèvres, à la fosse sous-orbitaire, à la joue, au niveau des régions malaires et mentonnières, parfois à la langue. Bientôt le malade accuse des points surtout osseux nettement localisés et douloureux à la pression, soit pendant le paroxysme, soit presque continuellement. Tantôt encore les douleurs suivent l'arcade dentaire, se dirigeant de l'inférieure vers la supérieure et réciproquement. Tantôt ce sont des irradiations remontant en général le tronc du nerf, d'autres fois le descendant, mais dont le caractère essentiel est de ne jamais être très étendues. Des fulgurations par exemple parties de la lèvre supérieure gagnent vers le haut l'aile du nez et la région sous-orbitaire, quelquefois poussant vers l'œil.

Il peut y avoir, comme nous le verrons, combinaison, alternance, balancement des douleurs osseuses et des parties molles. Le nombre des élancements va de l'unité ou de deux ou trois à plusieurs centaines. Les malades les comparent à des pulsations, des sensations de martellement, de coups de couteau, des fulgurations. Au bout de quelques secondes, une minute au plus, tout est fini. Il est des crises de durée plus longue : quelques minutes, un quart d'heure à une demi-heure, rarement une heure. La douleur cesse brusquement ou laisse dans quelques cas après elle un sentiment de vague engourdissement.

La pression forte, les frictions prolongées, certains mouvements peuvent calmer les souffrances. Pourtant un rien suffit à rappeler les crises. Un processus physiologique comme les règles, un phéno-

mène physique tel que l'abaissement de température (froid), la chaleur du lit, les multiplient. Les provoquent aussi : la marche contre le vent, la respiration un peu rapide, un simple frôlement, le plus faible contact sur la peau du visage. A plus forte raison les paroxysmes reparaissent si le malade sort d'une immobilité absolue. Qu'il remue à peine les lèvres, qu'il veuille fermer l'œil et voilà la crise déclanchée. Le malheureux, obligé de se tenir immobile dans une attitude figée, n'ose, dans la crainte d'un paroxysme, ni causer, ni mastiquer, ni avaler. Il ne déglutit même plus sa salive qui s'écoule au dehors, n'essaye plus de s'alimenter, et ce n'est qu'avec hésitation qu'il consent à absorber des liquides.

Durant sa crise le patient, triste et abattu, garde un morne silence. D'autres fois comprimant la région malade à pleines mains, il se promène avec agitation. Certains se livrent à des contorsions des muscles de la face qui atténuent la douleur, et qui d'abord volontaires finissent par devenir réflexes. Elles n'ont rien de commun avec les secousses épileptiformes. Il en est chez qui les douleurs amènent de véritables accès de rage, et l'on a peine à empêcher le malheureux de se porter aux pires extrémités et d'attenter à ses jours. On conçoit que l'*état général* soit atteint : certains de ces pauvres gens très amaigris, se trouvent presque réduits à l'état de squelette. La *durée de l'affection* est variable et se chiffre d'habitude par des années : une de mes malades en souffrait depuis vingt-cinq ans. On a vu la grande névralgie faciale disparaître au moment de la ménopause. Mais ce qui permet difficilement de parler de guérison, c'est que, surtout dans ses premiers stades, la maladie est susceptible de rémissions, en apparence dues à l'intervention du médecin, en réalité spontanées, et qui peuvent durer des semaines, des mois, quelquefois un an ou deux. Il ne faut pas oublier que la névralgie faciale est une maladie nettement paroxystique, à allure et évolution franchement capricieuses pouvant se compliquer à un certain moment, rarement à son début, de phénomènes moteurs. Ce qui constitue son essence, ce sont les *élancements paroxystiques*. Même dans les formes anormales et rares où existe une douleur vague et profonde, on les retrouve, dominant toujours le tableau morbide et à certains moments complètement isolés et indépendants.

Suivant le terrain on peut distinguer :

1° La grande névralgie faciale des arthritiques tantôt osseuse tantôt mixte, jamais uniquement limitée aux parties molles ;

2° La grande névralgie faciale neuro-arthritique, surtout névralgies mixtes, siégeant sur les rameaux secondaires plutôt que sur les troncs principaux ;

3° La grande névralgie faciale des nerveux où les douleurs se localisent surtout aux parties molles.

Signalons à la suite de ces formes, sans nous préoccuper de leur liaison avec la petite ou la grande névralgie, la *névralgie faciale hystérique* (Gilles de la Tourette) et la *névralgie faciale des édentés*, décrite par Gross, Duplay, Cruet.

III. Névralgies des plexus de la face. — Les plexus de la face résultent de l'intrication des terminaisons des cinquième et septième paires, et leur irritation est cause des névralgies. Celles-ci peuvent rester cantonnées à ces plexus, avec ou sans envahissement des plexus dentaires. D'autres fois elles irradient et irritent le nerf facial qui souffre dans ses fibres sensitives d'emprunt. Il faut donc distinguer :

1° *Les névralgies de plexus de la face proprement dits avec ou sans participation des plexus dentaires*, dont les causes sont évidentes. Ce sont des traumatismes soit accidentels soit chirurgicaux, qu'on ne rencontre plus guère depuis l'avènement de l'antisepsie (névralgies d'infection des plaies). La légère névrite terminale n'arrive pas en général au tronc des nerfs. Elles se traduisent par des phénomènes inflammatoires locaux et un léger mouvement fébrile de septicémie atténuée. Verneuil les avait déjà vues et décrites parmi ses « névralgies traumatiques secondaires précoces ».

2° *Les névralgies du nerf facial*, rarement névralgies sans paralysie (Jacquet), quelquefois s'accompagnant de spasme facial, le plus souvent avec paralysie de la septième paire. Les douleurs précèdent, en général, l'apparition de l'hémiplégie de la face. Quelquefois voisines du trou stylo-mastoïdien (intra ou rétro-auriculaires, mastoïdiennes, sous-mastoïdiennes), elles en sont dans d'autres cas fort éloignées (œil, front, tempes, gencives). Rarement elles occupent toute la moitié correspondante du visage. Ces douleurs se présentent avec des caractères variables : ce sont des tiraillements, des battements, des lancés. Mais les phénomènes sensitifs ne sont pas toujours prodromiques : on les a vus accompagner la paralysie faciale et même survenir seulement une fois celle-ci établie.

Les signes inconstants des névralgies. — Mais la symptomatologie de la névralgie faciale serait incomplète, si nous ne passions pas en revue les troubles d'ordre divers résultant de l'adultération fonctionnelle du trijumeau. Les *troubles sensitifs* variés consistent en hyperalgésie, en paresthésies, dysesthésies, rarement en anesthésies ou paralysies du trijumeau sensitif. Les *troubles moteurs* sont de deux espèces : d'excitation et de paralysie. Les premiers consistent soit en *contorsions* musculaires, en grimaces qui, d'abord lentes et voulues, deviennent fréquentes, rapides et pour ainsi dire réflexes, soit en *convulsions*, mouvements involontaires qui se manifestent dans les muscles de la face au cours des paroxysmes névralgiques, et qui, bien nets, sont à peu près caractéristiques de la névralgie faciale. C'est la production de ces spasmes au moment des accès qui a déterminé bien des auteurs, tant anciens que modernes, à en faire une forme spéciale (tic douloureux). En réalité les convulsions de la face sont un phénomène surajouté. Elles n'apparaissent pas dès le début de la maladie, et une fois survenues, elles ne se manifestent pas d'une façon permanente à l'occasion de tous les paroxysmes.

Les phénomènes moteurs inhibitoires sont les *paralysies*. Outre celles de la branche motrice du

trijumeau, on a signalé des paralysies des nerfs moteurs de l'œil [Marchal de (Calvi)], et plus rarement des muscles innervés par le facial. Les *troubles vasculaires*, rougeur ou pâleur du visage, les congestions locales d'ordre vaso-moteur sont bien connus. A eux se relient des *troubles sécrétoires* variés, des glandes lacrymales, nasales, salivaires. Comme *troubles trophiques* on a décrit l'hypertrophie limitée à la région qui souffre ou généralisée à toute l'hémiface correspondante, l'atrophie et l'aplatissement du visage, les éruptions zostériformes sur le trajet des branches nerveuses. La chute des cheveux avec ou sans production de plaques peladiformes, leur changement de couleur, leur hypertrophie ont été notés. Du côté des *organes des sens*, on a observé des troubles de perception et des sensations anormales ressortissant à chacun des organes en cause.

Presque toutes les complications sont l'apanage de la « grande névralgie », sauf bien entendu les troubles vaso-moteurs sécrétoires qui sont communs aux deux espèces.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1906)

Massage du cœur. — M. ROCHARD revient sur le massage sous-diaphragmatique du cœur qu'il considère comme une méthode à laquelle il faut penser sérieusement dans les cas d'accidents chloroformiques. Il est convaincu qu'on arrivera ainsi à augmenter le nombre des « rescapés » de l'anesthésie chloroformique.

M. MAUCLAIRE, tout en partageant l'opinion de M. Rochard sur les avantages possibles du massage du cœur, estime qu'il faut aussi penser aux injections intravasculaires qu'on n'a pas, à ses yeux, assez étudiées.

M. THIÉRY préconise un moyen plus simple sur lequel il a déjà appelé l'attention; il veut parler de l'ouverture de la trachée et de l'insufflation directe de l'air dans la trachée. M. Thiéry a publié plusieurs observations; MM. Poncet, Demoulin, Chaput et bien d'autres se sont bien trouvés de ce moyen, et c'est une opération infiniment moins grave que la constitution d'un volet thoracique, l'ouverture de la cage thoracique ou même qu'une laparotomie pour aller masser le cœur à travers le diaphragme. Tandis que sur 28 massages du cœur on compte 18 insuccès, sur 22 trachéotomies pratiquées dans ces conditions on compte 17 succès. Les avantages de cette dernière méthode sur la première sont donc incontestables.

M. Rochard ne croit pas qu'une incision sus-ombilicale soit plus grave ou plus compliquée qu'une trachéotomie.

Péricolite adhésive sténosante. — M. POTHERAT analyse une observation adressée par M. Delangle (de Tournay), observation tout à fait semblable à celle qu'il a lui-même récemment communiquée. Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, sans antécédents pathologiques, qui fut prise de crises douloureuses dans l'abdomen, avec vomissements. Ces crises se reproduisaient à peu près tous les trois mois. La malade fut soumise à plusieurs traitements médicaux sans succès. Elle tomba dans un état général grave; le ventre était ballonné; il existait une douleur diffuse à droite, le long du côlon ascendant. M. Delangle, bien que n'ayant pas de diagnostic ferme, proposa une intervention qui fut acceptée; il fit une laparotomie latérale, mit à nu le côlon ascendant, trouva des brides épiploïques étranglant l'intestin, sectionna ces brides, libéra l'intestin, draina et ferma le ventre. La malade guérit complètement et est restée guérie. C'est là un exemple de péricolite sténosante adhésive à rapprocher des deux observations de M. Potherat.

Appendicite et entéro-colite muco-membraneuse. — Nous revenons aux rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Il était bien surprenant que la récente discussion qui a eu lieu à l'Académie n'ait pas encore eu son retentissement à la Société de chirurgie. M. Broca est venu combler cette lacune. Il rappelle tout d'abord que l'étude des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite a déjà été soulevée à la Société de chirurgie il y a une dizaine d'années. Les chirurgiens ont toujours admis qu'à côté de l'appendicite chirurgicale, il y avait un processus pathologique médical à soigner avant comme après l'appendicite. Il rappelle aussi la récente discussion qui vient d'avoir lieu à la Société médicale des hôpitaux et qui, au point de vue chirurgical, lui paraît avoir d'autant plus d'importance que, dans l'espèce, on ne peut pas dire de ceux qui y ont pris part qu'ils sont orfèvres. MM. Guinon, Comby, Siredey nous ont montré que, quand on examine un intestin atteint d'entérite, le maximum des lésions se trouve toujours au niveau de la région appendiculaire; dans certains cas d'appendicite, la diarrhée est moins rare qu'on ne l'a pensé. Dans une statistique présentée à la Société médicale des hôpitaux, 10 p. 100 des malades ont eu la diarrhée au moment de la crise appendiculaire.

Qu'est-ce que l'entérite muco-membraneuse? M. Broca ne saurait le dire au juste; il pense, avec M. Huchard, que cette dénomination répond à des états pathologiques différents. Il y a d'abord la forme nerveuse, bien étudiée par Mathieu, forme qui est très à la mode actuellement et qui se traite par la psychothérapie, par la parole entraînante à laquelle certains médecins, très à la mode aussi, ajoutent le macaroni. Que l'appendicite soit rare chez les malades atteints de cette forme d'entéro-colite muco-membraneuse, cela s'explique. M. Broca aurait pu ajouter que, si rare que soit l'appendicite chez ces malades, la plupart en ont une sainte terreur qui augmente encore l'importance du psychothérapeute qui les traite. C'est même cette crainte perpétuelle, cette épée de Damoclès menaçant leur appendice qui font que ces malades passent volontiers de la mode médicale à la mode chirurgicale et se mettent parfois entre les mains de chirurgiens peu scrupuleux qui abusent de la situation. En faisant cette juste réflexion, M. Broca n'avait pas besoin d'ajouter qu'elle ne visait aucune des personnes présentes.

M. Broca s'applique à marquer les différences qui séparent l'entéro-colite muco-membraneuse des adultes de celle des enfants.

Chez l'enfant l'appendicite et l'entéro-colite muco-membraneuse prennent des allures différentes; dans bien des cas on croit d'abord avoir affaire à la fièvre typhoïde.

M. Broca parle aussi de la folliculite hémorragique avec moins de sévérité que ne l'a fait M. Dieulafoy à l'Académie. Il estime qu'il faut en tenir compte non seulement au point de vue du microscope mais aussi au point de vue de la clinique.

Quelle est la valeur des résultats thérapeutiques de l'intervention dans les cas d'entéro-colite muco-membraneuse compliquée d'appendicite? M. Broca connaît bien des cas où on a fait cesser l'entéro-colite en enlevant l'appendice. Il en fournit plusieurs exemples. Il y a des malades, par contre, chez lesquels on n'obtient rien du tout, même quand on a trouvé un appendice réellement malade. L'entérite initiale persiste, mais nombreux sont les cas où, en enlevant l'appendice, on supprime l'entérite, de même qu'en enlevant des annexes malades on supprime l'entérite qui accompagnait l'annexite. Or ce sont ces malades opérés d'appendicite, mais non guéris de leur entéro-colite, que M. Broca, comme tant d'autres, envoie à Plombières et de là le grand nombre des balafrés dans ces eaux.

Il est bien difficile de faire des statistiques relativement à ces nombreux malades atteints d'entéro-colite. Cependant M. Guinon a pu établir qu'il y a 28 p. 100 de ces malades qui sont atteints d'appendicite. Quel est le nombre des entéro-colites constatées chez les appendiculaires? M. Broca a pu faire une statistique portant sur 312 cas; il a relevé la proportion de 10 p. 100 des malades atteints d'entéro-colite et pris subitement d'une crise d'appendicite. A côté de vraies crises d'appendicites chez ces malades, il y a des crises aiguës d'entéro-colite qui donnent à peu près les mêmes symptômes : douleur à droite, défense musculaire, fièvre, vomissements. C'est là l'explication d'interventions inopportunes. C'est à éviter ces regrettables erreurs que nous devons surtout travailler.

M. Routier fait observer qu'on a prétendu qu'un appendice atteint d'ecchymoses n'était pas malade. Or depuis que, dans toute laparotomie, M. Routier enlève de propos délibéré l'appendice sain, il n'y a jamais trouvé d'ecchymoses.

Voilà une nouvelle discussion sur l'appendicite, à la Société de chirurgie. Plusieurs membres se sont déjà fait inscrire pour prendre la parole à la rentrée, c'est-à-dire le second mercredi d'octobre.

Arrivons aux présentations :

Blessure de la carotide. — M. Picqué présente une jeune fille de dix-neuf ans qui avait reçu un coup de revolver dans la région cervicale gauche, tiré de très près. Elle fut aussitôt amenée à l'hôpital où l'interne de M. Picqué constata une tuméfaction due à un épanchement sanguin. Il y a, en effet, une hémorragie; la blessée tombe dans un état syncopal. L'interne de M. Picqué fait une incision exploratrice, constate que l'hémorragie est d'origine artérielle, agrandit l'incision, débarrasse la plaie des caillots, trouve une section de la carotide primitive, la lie et fait une suture latérale pour une plaie de la jugulaire. La malade reprend connaissance, mais une heure et demie après l'intervention, elle est prise d'hémiplégie droite avec aphasie. L'état s'aggrave les jours suivants par suite d'infection due à un pansement. Aujourd'hui cette jeune fille est guérie, mais conserve de la faiblesse du côté droit et un peu de lenteur dans la parole.

M. Berger, dans un cas d'ablation d'un anévrisme de la carotide externe, a lié la carotide primitive par erreur. Après quelques heures, il se produisit une hémiplégie sans aphasie. Ces phénomènes disparurent après deux mois. Le retour de la motilité du côté droit fut complet. Le malade avait été soumis à un traitement spécifique. Les accidents pourraient donc avoir eu une autre cause que la ligature de la carotide primitive.

M. Demoulin dit qu'il y a des faits dans lesquels, après la ligature de la carotide primitive, on a vu se produire des hémiplégies ne durant que quelques heures. Les faits sont très variables et ne sont pas constants.

M. Reynier a lié plusieurs fois la carotide primitive. Il peut y avoir une hémiplégie consécutive. Par contre, il y a des cas dans lesquels on ne constata qu'un engourdissement de quelques instants. Cela dépend du degré d'anémie cérébrale qu'entraîne la ligature de la carotide primitive. Il y a des sujets chez lesquels cette ligature anémie trop le cerveau. Il y en a d'autres chez lesquels la suppléance de l'artère du côté opposé suffit pour empêcher les accidents.

Traitement des tumeurs blanches par la méthode sclérogène. — M. Walther présente plusieurs malades ayant été atteints de tumeurs blanches, et qu'il a guéris par cette méthode.

Angiome caverneux. — M. Mauclaire présente une jeune femme de vingt-six ans, enceinte de six mois, qui présente un angiome caverneux profond de la face. M. Mauclaire pense qu'il faut attendre pour intervenir.

Tumeur de l'ovaire. — M. Legueu présente une curieuse tumeur de l'ovaire qu'il a enlevée chez une petite fille de trois ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. Dieulafoy, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 17 septembre 1906, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à midi. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, hématoscopiques, uroscopiques et coprologiques, applicables au diagnostic clinique;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Lœper et René Gaultier, chefs de clinique; O. Crouzon et Nattan-Larrier, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

Programme du cours. — *Lundi 17 septembre.* — M. Nattan-Larrier : Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. — Technique de la culture du sang.

Mardi 18 septembre. — M. Lœper. : Examen clinique du poumon et de la plèvre, indications et technique de la thoracentèse. — Technique de l'examen clinique du cœur; traitement de l'asystolie.

Mercredi 19 septembre. — M. Bonnier : Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx.

Jeudi 20 septembre. — M. O. Crouzon : Examen clinique du système nerveux (motilité, sensibilité, réflexes) : étude d'un hémiplégie, d'un tabétique (présentation de malades).

Vendredi 21 septembre — M. O. Crouzon : Examen clinique du système nerveux (langage, état mental) : étude d'un aphasique, d'un paralytique général (présentation de malades).

Samedi 22 septembre. — M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille : vertige, équilibre.

Lundi 24 septembre : M. René Gaultier. — Examen clinique de l'estomac ; examen du suc gastrique.

Mardi 25 septembre. — M. René Gaultier : Examen clinique de l'intestin ; examen des fèces (coprologie clinique).

Mercredi 26 septembre. — M. Lœper : Examen clinique du sang.

Jeudi 27 septembre. — M. O. Crouzon : Le cytodiagnostic : examen des épanchements pleuraux. — Ponction lombaire : analyse cytologique et batériologique du liquide céphalo-rachidien.

Vendredi 28 septembre. — M. Nattan-Larrier : Recherche du bacille tuberculeux dans les liquides pathologiques. Inoculation aux animaux : procédé de la mamelle.

Samedi 29 septembre. — M. Lœper : Examen clinique des urines ; exploratiou rénale. Urémie : indications de la saignée, déchloruration.

Lundi 1er octobre. — M. René Gaultier : Examen clinique du foie, de la rate et du pancréas.

Mardi 2 octobre — M. Nattan-Larrier ; Analyse bactériologique élémentaire du pus : recherche du pneumocoque, gonocoque, etc.

Mercredi 3 octobre. — M. Déhu : Méthodes cliniques d'examen des maladies cutanées et syphilitiques.

Jeudi 4 octobre. — M. Déhu : La médication mercurielle.

Vendredi 5 octobre. — M. Lacaille : Méthodes d'exploration des réactions électriques ; leur application au diagnostic et au traitement : réaction de dégénérescence.

Samedi 6 octobre. — M. Lacaille : Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique : radiothérapie.

Le droit à verser est de 80 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique* : Séance du 27 juillet 1906 : M. Wiart, 20.

Epreuve supplémentaire pour MM. Labey et Chevrier *ex-æquo* : MM. Labey, 19; Chevrier, 17.

Le concours s'est terminé par les nominations de MM. Wiart et Labey.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Martin, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés chevaliers du Mérite agricole : MM. Barillet (de Reims), Bizard, Darras et Galland (de Paris), Ducloux (de Cahuzac-sur-Verc), Durand (de Branoux), Fleschi (d'Ota), Lamouroux (de Montpellier), Le Maguit (de Nogent-sur-Marne), Venant (de Changis).

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Des concours seront ouverts :

1° A l'école vétérinaire de Lyon, le 16 octobre 1906, pour la nomination de deux chefs de travaux attachés, l'un à la chaire de pathologie des maladies contagieuses, police sanitaire, inspection des viandes de boucherie, médecine légale et législation commerciale en matière de vente et échange des animaux domestiques ; l'autre à la chaire de pathologie générale, pathologie médicale et clinique.

2° A l'école vétérinaire de Toulouse, le 6 novembre 1906, pour la nomination d'un professeur de physiologie des animaux domestiques et de thérapeutique générale.

A l'école vétérinaire d'Alfort, le 13 novembre 1906, pour la nomination d'un chef de travaux attaché à la chaire de physique, chimie et toxicologie, pharmacie.

Les programmes ce ces concours se distribuent à Paris, au ministère de l'Agriculture (bureau des écoles et services vétérinaires) et dans les trois écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Paul Gérente, sénateur, est nommé maire au XVIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Marmottan, démissionnaire.

Ve CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (sous le haut patronage de Sa Majesté l'empereur de Russie). — Nous recevons la communication suivante :

« Monsieur et très honoré confrère,

Le Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, fixé au 11-18 septembre 1905 et remis ensuite à un an, devait avoir lieu en automne de l'année courante, mais déjà depuis le commencement de l'année se sont fait entendre des doutes sur son succès : la masse de réunions scientifiques à l'étranger et l'évolution sociale en Russie étant de mauvais augure pour le succès du Congrès.

Les membres du Comité d'organisation, ayant demandé avis à ce sujet à un grand nombre de représentants de notre spécialité, ont reçu des réponses unanimes, exprimant le désir de voir le Congrès remis encore pour un an.

Le Comité d'organisation, se rendant entièrement aux considérations énoncées et ne voulant pas risquer le succès du Congrès, se voit obligé, à son grand regret, de renoncer à son arrangement pour cette année et a l'honneur de vous annoncer, que le Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie n'aura lieu que le 11-18 septembre nouveau style (29 août-5 septembre 1907).

Le Comité d'organisation, vivement peiné de cet ajournement forcé, se flatte de l'espoir, qu'il contribuera néanmoins au succès du Congrès, auquel vous ne refuserez pas votre aimable concours pour l'année prochaine et que vous voudrez bien honorer de votre présence.

Le président du Comité d'organisation : Professeur D. DE OTT.
Le secrétaire général : Professeur B. DE SADOWSKI. »

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1031.*)

RECHERCHES

SUR

LA PRÉSENCE DU SPIROCHÆTE PALLIDA

DANS LE SANG DES SYPHILITIQUES

Par MM. P. RAVAUT et A. PONSELLE (1).

Les nombreuses constatations faites depuis la découverte de Schaudinn nous ont montré avec quelle constance et quelle abondance il est aisé de mettre en évidence le spirochæte pallida dans la plupart des lésions superficielles primitives ou secondaires de la syphilis (2). En se basant sur l'évolution des lésions, sur la diffusion si rapide du parasite dans l'économie on pouvait supposer qu'il serait facile d'en déceler la présence dans le sang, et l'expérience vient nous montrer au contraire que sa constatation dans ce milieu est un fait exceptionnel.

Deux procédés d'investigation différents ont été mis en œuvre dans ce but : ce sont les inoculations de sang au singe, et la recherche directe du parasite dans le milieu sanguin lui-même. Pour le moment, nous laisserons de côté l'étude de ce premier mode de recherches; nous nous contenterons de rappeler que Hoffmann (3), inoculant des singes avec du sang de syphilitiques en période secondaire, a pu trois fois sur cinq déterminer des lésions nettes de syphilis expérimentale et retrouver dans les accidents déterminés des spirochètes typiques. Au contraire la recherche directe du parasite dans le milieu sanguin a presque toujours été négative. Herscheimer et Huber, Ulysse Paranhos, Bertarelli, Volpino et Bovero, Siebert, Roscher, Eving et Hasting, etc., ne l'ont jamais rencontré dans le sang circulant. Quelques auteurs, Guido Negrio, Richard et Hunt, Bandi Simonelli, prélevant le sang au niveau d'accidents cutanés, constatent la présence du spirochète dans le sang ainsi recueilli; mais malheureusement en raison de la richesse en agents pathogènes de ces lésions cutanées, on ne peut considérer ces cas comme positifs. Les seuls examens véritablement positifs ont été rapportés par Raubitscheck, Nœggerath et Strœhelin qui l'ont rencontré chacun chez un malade, et par Nattan-Larrier et Bergeron (4) qui ont constaté la présence du parasite chez trois malades en période secondaire. Il faut ajouter que ces derniers ont opéré sur 10 centimètres cubes de sang traités par l'hydro-hémolyse et ont eu beaucoup de peine à constater quelques très rares spirochètes.

De toutes ces recherches, il ressort avec évidence que le parasite de Schaudinn ne peut être décelé qu'exceptionnellement et très difficilement dans le sang des syphilitiques; en comparant ces résultats presque constamment négatifs aux résultats beaucoup plus souvent positifs des inoculations de sang soit à l'homme (expériences anciennes de Waller, anonyme du Palatinat, Gibert, P. Pellizzari, etc.), soit au singe (expériences récentes de Hoffmann, trois résultats positifs sur cinq), nous sommes forcés de reconnaître qu'il est plus aisé de démontrer la présence de spirochètes dans le sang par son inoculation que par la recherche directe de ce parasite.

Ces divergences et ces contradictions dans les résultats montrent que cette question est loin d'être résolue; les expériences que nous avons signalées sont encore trop peu nombreuses, et manquent d'une précision suffisante pour qu'il soit possible de tirer de ces quelques faits une déduction définitive. Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter, à côté des faits négatifs que nous avons observés, l'observation suivante qui constitue un document utile à ce genre de recherches.

Comme beaucoup d'auteurs, nous avons recherché la présence du spirochæte pallida de Schaudinn dans le sang de nombreux syphilitiques. Nos malades ont été choisis de préférence parmi ceux présentant des accidents secondaires récents, et n'ayant encore subi aucun traitement; d'autres ont été examinés quelques jours avant l'apparition de la roséole et au moment où l'éruption se manifestait. Les prises de sang ont été faites au bout du doigt ou par prise directe dans une veine du bras; le sang a été prélevé dans le jour pour la plupart des cas. Chez quelques malades souffrant de céphalée nocturne nous avons fait des prises de sang pendant la nuit. Enfin nous avons employé différentes techniques : examen du sang étalé sur lames, hydro-hémolyse, examen du caillot traité par le nitrate d'argent selon la méthode que nous exposerons plus bas. Chez aucun de nos malades nous n'avons pu déceler le moindre spirochète dans le sang.

Au contraire, chez un petit hérédo-syphilitique, nous avons été frappés du nombre considérable de spirochètes que nous avons rencontrés dans le sang prélevé quelques heures avant la mort; nous exposerons avec détail les techniques qui nous ont permis d'en constater facilement la présence.

Le 25 décembre 1905 entrait à la crèche annexée au service de notre maître Thibierge à l'hôpital Broca un nourrisson de deux mois atteint de syphilis héréditaire caractérisée par du coryza, des syphilides papuleuses au niveau des fesses, des traces de pemphigus à la plante des pieds et une augmentation de volume du foie et de la rate. Cet enfant profondément cachectique n'avait pas encore été traité et mourait le 1er janvier 1906 de cachexie syphilitique ou plus exactement de septicémie, pourrions-nous dire maintenant. Nous avions pu cependant pratiquer la veille de sa mort une prise de sang par piqûre de la pulpe du gros orteil, et c'est sur ce sang prélevé

(1) Travail du service et du laboratoire du docteur Thibierge, à l'hôpital Broca.

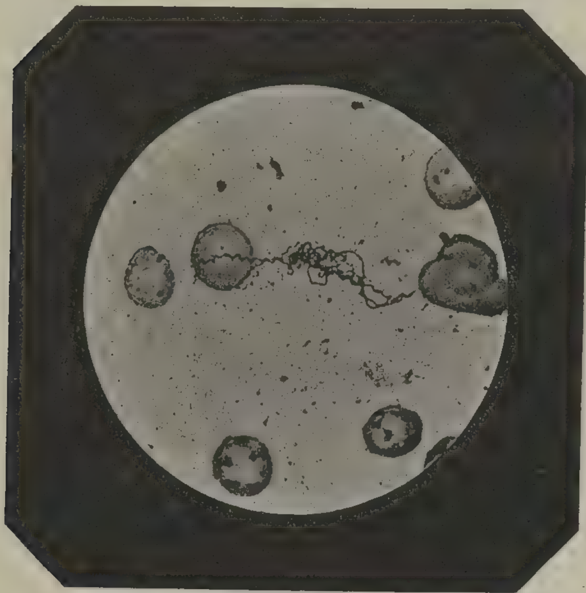
(2) Thibierge, Ravaut et L. Le Sourd. Le spirochæte pallida de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis. Etude de bactériologie clinique et recherches expérimentales. Soc. méd. des hôpit., 6 avril 1906.

(3) Hoffmann. Le spirochæte pallida chez un macaque inoculé avec du sang, *Berlin. klin. Woch.*, 13 nov. 1905, p. 1450. — Recherches sur le pouvoir infectieux du sang syphilitique, *Deut. med. Woch.*, 29 mars 1906, p. 496.

(4) Nattan-Larrier et Bergeron. Du spirochæte pallida dans le sang des syphilitiques, *Presse méd.*, n° 3, 10 janvier 1906.

dans ces conditions un peu spéciales que nous avons fait les constatations suivantes.

Tout d'abord, nous avons examiné directement le sang après étalement sur dix lames. Nous avons remarqué que le sang de cet enfant était très fluide et très pauvre en globules rouges. Puis ces dix lames ont été colorées pendant quarante-huit heures par la méthode de Giemsa et sur trois d'entre elles seulement nous avons rencontré de très nombreux spirochètes. La plupart étaient isolés, quelques-uns étaient accolés deux par deux, très fortement colorés et tout à fait typiques; en quelques points nous avons constaté de véritables amas dans lesquels les parasites étaient enchevêtrés ainsi qu'il est facile de le voir sur la photographie ci-dessous :



Sang d'un hérédo-syphilitique prélevé vingt-quatre heures avant la mort. Coloration au Giemsa quarante-huit heures. (Microphotographie.)

En second lieu, nous avons constaté également la présence de spirochètes au moyen de la technique suivante. On sait depuis longtemps que le caillot qui résulte de la coagulation des liquides séreux ou du sang englobe dans ses mailles la plupart des éléments cellulaires et des microbes qui peuvent y être contenus. Aussi dans 30 centimètres cubes d'eau distillée contenus dans un tube à essai nous avons fait tomber le sang goutte à goutte ; aussitôt, au contact de l'eau, les globules rouges s'hémolysent, et si l'on en recueille une certaine quantité (environ 30 gouttes de sang pour 30 centimètres cubes d'eau), on voit se former dans ce liquide rouge cerise au bout d'une demi-heure un léger coagulum fibrineux. Cette coagulation spontanée est complètement terminée au bout de trois heures et le coagulum ainsi formé ne contient presque uniquement que des globules blancs et les éléments microbiens qui se trouvent ainsi emprisonnés dans les mailles de la fibrine. Il suffit alors de retirer ce caillot avec un fil de platine, de le laver plusieurs fois dans l'eau pour achever d'hémolyser les quelques globules rouges qui n'ont pas été dissous, de le rouler sur du papier buvard pour le débarrasser de l'eau qu'il contient et d'en former une véritable petite boule de fibrine. Cette masse est ensuite traitée comme une pièce histologique sur laquelle on veut rechercher les spirochètes par la méthode de Levaditi. Grâce à ce procédé nous avons trouvé sur chacune des coupes de ce caillot de très nombreux spirochètes, très uniformément répartis; en certains points une numération permettrait de compter jusqu'à deux spirochètes par champ d'objectif à immersion.

Pour éviter toute critique et répondre d'avance à une objection déjà faite à quelques auteurs qui ont étudié le sang des syphilitiques, nous dirons que le sang a été pris par piqûre de la pulpe du gros orteil en un point qui ne présentait aucune lésion cutanée. Pour plus de sûreté, nous avons pratiqué, après l'autopsie, des coupes de la peau au niveau du point où avait été faite la piqûre et en aucune région du tégument nous n'avons constaté de spirochètes dans le tissu ou à sa surface; les parasites ne se trouvent que dans l'intérieur des vaisseaux au milieu des globules rouges et blancs.

De l'étude de ces faits se dégagent des déductions d'ordres différents.

Au point de vue purement technique c'est la facilité avec laquelle peut être mise en évidence le spirochète de Schaudinn dans le sang lorsqu'il s'y trouve en assez grande abondance, soit par examen direct du sang étalé sur lames, soit par l'examen du caillot recueilli extrait selon la technique que nous avons exposée. Cette seconde technique a l'avantage d'être plus précise que la première en ce sens que les éléments parasitaires sont plus uniformément répartis, puisque sur dix lames examinées, trois seulement contenaient des spirochètes, alors que par le procédé du caillot, sur chacune des coupes, il était facile de trouver de nombreux spirochètes. Dans le premier cas, il était possible de ne pas examiner les trois bonnes lames, alors que dans le second il était impossible de ne pas constater la présence du parasite. Nous avons appliqué ces deux procédés de recherches au sang de syphilitiques adultes en période secondaire sans jamais déceler, ainsi que nous l'avons déjà dit, le moindre spirochète.

A un autre point de vue plus général, il est intéressant d'opposer les nombreux faits négatifs que nous avons observés chez l'adulte, au seul fait positif qui nous a été fourni par l'étude du sang prélevé chez un hérédo-syphilitique dans les dernières heures de sa vie. Il y aurait intérêt à multiplier les examens de sang chez les hérédo-syphilitiques et de fixer les conditions suivant lesquelles se manifeste chez ces enfants cette septicémie spéciale, car cette étude nous fournira peut-être des indications utiles pour l'étude du sang des syphilitiques adultes. Nous avons surtout voulu montrer la facilité avec laquelle peut être mise en évidence la présence du spirochète lorsqu'il se trouve en grande abondance dans le torrent circulatoire. En outre cet examen nous a permis de constater en quelques points l'existence de parasites enchevêtrés les uns dans les autres, à tel point que l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une véritable agglutination, et de saisir ainsi nettement sur le vivant la réalité de cette septicémie syphilitique dont les recherches anatomo-cliniques nous avaient déjà fait prévoir l'existence.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LA CRÉATION
DU
CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES

Rapport de M. Aristide BRIAND, ministre de l'Instruction publique;

Décrets et arrêtés relatifs : à l'agrégation; aux fonctions pour lesquelles, dans les Facultés de médecine, est exigé le certificat d'études médicales supérieures; aux Écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie; aux fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 25 juillet 1906.

Monsieur le Président,

Le Conseil supérieur de l'instruction publique a délibéré, dans sa dernière session, au sujet de la création d'un certificat d'études médicales supérieures.

Le conseil a également arrêté les principes d'une organisation nouvelle de l'agrégation qui sera la conséquence nécessaire de l'institution de ce certificat, désormais exigé des futurs agrégés.

J'ai l'honneur de vous soumettre un projet de décret relatif à l'institution du certificat d'études médicales supérieures tel qu'il est sorti des délibérations du Conseil.

Je ne saurais mieux faire pour justifier les dispositions du décret qui vous est soumis et pour vous permettre de vous rendre compte des détails d'une réforme qui répond au progrès des sciences médicales, que de placer sous vos yeux le remarquable rapport présenté au conseil supérieur par M. Ch. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre du Conseil.

La création de l'agrégation de médecine et les programmes des concours qui y conduisent ont, dès l'origine, exercé une influence considérable sur la direction du travail et sur les progrès de la science médicale. Il importe donc de ne pas toucher, à la légère, à ces institutions. Il importe aussi de les modifier résolument quand il est établi qu'elles apportent une entrave au développement scientifique et qu'elles donnent une satisfaction insuffisante aux besoins de l'enseignement. Le statut de 1874 a été modifié en 1887 parce qu'il imposait à l'élite des jeunes médecins un procédé de travail qui, s'il donnait au pays des professeurs érudits, gênait le libre développement de leurs aptitudes, rendait plus difficile le travail personnel et, pour plusieurs, brisait l'originalité.

L'obligation de se tenir toujours prêt à exposer, sans assistance, et sans secours d'aucun livre, l'état actuel de la science en anatomie, en physiologie, en pathologie, dans tout ce qu'elle a de plus général et de plus spécial exigeait un travail de mémoire continu et immodéré et laissait peu de loisir et de tranquillité d'esprit pour la recherche originale. La conséquence, au témoignage de ceux qui ont accompli la réforme, c'est que le libre travail était stérilisé et que la France qui avait été l'initiatrice de l'anatomie générale, de l'anatomie pathologique, était passée au second ou au troisième rang et que, si elle gardait ou reprenait la première place en physiologie et en pathologie expérimentales, elle le devait à des hommes qui n'appartenaient pas à nos facultés de médecine, qui avaient hâtivement déserté les concours ou ne les avaient pas abordés : Claude Bernard et Pasteur.

Le but des auteurs de la réforme de 1887 a été de limiter autant que possible l'effort de la mémoire. Pour cela, on a supprimé l'épreuve écrite d'anatomie et de physiologie. Pour l'épreuve orale sur un sujet de pathologie qui, autrefois, était préparé dans une salle fermée, sans documents imprimés ni notes manuscrites, on a mis des livres à la disposition des candidats. De cette façon, on ne leur imposait plus, pendant les longues années de la préparation, l'effort de mémoire continu et toujours renouvelé. On pensait ainsi leur laisser le loisir de travailler selon leurs aptitudes et d'accroître la production scientifique. On les y invitait d'ailleurs en substituant à la thèse, épreuve d'un médiocre mérite, l'exposé oral, public, fait par le candidat, de ses travaux et de ses découvertes, innovation heureuse qui a été suivie d'une recrudescence subite et considérable dans les recherches originales et qui a donné l'occasion de mieux juger à leur véritable valeur les jeunes savants qui abordaient les concours. La récolte scientifique s'enrichissait, les personnalités se dégageaient et s'affirmaient.

Mais, en face de ces résultats précieux, d'autres effets fâcheux étaient reconnus. Ce que nous considérons comme la base scientifique d'une éducation médicale disparaissait. On n'étudiait plus l'histologie normale; on délaissait l'anatomie pathologique : on ne savait plus la physiologie. Il n'y avait plus de différence entre les concours de la Faculté et les concours des hôpitaux; c'étaient les mêmes candidats qui figuraient dans les deux concours. Le nombre de ceux qui poursuivaient l'agrégation augmentait sans qu'on y trouvât un avantage.

Un autre inconvénient était commun aux deux systèmes. Tandis que le progrès de la science et la multiplication des connaissances avaient fait surgir des spécialités dont le degré de complexité était tel que l'activité d'un seul homme suffisait à peine pour les posséder et pour en enseigner la théorie et la pratique; tandis que ce besoin de connaissances spéciales universellement reconnu avait amené tardivement, chez nous, la création de chaires spéciales : maladies mentales, maladies nerveuses, maladies cutanées et syphilitiques, ophtalmologie, maladies des voies urinaires, orthopédie et chirurgie infantile, gynécologie; cependant l'agrégation ne s'était pas adaptée à ces développements nouveaux de la science et à ces besoins spéciaux de l'enseignement. On a vu tous les agrégés de chirurgie refuser une suppléance de clinique ophtalmologique en invoquant leur incompétence et l'on était exposé à voir les agrégés de médecine chargés de suppléer les professeurs de maladies mentales ou nerveuses ou cutanées réclamer l'aide et la direction des chefs de clinique, sous peine de faire rectifier leurs diagnostics par les élèves du service. Pour donner l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, on a dû, à Paris, s'adresser à un docteur étranger à la Faculté. Ce sont toutes ces défectuosités graves qu'on a voulu corriger par les réformes qui vous sont proposées.

I

On estime que ceux qui, dans une Faculté, donnent l'enseignement à côté du professeur ou à défaut du professeur doivent posséder ces bases scientifiques : l'histologie, la physiologie, l'anatomie pathologique dont, depuis quinze ans, les présidents des concours déplorent l'abandon. Mais on ne veut pas que le souci de se tenir constamment au courant de la science, d'être toujours prêt à traiter extemporanément, sans secours extérieur, une question rentrant dans l'une quelconque de ces connaissances fondamentales impose au candidat un effort continu de mémoire. S'il doit savoir ce que les autres ont fait, on veut lui laisser le loisir de faire quelque chose par lui-même. On veut qu'il inaugure son concours par l'exposé de ses propres acquisitions; mais on veut aussi qu'il ait fait antérieurement preuve de connaissances encyclopédiques et que la mémoire, avec l'érudition qu'elle permet d'acquérir, ne soit pas exclue de l'appréciation qu'on aura à porter sur le futur professeur. On ne prétend pas retarder ou entraver sa vocation, ni fixer l'heure à laquelle il lui sera permis de poursuivre avec prédilection les études vers lesquelles ses goûts ou ses aptitudes l'attirent; mais on exige

qu'il fasse, une fois, la preuve qu'il est instruit de la science des autres, qu'il possède les connaissances générales indispensables à ceux qui ont l'ambition d'enseigner. Cette preuve une fois faite, on ne la réclamera plus. Le concours actuel de l'agrégation et l'ancien concours se composaient de deux séries d'épreuves réunies en une même session : les épreuves définitives et, avant elles, les épreuves d'admissibilité, celles qui étaient éliminatoires. On ne conserve dans le concours d'agrégation que les épreuves définitives. Mais on distrait les épreuves d'admissibilité pour en faire un examen auquel le candidat se présentera quand il se sentira prêt à l'affronter, dans des sessions qui se renouvelleront deux fois par an, où il pourra, s'il s'en sent capable, donner en une seule fois la preuve de toutes les connaissances générales qu'on exige de lui; où il pourra, s'il le préfère, réclamer partiellement le témoignage de son savoir et obtenir en des sessions successives le *certificat d'études médicales supérieures*. Muni de ce certificat qui est acquis une fois pour toutes, il sera admis à concourir pour l'agrégation.

Mais ce certificat n'a pas pour unique sanction le droit de s'inscrire en vue du concours de l'agrégation. Il sera recherché, pensons-nous, par ceux qui, ne se sentant pas de propension ou d'aptitude à l'enseignement, mais ayant fait un effort sérieux pour s'instruire, estimeront qu'il n'est pas mal d'en pouvoir fournir la preuve. Ce certificat permettra aussi de recruter, sans nouveaux examens et sans concours, les auxiliaires de l'enseignement, les chefs de travaux, les chefs de clinique qui, suivant le vœu des professeurs, pourront être désignés par eux au choix de l'administration, sans qu'on ait à redouter que la faveur donne la préférence à des candidats insuffisamment préparés. Il permettra aussi de n'introduire comme professeurs dans les écoles de plein exercice et dans les écoles secondaires que des hommes dont l'instruction générale ne sera pas douteuse.

C'est, en effet, l'instruction générale que ce certificat affirmera et dont il provoquera l'acquisition, c'est cet ensemble de connaissances que possédaient seuls les agrégés de médecine et dont se dispensaient, en fait, ceux qui visaient, dès le début de leurs études, l'une de ces grandes spécialités que reconnaissait le statut de 1855 : la chirurgie et l'obstétrique. Votre commission est convaincue que ne pas juger les chirurgiens et les accoucheurs seulement sur leurs connaissances techniques spéciales, mais leur imposer l'acquisition de connaissances scientifiques générales, sera un grand bien et pour eux et pour le pays. La spécialisation s'impose, mais elle ne porte tous ses fruits que si elle repose sur une forte éducation générale.

Cependant il serait excessif, au moins pendant les premières années, de ne pas admettre que les futurs chirurgiens ou les futurs accoucheurs auront une naturelle propension, au cours de leur préparation générale, à étudier avec plus de prédilection les questions qui ne sembleront pas étrangères à leurs préoccupations d'avenir. Il convient donc de ne pas les exposer à la mauvaise chance d'avoir à traiter, pendant l'examen, seulement ces questions qui leur seront moins familières. On évite ce danger en leur permettant de choisir, pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve orale, entre trois questions que le jury aura groupées et dont l'ensemble sera désigné par le sort.

On désire que les jurys ne se montrent pas trop indulgents, qu'ils maintiennent la dignité de ce certificat.

On veut que cet examen ait l'éclat des concours actuels de l'agrégation, mais qu'il puisse avoir lieu dans les différentes facultés, qu'il montre aux élèves ce que peut le travail, qu'il éveille chez eux les ambitions latentes, qu'il aille porter l'animation et l'émulation dans les diverses facultés, sans que les candidats locaux puissent être favorisés par la naturelle bienveillance de leurs juges directs : aucune faculté ne pourra être représentée dans le jury par plus de quatre juges sur neuf.

Facilitant l'accès à diverses fonctions dans l'enseignement des facultés ou des écoles, le certificat d'études médicales supérieures sera réclamé de bonne heure par les jeunes gens qui se destinent à ces fonctions. Ils l'auront en vue dès l'époque de leurs études et sa longue et laborieuse préparation commencera, sans doute, avant le doctorat, à une époque où la recherche personnelle n'est pas interdite, mais où elle ne saurait être exclusive, à un âge où la mémoire est facile à meubler. On ne pourra pas l'accuser d'être une cause de surmenage ou de stérilisation.

II

Muni du certificat d'études médicales supérieures, le jeune médecin désireux de s'engager plus avant dans la poursuite de la science aura toute facilité et toute liberté. Les cliniques, les laboratoires lui sont ouverts, ou s'il ne veut pas utiliser son certificat pour prendre place parmi les auxiliaires de nos écoles, il peut aller où ses préférences l'entraînent, en France ou à l'étranger, accroître son instruction et aborder les recherches personnelles, seul ou sous la direction de guides de son choix. Sa voie est bien vite trouvée et, grâce à la multiplicité des sections de l'agrégation, il entrevoit celle qui, dans quelques années, pourra lui donner la récompense et la consécration de son travail.

La preuve des connaissances générales étant faite, les épreuves d'admissibilité sont supprimées, le concours de l'agrégation ne comporte plus que des épreuves qui feront juger la valeur du candidat dans l'ordre d'enseignement qu'il a choisi : c'est 1° l'exposé public de ses travaux personnels; 2° une leçon orale faite sans l'assistance de personne, mais pour laquelle il pourra, comme quand il fera réellement l'enseignement, consulter les ouvrages de la bibliothèque universitaire; 3° une épreuve pratique. La part du hasard est réduite au minimum. Le candidat triomphera non par sa mémoire, mais par la valeur de ses travaux et par sa supériorité scientifique et technique.

Actuellement, en dehors des agrégations d'anatomie et histologie, de physiologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle, d'obstétrique, la partie pathologique de l'agrégation se compose de deux sections seulement: médecine et médecine légale, chirurgie. Nous partageons l'agrégation de médecine en huit sections indépendantes : pathologie générale et médecine interne, anatomie pathologique, médecine expérimentale et comparée, thérapeutique, hygiène, médecine légale, maladies nerveuses et psychiatrie, maladies cutanées et syphilitiques, et l'agrégation de chirurgie en six autres sections : chirurgie générale, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, maladies du larynx, du nez et des oreilles, gynécologie, maladies des voies urinaires.

On a montré, plus haut, l'inconvénient qu'il y avait, les chaires spéciales magistrales s'étant spécialisées, à ce que l'agrégation qui doit les assister ne se soit pas adaptée à ce nouveau besoin de l'enseignement.

Le besoin de la spécialisation des agrégés était tel qu'on en était venu à les spécialiser après coup et malgré eux. Un concours qui avait porté sur la médecine interne, la pathologie générale et la thérapeutique s'étant terminé par la nomination de cinq agrégés pour une faculté, on faisait savoir à ces cinq agrégés, au moment de l'installation, que les besoins de l'enseignement réclamaient un agrégé pour la médecine générale, un pour l'anatomie pathologique, un pour la pathologie expérimentale, un pour la médecine légale, un pour les maladies nerveuses. Les cinq agrégés, dont quelques-uns ne s'étaient nullement spécialisés, choisissaient ces attributions d'après leur ordre de nomination et il se rencontrait que celui qui avait visé la médecine générale passait à la médecine légale, que le neuropathologiste était attribué à la médecine expérimentale. Il fallait refaire son éducation. On y arrive avec du travail quand on possède une instruction générale solide;

mais les professeurs spéciaux se trouvaient souvent mal assistés, et les assistants maudissaient la destination que le sort leur imposait et qui les arrachait à leurs travaux de prédilection. Tont cela devait être changé.

Les dispositions qui vous sont soumises semblent donner satisfaction à ces desiderata. Ce n'est pas le titre des diverses sections d'agrégation qui provoquera la spécialisation. Elle commencera quand, l'esprit s'éveillant à la curiosité scientifique, l'étudiant se rendra compte de ses aspirations et aura conscience de ses aptitudes; elle lui laissera d'abord le temps nécessaire pour perfectionner son instruction générale; elle s'affirmera ensuite et le jeune docteur, s'engageant davantage dans la voie que lui trace sa vocation, arrivera naturellement vers l'une des agrégations. Le concours n'imposera pas la spécialisation, il la consacrera. Ce sera certainement un avantage pour l'enseignement; l'avenir dira s'il ne doit pas en résulter un bien pour la science.

Toutes les facultés, une seule exceptée, demandent que les divers concours d'agrégation soient, comme par le passé, centralisés à Paris. La réforme projetée leur donne satisfaction, elle fait que chaque concours sera commun à toutes les facultés et que, de plus, les candidats élus seront les agrégés de toutes les facultés. Ils sont nommés d'après une liste unique dressée par ordre de mérite; suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la faculté à laquelle ils désirent être attachés. C'est une réforme importante qu'on a jugé audacieuse, quelques-uns ont dit irréalisable. C'est purement et simplement l'application à la médecine de ce qui existe pour les autres agrégations.

C'est la mise sur le même pied de toutes les facultés de médecine qui seront choisies par leurs agrégés, suivant les avantages qu'elles leur présenteront. C'est une origine commune donnée aux agrégés, qui non seulement seront issus d'un même concours où ils auront fait les mêmes épreuves, devant le même jury, mais qui auront tous été jugés et classés les uns par rapport aux autres et non plus par catégories, comme antérieurement, suivant qu'ils étaient préalablement inscrits pour une faculté ou pour une autre. Il n'y aura plus de mauvais agrégés. Toutes les facultés, même les moins recherchées, auront de bons agrégés, ou si les derniers élus préfèrent renoncer à l'agrégation plutôt que d'entrer dans leurs cadres, elles auront toujours la ressource des rappels à l'exercice. Si certains élus parisiens, au moment où leur ordre de nomination les amène à faire connaître leur choix, trouvant déjà occupées les places vacantes à la Faculté de Paris, renoncent à l'agrégation plutôt que de se rendre en province, ils n'auront de reproche à adresser qu'à eux-mêmes s'ils n'ont pas été supérieurs à leurs collègues provinciaux, et la Faculté de Paris n'en aura pas moins les meilleurs agrégés. C'est la justice et l'avantage pour les hommes et pour les institutions. Et quelle émulation résultera de ce changement pour les candidats et les facultés elles-mêmes!

L'ensemble des réformes qui vous sont soumises impose à tous ceux qui veulent participer à l'enseignement dans nos facultés et dans nos écoles une large et solide instruction scientifique. Il n'en exige la preuve qu'une seule fois et laisse ensuite toute liberté au jeune travailleur pour chercher et pour suivre sa voie. Qnelle que soit la direction dans laquelle il s'est engagé, il lui réserve la possiblité de faire valoir le résultat de son travail dans un concours qui permet à chacun de prendre la place à laquelle il a droit, qui lui convient et pour laquelle il convient.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,

ARISTIDE BRIAND.

DÉCRETS ET ARRÊTÉS

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes.

Vu le décret du 31 juillet 1893;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète:

ARTICLE PREMIER. — Il est institué un certificat d'études médicales supérieures.

ART. 2. — Ce certificat est délivré par le ministre de l'Instruction publique à la suite d'un examen public subi devant un jury spécial dont les membres sont nommés par arrêté ministériel.

ART. 3. — Nul n'est admis à se présenter à cet examen s'il n'est pourvu du grade de docteur en médecine.

ART. 4. — L'examen comprend:

1° Une composition d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

Quatre heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée;

2° Un exposé oral de trois quarts d'heure au maximum sur une question de pathologie générale, fait après trois heures de préparation dans une salle fermée.

Pour la composition et pour la préparation de l'exposé oral les candidats ne doivent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

La surveillance est organisée par le président du jury;

3° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique, y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour la préparation de cette épreuve et pour l'exposé des résultats de leur travail.

Pour l'épreuve écrite, il est donné trois sujets entre lesquels les candidats ont le droit de choisir.

Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au juge chargé de la surveillance, qui y appose son visa.

Les compositions sont lues par les candidats en séance publique, sous le contrôle d'un des juges.

Avant le commencement des épreuves orales, le jury arrête tous les sujets de ces épreuves. Chaque candidat tire au sort une enveloppe contenant trois sujets entre lesquels il a le droit de choisir.

Pour l'épreuve pratique, le jury choisit le sujet de chaque épreuve.

ART. 5. — Les aspirants au certificat d'études médicales supérieures ne sont pas tenus de subir les trois épreuves dans la même session.

Ils peuvent ne s'inscrire, à la même session, que pour une ou deux épreuves à leur choix.

Le candidat admis à une épreuve conserve le bénéfice de son admission. Il peut réclamer l'attestation de cette admission au président du jury.

Le certificat n'est délivré qu'autant que le candidat a été déclaré admis pour chacune des trois épreuves.

ART. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note exprimée par un chiffre variant de 0 à 20.

Pour être déclaré admis à une épreuve, le candidat ne doit pas avoir obtenu une note inférieure à 15.

Le candidat qui aura obtenu pour une épreuve une note inférieure à 10 ne pourra pas subir de nouveau cette épreuve avant une année.

L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury.

ART. 7. — Le jury est composé de neuf juges choisis par le ministre de l'Instruction publique parmi les professeurs titu-

laires ou honoraires, les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Aucune faculté ne peut être représentée dans le jury par plus de quatre membres.

Art. 8. — Le jugement peut être valablement rendu par cinq juges.

Après la session, le président adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — La première session s'ouvrira en octobre 1907. A partir du 1[er] janvier 1906, les sessions d'examens auront lieu deux fois par an.

Un arrêté ministériel désigne la faculté au siège de laquelle aura lieu chaque session.

Les dates des sessions et les dates d'ouverture du registre d'inscription sont également fixées par arrêtés ministériels.

Art. 10. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-arts et des Cultes, est chargé de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

A. Fallières.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Aristide Briand.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-arts et des Cultes,

Vu le décret du 22 août 1854 ;

Vu les statuts des 20 décembre 1855, 16 novembre 1874 et 27 décembre 1880 ;

Vu le décret du 12 juillet 1878 et l'arrêté du 17 juillet 1885 ;

Vu l'arrêté du 30 juillet 1887 ;

Vu le décret en date du 25 juillet 1906, portant institution d'un certificat d'études médicales supérieures ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Article premier. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie comprend les sections déterminées ci-après :

I. Médecine.

Anatomie humaine et comparée. — Histologie et embryologie. — Physiologie. — Physique biologique et médicale. — Chimie biologique et médicale. — Sciences naturellles appliquées à la médecine. — Pathologie générale et médecine interne. — Anatomie pathologique. — Médecine expérimentale et comparée. — Thérapeutique et pharmacologie. — Hygiène. — Médecine légale. — Maladies nerveuses et psychiatrie. — Maladies cutanées et syphilitiques. — Chirurgie pratique. — Obstétrique. — Chirurgie infantile et orthopédie. — Ophtalmologie. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Gynécologie. — Maladies des voies urinaires.

II. Pharmacie.

Pharmacie et matière médicale.

Art. 2. — Il est ouvert un concours spécial pour chaque section.

Art. 3. — Nul n'est admis à se présenter au concours (sections de médecine) s'il ne justifie du grade de docteur en médecine et du certificat d'études médicales supérieures.

Toutefois, les docteurs en médecine, pourvus du diplôme de docteur ès sciences physiques ou du diplôme supérieur de pharmacien, peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation de physique biologique et médicale ou de l'agrégation de chimie biologique et médicale s'ils ont subi avec succès la partie de l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à l'anatomie, l'histologie, à la physiologie et à la pathologie générale.

Les docteurs en médecine qui sont pourvus du diplôme de docteur ès sciences naturelles ou du diplôme supérieur de pharmacien peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation des sciences naturelles s'ils ont subi avec succès la partie de l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à la pathologie générale et à l'anatomie pathologique.

Art. 4. — Les grades dont les candidats aux fonctions d'agrégé (section de pharmacie), dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, doivent justifier, sont :

Soit le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures, soit le titre de pharmacien de première classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles ; soit le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 5. — Les épreuves du concours sont :

1° Une épreuve de titres.

Elle consiste en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels.

En vue de cette épreuve, le candidat est tenu de fournir une notice imprimée de ses titres et travaux scientifiques.

Le format de la notice sera le format prévu par l'arrêté du 1[er] mai 1896 pour les thèses de doctorat en médecine.

Les candidats doivent déposer en outre un exemplaire de chacune de leurs publications.

2° Une épreuve théorique.

Elle consiste en une leçon orale de trois quarts d'heure, faite après quatre heures de préparation dans une salle fermée, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. Le candidat choisit entre trois sujets contenus dans une enveloppée tirée au sort.

La surveillance est organisée par le président du jury.

Les ouvrages qui se trouvent à la bibliothèque universitaire sont mis à la disposition du candidat sur sa demande.

3° Une épreuve pratique sur un sujet se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

Pour chaque ordre d'agrégation, le jury détermine la nature de l'épreuve pratique, sa durée et la durée de l'exposé oral public où le candidat rend compte de cette épreuve.

Art. 6. — Les jurys des concours sont nommés par le ministre.

Ils sont constitués ainsi qu'il suit pour les différentes sections de l'agrégation :

Section d'anatomie humaine et comparée et section d'histologie et embryologie. — Un seul jury composé de cinq juges titulaires : deux professeurs d'anatomie ; un professeur d'anatomie comparée ou d'embryologie ; deux professeurs d'histologie ; deux juges suppléants.

Section de physiologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physiologie ; un professeur d'histologie, de physique médicale, de chimie médicale expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de physique biologique et médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physique ; un professeur de physiologie ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de chimie biologique et médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de chimie ; un professeur de physiologie, de médecine expérimentale ou de pharmacologie ; deux juges suppléants.

Section des sciences naturelles appliquées à la médecine. — Trois juges titulaires : deux professeurs d'histoire naturelle ; un professeur de pharmacologie ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de pathologie générale et médecine interne. — Sept juges titulaires : un professeur d'anatomie pathologique, ou de médecine expérimentale ; les autres juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie générale, de pathologie

interne, de thérapeutique, de clinique médicale et des cliniques médicales spéciales; trois juges suppléants.

Section d'anatomie pathologique. — Cinq juges titulaires : deux professeurs d'anatomie pathologique; un professeur d'histologie; un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale; un professeur de médecine interne; deux juges suppléants.

Section de médecine expérimentale et comparée. — Trois juges titulaires : un professeur de médecine expérimentale; un professeur de pathologie générale, de médecine interne, de thérapeutique, d'hygiène ou d'anatomie pathologique; un professeur d'histologie ou de physiologie; deux juges suppléants.

Section de thérapeutique et pharmacologie. — Cinq juges titulaires; un professeur de thérapeutique; un professeur de pharmacologie; un professeur de médecine interne; un professeur de physique médicale; un professeur de physiologie; deux juges suppléants.

Section d'hygiène. — Cinq juges titulaires : deux professeurs d'hygiène; un professeur de physiologie; un professeur de physique médicale ou de chimie médicale; un professeur de médecine interne ou de médecine expérimentale; deux juges suppléants.

Section de médecine légale. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de médecine légale; un professeur de médecine mentale; un professeur de chimie ou de pharmocologie; un professeur de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale ou de clinique obstétricale; deux juges suppléants.

Section des maladies nerveuses et psychiatrie. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de pathologie nerveuse; deux professeurs de pathologie mentale : un professeur de médecine interne ou d'anatomie pathologique; deux juges suppléants.

Section des maladies cutanées et syphilitiques. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques; un professeur de pathologie générale ou de médecine interne; deux juges suppléants.

Section de chirurgie générale. — Sept juges titulaires : les juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie externe, de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et des cliniques chirurgicales spéciales; trois juges suppléants.

Section de chirurgie infantile et orthopédie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de chirurgie infantile et orthopédie; un professenr de clinique chirurgicale; deux juges suppléants.

Section d'ophtalmologie. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de elinique ophtalmologique; un professeur de physique médicale, un professeur de pathologie nerveuse ou de médecine interne; un professeur de chirurgie ou d'anatomie pathologiques; deux juges suppléants.

Section des maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Trois juges titulaires : deux professeurs des maladies du larynx, du nez et des oreilles; un professeur de chirurgie et de médecine; deux juges suppléants.

Section de gynécologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de gynécologie; un professeur de chirurgie; deux juges suppléants.

Section des maladies des voies urinaires. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies des voies urinaires; un professeur de chirurgie; deux juges suppléants.

Section d'obstétrique. — Trois juges titulaires : deux professeurs d'obstétrique; un professeur de chirurgie; deux juges suppléants.

Section de pharmacie et matière médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de pharmacie; un professeur de botanique ou de matière médicale; deux juges suppléants.

Art. 7. — Peuvent être appelés, au même titre que les professeurs des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à faire partie des jurys les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle et des Facultés des sciences, les professeurs honoraires, les agrégés et les chargés de cours des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 8. — Aucune faculté ne peut être représentée dans le jury par plus du tiers des juges.

Art. 9. — Lorsque le jury est composé de sept juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par cinq juges.

Lorsque le jury est composé de cinq juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par trois juges.

Pour les sections de l'agrégation dont le jury se compose seulement de trois juges titulaires, après la constitution du jury, un des juges suppléants est désigné par le sort pour assister à toutes les opérations du concours. Au cas où l'un des juges titulaires ne serait pas présent à l'une des séances, il serait remplacé définitivement par ce juge suppléant qui, à partir de ce moment, aura voix consultative et délibérative.

Les juges suppléants ne peuvent pas appartenir à la même faculté. Ils sont choisis dans les facultés qui ne sont pas représentées dans le jury, ou s'il s'agit de jurys composés de sept juges titulaires, dans les facultés qui n'y comptent pas plus d'un juge titulaire.

Art. 10. — Les présentes dispositions seront appliquées aux concours qui seront ouverts à partir de l'année scolaire 1909-1910.

Art. 11. — Les docteurs en médecine candidats à l'agrégation et déclarés admissibles dans les concours antérieurs sont dispensés du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 12. — Les agrégés sont nommés d'après une liste dressée par le jury par ordre de mérite.

Suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la faculté à laquelle ils désirent être attachés.

Si, dans l'intervalle de deux concours, une place d'agrégé de leur spécialité devient vacante dans une autre faculté, ils peuvent y être transférés sur leur demande.

Art. 13. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 décembre 1880 et de l'arrêté du 30 juillet 1887.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

Aristide Briand.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret en date du 25 juillet 1906, portant institution du certificat d'études médicales supérieures;

Vu les décrets des 9 mars 1852, 28 décembre 1885 et 30 juillet 1886;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Article premier. — Le certificat d'études médicales supérieures est exigé des candidats :

1° Aux fonctions d'agrégé et de chargé de cours complémentaires dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (sections de médecine);

2° Aux fonctions de chefs de travaux dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section de médecine).

Art. 2. — Les docteurs en médecine, pourvus du certificat d'études médicales supérieures, peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef de clinique dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Ils sont nommés par le recteur sur présentation du doyen, après avis du conseil de la faculté.

Art. 3. — Les dispositions prévues à l'article premier ne

sont pas applicables aux chargés de cours complémentaires et aux chefs de travaux en fonctions à la date de la promulgation du décret portant institution du certificat d'études médicales supérieures.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

ARISTIDE BRIAND.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 14 juillet 1875;

Vu les décrets des 1er août 1883 et 25 juillet 1885;

Vu la loi du 30 novembre 1892 et les décrets des 31 juillet 1893 et 24 juillet 1899;

Vu le décret du 22 janvier 1896 sur la licence ès sciences;

Vu le décret du 24 juillet 1889;

Vu le décret en date du 25 juillet 1906, portant institution du certificat d'études médicales supérieures;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les grades et titres à exiger des professeurs titulaires et des chargés de cours dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, sont :

Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie, et pour les chaires de médecine, de chirurgie et de clinique obstétricale, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures;

Pour les chaires de pharmacie et de matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien;

Pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures, ou le titre de pharmacien de première classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou le diplôme supérieur de pharmacien.

ART. 2. — Peuvent être nommés sans concours dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie :

Suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, des chaires de pathologie et de clinique internes, des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures.

Suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions :

Physique générale,

Chimie générale,

Minéralogie, ou autre matière de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles;

Suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions :

Zoologie ou physiologie générale,

Botanique,

Géologie.

Peuvent également être nommés sans concours, suppléants des chaires de chimie, de physique et d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

ART. 3. — Les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef des travaux anatomiques.

Les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef des travaux chimiques.

ART. 4. — Les présentes dispositions entreront en vigueur à partir du 1er novembre 1907.

Toutefois les suppléants et les chargés de cours en exercice à la date de la promulgation du présent décret peuvent être nommés professeurs titulaires sans justifier du certificat d'études médicales supérieures.

ART. 5. — Seront abrogées à partir du 1er novembre 1907 les dispositions contraires du décret du 1er août 1883.

ART. 6. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République.

Le ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,

A. BRIAND.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu l'ordonnance du 12 mars 1841;

Vu les décrets des 10 août 1877, 1er août 1883, 25 juillet 1885;

Vu la loi du 30 novembre 1892 et les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899;

Vu le décret du 22 janvier 1896 sur la licence ès sciences;

Vu le décret du 24 juillet 1889;

Vu le décret du 25 juillet 1906, portant institution du certificat d'études médicales supérieures;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les articles 4, 5 et 7 du décret du 1er août 1883, portant réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans.

Le concours est ouvert devant une faculté de médecine, une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou une école supérieure de pharmacie.

Le siège du concours est déterminé par le ministre.

Peuvent être nommés sans concours :

Suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, des chaires de pathologie et de clinique internes, des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures.

Suppléants de chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus d'un diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions :

Physique générale,

Chimie générale,

Minéralogie ou une autre matière de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles.

Suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus d'un diplôme de licencié ès siences portant le groupe suivant de mentions :

Zoologie ou physiologie générale,

Botanique,

Géologie.

Peuvent également être nommés sans concours suppléants des chaires de chimie, de physique et d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre peut maintenir un suppléant en fonctions, et même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 5. — Les chefs de travaux sont nommés au concours pour une période de neuf ans. Le concours est ouvert devant l'école où les emplois sont vacants.

Peuvent être nommés sans concours chefs des travaux de physique et de chimie, chefs des travaux d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences naturelles.

Art. 7. — Les grades et titres à exiger des professeurs titulaires et des chargés de cours sont :

Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie et pour les chaires de médecine, de chirurgie et de clinique obstétricale le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ;

Pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ou le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 2. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à partir du 1er novembre 1907.

Toutefois, les suppléants et les chargés de cours en exercice à la date la promulgation du présent décret peuvent être nommés professeurs titulaires sans justifier du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 3. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

ARISTIDE BRIAND.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 14 juillet 1875 :

Vu l'ordonnance du 12 mars 1841 ;

Tu les décrets du 10 août 1877, 1er août 1883, 25 juillet 1885 et 31 juillet 1893 ;

Vu le décret du 22 janvier 1896 sur la licence ès sciences ;

Vu le décret en date du 25 juillet 1906, portant institution du certificat d'études médicales supérieures.

Vu les décrets du 25 juillet 1906, relatifs aux écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Article premier. — Lorsqu'un emploi de suppléant vient à vaquer dans une école de plein exercice ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, avis de la vacance est publié au *Journal officiel*.

Art. 2. — Les condidats qui remplissent les conditions fixées par les décrets du 25 juillet 1906 pour être nommés sans concours doivent, dans un délai de vingt jours à partir de la publication au *Journal officiel*, adresser leur demande au ministre et joindre à cette demande :

1° Trois exemplaires de chacune de leurs publications scientifiques ;

2° Un état de leurs services.

Art. 3. — La commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public donne son avis au ministre sur la valeur des travaux des candidats.

Art. 4. — Passé le délai de vingt jours, et, s'il y a lieu l'emploi est mis au concours conformément aux dispositions générales du décret du 25 juillet 1885 déterminant les conditions des concours pour les fonctions de suppléant dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 5. — Les dispositions qui précèdent sont applicables aux fonctions de chef des travaux ci-après désignées.

Ecoles de plein exercice. — Chef des travaux anatomiques. — Chef des travaux chimiques.

Ecoles préparatoires. — Chef des travaux d'anatomie et d'histologie. — Chef des travaux de physiologie. — Chef des travaux de médecine opératoire. — Chef des travaux de physique et de chimie. — Chef des travaux d'histoire naturelle.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

ARISTIDE BRIAND.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

« Dinan, 27 juillet 1906.

Monsieur le Directeur,

Les médecins français devraient ouvrir une souscription pour élever un monument au professeur Brouardel. Ce serait d'autant plus juste, qu'il a été président de l'Association générale des médecins de France.

En ce qui me concerne, je donnerais avec plaisir ma modeste offrande.

J'espère, du reste, que mon idée sera mise en pratique par quelques-uns.

Sentiments distingués,

CH. PEPIN. »

Nous ne doutons pas que les élèves de Brouardel ne songent déjà à ce dernier hommage auquel la *Gazette des hôpitaux* tiendra à s'associer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 24 juillet 1906, les officiers dont les noms suivent ont été nommés aux postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Chevassu, nommé directeur du service de santé du 11e corps d'armée (service); — Radouan, médecin-chef de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé (service).

MM. les médecins-majors de première classe Salètes, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Arras (service); — Lucas, affecté, pour ordre, à l'hôpital militaire de Rennes ; — Bernardy, passe à l'hôpital militaire de Toul (service); — Arragon, au 4e zouaves, à Tunis (service); — Picquot, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (service); — Chabrut, affecté, pour ordre, à l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barrière, passe au 81e d'infanterie (service); — Barbot, au 160e d'infanterie (service); — Thérault, au 70e d'infanterie (service); — Vigerie, au 2e d'infanterie (service); — Fromont, au 15e bataillon d'artillerie à pied (service); — Vèzes, au 3e chasseurs à cheval (service); — Lhomer, au 4e spahis (service); — Palet, au 18e bataillon de chasseurs à pied (service); — Besse-aux hôpitaux de la division d'Alger (service); — Fischer, au 16e bataillon d'artillerie à pied (service); — Donier,

au 158e d'infanterie (service); — Malaspina, aux hôpitaux de la division d'Alger (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Legendre, passe aux hôpitaux de la division d'Alger (service); — Demard, au 145e d'infanterie (service); — Niéger, aux hôpitaux de la division d'Alger (service); — Monod, au 17e d'artillerie (service); — Dreyfus, au 161e d'infanterie (service); — Louis, à l'hôpital militaire de Rennes, laboratoire de bactériologie (service); — Metzger, au 32e d'artillerie (service); — Gras, au 102e d'infanterie (service); — Pirsche, aux hôpitaux de la division d'Alger (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Mandoul, passe au 25e dragons (service); — Guionie, aux sapeurs-pompiers de Paris (service); — Causeret, au 13e d'artillerie (service); — Rolin, au 5e chasseurs à cheval (service); — Salètes, au 38e d'infanterie (service); — Gottenkieny, au 32e d'infanterie (service).

Le prompt secours et l'hospitalisation particulière consécutive des blessés du travail, par le docteur Lop (de Marseille). In-8°. — Orléans, Auguste Gout, imprimeur.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

RAYONS X à vendre : instalation complète radiothérapie. — Dépositaire : Régnier, 19, rue Cujas, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Guyon, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier. — M. Henri Rieffel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Le Scour, médecin en Nouvelle-Calédonie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Thoinot, agrégé, est nommé professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

M. Albarran, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours par les arrêtés des 28 mai et 25 juillet 1906 est porté de quarante-trois à quarante-quatre.

La nouvelle place sera comprise dans la section des sciences physiques (chimie) et réservée à la Faculté de médecine de Nancy.

— BORDEAUX. — M. Denucé, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé professeur de clinique des maladies chirurgicales des enfants à ladite Faculté.

— MONTPELLIER. — M. Gervais de Rouville, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— NANCY. — M. Guilloz, agrégé, chargé d'un cours d'électrothérapie et de radiologie (fondation de l'Université) à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— TOULOUSE. — M. Etienne Cestan, agrégé, chargé d'un cours de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDES-MAJORS DE DEUXIÈME CLASSE DES TROUPES COLONIALES EN 1906. — Conformément à l'article 3, n° 2, du décret du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'administration des troupes coloniales, un concours s'ouvrira le 3 décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1). Cette aptitude sera cons-

(1) Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire.

tatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. Pour les docteurs en médecine. — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. Pour les pharmaciens de première classe. — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés);

4° Épreuve de chimie analytique : Recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Notes. — L'appréciation de chacune des épreuves, écrites ou orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins. — Composition écrite, 12; examen clinique, 15; médecine opératoire, 12; interrogation sur l'hygiène, 10.

Pharmaciens. — Composition écrite, 12; interrogation sur la physique et la chimie, 10; interrogation sur l'histoire naturelle et la pharmacie, 10; préparation, 12; épreuve de chimie analytique, 15.

Une majoration de 150 points est accordée : 1° aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une Faculté de médecine; 2° aux docteurs en pharmacie; 3° aux licenciés ès sciences;

Et une majoration de 50 points aux lauréats des Facultés. Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 25 novembre prochain. — Les pièces à fournir sont :

I. Avant le concours. — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves);

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points;

4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services;

6° Indication du domicile.

Les dossiers des candidats non reçus seront renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 6.

II. Après l'admission. — Engagement de service pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens stagiaires admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de deuxième classe et vont suivre, à Marseille, pendant un an, les cours de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales. Ils portent l'uniforme des aides-majors de deuxième classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles du service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major, dans l'ordre de classement de sortie.

Pour ceux qui n'obtiendraient pas à ce concours le minimum de points déterminé par le règlement intérieur de l'École, il sera fait application de l'article 26 du décret du 3 octobre 1905.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de la fête de l'Assomption, des coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août 1906.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 8, août 1906.) Thamin : Note sur l'accident du 20 avril 1906 à bord du vaisseau-école de canonnage et de timonerie la *Couronne*. — Ffihl : Pyonéphrose du rein droit, néphrotomie par voie transpéritonéale, mort le huitième mois de tuberculose généralisée. — Machenaud : Double pied-bot paralytique. Varus à droite, valgus à gauche, traités : le varus par tarsectomie cunéiforme, le valgus par œrthrodèse, des articulations astragalo-calcanéenne, astragalo-scaphoïdienne et calcanéo-cuboïdienne. Résultat très satisfaisant pour le varus, parfait pour le varus. — Etat actuel de l'opothérapie pulmonaire (*suite*).

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 7, 25 juillet 1906.) Poux : Le lactagol ou extrait de cotonnier comme galactogène. — Pla : Intoxication professionnelle par le tabac (*suite*).

Revue scientifique. — (N° 3, 21 juillet 1906.) Birkeland : La fixation par oxydation de l'azote de l'air dans l'arc électrique. — Lapicque : Les nègres d'Asie et la race nègre en général. — Obalski : Les grands mammifères fossiles des alluvions glacées du Yukon et de l'Alaska.

Tribune médicale. — (N° 26, 14 juillet 1906.) Pater : Sur un symptôme secondaire au cours de la fièvre typhoïde. — Guisez : Le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage sans l'œsophagoscopie. — (N° 27, 21 juillet.) Hudelo et Ribierre : Ictère grave et syndrome psychonévritique. — Nobécourt et Merklen : Influence de la teneur du régime en albumine sur l'élimination de l'urée.

DES HÉMORRAGIES GRAVES

DANS LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Par M. NORDMANN,
Interne des hôpitaux de Lyon.

S'il est classique de signaler la possibilité d'hémoptysies dans la gangrène pulmonaire, la plupart des traités insistent à peine sur cette redoutable complication. Laënnec, Trousseau n'en font aucune mention. Grisolle, Eichhorst, Nothnagel se contentent de la signaler. Hardy et Béhier par contre montrent bien son importance et sa gravité.

En réalité il faut distinguer deux formes d'hémoptysies : les petites, par hémorragies capillaires, bénignes, assez fréquentes; les graves, par rupture des gros vaisseaux, généralement mortelles. Celles-ci, les seules dont nous voulons parler, sont beaucoup plus rares.

Si l'on parcourt les observations publiées d'hémorragies graves, on voit qu'on peut les classer en plusieurs catégories. Dans les unes, il s'agit d'hémoptysies précoces, constituant même le symptôme révélateur de l'affection, tels les cas de Soupault (Soc. anat., 1889) où l'hémoptysie précéda de huit jours les autres symptômes, de Netter (Soc. anat., 1889), de Liandier (Th. de Paris, 1883), de Genest (*Gaz. méd.*, 1836), de Ramdohrz (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1866), telles enfin les deux observations de Dimanche (Th. de Paris, 1877).

D'autres fois les hémoptysies sont répétées, apparaissant dans le cours de l'affection, elles vont en augmentant de fréquence et d'intensité. Parfois néanmoins la guérison survient, comme l'ont vu Laycock (*Med. Times and Gaz.*, 1857), Lancereaux (Th. Dumas, Paris 1897) et Liandier (loc. cit.).

D'autres fois la mort survient par affaiblissement progressif. Telle l'observation de Leyden et Jeffé (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1866), celles de Berton (Bruxelles 1827), d'Andral (*Cliniques*), de Nathaniel Alcock (*Med. Times and Gaz.*, 1873). Enfin la mort peut être due à une hémoptysie terminale, comme l'ont signalé Genest (loc. cit.), Lancereaux (*Arch. gén. de méd.*, 1879), Dimanche (loc. cit.).

Ou bien l'hémoptysie apparaît subitement et est foudroyante d'emblée. Dans cette catégorie d'hémorragies doivent rentrer : une observation de Demanche, une de Laurence (Th. de Paris, 1840), les faits de Lees (*Dublin Journ.*, 1842), de Lebert (*Klin. der Bruslk.*), de Boudet (*Arch. méd.*, 1843) et de Bucquoy (Soc. des hôpit., 1875).

Notre observation rentre dans ce dernier groupe. Il nous paraît intéressant de la relater, vu le petit nombre de faits analogues publiés. Chez notre malade, comme l'on avait fait un empyème à cause d'une pleurésie gangréneuse, le rejet du sang s'est fait non seulement par la bouche, mais encore par la plaie thoracique, en très grande abondance.

Nous n'avons point trouvé de faits semblables, mais seulement des observations où l'autopsie montre une grande quantité de sang dans la plèvre. Cruveilhier dans un fait trouve deux litres de sang dans la plèvre. Il en est de même chez un malade d'Aran (*Journ. med. Prat.*, 1856) et un autre de Lees (*Dublin Journ.*, 1844).

Notre malade (Obs. DCXXXIV de la riche collection du docteur Devic) est entrée salle Sainte-Clotilde le 28 novembre 1905.

Antécédents. — Mère morte de fausse couche. Père âgé de soixante et un ans, vieux tousseur. Trois frères et sœurs bien portants.

La malade, âgée de vingt et un ans, est mariée depuis un an et s'est toujours bien portée avant sa maladie actuelle.

Début.— Accouchement un mois avant son entrée à l'hôpital.

Immédiatement après l'accouchement, température oscillant entre 38°9 et 39°9.

Eut également des crises d'éclampsie répétées coup sur coup pendant quatre jours.

Pas de phlébite. Pas d'escare.

Il y a quinze jours, la malade accuse de violents points de côté, siégeant d'abord à droite puis à gauche, des frissons, de violents accès de toux. La température est aux environs de 39 degrés.

Quelques jours après, elle se plaint de son expectoration fétide, à odeur repoussante, dit-elle. N'a pas eu de vomique.

Examen à l'entrée (28 novembre). — Mauvais état général, teint plombé, toux quinteuse, crachats purulents d'odeur gangréneuse. Respiration à 35. Température à 39 degrés. Signes d'épanchement à la base droite dans tout le tiers inférieur. A gauche, matité, obscurité respiratoire à l'extrême base seulement.

Cœur : bruits rapides à 108, réguliers, sans souffle. La pointe a son maximum dans le quatrième espace.

Il n'y a pas d'œdème, même local, pas d'albuminurie.

On fait une ponction à droite, retire du pus, d'odeur gangréneuse. A gauche deux ponctions restent négatives.

2 décembre : La malade est opérée par le docteur Bérard, qui résèque la neuvième côte, et, après évacuation d'une grosse quantité de pus, place deux gros drains en canon de fusil.

10 décembre : Grande amélioration. Etat général meilleur. Crachats normaux depuis trois ou quatre jours, ne répandant plus la moindre mauvaise odeur. Température reste néanmoins à oscillations.

20 décembre : Depuis avant-hier, la température remonte. Il s'agit de rétention du pus. Un nouveau drain placé fait baisser la température.

26 décembre : Le matin la malade se plaint, dès le réveil, de sa mauvaise haleine.

A dix heures du matin, très subitement, survient une très violente hémorragie, avec rejet de sang par la bouche et surtout par la plaie.

Appelé auprès de la malade, nous faisons appliquer un pansement serré et pratiquons une injection d'ergotine (deux seringues et demie). L'hémorragie s'arrête complètement.

A cinq heures du soir, très subitement encore, l'hémorragie se reproduit. Le sang s'écoule surtout par les drains. La malade meurt brusquement, ayant perdu deux litres environ de sang.

Autopsie pratiquée par M. Devic. — Aspect macroscopique : pâleur très marquée, pas d'œdème.

A l'ouverture de l'abdomen, nombreuses adhérences anciennes, reliant les différentes anses intestinales.

Organes génitaux. — Utérus un peu gros. Muscle pâle, décoloré, muqueuse grisâtre.

Intestin. — Sans ulcérations.

Rate de sagon typique, sans infarctus.

Reins décolorés, mous, sans infarctus, sans abcès miliaire, sans éclat spécial pouvant faire soupçonner l'amylose.

Cœur. — Symphyse péricardique totale, sans rien pouvant faire soupçonner la tuberculose.

Pas de lésions de l'endocarde.

Myocarde seulement pâle.

Poumon gauche. — Emphysème marqué de la base et du bord antérieur. Rien au sommet. Rien d'anormal. Bien qu'il y ait eu une hémoptysie terminale, il n'y a pas d'hémorragie punctiforme dans le poumon sain.

Poumon droit. — Symphyse pleurale limitée au tiers inférieur surtout et à la partie postérieure. La cavité de la pleurésie n'est pas très haute, sauf en arrière.

Sur le poumon, au niveau de la gouttière vertébrale, immédiatement au-dessous du hile, se trouve un orifice circulaire, recouvert d'exsudats grisâtres.

Cet orifice conduit à une cavité à peu près cylindrique, de 8 centimètres environ de diamètre, dont le fond paraît constitué par la plèvre diaphragmatique extrêmement épaissie à ce niveau.

Sa paroi interne est presque lisse, gris brunâtre, avec tendance à la formation d'une membrane pyogénique. Mais il n'y a pas de formation conjonctive, rien qui puisse rappeler le tissu de sclérose, la tendance à l'effacement de la cavité.

Aux deux tiers inférieurs de cette cavité, on voit, sur la face postérieure, l'ouverture d'un vaisseau, branche de l'artère pulmonaire, admettant facilement une sonde cannelée. Ce vaisseau est vide de sang. Ce vaisseau n'a pas été dilacéré d'une façon quelconque dans les différentes manœuvres faites avec une extrême prudence.

Autour de la cavité, se trouve une coque d'hépatisation très étendue, surtout en haut où elle atteint 5 ou 6 centimètres d'épaisseur. En bas elle n'est que de 2 centimètres.

Poids des organes. — Cœur = 250; poumon droit = 440; poumon gauche = 230; foie = 1160: reins = 210; râle = 200.

Examen histologique. — La paroi de l'abcès gangréneux est constituée par une membrane pyogène très nette, formée par un stromo-conjonctivo-élastique renfermant des cellules assez volumineuses de type épithélial. Cette paroi est extrêmement vascularisée, sillonnée par de nombreux capillaires de néo-formation gorgés de sang.

Cette paroi se continue sans intermédiaire avec la zone de réaction du parenchyme pulmonaire. Dans les régions avoisinant l'abcès, on ne trouve pas de trace d'alvéole pulmonaire. Tout le tissu est occupé par des cellules inflammatoires mêlées à de nombreux globules rouges libres. Ici encore la vascularisation est intense. A mesure que l'on s'éloigne de l'abcès, les alvéoles pulmonaires devienneut plus nettes, mais elles sont distendues par des cellules inflammatoires, et par des cellules assez volumineuses ressemblant au type épithélial, dont il est assez difficile de déterminer la nature. La paroi même des alvéoles est le siège d'une infiltration marquée de cellules jeunes. Quelques bandes de tissu fibreux traversent cette zone.

Enfin le tissu sain périphérique présente quelques noyaux isolés de broncho-pneumonie.

Il n'y a pas de trace de tuberculose ni de cellules géantes.

La plèvre qui limite la face inférieure de l'abcès gangréneux est extrêmement épaissie, mais ne présente pas de lésions spéciales; la membrane pyogène est appliquée directement sur cette plèvre.

Les bronches sont le siège d'une inflammation plus ou moins marquée suivant qu'on se rapproche plus ou moins de l'abcès. En certains points les bronches sont complètement détruites et dilacérées par le processus inflammatoire. A la périphérie il y a simplement un peu d'infiltration de la muqueuse bronchique.

Les vaisseaux sont également altérés à divers degrés, suivant la distance qui les sépare de l'abcès. Pèrs de celui-ci on voit un vaisseau d'assez gros calibre complètement thrombosé, et dont la lumière est occupée par un caillot organisé. Cependant en général les lésions vasculaires sont faibles.

L'artère dont la paroi s'est rompue dans la cavité de l'abcès présente des lésions relativement très peu marquées : un peu d'artérite et d'endartérite végétante; mais en somme peu de chose en comparaison des altérations que l'on s'attendait à trouver.

Cette observation vient une fois de plus confirmer cette idée que la pleurésie gangréneuse d'emblée n'existe pas. Admettons qu'il n'y ait pas eu de crachats gangréneux, comme cela arrive souvent, cliniquement le processus pulmonaire aurait pu passer inaperçu. Et cependant celui-ci fut si peu douteux qu'il amena la mort.

Il est intéressant de songer que cette idée avait déjà été émise par Fournet en 1837, puis par Bucquoy (1) en 1875. Celui-ci contestait alors les faits de Besnier et disait d'une façon catégorique qu'il n'y a pas de gangrène primitive de la plèvre.

Nous voulons signaler aussi le point de départ utérin fréquent du processus gangréneux. Au cours de sa fièvre puerpérale, notre malade eut évidemment une embolie septique. Pareils faits ne sont point rares. Une des dernières observations de Dieulafoy (2) est analogue à la nôtre.

Mais il nous faut surtout défendre notre abstention chirurgicale. En présence des statistiques publiées, on pourrait être tenté de faire opérer de nombreux malades.

La statistique de Garré et Sultan ne montre-t-elle pas la mortalité tombée à 34 p. 100 après pneumotomie au lieu de 75 p. 100 sans intervention. Mais les statistiques sont souvent trompeuses. Il est bien certain que les faits où l'on est intervenu — cas rentrant dans les statistiques chirurgicales — étaient uniquement des cas guérissables, que l'on ne peut comparer à ceux des médecins.

Chez notre malade il est bien certain que toute intervention était impossible, et tel fut l'avis de notre maître le docteur Bérard. En raison de l'empyème, nous ne pouvions avoir aucune donnée précise sur la situation exacte du foyer, et l'on n'aurait pu agir qu'à l'aveugle.

L'état général ne s'était pas suffisamment relevé après l'intervention — la température n'était pas redevenue assez normale après un bon drainage —

(1) Bucquoy. Soc. méd. des hôpit., 1875. — Voir Cadet. *Revue de méd.*, 1904. — A propos d'un malade de M. Devic, la question est traitée dans tous ses détails.

(2) Dieulafoy. *Semaine méd.*, 1902.

pour qu'on pût affirmer la cicatrisation commençante des lésions. Un processus broncho-pneumonique diffus était évidemment à craindre, en raison des oscillations de température. Or tous les chirurgiens (1) sont unanimes à reconnaître qu'on ne peut agir qu'en présence d'un processus localisé.

Il est évident que dans ces cas types la guérison ne demande qu'à se faire. Dans les gangrènes diffuses, la conduite interventionniste est dangereuse. Le parenchyme pulmonaire cède sous le doigt, une infection massive du poumon risque d'être produite.

Qu'il s'agisse de formes localisées ou diffuses, l'abstention nous semble donc préférable. Pour les autres faits comment savoir si l'on a devant soi un processus qui s'éteint ou s'étend? L'autopsie révèle souvent des surprises et chez notre malade les lésions furent plus étendues qu'on ne pouvait le supposer. Dans le doute, vaut-il mieux risquer une opération peut-être dangereuse, qu'une abstention probablement suffisante?

D'autres nous reprocheront de n'être pas intervenus au moment de l'hémorragie. Mais qu'eussions-nous pu faire? Nous ne pouvions même pas savoir où était localisé le processus gangréneux. Si celui-ci avait été nettement connu, et l'on sait comme cela est difficile même en l'absence d'empyème (2), comment aurions-nous pu, dans une situation aussi précaire que celle de notre malade, aveuglés par le sang, aller à la recherche d'un vaisseau assez profond? Celui-ci trouvé, comment le lier dans des tissus en voie de sphacèle? Ou bien il aurait fallu d'emblée supprimer tous les tissus sphacélés!

Lier l'artère qui saigne nous paraît impossible et dangereux, quoi qu'on en ait pu penser, et c'est là aussi l'avis du docteur Bérard.

Pourquoi alors, dira-t-on, ne pas se contenter d'un tamponnement dans la région qui saigne? Qu'il nous suffise de rappeler le cas malheureux de Delbet (3). Cet auteur, au cours d'une pneumotomie, voit son son malade prendre une hémorragie formidable. Sous l'influence d'un tamponnement à la gaze stérilisée, l'hémorragie s'arrêta. Au bout de cinq jours, Delbet voulut enlever cette gaze. Une hémorragie, aussi considérable que la première, l'obligea à faire un nouveau tamponnement serré. Au neuvième jour on voulut refaire le pansement, et une nouvelle hémorragie mit fin aux jours du malade.

Si donc une ligature est incapable de tenir au niveau de tissus sphacélés, et outre les difficultés de son exécution, expose presque sûrement aux hémorragies secondaires, le tamponnement ne nous semble pas donner de meilleurs résultats. Il est souvent difficile à appliquer, puisqu'on ne tombe pas toujours d'emblée sur le tissu sphacélé, et pourtant il faut agir vite, il est complètement insuffisant. La compression enlevée, un gros vaisseau recommencera à saigner.

Dans notre cas, on ne pourra donc nous reprocher notre abstention chirurgicale. D'ailleurs notre malade eut sa première hémorragie complètement arrêtée sous l'influence de l'ergotine, pendant sept heures de suite, et à la seconde hémoptysie, vu l'état précaire de la malade, une intervention eût été sûrement mortelle. La compression du pédicule pulmonaire, seule opération possible, étant donnée notre ignorance du siège des lésions, eût demandé des délabrements trop considérables, et une rapidité d'exécution impossible à réaliser.

(1) LEJARS et TUFFIER. Congrès de chir., 1903. — GARRÉ et SULTAN. *Eschmits Jahrb.*, 1902. — DULAR. Th. de Paris, 1899. — DINER. Th. de Paris, 1904. — AUVRAY. *Presse méd.*, 1904.

(2) Voir LEJARS et TUFFIER. *Revue de chir.*, 1903; — Th. DULAR; — HIRCZEL. *Wiener med. Presse*, 1901.

(3) DELBET. Congrès de chir., 1903.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1906)

Action toxique et localisation de l'émanation du radium. — MM. BOUCHARD et BALTHAZARD ont montré dans une précédente communication, faite en collaboration avec Curie (Acad. des sc., séance du 6 juin 1904), que l'émanation du radium est toxique pour les animaux, souris et cobayes, lors qu'elle est introduite par la voie respiratoire.

Il était intéressant de rechercher si l'émanation du radium se répand uniformément dans les tissus ou si au contraire elle se localise sur certains organes. MM. Bouchard et Balthazard ont donc repris ces expériences en mesurant dans chaque organe la quantité d'émanation dans les gaz extraits à l'aide d'une trompe à mercure en se servant de la méthode électrique de Curie, basée sur l'évaluation de la conductibilité électrique communiquée à ces gaz par la présence de l'émanation.

Leurs expériences ont démontré que pour la quantité totale d'émanation qu'ils renferment, les organes se classent dans l'ordre suivant : capsules surrénales, poumon, foie, peau, rate, reins.

Au bout d'une heure après l'injection d'émanations, la localisation est beaucoup moins élective sur les capsules surrénales; les poumons et le foie surtout sont riches en émanation. Après quatre heures, les capsules surrénales en renferment autant que le reste du corps. Au bout de cinq à six heures après l'injection, l'organisme ne renferme plus d'émanation et les tissus ont perdu toute radio-activité.

Les recherches de Bargell, Braunstein et Bickel ayant prouvé que l'émanation accroît l'action zymotique de la pepsine, de la pancréatine et des ferments en général; la localisation élective de cette émanation n'est pas chose indifférente pour le thérapeute. Elle explique peut-être l'action stimulante qu'exercent sur les sécrétions les eaux minérales radio-actives, lorsqu'elles sont prises à la source.

Sur un nouveau procédé d'obtention des cristaux d'hémine dans le diagnostic médico-légal des taches de sang, par MM. SARDA et CAFFART. — La réaction qui permet d'obtenir des cristaux de chlorohématine en traitant les taches de sang par une solution de chlore, la pyridine et le sulfure d'ammonium, constitue un excellent procédé de diagnostic, bien supérieur au procédé classique. La technique est des plus faciles; les résultats sont constants; la coloration des

cristaux rend la recherche aisée; la réaction se produit rapidement et sans tâtonnements, elle est très sensible et constitue un bon moyen pour faire le diagnostic médico-légal de taches suspectes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1906)

M. LE PRÉSIDENT qui, dans la dernière séance, n'avait fait qu'annoncer la mort de M. Brouardel, a, dans celle-ci, retracé en termes très heureux et très justes la longue et brillante carrière de ce regretté collègue.

M. KELSCH a été élu, par acclamation, directeur général de l'Institut vaccinal supérieur.

Remèdes héroïques. — M. YVON a lu le rapport au nom de la commission des remèdes héroïques.

Le cancer considéré comme maladie constitutionnelle. — M. CORNIL a présenté une note de M. Vigouroux sur ce sujet.

L'objet de cette note est de prouver qu'il existe dans le cancer une maladie constitutionnelle, une dyscrasie, dont le néoplasme est le résultat et non la cause. La nécessité d'admettre qu'il y a dans le cancer quelque chose de plus que la tumeur, ressort de nombreux faits cliniques. La tumeur et ses conséquences directes ne suffisent pas à rendre compte de l'évolution d'une affection cancéreuse. C'est ce qu'on peut voir dans certains cas de cancer du sein où le néoplasme est de petit volume, peu ou point ulcéré, sans réactions ou complications apparentes. Néanmoins l'état général est grave : aspect cachectique, anorexie, affaiblissement graduel, quelquefois névrite, plus souvent des troubles sensitifs et moteurs de forme spéciale et enfin, après quelques semaines, terminaison fatale.

Il est difficile de ne pas admettre, dans ces faits, une maladie générale indépendante de l'état de la tumeur. Cette indépendance peut se montrer d'une façon encore plus frappante. Dans le cancer de l'estomac, par exemple, une tumeur traitée par les rayons X a diminué de volume au point même de ne plus être perceptible à la palpation, la douleur et les troubles fonctionnels ont disparu, le moral se relève. Mais malgré cette grande amélioration locale et fonctionnelle, la dépression des forces s'accentue, les troubles moteurs et sensitifs dans des régions éloignées de l'épigastre s'exaspèrent et la mort survient.

Les faits de ce genre peuvent rendre compte de la publication prématurée de certaines guérisons de cancers viscéraux. Ils montrent aussi pourquoi les rayons X, l'intervention chirurgicale ou tout autre traitement local, même lorsqu'il supprime le néoplasme, reste sans influence sur l'issue de la maladie et ne peut retarder l'échéance fatale. C'est que la maladie générale n'a pas été traitée, et c'est cela qu'il aurait fallu faire avant tout.

Qu'est exactement cette maladie ou dyscrasie cancéreuse? La question est en grande partie du ressort de la chimie biologique. En attendant sa réponse, nous devons nous contenter des données et rapprochements fournis par la clinique. C'est surtout dans les antécédents héréditaires et personnels des malades que nous pourrons trouver l'origine de la dyscrasie.

M. Vigouroux étudie ensuite les rapports du cancer avec l'arthritisme, en particulier avec le rhumatisme chronique, les troubles nerveux, avec les affections du foie, avec les affections du cœur, du poumon, avec la goutte, le diabète, les névroses arthritiques et surtout l'hystérie.

Il passe ensuite en revue les symptômes de la dyscrasie cancéreuse qui, suivant lui, se réduisent à deux éléments : la dépression des forces en tant qu'elle n'est pas expliquée par les complications ou par les affections intercurrentes; les troubles nerveux ultimes et auxquels il faut ajouter les névrites.

La pathogénie du cancer se résume en deux termes : diathèse prédisposante et d'autre part irritation chronique locale de nature quelconque, mécanique, chimique, thermique, même organique. M. Vigouroux cite un cas type, montrant bien l'importance respective des deux éléments. On sait depuis quelques années que la dermite chronique résultant de l'emploi trop répété ou mal réglé des rayons X, est une de ces irritations qui peuvent provoquer le développement du cancer. On a publié divers exemples de ce fait, notamment à l'étranger. Parmi ces derniers se trouve le cas d'un physicien que l'orateur a eu l'occasion d'observer. Il s'était adonné avec beaucoup d'assiduité à l'expérimentation des rayons X et il avait contracté une dermatite chronique qui avec le temps devint cancéreuse et finit par entraîner sa mort. Or plusieurs assistants partagaient ses travaux et lui seul fut atteint gravement. La raison de cette exception se trouve dans le fait que le physicien était depuis longtemps diabétique et par suite prédisposé. On voit ici l'importance dominante de la diathèse fournissant en quelque sorte les matériaux du néoplasme et les conditions de milieu nécessaires à son développement, tandis que l'agent irritant ne fait qu'en déterminer le siège.

Les cas du genre de celui qui vient d'être rapporté ont donné lieu dans le public même médical à des interprétations erronées qu'il y aurait inconvénient à laisser subsister. On a dit et cru que les rayons X donnent le cancer et de là est résultée une aversion bien concevable pour leur emploi thérapeutique. Or les rayons X ne provoquent pas le cancer, bien au contraire. De même que tous les agents physiques, ils peuvent servir à produire une irritation chronique, mais ils se distinguent de tous ces agents en ce que, bien maniés, ils constituent le seul traitement efficace contre la plupart des cancers et beaucoup d'autres affections. D'ailleurs, il n'y a pas de cancer possible sans une prédisposition spéciale. C'est bien prouvé par les greffes expérimentales.

Les considérations qui précèdent sont indépendantes de la nature du processus néoplastique et ne le préjugent en rien. Que ce processus soit microbien ou toxique, c'est en réalité d'importance secondaire. L'essentiel à connaître, ce sont les conditions qui lui permettent ou l'empêchent de s'effectuer.

On entrevoit facilement les conséquences pratiques qui résultent de cette manière de voir. La principale est l'insuffisance d'un traitement purement local du cancer. On se trouve autorisé à demander, comme on l'a déjà fait, si l'intervention chirurgicale peut prétendre à une influence favorable quelconque sur l'évolution de la maladie cancéreuse. Non que M. Vigouroux veuille proposer de ne plus recourir qu'au traitement médical, mais simplement de renoncer aux exagérations opératoires et de combiner les médications externe et interne.

Quant à la nature de cette médication interne, les rapprochements indiqués plus haut montrent suffisamment dans quel sens elle devra être dirigée. Le point essentiel pour l'instant est que le cancer ne doit plus être une maladie exclusivement chirurgicale.

Dans la très intéressante note de M. Vigouroux, il y aurait, croyons-nous, plusieurs points à discuter et il est regrettable que ce travail n'ait pas été renvoyé à une commission dont le

rapport aurait pu devenir le point de départ d'une discussion instructive. Tout en reconnaissant l'exactitude des relations établies par l'auteur entre le cancer et l'arthritisme et d'autres diathèses, il nous semble qu'il fait un peu trop bon marché du néoplasme lui-même et qu'il se montre un peu sévère à l'égard de l'intervention chirurgicale, la seule ressource sérieuse que nous ayons jusqu'ici contre le cancer, pourvu qu'elle soit précoce et suffisamment étendue. Quant à la radiothérapie, si elle a fait ses preuves dans certains cas très limités de cancer de la face, peut-être aussi du sein, il faut bien reconnaître sa complète faillite dans les cancers viscéraux. Encore est-il bon d'ajouter que l'application des rayons X doit être faite avec une extrême prudence, sous peine de voir se produire de terribles complications qui aggravent singulièrement l'état des pauvres malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1906)

Pleurésies puriformes aseptiques. Intégrité des polynucléaires de l'épanchement. — MM. WIDAL et GAUGEROT. L'un de nous a rapporté récemment, avec MM. Lemierre et Boidin, de nouvelles observations, montrant que, durant les poussées congestives survenues au cours d'affections syphilitiques du système nerveux, le liquide céphalo-rachidien, tout en restant parfaitement aseptique, pouvait présenter momentanément un aspect puriforme. L'aspect louche de ce liquide est dû, comme nous l'avons fait ressortir, à l'accumulation de polynucléaires restés normaux, après être sortis abondamment des vaisseaux sanguins par diapédèse.

Ce processus n'est particulier ni aux méninges ni à la syphilis. Dans la plèvre on peut également constater un liquide puriforme aseptique avec polynucléaires intacts épanchés à la suite d'une forte hyperémie pulmonaire.

Chez un cardiaque asystolique, nous avons vu le liquide pleural perdre sa limpidité et louchir après l'apparition d'un foyer d'apoplexie pulmonaire. L'infarctus avait occasionné dans le parenchyme pulmonaire, par simple action mécanique, un raptus congestif intéressant la plèvre et avait entraîné dans la cavité de la séreuse un exode de polynucléaires très abondant qui s'étaient mêlés aux cellules endothéliales desquamées et avaient troublé l'épanchement qui avait évolué sans fièvre. Le liquide était absolument aseptique et les polynucléaires, qu'il contenait, avaient conservé leur aspect normal.

Les épanchements purulents développés au cours de la pneumonie sont dus le plus souvent au développement dans la séreuse de pneumocoques que l'on retrouve au milieu des globules de pus avariés. On peut observer cependant au cours de la pneumonie des épanchements puriformes aseptiques. Le Damany avait noté le fait et nous venons d'en observer deux cas probants; tous deux s'étaient déjà résorbés spontanément au moment de la défervescence. On ne put déceler de microbes ni par l'examen direct, ni par les cultures, ni par l'inoculation et les polynucléaires s'avaient conservé toute la pureté de leurs contours et toute l'intégrité de leur noyau. Si les polynucléaires étaient ainsi restés normaux, c'est qu'ils n'avaient pas eu à combattre contre des microbes ou leurs toxines qui les auraient avariés dans la lutte.

Ces suppurations aseptiques développées chez l'homme, dans la plèvre ou le liquide céphalo-rachidien, apparaissent en quelque sorte comme des congestions blanches. Elles sont analogues aux épanchements puriformes provoqués par l'injection de bouillon aseptique dans le péritoine de cobaye; l'aspect louche de ces exsudats expérimentaux est dû à l'accumulation de nombreux polynucléaires ayant conservé toute leur intégrité morphologique et fonctionnelle, si bien qu'ils peuvent révéler *in vitro* leurs aptitudes phagocytaires.

Il faut donc savoir qu'un épanchement purulent ne signifie pas toujours épanchement septique. L'examen bactériologique permet en général de faire la différence des deux variétés, mais pour conclure il faut attendre le résultat des cultures et des inoculations. L'examen cytologique, en révélant des polynucléaires intacts, fournit une preuve nouvelle permettant de conclure du premier coup d'œil à un épanchement aseptique.

La notion des épanchements purulents aseptiques à polynucléaires normaux n'a pas seulement son importance au point de vue de la pathologie générale; nous avons voulu montrer également tout l'intérêt que sur le terrain de la pratique, peut apporter l'examen cytologique pour différencier les liquides puriformes aseptiques de la plèvre, des liquides purulents d'origine microbienne. Les premiers guérissent spontanément, les seconds nécessitent presque toujours l'intervention opératoire.

Éléments de pronostic dans les rechutes de l'anémie pernicieuse. — MM. MENETRIER et AUBERTIN rapportent l'histoire d'une rechute d'anémie pernicieuse chez une malade dont ils ont déjà publié en partie l'observation.

Cette malade, qui avait quitté l'hôpital très améliorée par l'opothérapie médullaire, est revenue à l'hôpital cinq mois plus tard, présentant de nouveau les symptômes d'une anémie grave cryptogénétique. Le chiffre globulaire était plus élevé que lors de la première attaque (1 million), la proportion des globules nucléés était également assez forte, mais on trouvait un signe rarement observé dans l'anémie pernicieuse, une myélocytose considérable (19 p. 100).

La déglobulisation fit de rapides progrès et la malade succomba dix-huit jours après son entrée. La moelle était rouge et contenait, en plus d'un nombre assez élevé de globules à noyau, une proportion énorme de myélocytes.

Le sang et la moelle strictement parallèles présentaient donc ici des caractères spéciaux qui se rapprochaient des caractères hématologiques et histologiques de la leucénie myéloïde.

Les auteurs pensent que, en présence d'une rechute d'anémie pernicieuse plastique (puisque ce sont seulement les anémies à moelle rouge qui présentent des rémissions), on peut peut-être faire le pronostic de la gravité de la rechute d'après la formule sanguine. Une lymphocytose élevée est de mauvais augure; il semble en être de même d'une myélocytose considérable. En somme, le pronostic est d'autant plus grave que la formule s'éloigne plus de la polynucléose avec myélémie légère qui caractérise la réparation normale du sang.

Traitement de la coqueluche par l'arsenic. — M. J. DE NITTIS fait une communication rappelant les bons effets des arsenicaux dans la chorée et dans l'asthme, et leur utilité dans le traitement de la coqueluche.

De l'action de la teinture d'arnica sur les muqueuses. — M. SIREDEY rapporte l'histoire d'une femme qui avala par erreur un petit verre à liqueur de teinture d'arnica. La gorge, les lèvres présentèrent des plaques blanches dues à l'action caustique de la teinture.

MM. GRIFFON et ABRAMI communiquent une observation **d'éosinophilie locale dans un cas d'érythème bulleux.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1906)

Métabolisme des sulfo-éthers dans l'organisme humain. — MM. H. LABBÉ et G. VITRY, continuant leurs recherches sur l'origine et la signification des sulfo-éthers urinaires, ont montré que ces sulfo-éthers urinaires sont en rapport direct avec la teneur du régime en albumine chez le sujet sain. Ils ont recherché ce que devenaient les sulfo-éthers introduits tout formés (aseptol) dans l'organisme humain par voie intestinale; leurs expériences montrent que ces sulfo-éthers ne se retrouvent pas dans l'urine; on peut donc se demander si l'intestin est bien réellement leur lieu de production à l'état normal.

Deux cas de tabes avec poussées de polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien. Altérations et disparition rapides de ces éléments cellulaires. — MM. Maurice VILLARET et Léon TIXIER rapportent deux observations de tabes confirmé pendant l'évolution desquelles apparurent des poussées de polynucléose transitoires dans le liquide céphalo-rachidien. Ces poussées étaient en relation avec l'apparition d'accidents aigus (céphalée, délire, accès épileptiformes).

Certains auteurs estiment qu'au cours de différentes affections syphilitiques des centres nerveux, les polynucléaires en suspension dans un liquide soigneusement aseptique, conservent une intégrité morphologique aussi complète que les polynucléaires en circulation dans le sang. Il existerait là un élément de diagnostic important entre une méningite aiguë bactérienne (éléments cellulaires très altérés) et une poussée congestive au cours d'altérations vasculaires de nature syphilitique (intégrité des éléments cellulaires).

Dans les cas de tabes qui font l'objet de la communication, bien que le liquide fût rigoureusement aseptique, les auteurs ont trouvé des altérations leucocytaires aussi accentuées que dans la plupart des examens de méningite bactérienne. La morphologie des éléments ne semble donc pas posséder des caractères différentiels suffisants, pour qu'on puisse du moins, dans tous les cas, trancher le diagnostic par le seul examen cytologique entre une poussée congestive aseptique et une infection secondaire.

Contribution à l'étude des fibres centrifuges des racines postérieures de la moelle. — Sur des chats et des chiens, MM. Jean-Charles ROUX et Jean HEITZ ont réséqué quelques racines postérieures et ont laissé survivre leurs animaux de quinze jours à un an.

Par l'étude des dégénérescences ils ont pu constater qu'il existe, dans les racines postérieures des mammifères, des fibres à myéline à trajet centrifuge. La plus grande partie de ces fibres passe par les rameaux, communiquants dans les cordons du sympathique; une faible partie de ces fibres se dirige vers les nerfs périphériques.

L'allobisme méthode d'immunisation et de vaccination contre les microbes dits anaérobies stricts. Allobi-vaccination du cobaye contre le vibrion septique. — M. Georges ROSENTHAL utilise l'atténuation progressive de la virulence des anaérobies stricts aérolisés par sa méthode pour immuniser et vacciner les animaux. Il distingue l'allobi-immunisation obtenue par injection de cultures filtrées, bouillies ou mortes et l'allobi-vaccination obtenue par inoculation de cultures atténuées. Malgré la facilité des résultats obtenus en utilisant les cultures du troisième, deuxième et premier stade, il recommande l'emploi plus simple des cultures en lait et bouillon profond. L'injection progressive de 1 à 5 centimètres cubes de cultures profondes bouillies, puis vivantes, d'abord de bouillon ensuite de lait permet d'inoculer ssns danger des cultures anaérobies en bouillon puis en lait cacheté. L'auteur donne en terminant une progression intéressante d'allobi-vaccinations du cobaye contre le vibrion septique.

La diffusion de l'urée dans les transsudats de l'organisme. Application au diagnostic et au pronostic de l'urémie. — MM. KAHN, JAVAL et ADLER montrent que, lorsque l'urée est retenue dans l'organisme, elle se répand dans les liquides pathologiques tels qu'œdème, ascite, liquide pleural, au même taux que dans le sérum sanguin. Le même parallélisme avait déjà été signalé par Widal et Froin dans la teneur en urée du sérum et du liquide céphalo-rachidien.

Si ce phénomène est général, on pourrait, chez des urémiques hydropiques, connaître le degré de la rétention uréique du sérum en dosant cette substance dans un transsudat quelconque.

L'analyse d'un transsudat est plus simple et plus rapide que celle du sérum, et elle peut être renouvelée fréquemment, de sorte que l'on aurait là un moyen pratique de suivre pas à pas l'évolution de la rétention uréique.

Les conditions de persistance de l'immunité passive antidiphtérique. Ses relations avec la présence du sérum antitoxique dans le sang et avec l'apparition de précipitine. — MM. WEILL-HALLÉ et H. LEMAIRE ont constaté, par l'expérimentation sur le lapin, que la présence de précipitine n'exerce aucune influence directe sur la disparition de l'immunité. La présence du sérum antitoxique dans le sang est le témoin nécessaire et facile à apprécier de la persistance de l'immunité. Le raccourcissement de la durée de l'immunité au cours des réinjections dérive de la rapidité plus grande d'élimination du sérum étranger antitoxique au cas de réinjection. On pourrait en déduire l'utilité de mettre en œuvre dans deux infections consécutives des sérums d'origine animale différente.

Autres communications :

Influence de la vératrine sur le pouvoir cardio-inhibiteur du pneumo-gastrique chez les mammifères. — M. BUSQUET.

La sécrétine de l'intestin du fœtus. — M. CAMUS.

Du rôle de la muqueuse intestinale dans la neutralisation de l'intoxication tétanique. — MM. CAUSSADE et JOLTRAIN.

Action de l'argent colloïdal sur quelques microbes pathogènes. — M[lle] CERNOVODEANU et M. HENRI.

Effets sur le sang des inhalations de vapeurs d'essences minérales. Etudes de mécanique respiratoire comparée. — M. FRANCOIS-FRANCK.

Sur la phagocytose des noyaux expulsés des hématies des mammifères. — M. J. JOLLY.

Sur le pouvoir glycolytique du sang des animaux phloridzinés. — MM. LÉPINE et BOULUD.

Présentation de la table cinquantennale des « Comptes rendus de la Société de biologie ». — M. Auguste PETTIT.

De la forme, de la taille des hématies humaines et de leurs parties constituantes. — MM. RETTERER et G. TILLOY.

Sur l'hypophyse de centrocymnus cœlolipis. — M. Aug. PETTIT.

Note sur une nouvelle catégorie de microbes : les microbes chlorurophiles (réunion biologique de Bordeaux). — M. Le Dantec.

ANALYSES

THERAPEUTIQUE

De l'emploi de suc gastrique de porc dans le traitement des dyspepsies des nourrissons. (Pierre Nicolas. Thèse de Paris, 1906.) — C'est au cours d'un stage à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. Grancher, que M. Nicolas eut l'occasion de voir M. le professeur agrégé Méry traiter quelques cas de gastro-entérites par le suc gastrique de porc. C'est également sur les conseils et avec l'autorisation du docteur Méry, que le docteur Nicolas se décida à publier les résultats obtenus à l'hôpital des Enfants-Malades, d'en faire le sujet de sa thèse, et commença lui-même de nouveaux essais à la crèche de son service.

Après avoir bien établi l'étiologie de la maladie, et scrupuleusement étudié l'état pathologique au point de vue anatomique et physiologique, le docteur Nicolas passe au traitement de la maladie.

« La période la plus délicate du traitement des gastro-entérites chez les nourrissons, remarque avec raison M. Nicolas, c'est le moment ou il est nécessaire de rétablir le régime lacté.

La reprise du lait, en effet, offre de sérieuses difficultés. On assiste parfois à deux ou trois rechutes de la maladie que l'on croyait guérie, et l'on est obligé de remettre l'enfant à la diète hydrique.

Certains enfants peuvent montrer des dispositions particulières d'insuffisance des fonctions digestives, et bien que n'ayant pas d'accidents manifestes d'infection intestinale, ils sont incapables d'assimiler le lait, ils continuent à maigrir et s'acheminent peu à peu vers la cachexie digestive.

Quiconque a été appelé à donner ses soins à des enfants atteints de gastro-entérite chronique, a pu voir combien les résultats étaient désespérants. La chose est facile à comprendre si on se rappelle les transformations subies par les organes digestifs pendant les poussées inflammatoires qui tendent à étouffer dans un tissu de sclérose les cellules glandulaires.

En face d'un enfant qui présente cette affection, nous instituons la diète hydrique pendant quelques heures, pour mettre au repos son tube digestif surmené et entraîner au dehors les toxines qu'il peut contenir, puis nous reprenons le régime lacté.

Pour faciliter la digestion du lait, mous avons donné la dyspeptine à la dose de 3 à 4 cuillerées à café par jour. »

M. Nicolas publie un certain nombre d'observations qui nous semblent dignes d'être citées :

« Georgette Ch..., âgée de dix mois, entrée le 23 novembre à la crèche Husson, au lit nº 3.

Parents bien portants : un autre enfant mort à trente-deux mois de méningite. Née à terme, bien portante, a été élevée à la crèche au lait stérilisé, n'a jamais été malade, mais l'enfant est très constipée, ne va jamais à la selle sans lavement ou suppositoire. Malade depuis samedi, l'enfant a la fièvre, tousse beaucoup et a vomi son lait à plusieurs reprises hier.

Premières dents à neuf mois. L'enfant entre parce qu'elle tousse et a de la diarrhée, la température est à 40 degrés. Poids : 5k700.

24 novembre. — Pas de râles à l'auscultation.

26 novembre. — L'enfant tousse beaucoup, légère submatité et résistance au doigt en arrière, à droit dans la fosse sous-épineuse. Pas de râles, ni de retentissement marqué de la toux.

27 novembre. — Retentissement de la toux, à droite quelques râles, la température oscille largement. Bain sinapisé.

1er décembre. — La température baisse. Matité base droite, quelques râles sous-crépitants, selles liquides.

2 décembre. — Ce matin température 39 degrés, même auscultation. Vomissements.

4 décembre. — Hypersonorité au sommet gauche, la sonorité semble normale sous la fosse sous-épineuse droite, matité à la base du même côté. Râles sous-crépitants moyens nombreux, retentissements de la toux avec souffle, pas d'oppression bien marquée, selles jaunes glaireuses, 5k350.

5 décembre. — La température baisse, les râles diminuent, l'état général est meilleur, selles mélangées.

7 décembre. — La température a remonté, dimanche matin 39 degrés. Ce matin lundi, toujours des râles de la toux, avec souffle expiratoire à la base droite. Quelques râles sous-crépitants à la base gauche, les selles sont mélangées.

L'enfant perce des dents (incisives supérieures), la gencive est rouge violacé, tuméfiée.

8 décembre. — Selles vertes, mélangées, 5k150.

10 décembre. — Tête mal. Souffle inspiratoire à la base droite. Râles fins dans toute la poitrine. Matité à la base droite. L'enfant ne pèse plus que 5 kilog. On lui fait un lavage d'intestin, cataplasme sinapisé. Sérum 20 centimètres cubes, selles grumeleuses.

12 décembre. — L'enfant reçoit 20 centimètres cubes de sérum, matin et soir on lui fait prendre 3 cuillerées à café de dyspeptine. Bains sinapisés.

13 décembre. — L'enfant ne pèse que 4k810, les selles sont redevenues jaunes. La température est encore oscillante, la toux est moins fréquente.

15 décembre. — L'enfant paraît se nourrir mieux : elle prend 120 grammes depuis trois jours, elle prend 3 fois par vingt-quatre heures 3 cuillerées à café de dyspeptine. A l'auscultation la matité diminue à la base droite de ce côté, quelques râles sonores à la partie supérieure. A la partie inférieure, légère diminution du murmure vésiculaire. L'enfant reprend du poids : 4k980.

17 décembre. — L'état est meilleur, encore quelques râles à la base droite en arrière sur la ligne axillaire postérieure, la température se rapproche de la normale, et oscille beaucoup moins, poids 5 kilog.

19 décembre. — L'enfant a beaucoup meilleur aspect : 5k130.

25 décembre. — 5k180.

29 décembre. — 5k300.

— Paul Y..., âgé de douze mois, entre à l'hôpital le 8 décembre.

Parents bien portants. Il entre pour un peu de diarrhée et de toux. L'enfant a été élevé au biberon au lait stérilisé.

9 décembre. — Quelques râles à l'auscultation disséminés dans toute la poitrine. Les selles sont très liquides, jaunes : la température est normale. Cataplasmes sinapisés. On met l'enfant au bouillon de légumes.

12 décembre. — On met l'enfant au lait ; il reçoit encore un cataplasme sinapisé : 6k950.

14 décembre. — Encore des râles. Cataplasmes sinapisés. L'enfant a baissé de poids : 6k870. On donne trois cuillerées de dyspeptine ; les selles sont normales.

16 décembre. — L'enfant reprend du poids : 7k200. Cataplasmes sinapisés jusqu'au 21.

22 décembre. — Le poids augmente peu à peu : 7k320, les râles ont à peu près disparu, l'enfant ne tousse plus.

28 décembre. — 7k530.

3 janvier. — L'enfant pèse actuellement 7k920. Il sort de l'hôpital.

— X... naît le 22 octobre 1903, elle pèse 3500 grammes.

11 novembre. — 3260 grammes. L'enfant est nourrie au sein.

21 novembre. — 3615 grammes, l'enfant continue à progresser régulièrement.

16 janvier. — Le quatre-vingt-sixième jour arrive la nourrice, l'enfant pèse 4530 grammes. L'enfant est prise de troubles digestifs, vomissements, diarrhée.

22 janvier. — On met à la diète hydrique.

23 janvier. — Diète hydrique, poids : 4360 grammes. L'enfant repart, mais à partir de ce jour, l'enfant n'augmente plus beaucoup de poids entre chaque pesée. Du 20 janvier au 15 février, elle n'augmente que de 165 grammes; on décide de donner de la dyspeptine à l'enfant.

14 février. — Une demi-cuillerée de dyspeptine.

15 février. — Deux demi-cuillerées : 4645 grammes.

16 février. — Trois demi-cuillerées : 4690 grammes.

19 février. — On continue la dyspeptine encore quelque temps, l'enfant baisse un peu de poids pour repartir à 4650 grammes.

29 février. — En dix jours l'enfant a atteint le poids de 4910 grammes.

4 mars. — L'enfant pèse 4985 grammes. On cesse la dyspeptine, l'enfant continue à augmenter de poids.

12 mars. — Elle pèse actuellement 5k170.

— Suzanne G..., âgée de sept mois, rentre à la crèche Husson le 14 novembre 1903. Elle a quelques râles aux bases en arrière, ses selles sont normales. Bains chauds, cataplasmes sinapisés : 4k700.

18 novembre. — Les râles ont disparu : 4k700.

27 novembre. — Poussée de température à 39°2. Selles normales : 4k400.

1er décembre. — La température qui était restée à peu près normale remonte à 39 degrés. Quelques râles fins à la base droite. Cataplasmes sinapisés. Somatose, une cuillerée à café pendant trois jours.

3 décembre. — Rien de nouveau à l'auscultation, on met l'enfant à la dyspeptine, une cuillerée à café trois fois par jour : 4k300.

5 décembre. — Une selle verte; poussée de température à 40°2, foyer de râles crépitants très fins dans la fosse sus et sous-épineuse droite. Cataplasmes sinapisés, sérum de 20 centimètres cubes : 4k100.

7 décembre. — La température est tombée, les selles sont jaunes, l'enfant tolère le suc gastrique et prend du poids : 4k220.

10 décembre. — Selles normales, poumon en bon état : 4k350.

12 décembre. — L'enfant a gagné 150 grammes, elle se porte bien, les selles sont très bonnes, pas de vomissements (90 grammes de lait et 30 grammes d'eau) : 4k480.

20 décembre. — On continue toujours la dyspeptine que l'enfant supporte bien, elle augmente de poids : 4k570.

26 décembre. — Selles normales; poids : 4k630.

4 janvier. — Selles normales, l'enfant pèse 4k700; elle a repris le poids qu'elle avait avant sa maladie, elle sort de l'hôpital.

L. GAYARD

LIVRES NOUVEAUX

Les indiscrétions de l'histoire (1), par M. Cabanès.

M. Cabanès vient de faire paraître la 3e série des *Indiscrétions de l'histoire.* Le succès obtenu par les deux premiers volumes est un sûr garant du succès de celui-ci. L'auteur y poursuit la solution de problèmes qui n'intéressent pas seulement le médecin, mais tout esprit éclairé, curieux des choses de l'histoire et soucieux de pénétrer les mobiles secrets d'ordre physiologique ou pathologique des événements historiques.

Toujours poussé par la passion de la recherche, M. Cabanès commence par une incursion dans le passé dont il nous révèle les mœurs plus qu'étranges. Les amateurs d'histoires suggestives liront avec un passionnant intérêt les divers chapitres : le *Nœud de l'aiguillette*; les *Causes graves à l'ancien parlement*; la *Recherche de la paternité au temps jadis.* Puis passant à des sujets plus élevés et plus scientifiques et fidèle à une méthode dont le succès a consacré la valeur, l'auteur du *Cabinet secret* étudie tour à tour, avec cette documentation qui représente une somme énorme de travail et au hasard de sa fantaisie la nature du poison donné à Socrate, le genre de mort auquel succomba Alexandre le Grand, la maladie, aux origines suspectes, de Calvin, la mentalité de l'excentrique reine Christine de Suède, cette grande hystérique, la prétendue épilepsie de Napoléon Ier, les derniers moments du duc de Berry d'après la relation originale de Dupuytren. Puis sous ce titre : *Variétés révolutionnaires*, M. Cabanès nous donne plusieurs chapitres dont les titres nous montrent tout l'intérêt : A qui doit-on imputer la mort de Lavoisier; Une infirmerie-prison sous la Terreur.

Pour peu que M. Cabanès, ce que nous souhaitons de tout cœur pour lui et ses lecteurs, ait encore de nombreuses années devant lui, il ne restera pas un coin de l'histoire qui n'ait été fouillé, étudié et tranché par ce chercheur infatigable, par cet érudit doublé d'un écrivain aimable, souvent amusant, et dont le style toujours châtié est empreint à la fois d'une parfaite précision scientifique et d'un grand charme littéraire.

Dr A. BROCHIN.

Contribution à l'étude du massage du cœur : les trémulations fibrillaires (2), par Maurice d'Halluin.

Les trémulations fibrillaires ou folie cardiaque fibrillaire qu'il faut bien distinguer de la folie ondulatoire, sont un des désordres les plus graves que peuvent atteindre le cœur, car elles ne pardonnent pas : ce sont elles qui expliquent l'insuccès du massage du cœur dans les syncopes. Dans des recherches expérimentales, en combattant les trémulations fibrillaires, l'auteur a pu doubler le nombre des reviviscences par le massage. Avant d'essayer de les prévenir, il faut d'abord ne pas le provoquer, et l'auteur insiste sur l'influence nocive des excitations électriques précordiales, ou faradisation du pneumogastrique. Le chlorure de potassium et à un moindre degré, les ammoniacaux en injection intraveineuse à dose massive (peut-être un peu toxique) combattent les

(1) In-8°. — Paris, Albin Michel, 59, rue des Mathurins.
(2) In-8. — Paris, Vigot frères.

trémulations. Leur action est aidée par les injections de sérum (en physiologie on se sert plus volontiers de sérum de Locke).

Eau distillée	1000 grammes.
NaCl	9 gr. à 10 gr.
$CaCl^2$	0g20
KCl	0g10 à 0g20
CO^3NaH	0g10 à 0g20
Glucose	1 gramme.

Le chlorure de calcium a une action tonicardiaque manifeste. Ce mémoire, qui n'est qu'une suite des travaux de l'auteur, arrivera un jour à des résultats pratiques, en convainquant de l'utilité du massage du cœur, dont Lenormant vient de plaider la cause dans la *Revue de chirurgie*.

CHEVRIER.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

RAYONS X à vendre : installation complète radiothérapie.— Dépositaire : RÉGNIER, 19, rue Cujas, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide du médecin de réserve. Médecins auxiliaires, médecins de réserve et médecins de l'armée territoriale. Loi de deux ans. Généralités sur l'armée. Service de santé en temps de paix et en campagne. Chirurgie de guerre. Epidémiologie des armées, par le docteur Ed. LAVAL, ancien médecin-major de l'armée, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Association des médecins militaires des Etats-Unis, préface de M. le médecin principal NIMIER, professeur au Val-de-Grâce. In-18 jésus, cart. toile, de 350 p. avec 100 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Inconvénients et danger des dentiers et autres appareils de prothèse dentaire. Maladie du caoutchouc, par M. EILERTSEN, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Ecole dentaire. 1 vol. in-18 de 214 p. — Paris, J. Rousset.

N° 88. — SAMEDI 4 AOUT 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 4 AOUT 1906. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Boulay, médecin consultant à l'hôpital Tenon ; — Javal, médecin en chef de l'hôpital Rothschild ; — Combalat, médecin du ministère de l'Instruction publique ; — Hugues-Amouretti, médecin de l'hôpital civil de Cannes.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade d'inspecteur général. — M. le directeur du service de santé Bertrand.

Au grade de directeur du service de santé. — MM. les médecins en chef de première classe Jacquemin et Galliot.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — MM. Chassevant et Guiart, agrégés, et H. Labbé, chef de labotatoire à la Faculté, sont nommés auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

RÈGLEMENT DE L'EXPOSITION DU Ve CONGRÈS INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (Saint-Pétersbourg, 11-18 septembre 1907). — I. L'exposition a pour but de donner la possibilité aux médecins et au public de prendre connaissance, pendant le Congrès, des perfectionnements scientifiques et techniques apportés à l'obstétrique et à la gynécologie.

II. L'exposition s'ouvre avant le Congrès, continuera pendant sa durée et fermera quinze jours après sa clôture.

III. Un Comité spécial, élu par l'administration est chargé de l'organisation générale de l'exposition, et le soin des détails matériels est confié au gérant de l'exposition et à ses adjoints, qui sont nommés par le Comité d'organisation du Congrès.

IV. L'entrée de l'exposition est gratuite pour MM. les congressistes. Les heures d'ouverture et de fermeture et le montant du prix d'entrée pour le public seront fixés par le Comité de l'exposition, qui se chargera d'en afficher l'annonce.

V. L'exposition se composera des sections suivantes : 1° Section d'hygiène ; 2° Section des hôpitaux; 3° Section de chirurgie, d'obstétrique et de gynécologie ; 4° Matériel d'enseignement; 5° Section d'anatomie et d'anatomie pathologique; 6° Section de bibliographie; 7° Section de pharmacie.

VI. Tous ces sujets exposés seront apportés et installés aux frais des exposants, au terme fixé par le Comité de l'exposition et à partir du moment de leur installation, ils se trouveront placés sous la surveillance du gérant de l'exposition. Les exposants seront obligés de reprendre leurs objets au terme fixé et à remettre en état les locaux occupés par ces objets. Les objets non repris par les exposants seront assimilés aux dons.

VII. L'exposition occupera le rez-de-chaussée de l'Institut impérial clinique d'obstétrique et de gynécologie (Wassili-Ostrow, ligne de l'Université, 3).

VIII. Les emplacements réservés aux exposants sont gratuits et leur distribution se fera suivant les indications du gérant de l'exposition. Les exposants prendront sur eux les frais d'installation et de décoration, s'ils les voudront.

IX. Les exposants étrangers peuvent recevoir une autorisation de franchise de douane, en avertissant au préalable le comité de l'Exposition de la nature, de la quantité des objets et de leur poids. Ces autorisations seront accordées sous con-

dition de retrait des objets exposés dans un délai de deux mois à partir de la clôture de l'Exposition.

X. Les sociétés scientifiques, les institutions et les particuliers qui désireraient exposer des objets d'un intérêt exclusivement scientifique, et non dans un but commercial, peuvent compter sur le concours du comité de l'Exposition pour l'agencement d'emplacements nécessaires.

XI. Ces objets, s'ils sont apportés personnellement par MM. les congressistes, peuvent être acceptés plus tard que le terme fixé pour l'envoi des objets exposés et enlevés avant la clôture de l'Exposition, mais la liste des objets doit être reçue d'avance.

XII. Les objets destinés à la vente doivent porter l'indication du prix. Les objets vendus ne seront livrés qu'après la clôture de l'Exposition.

XIII. Les objets exposés doivent arriver à destination du 20 juillet au 20 août 1907. L'instalation de ceux qui arrivent après ce terme dépendra des emplacements laissés à la dispositon du Comité.

XIV. On est prié de signaler son concours à l'Exposition au gérant pas plus tard que le 1er juillet 1907 et d'y joindre la liste des objets à exposer en vue de l'édition du catalogue de l'Exposition.

XV. Tous les renseignements et signalements doivent être adressés au gérant de l'Exposition, docteur A. A. Redlich, Saint-Pétersbourg, Spasskaïa, 25.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1906.) Ch. Audry : Sur un cas d'épithéliomatose de Paget à forme pigmentaire. — Nicolas et Favre : Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique du xeroderma pigmentosum. — Petges et Cléjat : Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée. — W. Dubreuilh : Fibromes miliaires folliculaires; sclérodermie consécutive.

Archives générales de médecine. — (N° 60, 24 juillet 1906.) N. Fiessinger : Ictère franc avec décoloration des matières au cours des cirrhoses biveineuses du foie. — A. Amblard : Torsion d'une anse intestinale dans une poche herniaire de la paroi abdominale, consécutive à l'ablation de l'appendice, Mort rapide par étranglement. — Pierre Sée : Les oxydases. Leur rôle physiologique et leurs applications thérapeutiques. — Amieux : Sur la réforme de l'enseignement de l'anatomie humaine macroscopique dans les Facultés de médecine française.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIV, n° 23, 7 juin 1906.) James Homer Wright : Sur l'origine et la nature des grandes cellules multinucléées du sang (avec 1 planche). — Harris Peyton Mosher : L'inflammation du sinus frontal. — A. E. P. Rochwell : Le témoignage de nos prédécesseurs en médecine. — Bradford Allen : Deux grossesses ectopiques chez la même malade dans l'espace de quatorze mois. — (N° 25, 21 juin.) Frederick C. Shattuck : Comment les progrès se produisent en médecine. — L. Vernon Briggs : Hôpital d'observation pour les maladies mentales. Pourquoi il doit en exister un à Boston, ou au moins une salle d'observation; statistiques de ces hôpitaux à Glascow et Albany (avec 4 tableaux). — Edwin A. Locce et S. B. Wolbach : Un cas d'ulcérations multiples de la vésicule biliaire (avec 1 fig.). — Addison W. Baird : Appareil pour l'application locale de la chaleur ou du froid secs (avec 1 fig.). — W. P. Cones : Un cas de luette double chez un enfant (avec 1 fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (8 juillet 1906.) Rochard et Paul de Champtassin : Généralités sur le muscle dans ses divers états (atrophique, normal, hypertrophique). — Paul Dalché : Métrorragies et eau tiède.

Bulletin médical. — (N° 58, 25 juillet 1906.) Roubinovitch : Les enfants anormaux en France : nombre, modalités cliniques et assistance.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 29, 21 juillet 1906.) Eustache : Anus vulvaire. Rétrécissement. — Thirion : Adénopathie post-scarlatineuse.

Medical Record. — (Vol. LXIX, n° 22, 2 juin 1906.) A. Knop : Médecine et législation au point de vue des problèmes de l'alcoolisme, des maladies vénériennes et de la tuberculose. — Denslow Lewis : Nécessité de la publicité dans la prophylaxie vénérienne. — Tetens Hald : Cas rare de luxation congénitale probable du cartilage arythénoïde. — J. Macdonald : Quelques remarques cliniques sur le traumatisme considéré comme facteur étiologique dans l'appendicite. — Robert Conghlin : Morts d'athlètes et accidents dans les sports athlétiques pendant le cours de l'année. — Landers : Traitement de la fièvre typhoïde. — G. Thomas Myers : Diarrhée estivale de l'enfance. — Wallace Wood : Segmentation cérébrale; nouvelle méthode pour étudier le cerveau. — Hammond : Modifications de l'incision pour mettre à nu l'apophyse mastoïde. — (N° 23, 9 juin.) J. Knott : Circoncision; note sur une opération atypique suivie de quelques observations historiques et ethnographiques. — Wyllis Bendler : Quelques observations cliniques sur la salpingite et la paramétrite chez les nullipares. — Alfred Gross : Ionization par les courants à haute fréquence dans le traitement de la tuberculose. — Franz Torch : Résection de l'estomac pour carcinome. — (N° 24, 16 juin.) J. Collins : Neurones et neurofibrilles; Revue rapide sur les doctrines actuelles. — V. Haberman : Le traitement de Lenhartz dans l'ulcère gastrique. — Elmer Kenyou : Traitement du bégaiement. — M. Gross : La douche stomacale. — Hamilton : Antitoxine diphtérique dans la chorée. — Gruenwald : Reichenhall (Bavière), station climatérique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 24 juillet 1906.) Von Herff : Sur la valeur de la désinfection à l'eau chaude et à l'alcool pour l'obstétrique ainsi que pour le traitement des plaies de l'abdomen. — Vulpius : Sur le traitement de la paralysie spinale infantile. — Voit : Traitement de Schmidt par la réguline dans la constipation habituelle. — Salus : Sur la diphtérie. — Pirquet : Allergie. — Anton : Formes et causes de l'infantilisme. — Kephallinos : Le phénomène de Westphal dans la pneumonie des enfants. — Tischler : Sur les capsules de pavot. — Landow : Un cas de paralysie double de l'abducens liée à des douleurs dans la nuque anormalement violentes et prolongées après anesthésie spinale. — Broer : Deux cas de méningite épidémique. — Fellner et Rudinger : Sur la mesure de la pression sanguine. — Raab : Electrothérapie des affections du système circulatoire. — Dürck : Comment on doit envoyer le matériel de recherches. — Weinberg : Rapports entre le cancer et la tuberculose.

Presse médicale. — (N° 59, 25 juillet 1906.) Bensaude et Rivet : Purpura hémorragique et tuberculose.

Semaine gynécologique. — (N° 30, 24 juillet 1906.) Le Dentu : A propos d'un kyste proligère glandulaire de l'ovaire.

REVUE GÉNÉRALE

LES PLEURÉSIES DANS LES MALADIES DU CŒUR

Par MM. Ch. ROUBIER et THÉVENET,
Internes des hôpitaux de Lyon.

I

Définition. — L'association d'une affection organique du cœur avec une pleurésie n'est point, tant s'en faut, un fait exceptionnel. Ces pleurésies, reconnaissant pour cause des cardiopathies, ont été étudiées depuis longtemps déjà par Duguet et Bucquoy, qui ont décrit surtout leur aspect clinique; plus récemment leur histoire complète a été décrite par M. Robert dans sa thèse de 1898 inspirée par Huchard; puis par Barié (*Semaine méd.*, 1902), qui étudie surtout leur pathogénie et en fixe les principaux points; enfin certains types cliniques encore peu connus sont décrits par Rénon.

Ces pleurésies sont de deux sortes, comme toutes les pleurésies, ou sèches ou avec épanchement. Les pleurésies sèches sont très fréquentes, mais leur étude n'a pas un très grand intérêt, attendu que cliniquement elles sont silencieuses : mais il est peu d'autopsies d'asystoliques où on ne note l'existence d'adhérences partielles à la base et à la face externe des poumons, lesquelles coïncident avec des foyers de congestion œdémateuse ou des noyaux d'infarctus; dans quelques cas, bien plus rares, on a même rencontré de véritables symphyses pleurales partielles ou généralisées.

Nous aurons surtout en vue dans cette étude les pleurésies avec épanchement, de beaucoup plus intéressantes, mais en présence d'un épanchement pleural chez un cardiaque, on devra se demander s'il s'agit bien d'une pleurésie ou d'un simple hydrothorax. On a longtemps discuté sur ce sujet et souvent de bons auteurs ont mal différencié ces deux affections; aujourd'hui on assigne des caractères nets à l'hydrothorax; ce dernier étant un épanchement passif de sérosité est nécessairement bilatéral, la pleurésie étant au contraire unilatérale; il ne survient qu'à une période tardive de la cardiopathie au moment où se montrent les œdèmes, la pleurésie survient à une période moins avancée et souvent lorsque l'affection cardiaque est encore compensée. Anatomiquement dans l'hydrothorax les plèvres ne sont point altérées et n'ont pas de lésions inflammatoires comme dans la pleurésie vraie; le liquide de l'hydrothorax est de la simple sérosité, celui de la pleurésie est de nature inflammatoire et renferme de la fibrine; enfin l'examen cytologique du liquide permet d'établir des différences, comme on le verra plus loin.

Maintenant que notre sujet est nettement délimité, nous pouvons entrer dans l'étude détaillée des pleurésies au cours des affections cardiaques.

II

Étiologie. — Ces pleurésies sont assez fréquentes, et Barié les constate 10 fois sur 100 cardiopathies environ; on peut les rencontrer :

A. Tout d'abord dans les *affections aiguës du cœur*, dans les endocardites aiguës, et aussi dans les péricardites aiguës; dans les premières ordinairement la pleurésie est due non à la maladie du cœur même, mais à la même affection qui produit l'endocardite, le rhumatisme par exemple. Disons en outre que la coexistence fréquente de péricardite aiguë et de pleurésie gauche est expliquée par les communications lymphatiques des deux séreuses.

B. Surtout dans les *maladies chroniques du cœur*, les péricardites, tuberculeuses par exemple, les myocardites pour Huchard, mais surtout les affections valvulaires.

La pleurésie se voit-elle plus souvent au cours des affections de l'orifice aortique ou du mitral? Huchard et Robert pensent que les cardiopathies artérielles sont une cause plus fréquente de pleurésies que les valvulaires, mais Barié pense qu'elles surviennent plus souvent chez les mitraux, et dans sa statistique a vu 8 cas de lésions mitrales contre 5 d'aortiques. Enfin on peut les voir aussi dans les affections du cœur droit.

Il semble donc que, contrairement à ce qu'admettaient autrefois Bucquoy et Périvier, la pleurésie des cardiaques survienne moins souvent chez les artérioscléreux que chez les sujets porteurs d'une endocardite rhumatismale ancienne.

III

Anatomie pathologique. — Nous ne reviendrons pas sur les pleurésies sèches dont nous avons parlé au début et nous décrirons seulement les épanchements.

α. *Siège.* — Les auteurs ont tous noté la fréquence de l'épanchement à droite, ce qu'on explique, ainsi qu'on le verra plus loin, par le voisinage du foie.

L'épanchement peut, ou bien occuper la grande cavité pleurale, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou bien être cloisonné, c'est-à-dire enkysté par les fausses membranes, soit en avant, soit plus souvent en arrière près du cul-de-sac costo-diaphragmatique; mais on doit signaler surtout les épanchements médiastinaux et les épanchements sus-diaphragmatiques; les premiers siègent dans la plèvre médiastine et peuvent comprimer les divers organes du médiastin. Les seconds siègent entre la base du poumon et la face supérieure du diaphragme, et sont enkystés par des adhérences pleurales siégeant sur toute l'étendue du sinus costo-diaphragmatique en arrière.

β. *Quantité.* — Le plus souvent l'épanchement est de quantité moyenne; les grands épanchements sont rares; les petits épanchements sont très fréquents.

γ. *Caractères du liquide.* — Dans le plus grand nombre des cas, le liquide est séreux, citrin, peu coagulable; cependant il n'est pas rare de rencontrer un liquide sanguinolent. Mais bien plus rarement on trouve un liquide hémorragique : chez un malade qui subit treize thoracentèses pour une pleurésie cardiaque à répétition, Rénon a signalé que onze fois le liquide retiré était séro-fibrineux et deux fois

seulement il fut hémorragique. Enfin l'épanchement est très rarement purulent, cependant Lancereaux et Taylor en ont signalé plusieurs cas.

Quant à la formule cytologique du liquide, elle a été donnée surtout par MM. Barjon et Cade, tandis que le liquide de l'hydrothorax renferme peu d'éléments figurés et beaucoup de cellules endothéliales dues à une desquamation de la plèvre; le liquide de la pleurésie renferme quelques cellules endothéliales, mais surtout beaucoup d'éléments figurés, principalement de polynucléaires, comme dans les pleurésies pneumoniques; la même formule subsiste que l'épanchement soit citrin ou hémorragique, ce qui indique bien que ces polynucléaires sont dus non au sang épanché, mais à une irritation pleurale. Pour MM. Cade et Barjon, la présence de ces polynucléaires a une grande importance, et permet de soupçonner l'existence d'un infarctus hémoptoïque établi, alors même qu'aucun signe physique ne permet d'en déceler la présence.

δ. *État des organes voisins.* — La plèvre a souvent une coloration brun noirâtre, ce qui est dû à l'infarctus sous-jacent, et de plus les deux feuillets pleuraux présentent des brides molles et des exsudats fibrineux peu résistants, indice d'un travail inflammatoire autour de ces infarctus.

Le poumon est congestionné, et peut présenter çà et là des noyaux plus ou moins volumineux d'infarctus; le foie est gros et surtout abaissé; enfin les autres organes présentent les lésions ordinaires des cardiopathies.

IV

Pathogénie. — Il est certain que toutes les pleurésies qu'on observe chez les cardiaques ne peuvent avoir une cause unique.

Pour quelques-unes d'entre elles on peut penser à une irritation pleurale causée par une action de voisinage non pulmonaire, pour la plupart on doit penser à un état irritatif consécutif à une altération du parenchyme pulmonaire sous-jacent.

A. Dans quelques cas il semble que la péricardite joue un rôle dans le développement de la pleurésie, car on sait combien les lésions inflammatoires passent facilement d'une séreuse à l'autre à cause de leur contiguïté; lorsque la pleurésie serait ainsi consécutive à une péricardite, elle se rencontrerait presque toujours à gauche.

De même les lésions de péricardite si fréquentes chez les artério-scléreux peuvent dans quelques cas déterminer une pleurésie de voisinage. On a admis parfois en outre que ces lésions de péri-aortite se propagent dans quelques cas au pneumogastrique, et que c'est l'irritation de ce dernier qui serait cause de la pleurésie: mais bien que H. Meunier ait bien montré dans sa thèse que les affections nerveuses ont souvent un retentissement pleural, cette cause doit être considérée comme exceptionnelle.

On a souvent invoqué, surtout lorsque, ce qui est le cas ordinaire, la pleurésie siège à droite, une action de voisinage à point de départ hépatique; dans les cardiopathies, le foie congestionné est souvent atteint de périhépatite; celle-ci cause alors, grâce aux communications lymphatiques du diaphragme, une inflammation de la plèvre voisine : ainsi se produirait une sorte de pleuro-péritonite consécutive au foie cardiaque. Mais cette explication, quoique séduisante, ne repose pas sur des faits nettement établis.

B. Le plus souvent la pleurésie est consécutive à une altératton du parenchyme pulmonaire sous-jacent; mais cette altération est variable, et on a invoqué suivant les cas la congestion passive, l'hyperémie active, des îlots de broncho-pneumonie des lobes inférieurs, etc. Si la pleurésie frappe des artério-scléreux porteurs de lésions aortiques d'origine artérielle, on doit penser qu'elle est due à des poussées d'œdème congestif aigu du poumon si fréquent chez ces malades (Huchard), ce qui est d'autant plus admissible que Potain et d'autres auteurs ont bien démontré l'influence pathogénique de la congestion pulmonaire aiguë sur le développement d'une pleurésie avec épanchement.

Mais l'altération de beaucoup la plus fréquente, c'est l'*infarctus* pulmonaire, dont l'influence pleurogène a déjà été démontrée depuis longtemps par Vulpian, Charcot et Duguet. C'est dans les affections de l'orifice mitral qu'on le rencontre le plus souvent; celles-ci, en effet, le rétrécissement mitral surtout, entraînent assez vite la dilatation des cavités droites du cœur et la formation à leur intérieur de petits caillots sanguins qui vont devenir la source d'infarctus corticaux ou sous-pleuraux. Ceux-ci irritant la plèvre viscérale, il en résulte un épanchement ordinairement séro-fibrineux, quelquefois hémorragique, rarement purulent par infection secondaire.

Dans les affections aortiques, pour la plupart des auteurs, l'infarctus est plus rare; cependant quelques-uns, à la suite de Bucquoy, admettent le contraire et pensent qu'il se voit le plus souvent chez les sujets atteints de lésions athéromateuses de l'aorte; dans ce cas il serait dû à une thrombose développée dans les petits vaisseaux bronchiques ou mieux dans une artère lobulaire atteinte d'artério-sclérose.

Enfin il est possible qu'on ait affaire, dans quelques cas rares, à des pleurésies torpides semblables à celles qu'on observe dans quelques états cachectiques et dans le mal de Bright, ou plus rarement encore à des pleurésies tuberculeuses, l'infection bacillaire se développant très rarement chez les cardiaques affaiblis.

V

Symptômes. — Tout d'abord les pleurésies sèches ne donnent en général lieu à aucun symptôme, sauf dans les cas où il s'agit de symphyse; on observe alors comme dans toutes les symphyses, de la matité ou de la submatité, de la dépression inspiratoire et expiratoire des espaces intercostaux, de la diminution du murmure vésiculaire, et souvent en même temps des signes de bronchite chronique ou de dilatation bronchique. Mais ces cas sont rares, aussi nous hâtons-nous de passer aux épanchements.

Le début de ces pleurésies avec épanchements est variable; dans quelques cas le malade présentera

tous les signes de l'infarctus, point de côté violent, dyspnée vive, expectoration hémoptoïque, et quelques jours plus tard l'examen objectif fera reconnaître un épanchement pleural. Mais le plus souvent le début est lent et insidieux, le point de côté est peu intense et peut même faire complètement défaut.

Les symptômes de la pleurésie une fois constituée diffèrent suivant que l'épanchement occupe la grande cavité pleurale ou est enkystée.

a. S'il occupe la grande cavité pleurale, cas le plus fréquent, le point de côté, s'il existait au début, disparaît bientôt, mais, fait digne de remarque, la *dyspnée* qui existait déjà par le fait même de la cardiopathie ne tarde guère à devenir *bien plus vive*, même si l'épanchement, ce qui est la règle, est de médiocre abondance. Les signes physiques ne présentent rien de particulier à signaler : la percussion montre ordinairement à la base droite, une zone plus ou moins étendue de matité ou de submatité, et la palpation montrera qu'à ce niveau les vibrations sont diminuées et même abolies. Le murmure vésiculaire est rarement complètement aboli, l'épanchement étant d'abondance moyenne, mais simplement diminué par comparaison avec le côté opposé. Parfois on peut trouver un souffle doux, voilé; l'auscultation de la voix peut accuser un timbre égophonique et montrer de la pectoriloquie aphone. Mais surtout on perçoit des signes pulmonaires de congestion et d'infarctus, consistant en râles muqueux et râles sous-crépitants fins. Disons enfin que le foie est abaissé, ce qui donne parfois une fausse apparence d'hypertrophie hépatique.

En somme matité ou submatité, diminution des vibrations et du murmure sont les principaux signes physiques, mais souvent l'épanchement étant à peu près latent, ils doivent être recherchés avec soin et par comparaison avec le côté opposé, et on devra faire au besoin une ponction exploratrice.

b. Les épanchements cloisonnés sont bien plus difficiles à reconnaître, parfois ils peuvent passer complètement inaperçus.

Les signes sont des plus variables suivant le point où le cloisonnement s'est produit. La ponction exploratrice positive permet souvent seule d'en affirmer l'existence, mais encore cette ponction est-elle souvent sans résultats si on tombe sur des adhérences.

Les pleurésies médiastines des cardiaques sont très souvent latentes; lorsqu'elles sont un peu considérables, elles donnent le syndrome médiastinal avec toutes ses compressions d'organes. Le seul signe physique serait pour Robert une bande de matité en arrière sur la partie latérale droite ou gauche de la colonne vertébrale, mais souvent cette bande est mise sur le compte d'adhérences pleurales épaisses à ce niveau.

La pleurésie sus-diaphragmatique mérite de nous arrêter plus longuement, car elle forme un type clinique assez fréquent et d'un diagnostic en général fort difficile. Les signes fonctionnels consistent uniquement dans la douleur et la dyspnée vive de l'infarctus. Comme l'a bien dit M. Rénon, l'épanchement ne donne à peu près pas de signes physiques : pas de matité, mais seulement la submatité des congestions basiques du poumon, les vibrations sont conservées et l'auscultation ne décèle que quelques râles sous-crépitants.

Souvent on pense malgré cela, à cause de la dyspnée vive, à la possibilité d'un épanchement pleural, on fait une ponction exploratrice en arrière dans les derniers espaces intercostaux et on ne retire rien. Mais de plus en avant on constate que la matité hépatique remonte plus haut que de coutume, et qu'elle déborde en bas les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt, et on pense alors à un gros foie cardiaque.

L'autopsie montre alors un foie peu gros, seulement abaissé, et du liquide pleural entre le poumon et le diaphragme d'une part, la paroi costale antérieure d'autre part.

Dans ces cas une ponction faite en avant sur la ligne mamelonnaire, ou une ponction faite en arrière mais très profondément, pour pouvoir traverser une lame pulmonaire épaisse adhérente au cul-de-sac costo-diaphragmatique, permet seule de se rendre compte de l'existence de l'épanchement.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic des pleurésies au cours des cardiopathies est, suivant les cas, facile ou difficile.

a. Si l'épanchement occupe la grande cavité pleurale, les signes bien connus, matité, diminution ou disparition des vibrations et du murmure, feront vite affirmer l'existence d'un épanchement pleural. Mais on devra alors se poser deux autres questions : a-t-on bien affaire à une pleurésie et non à un hydrothorax, et la pleurésie constatée reconnaît-elle bien pour cause l'affection cardiaque ?

Nous avons déjà répondu plus haut et assez longuement à la première question. L'hydrothorax est bilatéral et survient au cours de l'asystolie, la pleurésie est unilatérale et survient d'ordinaire à une période moins avancée, et siège ordinairement du côté droit. La pleurésie cause, malgré sa faible abondance, une dyspnée relativement bien plus vive. Si la distinction entre ces deux affections reste, ce qui peut arriver parfois, fort délicate, l'examen chimique montrant que le liquide de la pleurésie seule renferme de la fibrine et que celui de l'hydrothorax n'est formé que de sérosité pure, ainsi que l'examen cytologique sur lequel nous avons insisté, trancheront facilement la question.

Mais alors le diagnostic n'est pas terminé, car toute pleurésie survenant chez un cardiaque ne se rattache pas d'emblée à la maladie de cœur. C'est ainsi que la pleurésie peut survenir à l'occasion d'une attaque intercurrente de rhumatisme polyarticulaire aigu; cette pleurésie rhumatismale qu'a bien étudiée Lasègue se caractérise par son début brusque, l'existence dans le thorax d'une plaque douloureuse d'une certaine étendue, bien différente du point de côté de la pleurésie ordinaire qui reste limité en une zone très restreinte, enfin par une certaine tendance à passer successivement de la plèvre d'un côté à celle du côté opposé.

Dans d'autres cas encore la pleurésie qui survient

chez un cardiaque se rattache non à l'affection du cœur, mais à la cause qui a engendré la cardiopathie même ; c'est la même influence, infectieuse ou toxique, qui produit à la fois la pleurésie et la maladie de cœur, telles sont, par exemple, les pleurésies ordinairement séro-purulentes ou même purulentes qui accompagnent les endocardites ulcéro-végétantes malignes.

Une fois le diagnostic de pleurésie fait, c'est la ponction seule qui fera le diagnostic de la nature de l'épanchement, c'est-à-dire permettra de reconnaître s'il est séro-fibrineux ou hémorragique. Quant à la quantité de l'épanchement, elle est toujours très difficile à reconnaître, et la quantité de liquide qu'on retire est toujours supérieure à celle évaluée avant la ponction.

b. Si l'épanchement est très faible ou enkysté, le diagnostic est très difficile. Un petit épanchement ne donne à peu près pas de signes physiques, sauf une légère diminution de la sonorité qu'on met sur le compte d'une congestion pulmonaire ; aussi passe-t-il ordinairement inaperçu. Il en est de même pour les pleurésies enkystées. L'apparition d'un syndrome médiastinal chez un cardiaque pourra faire soupçonner une pleurésie médiastine. Enfin si on ne connaît pas le type clinique que nous avons décrit plus haut sous le nom de pleurésie latente sus-diaphragmatique des cardiaques, on pourra penser à un gros foie cardiaque dont les limites supérieures sont très anormales. C'est alors seulement une ponction faite en avant dans la région mate qui fera reconnaître l'existence de l'épanchement; si on fait la ponction en arrière, rappelons qu'on devra se servir d'une très longue aiguille, car on doit le plus souvent traverser une lame pulmonaire.

VII

Pronostic et évolution. — Tous les cliniciens ont toujours laissé pressentir qu'il fallait regarder comme très sérieux le pronostic des pleurésies des cardiaques. Tout d'abord l'épanchement, une fois traité par la ponction, se reproduit très souvent, témoin cette pleurésie citée par Rénon qui nécessita treize ponctions successives.

Ensuite ce n'est pas, à dire vrai, par la quantité assez peu considérable, que la pleurésie a un pronostic sévère, mais par ce fait que, survenant à la période d'hyposystolie où les fonctions du cœur sont déjà bien troublées, elles ajoutent un nouvel élément d'oppression à une maladie déjà très dyspnéosante et aggravent singulièrement l'état, déjà si précaire, du malheureux cardiaque.

VIII

Traitement. — Par suite le traitement comporte deux grandes indications :

a. La première, c'est d'évacuer le liquide par une thoracentèse.

L'indication est formelle, et on devra la pratiquer toujours sans s'arrêter à l'évaluation plus ou moins grande de l'épanchement; on préviendra ainsi une dyspnée trop intense et on soulagera beaucoup le malade, tout au moins pour quelque temps.

b. La deuxième consiste à traiter la cardiopathie par les moyens habituellement employés, de façon à empêcher le développement de phénomènes asystoliques et la production des infarctus, cause la plus fréquente de ces complications pleurales.

BIBLIOGRAPHIE

Barié. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*; — Les épanchements pleuraux chez les cardiaques, *Semaine méd.*, 1902. — Barjon et Cade. Formule cytologique des pleurésies par infarctus chez les cardiaques, *Province méd.*, 1901. — Besson. Th. de Lille, 1899. — Bucquoy. La pleurésie des cardiaques, *France méd.*, 1882.

Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne.*

Fabre et Forgeot. Th. de Paris, 1885.

Huchard. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*; — Influence cardiaque dans les pleurésies, Soc. méd. des hôpit., 1892; — *Journ. des prat.*, 1897 ; — *Consultations médicales*, 1900-1903 ; — *Revue gén. de clin. et thérap.*, 1892.

Muller. Th. de Paris, 1891.

Périvier. Th. de Paris, 1891.

Saint-Philippe. Relations entre la pleurésie et les affections organiques du cœur, *Mém. et Bull. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1883.

Regnault. *Gaz. hebd. de Montpellier*, 1899. — L. Rénon. La pleurésie droite des cardiaques, *Bull. méd.*, 1905 ; — La pleurésie droite latente sus-diaphragmatique des cardiaques, *Journ. des prat.*, 1903 ; — *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 1508. — Robert. *Les manifestations pleurales au cours des maladies du cœur et de l'aorte*, Th. de Paris, 1897-1898 (cette thèse comporte en outre de nombreuses indications bibliographiques).

Tournier. Th. de Paris, 1892.

ANALYSES

MÉDECINE

Des selles blanches chez les nourrissons. (R. Juillet. Th. de Paris, 1905; Henri Jouve, éditeur.) — Dans le cours des gastro-entérites chroniques on rencontre quelquefois des nourrissons qui présentent des selles spéciales décolorées, pâteuses de consistance mastic. Ce sont des selles blanches.

« Par selles blanches il ne faut pas entendre des selles plus ou moins décolorées, car alors il est une infinité de graduations que l'on peut observer, depuis l'état physiologique (selles jaunes) jusqu'à la décoloration complète.

Cela entraînerait à définir un certain nombre de types cliniques de pronostic plus ou moins grave.

On entend donc sous le nom de selles blanches, des selles survenant chez des enfants au cours de gastro-entérites chroniques, et nous insisterons sur le mot chronique, car elles surviennent toujours après une ou plusieurs poussées diarrhéiques; et présentant une décoloration qui peut parfois persister plus d'un mois.

C'est là du reste une forme assez rare dans les gastro-entérites.

Nous excluons par cela même les selles ictériques par infection le plus souvent d'origine colibacillaire et les selles blanhes éphémères, dues le plus souvent à une suralimentation graisseuse passagère.

Leur quantité est généralement plus considérable que les selles normales. Leur consistance est pâteuse, comparable au mastic des viriers. Leur odeur est horriblement fétide. Leur réaction est le plus souvent très acide. La bactériologie et

les inoculations ne nous donnent rien de précis au sujet de ces selles. Mais il est deux moyens d'investigation qui deviennent des éléments précieux de diagnostic :

1. L'analyse chimique;

2. L'examen microscopique.

A l'analyse chimique ces selles présentent deux caractères principaux :

α. L'acholie;

β. La présence d'une quantité de graisses considérable 37,76 p. 100 de matières grasses rapportée à la matière sèche, soit le double de la normale, que la plupart des auteurs s'accordent à fixer entre 12 et 20 p. 100.

Ces graisses non absorbées par l'organisme nous permettent immédiatement d'admettre quatre hypothèses :

1° Proviennent-elles du lait ingéré, sa teneur en graisses étant trop considérable ?

Nous éliminons immédiatement ce facteur : le lait absorbé par les enfants dans toutes les observations que nous relatons étant le lait en usage dans les hôpitaux dont la teneur en graisses est normale;

2° Indiquent-elles une lésion du pancréas?

En faisant la division des graisses pour explorer la fonction pancréatique nous trouvons les chiffres suivants :

Acides gras et savons..........	67 p. 100
Graisses neutres...............	33 —

Ces données sont du reste corroborées par l'examen microscopique qui nous montre la présence de quelques globules gras, de cristaux acidulés, et de quelques plaques.

La réaction des fèces, la quantité de graisses que l'on y trouve, et qui dans le cas d'une lésion pancréatique atteindraient encore un chiffre beaucoup plus élevé, le dédoublement des graisses neutres qui ici est assez important, nous font abandonner la possibilité d'une lésion prédominante du pancréas. Du reste dans ce cas la réaction serait plutôt alcaline.

La troisième hypothèse, lésions de la muqueuse intestinale (glandes de Lieberkühn), ne pourrait à elle seule produire des troubles pathologiques aussi profonds.

Il nous reste à envisager la quatrième hypothèse, la lésion prédominante serait au foie. C'est celle à laquelle nous nous rallions. Elle cadre du reste très bien avec les faits cliniques que nous exposons plus loin, et d'autre part si nous envisageons les différents travaux publiés par les auteurs sur les lésions du foie au cours des gastro-entérites chroniques (depuis Legendre, 1846, jusqu'à Terrien, 1900), nous voyons que tous sont unanimes à incriminer la fonction hépatique.

Dans l'étiologie de ces selles, nous trouvons différents facteurs (enfants prématurés, syphilis, tuberculose) mais le facteur principal est surtout la suralimentation.

Les selles blanches ne sont pas un symptôme de début dans l'évolution des gastro-entérites, il faut une intoxication prolongée pour que les fèces arrivent à présenter ce syndrome.

Au point de vue clinique elles évoluent suivant deux formes :

1° *Une forme* que l'on pourrait appeler *aiguë* caractérisée par ce fait, une fois l'apparition des selles blanches, on ne note aucune rémission dans le cours de la maladie, les phénomènes généraux sont d'emblée très graves, et les fèces restent complètement décolorées jusqu'à la mort qui survient en huit ou dix jours au plus;

2° Dans la deuxième forme que l'on peut appeler chronique, la maladie présente une série de poussées successives, on note des intervalles de quelques jours pendant lesquels les selles semblent se recolorer un peu et les phénomènes généraux s'amender. La maladie présente une série de poussées successives, et finalement aboutit à la mort après une période plus ou moins longue.

Cette dernière forme nous a présenté les deux cas de guéson que nous puissions enregistrer. Souvent on ne note pas chez ces enfants d'hyperthermie, au contraire, la plupart du temps durant tout le cours de la maladie ils sont ou en hypothermie ou à une température très rapprochée de la normale.

Les infections surajoutées (abcès, broncho-pneumonie) déterminent à peine chez eux de légères poussées de température.

Ils meurent souvent en hypothermie.

A l'autopsie on trouve la plupart du temps un foie gros et dégénéré.

Le pronostic est très grave, puisque nous avons trouvé une issue fatale 15 fois sur 18 observations.

Ce pronostic est grave surtout parce que l'organisme de l'enfant ne peut subvenir à ses dépenses en calories, les graisses n'étant plus assimilées. Or, on sait que le nourrisson pour 100 calories contenues dans le lait en tire 52,9 des graisses et 28,4 seulement des hydrates de carbone (Rubner).

Peut-être trouverait-on là une explication à l'hypothermie qu'ils présentent.

Enfin le mauvais fonctionnement du foie entraîne encore une moindre résistance à l'infection.

Le pronostic est donc grave :

α. Immédiatement;

β. Secondairement il serait intéressant de suivre les quelques rares cas de guérison et de voir ce que deviendra le fonctionnement ultérieur du foie chez ces enfants.

Le traitement doit être plutôt prophylactique que curatif et il repose surtout dans une diététique appropriée aux besoins de l'organisme du nourrisson.

Cette diététique doit être particulièrement sévère dans les cas de prématurés et d'héréditaires (syphilis, tuberculose).

Cependant quand l'enfant présente des selles blanches il semble rationnel, d'après ce qui précède, d'éviter de lui donner des aliments gras qu'il ne peut assimiler et d'insister surtout sur les hydrates de carbone (traitement par les féculents) qui procureront quelques ressources à l'organisme, en laissant le foie un peu au repos. »

CHIRURGIE

Tuberculose et appendicite. (J.-L. Sainte-Marie Dodeuil. Th. de Paris, 1906; Bouvalot-Jouve, édit.) — Les rapports de l'appendicite et de la tuberculose sont très importants; ils présentent le plus grand intérêt au point de vue pratique.

Alors qu'il n'apparaît qu'une simple coexistence entre l'appendicite commune et la tuberculose pulmonaire ou même intestinale, il faut néanmoins savoir que, chez les bacillaires, toute altération du vermium peut :

1° Causer des désordres par l'infection nouvelle survenant chez un sujet affaibli;

2° Favoriser l'extension des lésions pulmonaires par dépression et mauvaise nutrition;

3° Servir de point d'appel au bacille de Koch,

4° Retentir sur le poumon, par suite de l'opération, et déterminer une poussée aiguë de tuberculose.

Les relations sont tout à fait évidentes entre les différentes tuberculoses et l'appendicite tuberculeuse.

Celle-ci se rencontre surtout au cours de la tuberculose

pulmonaire, cause habituelle de contamination bacillaire étendue à l'intestin ou localisée au vermium.

Si nous entendons par appendicite l'altération de l'organe et par crise appendiculaire l'épiphénomène douloureux, nous pouvons dire qu'on rencontre chez les tuberculeux :

1° L'appendicite aiguë avec manisfestations cliniques ordinaires;

2° L'appendicite chronique souvent méconnue chez le vivant;

3° L'appendicite tuberculeuse, assez fréquente pour les anatomo-pathologistes, rare pour les cliniciens : cette lésion ne provoquant guère de réaction douloureuse que sous l'influence d'une infection secondaire surajoutée.

La plupart des tuberculeux opérés d'appendicite n'ont pas l'appendice tuberculeux. Tandis qu'on rencontre parfois la tuberculose de l'appendice chez des opérés non soupçonnés de tuberculose.

(Nos recherches dans le laboratoire du service de M. Walther portant sur 30 appendices enlevés chirurgicalement, dont 20 provenaient de tuberculeux pulmonaires nous ont permis de découvrir deux cas d'appendicite tuberculeuse précisément chez deux opérés non soupçonnés de bacillose.)

L'appendicite tuberculeuse suspectée, mais non diagnostiquée avec certitude en clinique, ne présente pas de symptômes pathognomoniques.

Elle peut évoluer jusqu'à l'ulcération et se compliquer :

1° Soit de péritonite généralisée suivie de mort;

2° Soit de péritonite localisée avec fistule pyostercorale.

Elle offre, en outre, le danger d'être le point de départ d'une tuberculose iléo-cæcale.

Il faut se prémunir contre deux erreurs possibles :

1° Ne pas prendre pour des bacillaires, des appendiculaires méconnus. Cette erreur, basée sur l'altération de la santé générale, est préjudiciable à ces derniers qui se trouvent très mal de la suralimentation, alors qu'ils sont améliorés par l'appendicectomie;

2° D'autre part, chez les tuberculeux, ne pas attribuer à la bacillose pulmonaire certaines manifestations d'appendicite à caractère larvé.

On doit surveiller, avec une attention méticuleuse, les voies digestives des tuberculeux.

Le régime consistera en une prudente suralimentation d'où sera banni l'excès d'alimentation carnée.

On évitera ainsi :

1° Soit l'inflammation d'un appendice jusqu'alors indemne;

2° Soit l'infection secondaire déterminant la réaction clinique d'un vermium tuberculeux.

L'appendicectomie peut entraîner, chez les tuberculeux, des complications pulmonaires. Malgré, ce risque chaque fois que l'état général le permet, il faut intervenir :

1° Pour appendicite aiguë, dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures, afin de faire disparaître ce nouveau danger d'infection;

2° Pour appendicite chronique, dans tous les cas, afin d'éviter les poussées aiguës, d'écarter la tuberculose vermiculaire possible et d'améliorer les voies digestives;

3° Pour appendicite tuberculeuse qui, en plus du danger appendiculaire, présente celui d'une tuberculose locale.

La constatation relativement fréquente de la tuberculose appendiculaire par les anatomo-pathologistes et la nécessité de maintenir en parfait état les voies digestives justifient, chez les tuberculeux, l'ablation de tout appendice malade, même s'il n'a pas provoqué de réactions péritonéales menaçantes.

Des torsions de l'épiploon. (Roche. Th. de Paris, 1905; Institut international de bibliographie scientifique.) — Parmi les complications qui peuvent atteindre les épiploons, il faut assigner une place particulière à la torsion de la masse épiploïque herniée.

Anatomiquement, les torsions épiploïques se présentent sous des aspects très divers, au hasard des adhérences qui ont pu fixer et immobiliser la portion herniée.

Cliniquement, les torsions de l'épiploon se présentent sous deux formes différentes :

Tantôt les accidents éclatent brusquement, évoluent d'une façon rapide et simulent, à s'y méprendre, l'étranglement herniaire, particulièrement, l'étranglement épiploïque.

Tantôt, au contraire, le début violent fait défaut et les symptômes se développent insidieusement comme dans l'occlusion chronique.

Aucun signe ne peut être considéré comme vraiment caractéristique de la torsion de l'épiploon. Aucun symptôme subjectif ou objectif ne permet d'en faire le diagnostic avec certitude.

Le pronostic est relativement bénin à la condition que l'intervention soit précoce.

Le traitement consistera dans la résection de la portion tordue. Il est indispensable d'explorer avec soin la partie supérieure de l'épiploon, une seconde torsion pouvant siéger en ce point. Si l'incision première ne permettait pas une exploration suffisante on devrait la prolonger sur la paroi abdominale, et au besoin, compléter l'opération par une laparotomie médiane.

Contribution à l'étude clinique des ostéomyélite s prolongées à foyers multiples. (St. Tzatcheff. Th. de Paris, 1905; P. Leymarie, édit.) — Des observations que l'auteur a présentées, on peut tirer les conclusions suivantes :

Que tout malade porteur de lésions d'ostéomyélite prolongée à foyers multiples doit être surveillé de très près.

Que le pronostic est souvent très grave.

Qu'il faut faire une réserve sur la guérison des foyers.

Que le malade n'est jamais à l'abri d'une récidive, à échéance plus ou moins éloignée.

Qu'il existe des foyers multiples contemporains de l'infection primitive, d'autres qui se manifestent beaucoup plus tardivement.

Qu'il n'y a pas de lien, en général, entre la gravité de la lésion primitive et les embolies septiques.

Qu'il y a des embolies précoces, avec foyers immédiats et des embolies précoces aux foyers tardifs.

Qu'il existe des embolies septiques sans déterminer des foyers purulents.

Qu'il n'y a aucun lien entre la rapidité de la suppuration et le foyer initial.

Qu'aussitôt les foyers purulents découverts il faut intervenir.

Que le choix de l'intervention sera l'incision, la trépanation et l'évidement osseux.

Que la résection donne de mauvais résultats fonctionnels chez l'enfant et l'adolescent.

Qu'il n'y faut recourir que dans les cas extrêmes.

DERMATOLOGIE

Des adénomes sébacés symétriques de la face. (Sagory. (Th. de Paris, 1906; Jouve, édit.) — Les adénomes sébacés symétriques de la face doivent être considérés comme une variété de nævi et semblent l'expression du processus d'adéno-fibromatose.

La localisation de cette affection est spéciale et caractéristique : elle siège exclusivement à la face ou, très rarement, au cuir chevelu. Elle s'observe dans les sillons naso-géniens, sur les ailes du nez, aux régions sous-oculaires, péri-buccale et mentonnière.

Elle est rigoureusement symétrique.

Les adénomes sébacés symétriques de la face se développent sous une influence inconnue ordinairement au moment de la puberté; ils ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire, ni d'aucun symptôme douloureux.

Histologiquement, ils n'ont pas tous le même aspect. Les uns sont uniquement constitués par l'hypertrophie des glandes sébacées avec transformation fibreuse du tissu conjonctif limitrophe : ce sont les vrais adénomes sébacés de Balzer. D'autres dénotent une altération prédominante du réseau vasculaire : ce sont les adénomes du type Pringle. D'autres, enfin, témoignant d'une altération générale de tout le système pilo-sébacé, sont des stades intermédiaires entre les adénomes sébacés purs et leurs voisins dans la classification des affections næviques : les hydradénomes éruptifs ou syringo-cystadénomes.

Les adénomes sébacés symétriques de la face ont toujours une évolution bénigne.

Ils constituent donc une affection disgracieuse mais peu gênante, aucunement dangereuse, à laquelle tout traitement par la curette, le thermocautère, le galvanocautère, l'électrolyse, nous semble disproportionné, d'autant que ces traitements peuvent laisser des cicatrices aussi déplaisantes que l'affection elle-même.

GYNECOLOGIE

Considérations sur le traitement chirurgical du prolapsus utérin en général et sur le procédé de Wertheim en particulier. (Tirel. Th. de Paris, 1906; J. Rousset, édit.) — Il ne saurait y avoir pour l'auteur un traitement unique du prolapsus.

Si la colpopérinéorraphie reste à la base du traitement chirurgical du prolapsus, il semble bien que les hystéropexies par la voie haute soient préférables, dans les cas bénins, aux interventions par la voie vaginale.

Dans les cas graves, l'hystérectomie vaginale peut donner de bons résultats. Mais elle est quelquefois impuissante à empêcher la récidive.

Dans les prolapsus complets chez les femmes ayant atteint la ménopause, l'opération de Wertheim peut remplacer avec avantage l'hystérectomie vaginale.

Des prolapsus génitaux symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes. (Charles de Pierrefond. Th. de Paris, 1904; Henri Jouve, édit.) — Le prolapsus utéro-vaginal peut être symptomatique d'une tumeur pelvienne, développée aux dépens de l'utérus ou de ses annexes.

Sur le nombre relativement considérable des femmes atteintes de tumeurs utéro-ovariennes, quelques-unes seulement voient survenir une procidence génitale consécutive à leur affection. C'est une complication rare.

La présence de tumeur, cause de prolapsus, peut être méconnue, si on ne procède pas à un examen complet et attentif de la cavité pelvienne. On peut alors faire le diagnostic de prolapsus simple et préconiser un traitement médical ou chirurgical inefficace.

Pour obtenir la guérison d'un prolapsus symptomatique, il faut d'abord, dans un premier temps, procéder à l'ablation de la tumeur qui le détermine. Dans un second cas, et s'il y a lieu, on pratiquera une seconde intervention, soit sur le col, soit sur le périnée.

L. GAYARD.

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET RELATIF AU RECRUTEMENT DES MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863, 19 octobre 1894 et 14 août 1905;

Vu les arrêts ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888, des 12 juin 1899, 7 mars 1900, 6 mai 1902, 6 avril 1904 et 23 janvier 1906;

Vu les avis du comité des inspecteurs généraux en date des 28 novembre 1905 et 2 juillet 1906,

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Décrète :

Article premier. — Les médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés par concours annuel, ayant lieu à Paris dans le premier trimestre de chaque année.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'État, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus avant le 1er janvier qui précède le concours.

Ils devront justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président;

2° Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste de trois noms présentés par la Faculté de médecine de Paris;

3° Deux professeurs titulaires de Facultés de médecine de l'État, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales en exercice dans les mêmes facultés;

4° Trois directeurs-médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton, exerçant ces fonctions depuis au moins trois ans;

5° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs-médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur sur la proposition du comité des inspecteurs généraux; les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés différentes.

Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des

académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. Cependant pour l'application de cette dernière règle, il ne sera pas fait état du juré visé au paragraphe 2 du présent arrêté.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs, désigné par le ministre de l'Intérieur.

En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général président.

Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures.

Le maximum des points sera de 10.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise.

Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat, et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres ; le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Ces épreuves sont éliminatoires.

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition.

Le maximum des points sera de 20.

5° Une épreuve clinique orale. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné, y compris le temps de réflexion et vingt minutes d'exposition.

Le maximum des points sera de 20.

6° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médical et au point de vue médico-légal. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite.

Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury qui détermine notamment les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est annuellement fixé par l'arrêté indiquant la date du concours.

Le jury est constitué avant l'ouverture des inscriptions de candidatures.

Si le ministre de l'Intérieur estime qu'étant données les vacances déclarées et les vacances à prévoir, il n'aura pas à pourvoir à plus de deux postes au cours de l'année, il peut, par dérogation à l'article premier du présent décret, décider, par arrêté publié au *Journal officiel* avant le 1er janvier, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année considérée.

Art. 6. — Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement établi par le jury.

Le médecin-adjoint reçu au concours doit occuper, sans retard, le poste qui lui est désigné par le ministre de l'Intérieur, s'il refuse l'emploi qui lui est offert il est mis en disponibilité et il est fait appel aux médecins-adjoints reçus après lui ; lorsque la liste du concours de l'année est complètement épuisée, il est invité de nouveau à prendre possession du poste qui se trouve vacant ; s'il refuse, il ne pourra être replacé qu'après les médecins-adjoints reçus au concours de l'année suivante.

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, dans le délai de cinq ans après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin-adjoint que commenceront à courir ses services.

En conformité des décrets des 19 octobre 1894 et 14 avril 1905, les cadres et traitements des directeurs-médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont établis ainsi qu'il suit :

Cadres.	Traitements.
1° DIRECTEURS-MÉDECINS	
Classe exceptionnelle	8 000 francs.
1re classe	7 000 —
2e classe	6 000 —
3e classe	5 000 —
2° MÉDECINS EN CHEF	
Classe exceptionnelle	8 000 francs.
1re classe	7 000 —
2e classe	6 000 —
3e classe	5 000 —
3° MÉDECINS-ADJOINTS	
Classe exceptionnelle	4 000 francs.
1re classe	3 500 —
2e classe	3 000 —

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs-médecins et médecins en chef, après trois ans de stage au minimum dans la classe inférieure ;

Aux médecins-adjoints, après deux ans au minimum dans la classe précédente.

Art. 7. — Les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888, des 12 juin 1899, 7 mars 1900, 6 mai 1902, 6 avril 1904 et 23 janvier 1906, sont abrogés en ce qu'ils ont de contraire au présent décret.

Art. 8. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 1er août 1906.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

G. CLEMENCEAU.

LIVRES NOUVEAUX

L'albuminurie goutteuse (1), par le docteur P. DE GRANDMAISON.

Ce volume est le premier ouvrage d'une série qui doit former la « Bibliothèque de la nutrition » sous la direction de M. de Grandmaison.

L'auteur divise cette étude en trois grands chapitres ayant trait à la pathogénie, à l'étude clinique et au traitement de l'albuminurie goutteuse.

Après avoir étudié dans la première partie la pathogénie de la goutte et de l'albuminurie, il en arrive à concevoir que l'albuminurie goutteuse semble liée à un trouble fonctionnel de la filtration glomérulaire. Puis il étudie au point de vue clinique l'albuminurie des goutteux et montre les modifications hépatiques, vasculaires, les troubles musculaires et respiratoires qui sont constants chez ces malades. Au point de vue du pronostic, cette albuminurie est une albuminurie dyscrasique qui, comme les autres symptômes de la goutte, indique simplement un trouble profond des mutations nutritives Enfin la thérapeutique parfois si délicate est très longuement envisagée et l'auteur montre bien toutes les ressources thérapeutiques que trouvera le médecin dans l'hygiène des aliments, des boissons, les rations alimentaires, les exercices et la cure de vacances auxquels devront être soumis ces malades.

P. RAVAUT.

(1) In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains de plaisir auront lieu les dimanches 5, 12 19 et 26 août, 2, 9, 16, 23 et 30 septembre, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50, 3e classe 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 31 matin. — Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 43 matin; à Moret, 8 h. 57.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilogs de bagages par place.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Spina bifida, anatomie pathologique et embryogénie, par le docteur M. DENUCÉ, professeur agrégé, chargé du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux. In-8° de 620 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveau formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par le docteur Odilon MARTIN, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon. Préface du professeur Grasset (de Montpellier). In-18 de 900 pages, sur papier extra-mince, cartonnage souple. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guide pratique de thérapeutique hydrominérale. Choix d'une station française dans les maladies courantes, par le docteur H. PELON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier. In-18. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

L'évolution de la prostitution, par le docteur Félix REGNAULT, professeur au collège libre des sciences sociales. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 1er août 1906, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Pauzat, maintenu adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Bischoff, maintenu médecin-chef de l'hôpital militaire de Chambéry.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Sicard, maintenu au 37e d'infanterie; — Bouchet, au 68e d'infanterie; — Lespinasse, au 34e d'artillerie; — Augry, au 96e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Jeandidier, maintenu au 3e zouaves; — Gimazane, au 2e étranger; — Gruié, au 96e d'infanterie; — Guericolas, affecté, pour ordre, à l'hôpital militaire de Nancy; — Dupuich, maintenu au 45e d'infanterie.

MARINE — Par décret en date du 2 août 1906, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Drago.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Nodier.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Martenot.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Carrère et Barthe.

— M. le médecin principal Mazet, du port de Toulon, est désigné pour embarquer, le 15 août, sur le *Charlemagne* (escadre de la Méditerranée).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — *Cours de vacances* (9e série, septembre 1906). — Du 17 au 29 septembre 1906, une série de cours auront lieu. En voici la liste :

I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Massage' M. Marchais; — Electrothérapie, M. Zimmern; — Accouchements, M. Dubrisay; — Thérapeutique appliquée, M. Landowski; — Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Lesné; — Maladies nerveuses, M. A. Riche; — Chirurgie dentaire, M. Roy.

II. *Dans différents services.* — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (tablissement dermatologique); — Otorhino-laryngologie, M. G. Laurens (Clinique de la Trinité); — Auscultation, M. X; — Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière); — Maladies des voies urinaires, M. X (Necker); — Maladies du tube digestif, M. Enriquez (Hôtel-Dieu); — Chirurgie infantile; orthopédie, M. Barbarin (hôpital Anne-Marie); — Chirurgie pratique et gynécologie M. Savariaud (Lariboisière).

Tous les cours commenceront le lundi 17. Repos le dimanche 23.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Marchais, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 7, juillet 1906.) GAREL : Gomme de la bifurcation des bronches. Considérations sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin. — F. FURET : Méningite cérébro-spinale à pneumocoque d'origine optique. — M. et A. TERSON : La paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites. — HENNEBERT et TRÉTROP : Contribution à l'étude des bruits entotiques perçus objectivement. — ROY : Leucokératose sublinguale.

Archives de médecine des enfants. — (N° 8, août 1906.) RICHET et LESNÉ : Ration de lait chez l'enfant. — THOMESCO et GRAÇOSKI : Séro-diagnostic tuberculeux.

Archives générales de médecine. — (N° 31, 31 juillet 1906.) PONCET et LERICHE : Pathologie des ankyloses spontanées et particulièrement des ankyloses vertébrales. — BRODIER : Psoriasis consécutif à une injection de sérum antidiphtérique. — RAYMOND : Sur quelques affections de la queue de cheval.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Août 1906.) DARDEL : La pratique du régime alimentaire dans les maladies chroniques. — CAVALIER et VISBECQ : Relation de sept cas simultanés d'intoxication par le gaz d'éclairage.

Annales médico-psychologiques. — (N° 7, juillet-août 1906.) MAGALHAES-LEMOS : Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse. — GUIMBAL : Les incendiaires (*suite et fin*). — ADAM : Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements (1er article).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 2, 12 juillet 1906.) Clarence John BLAKE : Les effets thérapeutiques des ondes sonores et la mécanothérapie de l'oreille. — James Homer WRIGHT : Une méthode de coloration différentielle des globules sanguins. — Wilder TILESTON : Sur la production des hémorragies larvées de la fièvre typhoïde. — Edmond D. SPEAR : Les gorges irritables. Etiologie et thérapeutique. — E. A. CODMAN : Un cas de gangrène spontanée récidivante de l'index. Amputation des phalanges. Disparition du processus après l'excision d'une partie du nerf radial et sa suture au médian. — C. A. ATWOOD : Un traumatisme abdominal.

Bulletin médical. — (N° 59, 28 juillet 1906.) PONCET et LERICHE : Pathogénie des ankyloses spontanées et particulièrement des ankyloses vertébrales. — Paul CARNOT : Sur l'épreuve de l'alcool en pathologie gastrique. — (N° 60, 1er août.) GUINARD : Valeur pratique de la tuberculine dans le diagnostic et dans le traitement des lésions tuberculeuses. — DARIER : Valeur thérapeutique de la tuberculine.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 juillet 1906.) KOHLER et JACOBSON : Un cas de tuberculose subaiguë traité par le sérum antituberculeux de Marmorek. — BAILLIART : Le tatouage de la cornée.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 19 juillet 1906.) SCHATZ : Traitement des allongements de l'utérus. — PETERS : Sur l'inflammation du tissu extradural dans la méningite épidémique. — JACOBSOHN : Paralysies faciales traumatiques et chirurgicales. — ONODÉ : Résection de la cloison nasale dans la tuberculose primitive. — WEINRICH : Sur les corps étrangers de l'urètre et de la vessie. — PLAUT : Sur le « missed labour ». — RIEBOLD : Sur la fièvre menstruelle, la septicémie menstruelle, et les autres maladies d'origine infectieuse et toxique survenant pendant la menstruation. — SAALFELD : Sur le traitement par la levure dans les maladies de peau. — ENGEL : Sur le globule rouge nucléé et son évolution.

Écho médical du Nord. — (N° 30, 29 juillet 1906.) DRUCHERT : De la torsion axiale de l'utérus. — BUTRUILLE et MINET : Méningite purulente post-pneumonique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 30, 29 juillet 1906.) MATIGNON : Les enseignements médicaux de la guerre russo-japonaise.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 30, 28 juillet 1906.) — DESPLATS : Histoire d'un malade atteint de cirrhose alcoolique, de néphrite et de péritonite tuberculeuse guéri par les ponctions répétées et les lavements de pulpe de foie de porc.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 30, 29 juillet 1906.) P. CARLES : L'acide salycilique naturel des vins. — J. VERGER : Rapport sur la réforme éventuelle de l'agrégation.

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 3, 1er août 1906.) GASCARD : Détermination des poids moléculaires des alcools et des phénols à l'aide de l'anhydride benzoïque. — COUSIN : Sur les acides gras de la céphaline. — CARLES : Les cristaux de spath fluor de Néris-les-Bains.

Journal des praticiens. — (N° 30, 28 juillet 1906.) Paul RECLUS : Traitement des cancers inopérables. — (N° 31, 4 août.) DEBOVE : Endocardite infectante au cours d'une septicémie streptococcique. — GUYON : Un cas de pyonéphrose avec calcul du rein. — KIRMISSON : Quelques indications pratiques sur la coxalgie. — WORMSER : De quelques modes de traitement peu usités de l'urétrite chronique rebelle. — THIBIERGE : L'alopécie syphilitique.

Medizinische Blatter. — (N° 29, 21 juillet 1906.) VENUS : Le médecin praticien et l'application de la méthode de stase de Bier.

Montpellier médical. — (N° 29, 22 juillet 1906.) BOUSQUET : Clinique des maladies des enfants de Montpellier. Compte rendu de l'année 1905. — GAUSSEL : La guérison histologique de la méningite cérébro-spinale.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 29, 22 juillet 1906.) DERI : Hépatoptose. — FARKAS : Hyperémie cérébrale et bains de pied liquides.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 29, 19 juillet 1906.) REIS : L'enseignement de l'immunité en oculistique. — MÜLLER et OPPENHEIM : Sur la présence d'anti-corps dans le sérum d'un malade atteint d'arthrite blennorragique démontrée par la suppression du complément. — OTTOLENGHI : Sur la conservation des sérums précipitants. — GLAESSNER : Diabète et pneumonie. — ENGEL et PLAUT : Sur la graisse du lait des nourrices nourries avec des graisses spécifiques. — GIOSEFFI : La fièvre malarique pernicieuse dans l'Istrie méridionale.

Semaine médicale. — (N° 30, 25 juillet 1906.) BARD : Le pseudo-rétrécissement mitral fonctionnel.

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU CERVEAU

Par le docteur Raymond CESTAN,
Professeur agrégé de médecine à la Faculté de Toulouse.

L'épithélioma *primitif* du cerveau : à lui seul, ce titre suffit, croyons-nous, pour justifier l'intérêt qui s'attache à cette étude histologique. Déjà, il n'est pas très fréquent de découvrir au niveau de l'encéphale des épithéliomas *secondaires* à un cancer primitif d'un autre organe, noyaux secondaires de l'encéphale développés par greffe métastatique ou par propagation, mais il est encore plus exceptionnel de voir une tumeur *primitive* du cerveau se révéler au microscope comme un épithélioma primitif de cet organe. Or, en 1899, nous avons eu l'occasion de pratiquer l'examen d'une tumeur cérébrale développée chez un jeune homme de dix-sept ans dont l'histoire détaillée est rapportée par notre maître, le professeur Raymond, dans les *Cliniques des maladies du système nerveux* (5e série, p. 139). Ce jeune homme présentait un syndrome clinique que notre maître avait estimé causé par une tumeur de la région de la selle turcique, syndrome que nous pouvons ainsi résumer : céphalée, vomissements, névrite optique œdémateuse, amaurose de l'œil gauche, hémiopie de l'œil droit, anosmie de la narine droite, hémiplégie gauche avec parésie de la troisième paire droite, tous signes qui indiquaient l'existence d'une tumeur intracranienne avec des lésions du chiasma, des bandelettes optiques, de la bandelette olfactive droite, du pédoncule cérébral droit ; au surplus, le malade n'était pas acromégalique. L'autopsie nous permit de vérifier l'exacte précision du diagnostic localisateur en nous montrant un néoplasme *primitif* d'apparence kystique, gros comme une mandarine, exactement situé au-dessus de la selle turcique, et faisant partie intégrante des deux couches optiques ; la selle turcique présentait exclusivement une ostéite raréfiante telle

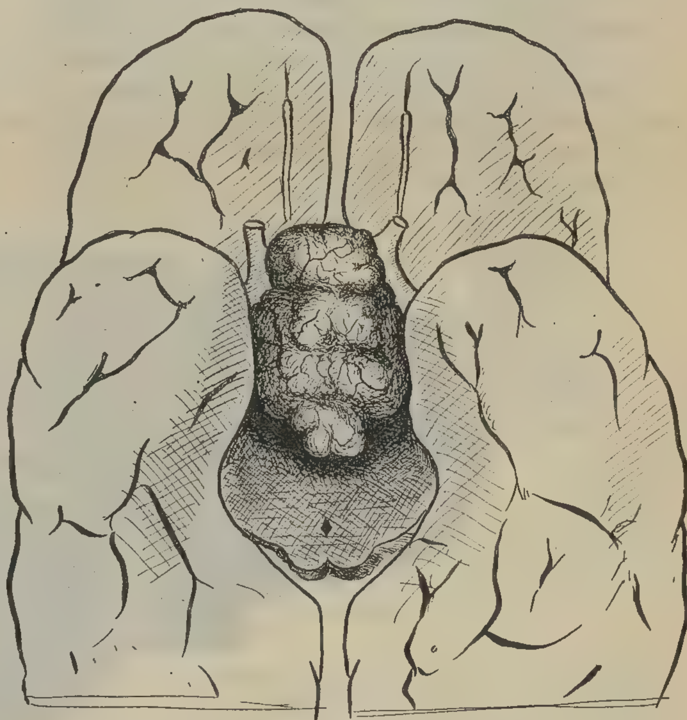


Fig. 2. — Deuxième cas. — *Tumeur placée dans la région du chiasma et d'aspect polykystique.*

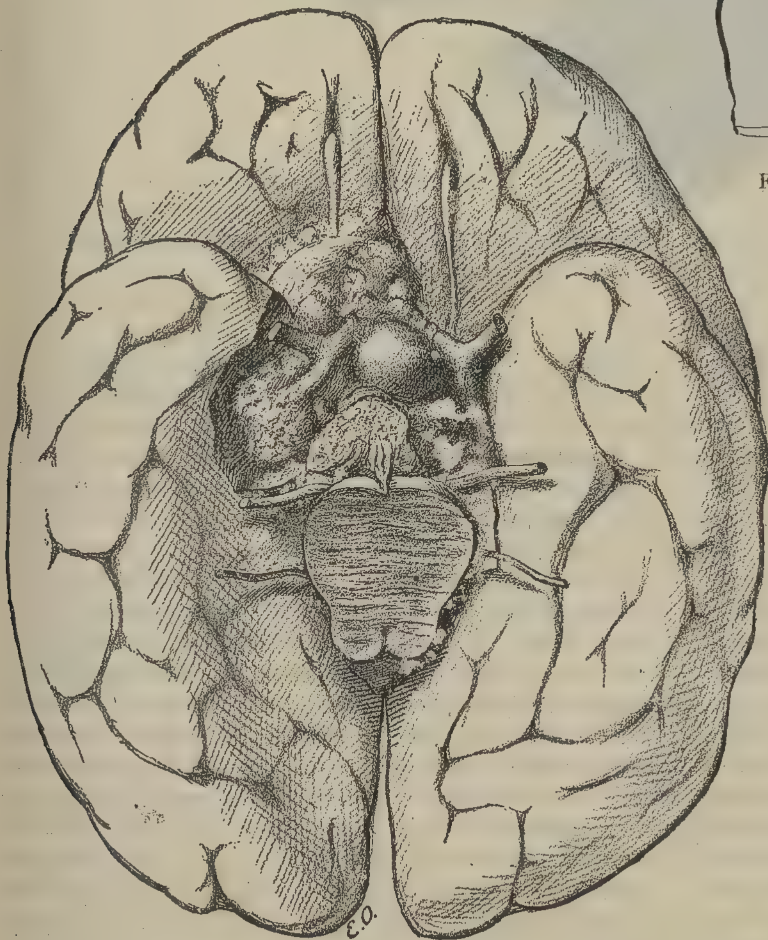


Fig. 1. — Cette figure est empruntée aux *Cliniques des maladies du système nerveux* (5e série) de notre maître, le professeur Raymond. — *On voit le néoplasme placé dans la région du chiasma optique.*

que la créent, par compression locale de la boîte cranienne, les néoplasmes intracraniens bridés dans leur développement par la paroi osseuse. Cette tumeur kystique était nettement *épithéliale et primitive*, mais à cause de la rareté du fait, aucune conclusion ferme sur son histogenèse ne put être formulée.

En 1904, grâce à l'obligeance de M. Widal, nous avons eu l'occasion de pratiquer avec le docteur Lemaire l'autopsie d'un homme ayant présenté le syndrome d'une tumeur cérébrale de la base, sans acromégalie, et nous avons également trouvé une tumeur kystique *épithéliale* de la région pituitaire, faisant partie intégrante des couches optiques et de même structure histologique que la tumeur précédemment signalée. Enfin, le *Traité d'anatomie pathologique* de Ziegler (t. II, p. 403, 1902) renferme un cas tout à fait superposable aux deux précédents par son siège, son aspect kystique et sa structure histologique. C'est avec l'aide de ces trois documents que nous allons décrire et préciser la structure et l'histogenèse de cette variété d'épithélioma primitif du cerveau.

Il est superflu d'écrire un long tableau clinique, car dans le cas actuel il ne revêt pas, soit par l'apparition de tel ou tel signe, soit par son évolution, un aspect qui permette de formuler du vivant du malade un diagnostic histologique. Nos deux malades étaient des hommes, l'un adulte, l'autre âgé de dix-sept ans, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires. Assez rapidement ont apparu et se sont précisés les signes de tumeur cérébrale de la base. Ces signes se divisent donc en deux groupes : d'une part, signes révélateurs de toute tumeur intra-cranienne à développement rapide, c'est-à-dire d'hypertension intra-cranienne; d'autre part, signes localisateurs. Dans le premier groupe rentrent la torpeur cérébrale, la somnolence, la céphalée diffuse, continue et paroxystique, les vomissements faciles, en fusée, de caractère cérébral, la névrite optique œdémateuse, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien constatable par la ponction lombaire, etc. Les signes localisateurs sont évidemment variables avec le siège de la tumeur. Or que cette variété d'épithélioma primitif du cerveau, que nous supposons pour le dire immédiatement d'origine épendymaire, puisse se développer en des points divers de l'encéphale, aux environs du revêtement épendymaire, cela est fort possible, nous dirons même probable, et par suite les signes localisateurs pourront varier avec chaque cas. Mais du moins, dans les trois observations qui servent de base à cette étude, il est remarquable de voir que la tumeur s'est toujours développée dans la même région, les environs du tuber cinereum. Avec une telle localisation, on aura donc sous les yeux un syndrome régional tout particulier : anosmie par altération de la bandelette olfactive, amaurose unilatérale ou hémiopie plus ou moins complexe, hémianopsie droite ou gauche temporale, bitemporale, etc., selon l'étendue et le siège des lésions de la voie optique basale (nerfs optiques, chiasma, bandelettes optiques), paralysie de la troisième paire du moteur oculaire commun associée à une hémiparésie sensitivo-motrice du bras et de la jambe du côté opposé à la paralysie oculaire (syndrome pédonculaire ou de Weber) par destruction de la troisième paire et du pédoncule cérébral. Sur la constatation de ces deux groupes de symptômes, syndrome commun à toute tumeur intra-cranienne d'une part, syndrome localisateur régional d'autre part, on n'hésitera pas à porter le diagnostic de *tumeur cérébrale de la région pituitaire*; mais, détail important, les signes d'acromégalie font défaut. Il nous paraît impossible, à l'heure actuelle, de préciser le diagnostic histologique du vivant du malade. Mais l'affection poursuit rapidement son évolution fatale, et voici comment va se présenter bientôt à l'autopsie cet épithélioma primitif du cerveau.

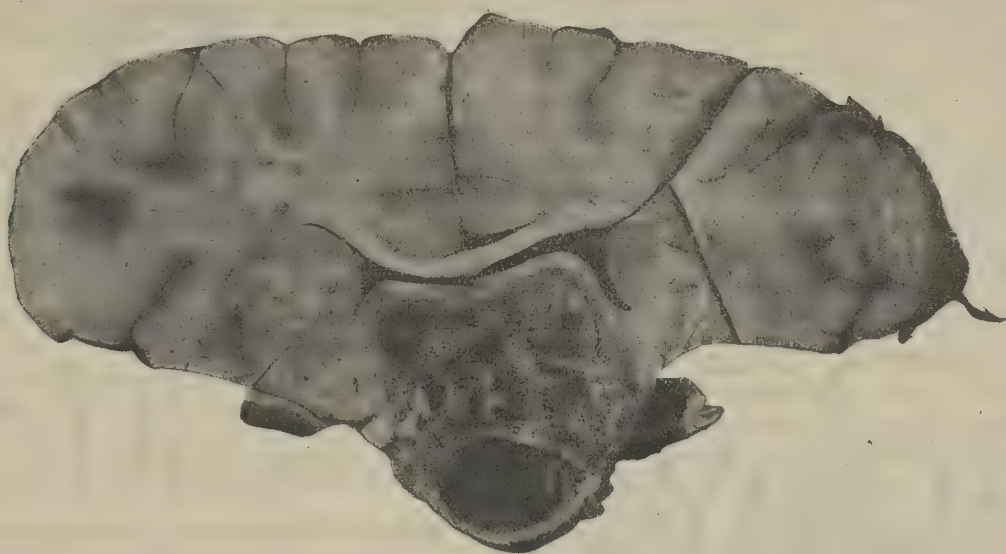


Fig. 3. — *Photographie d'une coupe transversale de la tumeur après fixation au formol. La tumeur n'est pas énucléable; elle fait partie intégrante de la couche optique gauche. Elle est parsemée de pseudo-kystes remplis d'une masse mucoïde que le liquide fixateur a durcie.*

Dans notre premier cas, l'extraction du cerveau se fit avec difficulté par le fait d'adhérences méningées cérébrales de la base ayant entraîné une ostéite raréfiante de la selle turcique. Toutefois il s'agissait là de lésions d'irritation et de compression simple et non d'infiltration néoplasique de la paroi osseuse. Au contraire, dans notre deuxième cas, nous avons pu enlever facilement le cerveau et constater que la selle turcique n'était pas altérée, que *la glande pituitaire était tout à fait normale*.

Quoi qu'il en soit, le cerveau enlevé et reposant sur sa convexité, on aperçoit une tumeur située à la base, dans ce polygone limité en avant par le chiasma optique, sur les côtés par les bandelettes optiques, en arrière par le pédoncule cérébral, toutes parties qui sont plus ou moins refoulées, aplaties, voire même détruites par le néoplasme. Cette tumeur peut acquérir le volume d'une grosse noix. Elle a un aspect bosselé, mûriforme et kystique; il est facile en effet de vérifier par une section qu'elle est creusée de cavités plus ou moins volumineuses d'où sort un liquide mucoïde teinté et filant. La fixation de la pièce par le formol coagule ce liquide et dès lors, sur les coupes, on voit une tumeur à limites incertaines, non énucléable, faisant corps avec les

couches optiques, atteignant même l'épendyme ventriculaire, parsemée de cavités remplies d'une masse coagulée de couleur rappelant la pistache, ce qui lui imprime un aspect vraiment caractéristique.

L'examen microscopique met en évidenée de véritables travées épithéliales qui par leur union délimitent des espaces, des cavités pseudo-kystiques. Nous allons décrire successivement les travées épithéliales et les cavités qu'elles circonscrivent.

Les travées épithéliales sont formées de cellules tassées les unes contre les autres: les unes sont épaisses, et cela surtout au pourtour de la tumeur, dans la zone d'envahissement centrifuge; les autres sont minces, limitant alors des pseudo-kystes et se voient par suite dans les parties centrales de la tumeur; ces travées n'ont alors que quatre ou cinq rangées de cellules. Le néoplasme s'accroît à la périphérie par des prolongements en forme de bourgeons qui s'enfoncent dans la substance nerveuse avoisinante, substance nerveuse qui présente une réaction glieuse de défense très nette. Les cellules épithéliales sont tassées les unes contre les autres, par suite polygonales ou aplaties; mais sur les deux bords de la travée, elles se rangent en une seule couche de cellules cylindriques, d'égale hauteur, véritable palissade cellulaire. Ainsi donc et les bourgeons épithéliaux d'accroissement et le bord des travées qui limitent les espaces intertrabéculaires d'apparence kystique sont revêtus d'une couche de cellules cylindriques en palissade. Ces cellules néoplasiques ont un protoplasme abondant, bien coloré, sans prolongement; le noyau volumineux est situé au centre de la cellule; on a donc ainsi sous les yeux l'aspect d'un épithélium cylindrique. En certains endroits, de préférence dans les larges travées épithéliales et surtout dans les bourgeons d'accroissement, ces cellules néoplasiques s'aplatissent, se disposent en séries concentriques, puis les cellules centrales prennent un aspect opaque, se colorent mal et on a ainsi une disposition assez analogue à celle des globes, des perles, des épithéliomas cutanés.

Nous avons dit que les travées épithéliales délimitaient des espaces plus ou moins grands qui prenaient d'autant mieux l'aspect de kystes que les travées épithéliales les délimitant portaient une bordure d'épithéliums cylindriques. Or cet aspect si curieusement kystique n'est en réalité qu'une simple apparence et voici en effet les divers stades d'évolution que l'on peut, croyons-nous, reconstituer. Au stade initial, l'espace intertrabéculaire est petit et rempli dans son entrée par une papille formée d'un capillaire entouré de tissu conjonctif, petits noyaux et cellules étoilées. L'espace s'élargit, les cellules conjonctives subissent une dégénérescence mucoïde, leur corps protoplasmique est gonflé, le noyau petit, mal coloré; un exsudat muciforme les sépare. Cet exsudat augmente, le pseudo-kyste s'élargit de plus en plus, les cellules conjonctives diminuent de nombre, le capillaire s'aplatit, disparaît; bientôt on ne voit plus que quelques cellules étalées disséminées de-ci, de-là, dans la substance mucoïde; enfin dans certains grands pseudo-kystes on ne trouve plus que cette substance mucoïde trouée de vacuoles. Cependant, malgré son agrandissement progressif, le pseudo-kyste a gardé intacte, sans desquamation et sans fonte cellulaire, le revêtement de cellules épithéliomateuses cylindriques que nous avons décrit plus haut. Que parfois, dans certaines travées épithéliales, il puisse se former quelques espaces kystiques par désintégration des cellules épithéliomateuses, c'est possible, mais du moins la très grande majorité des espaces kystiques sont en réalité des pseudo-kystes qui ont suivi l'évolution que nous venons de décrire, car tous les points de transition se voient dans les préparations microscopiques de la tumeur. On reconnaîtra, d'après cette description, travées épithéliales limitant des espaces conjonctivo-vasculaires subissant une transformation mucoïde, combien frappante est la ressemblance entre cet épithélioma primitif du cerveau que nous venons de décrire, et les cylindromes de la glande parotide.

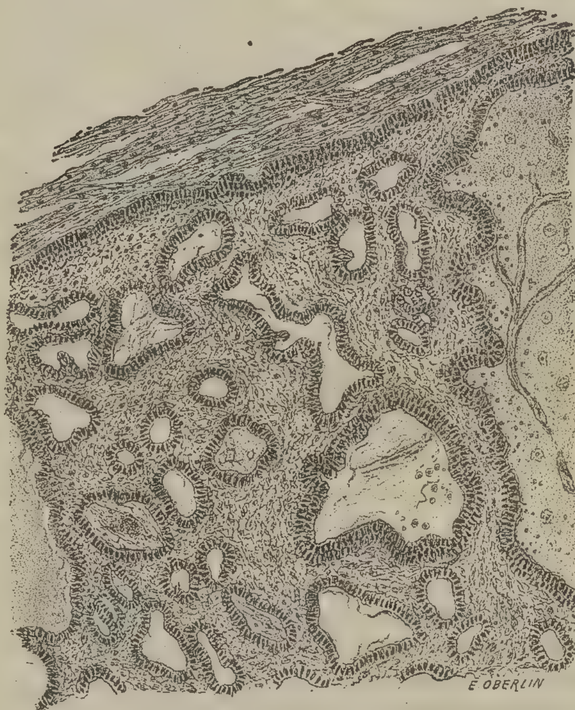


Fig. 4. — *Coupe histologique de la tumeur.* (Cette figure est empruntée aux *Leçons cliniques* du professeur Raymond, 5e série.) *On voit le caractère épithélial des cellules néoplasiques et les divers stades de l'évolution des papilles qui se transforment en pseudo-kystes remplis de substance mucoïde.*

Nous devons maintenant justifier le titre d'*épithélioma primitif* du cerveau que nous avons donné à ces tumeurs et d'autre part essayer de trouver leur point de départ, d'analyser leur histogénèse.

Il nous semble tout d'abord que la désignation d'épithélioma ne peut être discutée : nous avons longuement décrit les caractères de ces cellules cylindriques, en palissade; au surplus, nous avons signalé une formation de globes, de perles épithéliales qui sont une assimilation de plus avec les épithéliomas. Néanmoins cet épithélioma présente un double intérêt histologique, d'une part par son aspect papillomateux et d'autre part par la dégénérescence mucoïde de la papille, qui se transforme en pseudo-kyste et rappelle ainsi le cylindrome de la parotide.

Il faut même insister sur ce fait que cette évolution si particulière s'est réalisée avec une similitude complète dans les trois cas qui servent de base à cette étude, preuve évidente qu'il s'agit là d'une variété d'épithélioma bien fixe dans ses caractères constitutifs et évolutifs. A la rigueur, le gliome peut bien être constitué par des amas de cellules à protoplasme assez abondant tassées les unes contre les autres, mais dans le gliome les cellules ne prennent jamais cet aspect épithélial que nous avons décrit, ne forment pas des travées avec une bordure épithéliale cylindrique en palissade et à la dissociation se présentent au contraire comme des cellules irrégulières, pourvues de fins prolongements. Ainsi donc le terme d'épithélioma ou même d'épithélioma papillomateux que nous avons appliqué à ces tumeurs paraîtra tout à fait justifié.

Cet épithélioma est, disons-nous, *primitif*. On sait que les épithéliomas secondaires reproduisent le type histologique de l'épithélioma primitif qui a donné naissance aux métastases. Or, outre que serait très anormal un épithélioma secondaire métastatique du cerveau d'une part solitaire, d'autre part placé dans les trois cas précités en cet endroit si particulier qu'est la région chiasmatique, nous avons vérifié avec soin chez nos malades l'intégrité des viscères. Et d'ailleurs, le microscope permet de différencier les cellules constitutives de l'épithélioma que nous venons de déduire de celles des cancers des autres viscères, en particulier du tube digestif. Tous ces arguments confirment donc l'opinion que cette variété d'épithélioma est un épithélioma primitif du cerveau. Dès lors nous devons rechercher son point de départ, nous demander quels sont les éléments cellulaires dont l'évolution atypique a provoqué son apparition.

Nous ne possédons pas encore une classification définitive des tumeurs et il en sera ainsi aussi longtemps que persistera notre ignorance sur l'étiologie réelle des néoplasmes. Certes, il est séduisant et d'apparence logique de diviser les tumeurs en groupes caractérisés par l'origine embryologique des tissus dont elles proviennent, de décrire par suite des tumeurs endodermiques, mésodermiques et ectodermiques. Cette classification appliquée au système nerveux réunit dans le même groupement les gliomes, les cérébromes, les épithéliomas épendymaires, puisque la névroglie, les cellules nerveuses, l'épendyme proviennent de l'ectoderme. Mais on peut d'abord se demander pourquoi l'on s'arrête ainsi à la période de la division en trois feuillets, ectoderme, mésoderme, endoderme, au lieu de remonter encore plus haut à la vésicule primitive blastodermique, ce qui nous vaudrait une unité vraiment par trop schématique des tumeurs. En réalité, on ne saurait nier que les néoplasmes proviennent de cellules différenciées et gardent ainsi leur caractéristique cellulaire. Le gliome sera toujours reconnaissable aux caractères névrogliques de ses éléments, et, à ce point de vue, nous avons dit combien il était curieux de voir le néoplasme que nous étudions ici présenter dans les trois cas même localisation, même structure épithéliale et papillomateuse, même évolution mucoïde. Ces deux variétés de tumeurs, gliome et épithéliome, ne seront donc jamais confondues; elles resteront toujours elles-mêmes au cours de leur évolution; il importe donc fort peu, pour nous éclairer sur leur origine et leur étiologie, de savoir si en réalité, à une période très lointaine de l'embryon, les cellules dont elles dérivent avaient une commune origine. En réalité, ces cellules étaient chez l'adulte parfaitement et définitivement différenciées et ont par cela même donné naissance à des tumeurs distinctes. Aussi donc, ayant établi que les tumeurs sujet de ce travail sont des tumeurs épithéliales, nous ne rechercherons pas les liens de parenté théoriques qui les unissent au gliome et au cérébrome sous prétexte que l'embryologie nous enseigne que l'épendyme, la névroglie et la cellule nerveuse proviennent de l'ectoderme; nous resterons sur le terrain des faits en recherchant les variétés d'épithélium renfermées dans le cerveau qui par une prolifération atypique peuvent dégénérer en épithéliomas.

Nous trouvons en premier lieu dans la région chiasmatique un organe essentiellement épithélial, le corps pituitaire. Evidemment les néoplasmes nés au niveau de la glande pituitaire peuvent, dans leur développement progressif, pousser un prolongement vers le cerveau, pénétrer même dans la substance encéphalique et déterminer ainsi un syndrome clinique semblable à celui que nous avons signalé. A l'autopsie, ils pourront même avoir une apparence kystique macroscopique assez identique à celle que nous avons décrite. Mais là se trouve toute la ressemblance. Au point de vue clinique en effet, ils s'accompagnent parfois d'acromégalie absente dans nos cas; mais nous n'insistons pas sur ce point, car d'une part on a vu des acromégalies sans lésion pituitaire, mais surtout on a décrit des tumeurs pituitaires sans acromégalie; à ce point de vue, nous avons nous-mêmes rapporté l'histoire anatomo-clinique d'une femme atteinte de tumeur cérébrale sans acromégalie et à l'autopsie de laquelle nous avons trouvé un gros adénome du corps pituitaire ayant envahi la couche optique. Au surplus ce cas si typique d'adénome du corps pituitaire nous a servi à différencier le cancer pituitaire de cette variété d'épithélioma primitif du cerveau, sujet de ce travail. D'autre part, à l'autopsie, le néoplasme pituitaire s'accompagne toujours d'un élargissement, voire même d'une destruction de la selle turcique et on peut voir que c'est en somme un prolongement d'un néoplasme né primitivement dans la selle turcique qui a pu envahir la couche optique. Le microscope enfin montre que les cellules de l'adénome du corps pituitaire sont tout à fait différentes comme volume, aspect, coloration, ordination des cellules de nos deux cas des épithéliomas primitifs du cerveau. D'ailleurs, dans ces deux cas, l'hypophyse était normale, ce qui élimine d'une manière péremptoire tout point de départ pituitaire.

Les auteurs allemands ont décrit, sous le nom de *périthéliome des méninges*, des tumeurs épithéliales primitives qui paraissent bien identiques à l'épithélioma qui nous occupe et dont voici la génèse.

Les vaisseaux qui pénètrent dans la substance grise corticale présentent une gaine adventice, concentrique qui délimite ainsi un espace dit lymphatique tout autour du vaisseau. On ignore encore la constitution exacte de cette gaine. Est-elle un prolongement de la pie-mère qu'a entraîné le vaisseau au moment où il a pénétré dans la substance corticale? Est-elle exclusivement d'origine conjonctive? L'espace qu'elle limite entre sa surface interne et le vaisseau est-il un espace réellement lymphatique et sans communication avec l'espace sous-arachnoïdien? N'est-il au contraire qu'un prolongement de ces espaces et renferment-ils le liquide céphalo-rachidien? Présente-t-il un revêtement endothélial? N'est-il même pas dû, du moins dans les parties centrales, à une rétraction du tissu nerveux sous l'influence de réactifs durcissants et par suite n'est-il pas plus virtuel que réel? Ce sont là des faits histologiques et physiologiques encore obscurs. Cependant, certains auteurs allemands admettent que la surface interne de cette gaine est revêtue d'un endothélium et que cet endothélium peut subir une évolution régressive, reprendre une forme cubique, voire même cylindrique; cette hypothèse devient encore plus vraisemblable si cette gaine périvasculaire n'est qu'un prolongement pial, puisque par son origine embryologique la pie-mère dérive de l'ectoderme, c'est-à-dire d'un feuillet épithélial. D'autre part, ces épithéliomas papillomateux sont caractérisés par la richesse des capillaires; on arrive ainsi à admettre qu'ils sont constitues par la prolifération du réseau vasculaire cortical avec transformation épithéliomateuse de la gaine adventice, des périthéliums des vaisseaux; ces tumeurs ne seraient donc pas des épithéliomas vrais, mais des *pseudo-carcinomes*, des *périthéliomes*, pouvant subir parfois une évolution mucoïde.

Cette hypothèse serait fort acceptable, mais on n'oubliera pas toutefois qu'on n'a pas démontré d'une manière péremptoire d'une part que la gaine adventice des vaisseaux soit d'origine piale et revêtue d'un endothélium, d'autre part que cet endothélium de cette gaine adventice puisse, dans sa prolifération néoplasique, se transformer en cellules cylindriques. Ce sont là autant de sérieux arguments à faire valoir contre la théorie du périthéliome.

Nous nous demandons par suite si d'autres hypothèses ne sont pas plus vraisemblables. On peut supposer par exemple que la pie-mère que l'on sait d'origine ectodermique pourra, sous une cause et dans des conditions étiologiques encore inconnues puisqu'elles sont celles du cancer, donner naissance à des tumeurs épithéliales par une évolution soit régressive, soit viciée, de ses cellules de revêtement. On peut admettre que dans cette région si particulière du tube cinereum où se fait une inclusion épithéliale donnant naissance à une partie de la glande pituitaire, des inclusions ectodermiques métatypiques puissent se produire et donner ensuite naissance chez l'adulte à des tumeurs épithéliales. On peut se rappeler enfin combien grandes sont les ressemblances des cellules de cet épithélioma primitif avec les cellules épendymaires; nous ajouterons même que dans nos cas nous avons trouvé au niveau de l'épendyme ventriculaire des traînées de cellules épendymaires en inclusion dans la substance grise sous-épendymaire qui pourraient être considérées à la rigueur comme des possibilités d'amorce épithéliomateuse, et pour ces raisons il est séduisant de soutenir l'origine épendymaire de cet épithélioma primitif du cerveau. L'abondance des vaisseaux qu'il présente a fait émettre l'idée qu'il était dû à une dégénérescence atypique, maligne des plexus choroïdes du ventricule latéral; mais l'étude seriée de ces plexus choroïdes nous a montré dans nos deux cas leur intégrité absolue et leur indépendance à l'égard du néoplasme sous-jacent, En fin de compte que se dégage-t-il de cet exposé? une notion certaine, le caractère primitif de cet épithélioma si curieux dans sa constriction et son évolution, une hypothèse vraisemblable, son origine épendymaire; ainsi apparaît tout l'intérêt qui s'attache à l'étude de l'*épithélioma primitif* du cerveau.

ANALYSES

MEDECINE

De l'origine périphérique de certaines paralysies oculaires. (Rallier. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.). — Les lésions de la névrite périphérique siègent sur toute l'étendue du nerf à partir de son point d'émergence jusqu'à sa terminaison.

Ces lésions sont celles, soit de la névrite interstitielle, soit de la névrite parenchymateuse. Elles sont parfois semblables à celles de la dégénérescence wallérienne.

La névrite périphérique détermine une paralysie de même nom dont les plus grands symptômes sont: l'apparition spontanée, la mobilité, la rapide curabilité.

Cette névrite périphérique s'accompagne de troubles trophiques (du muscle, de la peau, des poils, des ongles, des articulations, des os), de troubles moteurs et sensitifs.

Elle amène une diminution ordinaire ou même une abolition des réflexes.

Elle est causée par une foule d'infections et auto-intoxications. Le traumatisme peut aussi lui donner naissance.

Malgré certaines prédilections pour des nerfs déterminés, elle s'attaque aussi aux nerfs moteurs de l'œil et occasionne, par suite, des paralysies des muscles extrinsèques de l'œil.

Les symptômes des paralysies oculaires d'origine périphérique sont les mêmes que ceux des autres paralysies périphériques avec la diplopie et le strabisme en plus, en raison des fonctions de l'œil.

Il va sans dire, que les caractères spéciaux de la paralysie oculaire d'origine syphilitique varient suivant que cette paralysie porte sur tel ou tel muscle ou sur un ensemble de muscles.

Bien que la paralysie périphérique guérisse souvent seule nous activerons sa disparition en traitant la maladie qui l'a engendrée et, au traitement général, nous ajouterons le traitement local.

Du « point de coté » auriculaire dans le rétrécissement mitral. (J. Vilbonnet. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Dans le rétrécissement mitral, les symptômes auri-

culaires prennent une importance prépondérante. L'oreillette gauche s'hypertrophie et se dilate.

Sa dilatation se traduit très souvent d'une façon subjective par une douleur sourde, tenace, apparaissant dans le dos et ayant pour caractère principal de ne pas irradier ou du moins faiblement. C'est le « point de côté » auriculaire.

Ce point de côté suit toutes les péripéties par lesquelles passe l'oreillette gauche au cours du rétrécissement mitral. Il a donc une grande valeur diagnostique et une valeur pronostique réelle.

Relations de la chorée de Sydenham avec la tuberculose. (Toutain. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — La chorée de Sydenham n'est pas une maladie mais un syndrome.

Elle ne survient que chez des sujets entachés d'hérédité nerveuse.

Sa cause déterminante est une infection de nature variable mais qui est très souvent la tuberculose, ainsi que le démontrent la clinique et les recherches de laboratoire. On ne peut encore dire si le bacille de Koch agit par lui-même ou par ses produits de sécrétion.

Comme conséquence, le traitement de la chorée doit être celui de l'affection causale. Lorsqu'il s'agira de tuberculose il faudra donc avoir recours à la cure d'air, au repos, et à une alimentation saine et reconstituante.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'héliothérapie sur le littoral méditerranéen. (Alfred Borriglione. Th. de Paris, 1906; J.-B. Baillière et fils, édit.) — La lumière solaire pénètre assez profondément dans les tissus pour pouvoir produire des effets thérapeutiques sensibles; ce pouvoir de pénétration appartient surtout aux rayons actiniques : rayons bleus et violets et rayons les plus réfrangibles de la portion obscure du spectre;

L'action microbicide de la lumière solaire appartient spécialement aux rayons chimiques;

La lumière chimique et surtout la lumière bleue abondent dans l'atmosphère du littoral méditerranéen;

Le littoral méditerranéen est très favorable, grâce à son climat exceptionnel, à la cure solaire;

Les rayons solaires possèdent une action analgésiante manifeste dans les cas de lésions tuberculeuses douloureuses (ostéoarthrites, ostéites et périostites, etc.) et une action résolutive sur l'adénite et l'arthrite tuberculeuses.

Ils stimulent l'activité des tissus et aident à la cicatrisation rapide des plaies, même anciennes et fistuleuses;

Cette action spécifique de la lumière solaire est due simultanément à son pouvoir bactéricide et au pouvoir excitant qu'elle exerce sur la réaction de défense de l'organisme;

Les résultats obtenus sont en raison directe de la durée et de l'intensité de la lumière solaire;

L'héliothérapie peut être considérée :

a. Comme un adjuvant thérapeutique très énergique dans le traitement des tuberculoses chirurgicales suppurées ayant nécessité soit une intervention, soit des injections modificatrices;

b. Comme pouvant arrêter dans leur évolution et guérir des tuberculoses fermées n'ayant pas encore donné lieu à des destructions étendues de tissus.

CHIRURGIE

Principaux caractères cliniques et complications ostéo-articulaires de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. (Paul Tillaye. Th. de Paris, 1905; J.-B. Baillière et fils, édit.) — L'extrémité inférieure du fémur est un siège d'élection pour l'ostéomyélite.

Les observations que l'auteur a pu recueillir montrent que toutes les formes décrites de l'ostéomyélite se rencontrent dans cette localisation.

On doit signaler comme plus fréquentes et bien caracrisées :

L'arthrite du genou chez le nouveau-né;

L'ostéomyélite bulbaire poplitée du nourrisson.

Les lésions osseuses atteignent parfois l'épiphyse (arthrite purulente du nouveau-né), mais elles sont localisées presque toujours à la face postérieure du bulbe diaphysaire, dans le triangle sus-condylien, entre les branches de bifurcation inférieure de la ligne âpre.

Les conséquences de cette localisation du foyer primitif sont :

a. La situation de l'abcès dans la partie profonde et supérieure du creux poplité et l'évolution de cet abcès vers les parties latérales du genou.

b. L'existence du foyer ostéomyélitique et des lésions des parties molles consécutives à l'ostéomyélite prolongée sous le paquet vasculo-nerveux poplité, d'où infection directe des vaisseaux, ou lésions vasculaires tardives par suite de l'apparition des séquestres.

Le voisinage de l'articulation du genou, dont la synoviale entoure l'épiphyse, et recouvre même la face antérieure de la diaphyse explique la fréquence de l'arthrite purulente et, par là-même, la gravité immédiate et ultérieure de l'affection.

La présence au contact du foyer ostéomyélitique de l'épiphyse la plus fertile du membre inférieur, l'influence de la charge supportée par le fémur dans la station debout et la marche expliquent la fréquence des lésions osseuses.

Ce sont :

a. *Le décollement épiphysaire*, toujours grave par les phénomènes septico-pyohémiques dont il s'accompagne, ne se terminant souvent que par l'amputation de la cuisse, et quelquefois même par la mort.

b. *La séparation des diaphyses.*

c. *Les fractures spontanées*, précoces ou tardives. Celles-ci comportent un pronostic relativement bénin lorsqu'elles se produisent sur l'os sec. Le pronostic devient des plus réservés si l'os se brise en plein foyer de suppuration; ces fractures pouvant entraîner la formation de cals vicieux ou de pseudarthroses, nécessiter même quelquefois l'amputation de la cuisse ou la désarticulation de la hanche.

d. *Des déformations osseuses* se présentant sous des aspects différents, suivant la localisation initiale du foyer ostéomyélitique.

Lorsque le maximum des lésions a porté sur l'épiphyse ou la région juxta-épiphysaire, on peut observer des déformations dues à des altérations du cartilage de conjugaison; elles sont latérales (*genu valgum*, *genu varum*) ou antéro-postérieures (*double genou d'Ollier*).

Lorsque le maximum des lésions a porté sur la diaphyse, les déformations sont de deux sortes :

Déformation en crosse de l'extrémité inférieure du fémur,

Grandes courbures diaphysaires.

Elles reconnaissent comme cause première une exagération du processus d'ostéite raréfiante. A cette cause, viennent se joindre les altérations de la partie postérieure du cartilage de conjugaison (déformation en crosse), l'action répétée des contractions musculaires, le poids du corps, la marche (grandes courbures diaphysaires).

e. *Les troubles de croissance*, d'autant plus marqués que cette partie du fémur contient une épiphyse des plus fertiles (raccourcissement et allongement du fémur, allongement du tibia).

f. *La dégénérescence épithéliomateuse des vieux foyers ostéomyélitiques*, complication d'une extrême rareté sur le fémur et tendant à disparaître complètement depuis les progrès réalisés dans la thérapeutique de l'ostéomyélite.

Par son anatomie pathologique, par ses symptômes, par ses complications et surtout par ses lésions osseuses consécutives entraînant des désordres fonctionnels importants, par sa thérapeutique, l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur paraît justifier la description que l'auteur a entreprise.

Le cholépéritoine hydatique. (Beaudet. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — La rupture des kystes hydatiques du foie dans l'abdomen peut être suivie d'un épanchement de bile aseptique dans la séreuse péritonéale. Cette variété de cholérragie interne a été individualisée par M. Dévé, en 1902, sous le nom de *cholépéritoine hydatique*.

Le cholépéritoine hydatique n'est pas exceptionnel à la suite de la rupture, traumatique ou spontanée, des kystes du oie dans le péritoine. L'auteur a pu en rassembler quarante-sept observations. Cet accident reste sans doute latent dans un certain nombre de cas.

L'épanchement bilieux est tantôt libre, étendu à toute la cavité péritonéale, tantôt enkysté, partiel. La masse gastro-intestinale se trouve généralement refoulée, alors, dans la moitié gauche de l'abdomen.

Cliniquement, l'affection se caractérise par un épanchement ascitique, en apparence banal, apparaissant à la suite d'un syndrome abdominal aigu (parfois atténué), qui traduit la rupture du kyste hépatique dans le péritoine. Dans la règle, il ne s'accompagne pas d'ictère.

L'épanchement peut se résorber spontanément, mais habituellement, il s'accroît d'une façon progressive, sans phénomènes réactionnels et sans fièvre, et nécessite tôt ou tard une paracentèse. La ponction donne issue à un liquide trouble, jaune-brunâtre ou verdâtre, contenant une forte proportion de bile, et, le plus souvent, des débris échinococciques (membranes feuilletées, scolex, crochets) que le microscope met en évidence. Cet épanchement ne tarde généralement pas à se reproduire et le malade marche plus ou moins rapidement vers la cachexie.

Des complications peuvent survenir. La bile déversée dans le péritoine peut s'infecter et déterminer l'apparition d'une péritonite septique. La poche hépatique rompue peut suppurer. D'autre part, les germes hydatiques que la rupture a disséminés dans la séreuse, peuvent se développer malgré la présence de la bile (échinococcose secondaire); parfois cependant ils sont arrêtés dans leur évolution [(pseudo-tuberculose échinococcique (Dévé)].

La nature bilieuse de la collection péritonéale pourrait être prévue lorsque, à la suite de la rupture d'un kyste hydatique du foie antérieurement reconnu, on assiste au développement progressif d'un épanchement abdominal apyrétique (Dévé). Mais, en pratique, le diagnostic ne se posera le plus souvent qu'après la ponction qui aura révélé l'existence inattendue d'un cholépéritoine.

L'origine hydatique de cette cholérragie interne sera diagnostiquée en se basant sur l'examen microscopique du liquide (débris hydatiques, éosinophilie), sur l'existence d'une tumeur circonscrite du foie, sur la connaissance d'un syndrome de perforation initial s'étant accompagné ou non d'urticaire. Dans un certain nombre de cas, enfin, la spontanéité de l'affection aura une valeur diagnostique de premier ordre (Dévé). En face d'un cholépéritoine traumatique, on devra se rappeler que la cholerragie abdominale n'est pas nécessairement due à la déchirure des grosses voies biliaires extra-hépatiques, et qu'elle peut être liée à la rupture traumatique d'un kyste hépatique latent.

La thérapeutique moderne du cholépéritoine hydatique ressortit exclusivement au domaine chirurgical. La ponction toujours aveugle — partant dangereuse — est aléatoire; même répétée, elle reste le plus souvent inefficace et illusoire; elle a de plus l'inconvénient de faire perdre un temps précieux. Le seul traitement rationnel consiste dans la laparotomie qui sera large et précoce.

La laparotomie permettra d'atteindre un quadruple but :

1° L'évacuation du liquide bilieux et le drainage de la cavité péritonéale;

2° L'ablation des éléments hydatiques tombés et greffés dans les plis de la séreuse;

3° L'ouverture et l'évacuation de la poche hépatique, qu'on fera suivre selon les cas de la marsupialisation ou plus rarement de la réduction du sac sans drainage;

4° L'exploration des voies biliaires, qui peuvent être obstruées par des débris hydatiques (drainage miliaire de Kehr).

Après leur guérison opératoire, on surveillera les malades pendant plusieurs années, afin de dépister l'apparition d'une échinococcose secondaire tardive de la cavité abdomino-pelvienne.

La prophylaxie du cholépéritoine hydatique tient dans cette formule de Dévé : « Tout kyste hydatique diagnostiqué doit être opéré sans retard. »

Contribution à l'étude du sternum infundibuliforme (thorax en entonnoir). (E. Testart. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Le sternum infundibuliforme est une malformation rare qui consiste principalement en un enfoncement de la partie inférieure du sternum.

Cette malformation est le plus souvent congénitale. Mais il existe des cas bien observés de malformation acquise pouvant même survenir à un âge avancé.

Elle n'est presque jamais d'origine rachitique. Relevant de causes variées, elle peut, dans un nombre de cas restreint, être considérée comme un stigmate de dégénérescence mentale.

Ordinairement indifférente, cette malformation peut constituer une complication grave dans certains cas bien déterminés (pleurésie gauche avec épanchement, péricardite avec épanchement, tumeur du médiastin, etc.).

Éventuellement, on peut être amené à pratiquer d'urgence chez les sujets qui présentent cette complication une intervention telle que la thoracentèse, la paracentèse du péricarde, etc.

Plaies du nerf radial au tiers supérieur de l'avant-bras. (M. Lerembourе. Th. de Paris, 1906; G. Jacques, édit.) — Les recherches poursuivies dans ces dernières années tendent à démontrer la structure « catenaire » des nerfs périphériques constitués par des neuroblastes indépendants.

L'autogénèse du segment périphérique d'un nerf sectionné, dont cette structure donne l'explication, et que de nombreuses expériences et observations ont démontrée, est aujourd'hui mise hors de doute.

Cette autogénèse permet d'attribuer le retour même très rapide, après suture, des fonctions motrices de la branche postérieure du nerf radial préalablement sectionnée, à la seule restauration autogénique de son segment périphérique.

La rapidité de cette restauration paraît être fonction de la précocité de la suture.

Les plaies du nerf radial au tiers supérieur de l'avant-bras sont souvent produites par coup de couteau. Dans ce cas, si la plaie est petite, mieux vaut n'en pas tenir compte pour la recherche des deux bouts et avoir recours pour la suture à l'une des deux voies qui permettent la découverte facile de cette branche nerveuse.

La voie antérieure sera préférée s'il existe de la paralysie du muscle court supinateur, la voie postérieure sera suivie toutes les fois que l'action de ce muscle sera conservée.

PHYSIOLOGIE

L'innervation des muscles lisses dans les parois vésicales. [H. Joris (de Bruxelles). Acad. roy. de méd. de Belgique, séance du 28 avril 1906; M. Venneman, rapporteur.]— Depuis les travaux de Klebs — datant de 1865 — nous savons que l'innervation motrice des membranes musculaires lisses est assez compliquée. Effectivement, cet appareil nerveux ne comporte pas moins de trois *réseaux* ou *plexus* superposés.

Neuronistes et antineuronistes ont pu, également bien, s'accommoder de ce mode de terminaison nerveuse: les neuronistes, en insistant sur la signification du mot *plexus*, qui admet la justaposition des fibres et des fibrilles nerveuses, mais exclut leur fusionnement complet, leur anastomose; — les antineuronistes en soutenant que la substance interfibrillaire ou neuroplasma suffit, dans le plexus intermédiare et intramusculaire, pour réaliser le fusionnement d'éléments nerveux provenant de plusieurs fibres nerveuses ou cylindres-axes distincts.

Ce qui surtout mettait les neuronistes à l'aise c'était l'existence — connue depuis longtemps (Kölliker, 1862) — ramifications délicates, surtout du réseau intramusculaire se terminant librement sur la fibre musculaire par un petit renflement ou *tache motrice* (Ranvier, 1880).

C'est l'existence de ces ramifications terminales de Kölliker, avec leurs renflements latéraux et terminaux de Ranvier, que combat M. Joris. A ses yeux les *nodosités*, sur le trajet de la fibrille, et le bouton terminal à l'extrémité du filament, sont des accidents communs à toutes les fibrilles nerveuses nues; les *ramifications* elle-mêmes sont des fragments d'un quatrième réseau incomplètement dessiné par les méthodes d'imprégnation avec l'or ou avec l'argent et par la méthode de coloration au bleu de méthylène. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic des maladies simulées (1),
par M. Chavigny.

L'étude de la simulation n'étant guère basée que sur des données médicales et mentales, on conçoit aisément que les ouvrages qui datent de quelque vingt ou trente ans sont actuellement en désaccord avec les notions scientifiques récemment acquises. Une mise au point nouvelle était donc nécessaire; aussi le livre de M. Chavigny arrive-t-il à son heure.

Il traite de la simulation en général, mais il étudie aussi à propos de chaque affection, la simulation en particulier; le rôle du médecin expert est envisagé, lui aussi, pour l'aider à dépister les maladies simulées ; il doit s'éclairer de toutes les lumières actuellement connues : clinique, laboratoire, etc.

Cet ouvrage n'est pas seulement intéressant au point de vue pratique; de sa lecture et de l'étude des observations détaillées qui y fourmillent, il ressort nettement que les simulateurs sont rares. Cette notion, tous ceux qui ont l'habitude d'étudier consciencieusement les sujets soumis à leur examen, ont pu déjà la concevoir, mais il faut être reconnaissant à M. Chavigny de l'avoir mise au grand jour; elle peut se résumer dans cet axiome, qu'il n'existe pas de simulateurs, mais seulement des exagérateurs.

Ce livre sera lu avec le plus grand intérêt non seulement par les médecins militaires, mais aussi par les médecins civils qui y trouveront mille données importantes pour les expertises qui concernent les accidents du travail.

C. DOPTER.

(1) In-8°. — Prix : 10 francs. — J.-B. Baillière et fils, édit.

Anatomie clinique et technique opératoire (1),
par le docteur Laurent.

Un livre de technique opératoire générale ne s'analyse pas. Je ne puis que dégager l'esprit dans lequel a été conçu celuici. Le professeur Laurent, pénétré de l'importance de l'anatomie, fait pour chaque région, chaque organe dont il étudie la médecine opératoire, un rappel de l'anatomie normale, rapport très succinct qui n'a point la prétention d'être complet, mais qui dispense de recourir aux traités d'anatomie, au moins pour les notions importantes. Il a voulu aussi faire précéder l'étude de la plupart des opérations de quelques mots d'indications. Dans une idée de synthèse fort heureuse, il a donc uni dans ce volume de 950 pages anatomie, thérapeutique chirurgicale et technique opératoire. C'est un véritable tour de force. Il est peut-être à regretter que la synthèse se soit exercée aussi sur les figures, un peu trop schématiques; certaines sont cependant des photogravures; elles sont de plus agglomérées et remplissent des feuillets entiers. On y gagne de trouver en un même tableau tous les procédés pour une même opération, ou toute la chirurgie d'une région, mais il est certain que la lecture du texte en est rendue un peu plus pénible : le lecteur, toujours paresseux, aime bien ne pas être obligé d'aller chercher au loin l'image explicative de ce qu'il lit.

Est-il besoin de prévenir le chirurgien de carrière que cet ouvrage restreint n'est pas fait pour lui? Il ne trouvera pas la technique détaillée de tous les procédés usités pour une opération. Par contre, l'auteur décrit en détail les opérations les plus courantes, les plus simples, et son ouvrage sera utile à l'étudiant et au praticien, qui ne demandent qu'à comprendre les grandes opérations de chirurgie.

Je n'exprimerai qu'un regret : c'est qu'à ce praticien, l'auteur n'ait point exposé, dans son chapitre sur l'anesthésie, les avantages que présentent les récents appareils à chloroforme; c'est là une petite lacune qui pourra être comblée dans une édition ultérieure. L. CHEVRIER.

L'anatomie sur le vivant. Guide pratique des repères anatomiques (2), par le docteur Bruandet.

Dans ce petit volume d'une centaine de pages, l'auteur s'est inspiré de l'enseignement anatomique pratique qui est, paraît-

(1) In-8°. — Paris, O. Doin.

(2) In-8 de 108 p. avec 42 photographie. — Prix, cart. : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

il, en honneur en Angleterre. Il me semble d'ailleurs que, dans sa préface, il donne une idée un peu inexacte de ce qu'est son livre. Il n'étudie point seulement l'anatomie « qui s'offre à la vue et au toucher sur le sujet vivant », non plus que « les repères anatomiques superficiels » ou « l'anatomie de surface », et bien qu'il fasse surtout appel aux sens, il utilise aussi la mémoire (trajet du cul-de-sac pleural sur le thorax, projection vertébrale de la bifurcation de la trachée, etc.).

Ce qu'il étudie c'est l'anatomie de projection, l'anatomie graphique. Il demande, et à juste titre, à l'étudiant d'appliquer au vivant les connaissances qu'il a acquises par l'étude du cadavre, et il l'invite à habituer ses doigts à reconnaître sur les divers segments du cœur humain les reliefs superficiels ou profonds, évidents ou difficiles à palper des divers organes qu'ils contiennent, et du squelette qui les soutient. Il l'engage à tracer sur la peau au crayon dermographique la projection cutanée de tout ce qu'il peut sentir, deviner, et aussi des organes qu'il ne peut explorer, mais dont il connaît l'existence par ses livres et par le cadavre.

Il est certain que l'étude de cette anatomie graphique de projection est d'une importance capitale pour certains diagnostics de pathologie externe — le professeur Lannelongue y a déjà insisté — elle a l'avantage de rappeler à l'opérateur les organes à ménager que va rencontrer son bistouri.

L'auteur établit aussi des graphiques pour le membre supérieur, le cou, la face, le crâne, la nuque et le dos, la région lombo-sacrée, le membre inférieur, le péroné, l'abdomen, la poitrine. Quarante-deux figures très claires illustrent le texte.

Sans nul doute, ce livre pourra être utile à l'étudiant et au praticien, et fera reconnaître l'importance considérable de l'anatomie d'amphithéâtre, qu'il s'efforce d'appliquer au vivant.

L. CHEVRIER.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets pris à l'avance.* — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Etienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de vingt, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus et ceux qui sont délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux succursales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE L. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les empoisonneuses, étude psychologique et médico-légale, par le docteur René CHARPENTIER. In-8 raisin de 232 p. avec 8 fig. et 2 pl. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'étranger, édition 1906, publiée par le docteur G. MORICE, directeur de la *Gazette des eaux*. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Puel de Lobel, 53, rue de Lafayette, ou aux bureaux de la *Gazette des eaux*, 60, rue Mazarine.

Le rhumatisme, pathogénie et traitement, par L. PÉNIÈRES, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. In-8 de 30 p. — Prix : 1 francs. — Paris, O. Doin.

N° 90. — JEUDI 9 AOUT 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 9 AOUT 1906. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

A dater du 15 août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Sont nommés pour l'année scolaire 1906-1907 :

M. Deléarde, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile.

M. Gaudier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. Ingelrans, agrégé, chargé d'un cours des maladies du système nerveux.

M. Carrien, agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique.

M. Lambret, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

M. Raviart, chargé d'un cours théorique et pratique de médecine mentale.

M. Patoir, agrégé, chef des travaux pratiques de médecine légale.

M. Georges Gérard, agrégé, chef des travaux d'anatomie.

M. Vallée, agrégé, chef des travaux de pharmacie.

M. Louis, chef des travaux de chimie minérale.

M. Desoil, chef des travaux de micrographie et parasitologie.

M. Demeure, licencié ès sciences physiques, chef des travaux de physique.

M. Ricquiet, pharmacien, chef des travaux de chimie organique.

M. Bédart, agrégé, chef des travaux de physiologique. M. Bédart est en outre chargé d'un cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires pour l'enseignement dentaire.

M. Debeyre, chef des travaux pratiques d'histologie. M. Debeyre est en outre nommé aide de clinique chirurgicale des enfants.

M. Taconnet, aide de clinique des voies urinaires.

M. Dubois, moniteur de physiologie.

M. Caumartin, directeur de clinique et des travaux pratiques dentaires.

— Dans sa dernière séance, le Conseil de la Faculté a attribué la subvention Philippart (1200 francs), à M. Petit, interne des hôpitaux, et attribué à M. Dehon, aide-préparateur de médecine expérimentale et de pathologie interne à la Faculté, la bourse de voyage fondée par la Société des eaux du Mont-Dore pour prendre part au prochain Voyage d'études médicales.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Sont chargés de cours complémentaires pour l'année 1906-1907 : M. Rondet (pathologie interne); M. Andérodius (accouchements).

— DIJON. — M. Leclercq est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

M. Voisenet, chef de travaux physiques et chimiques, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

— GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 4 février 1907 devant l'Ecole de médecine de Grenoble pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— NANTES. — M. Cardaliague est nommé préparateur de physique et de pharmacie.

M. Goglet est nommé préparateur d'histoire naturelle et de matière médicale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le *Journal officiel* du 4 août a publié un décret — que nous avons reproduit — nommant chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur Javal, avec la mention « médecin en chef de l'hôpital Rothschild », au lieu de « médecin du ministère de l'Intérieur, chef de laboratoire de l'hôpital Rothschild » (*Journal officiel* du 6 août).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Emery Bihorel (de Mantes), Junin (de Poitiers) et Maillard (d'Andernos).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 26 juillet 1906.) Sonnenburg : Principes du traitement de l'appendicite. — Frey : Rapport entre les propriétés physiques et l'action des médicaments. — Beer : Remarques sur le spirochæte pallida vivant. — Sahli : Remarques sur la réaction desmoïde. — Heinsheimer : Recherches expérimentales sur la séparation fermentative des graisses dans l'estomac. — Rosenfeld : Un cas d'anévrisme de la crosse aortique. — Schulein : Sur la « garrulitas vulvæ ». — Sittner : Grossesse abdominale secondaire avec enfant vivant.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 30, 26 juillet 1906.) Cohen : Méningite cérébro-spinale et tuberculose généralisée aiguë.

Lyon médical. — (N° 30, 29 juillet 1906.) Poncet et Leriche : Pathogénie des ankyloses spontanées et particulièrement des ankyloses vertébrales.

Medizinische Blatter. — (N° 30, 28 juillet 1906.) Sufer : Lutte contre la malaria.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 31, 31 juillet 1006.) Poppert : Sur la question de la conservation du sphincter dans l'extirpation du cancer du rectum. — Müller et Jochmann : Sur l'action protéolytique des leucocytes. — Wichern : Sur deux cas d'hémiplégie cérébrale infantile. — Schmieden : Un nouvel appareil pour le traitement de la tête par hyperémie. — Hoffmann et Halle : Sur un meilleur procédé de présentation du spirochæte pallida dans les frottis. — Hohmann : Comment le praticien peut réaliser le traitement des contractures articulaires par la gymnastique. — Gröber : Sur la situation de la trachée dans les maladies intrathoraciques. — Merkel : Emploi du formol en solution dans l'examen du sang d'Ulenluth. — Kümzel : Un cas de bactérémie ayant évolué sans symptômes. — Œrtmann : Application pratique de la mensuration durable. — Mackh : Courte étude sur l'action du Viferral. — Pregowski : Un cas d'emphysème cutané artificiellement provoqué. — Kreuzeder : Phlegmons comme complication de la varicelle. — Weinberg : L'orthocystoscopie. — Stein : Images Röntgen plastiques.

Nord médical. — (N° 280, 1er juin 1906.) Carrière : Sur deux cas d'infection paracolibacillaire (états paratyphiques). — Lesçœur : Sur les urines non albumineuses précipitant par la chaleur. — Autefage : Appendice iléo-cæcal étranglé dans une hernie crurale.

Normandie médicale. — (N° 15, 1er août 1906.) Cerné et Dévé : Quatre cas de leucémie myélogène soumis à la radiothérapie (*suite et fin*). — Périer : Propos d'un petit médecin de campagne. — Brunon et Jeanne : Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie.

Pédiâtrie pratique. — (N° 15, 1er août 1906.) Ménétrier et Bouchard : Pleurésie purulente à entérocoques. — Lepoutre : Ostéomyélite et périostite phlegmoneuse de la clavicule, extirpation totale de cet os. — Silhol : Hernies de l'appendice à droite et à gauche. — Berruyer : L'immobilisation dans la tuberculose ostéo-articulaire.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 30, 24 juillet 1906.) Nudovernig : Indications du traitement antisyphilitique dans le tabes et la paralysie générale. — Farkas : Hyperémie cérébrale et bains de pieds liquides.

Presse médicale. — (N° 60, 28 juillet 1906.) Escat : Traitement des otites chroniques par la vaporisation tubo-tympanique aux eaux sulfurées-sodiques thermales. — (N° 61, 1er août.) Létienne : De la sénilité. — (N° 62, 4 août.) Iscovesco : La présence de colloïdes dans l'eau de boisson de Paris et dans les eaux minérales. — Dominici : Le radium au point de vue physiologique et thérapeutique. — Les torticolis d'origine otique.

Province médicale. — (N° 30, 28 juillet 1906.) Pitres : Le secret professionnel devant la cour d'assises de la Gironde.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 14, 30 juillet 1906.) Guillet : L'état actuel de la métallographie microscopique. — Révil : La synthèse géologique du système alpin. — Fredericq : Revue annuelle de physiologie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 30, 28 juillet 1906.) Bertrand de Gorsse : L'insuffisance nasale. — (N° 31, 4 août.) Furet : Traitement de la sinusite du maxillaire par les lavages diaméatiques.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Août 1906.) Guinon : Entérites et appendicite chez l'enfant. — Roux et Josserand : Des relations des entéro-colites avec les adénoïdites chez l'enfant. — Nobécourt et Merklen : Influence de la chloruration du régime sur l'élimination urinaire des chlorures et sur le froid au cours de la rougeole ; considérations diététiques.

Revue neurologique. — (N° 14, 30 juillet 1906.) Brissaud, Sicard et Tanon : Essais du traitement de certains cas de contractures, spasmes et tremblements des membres par localisation locale des troncs nerveux. — Parhon : Un cas de mélancolie avec hypertrophie thyroïdienne succédant à la ménopause. — Bianchini : Observation sur les tableaux cliniques de paranoia et démence paranoïde.

Revue scientifique. — (N° 4, 28 juillet 1906.) Guinchant : L'émission de lumière à basse température. — Birkeland : La fixation par oxydation de l'azote de l'air dans l'arc électrique. — Thoulet : Expéditions polaires. — (N° 5, 5 août.) Grasset : L'unité de la neurobiologie humaine. — Guillet : Les aciers spéciaux. — Imbert : L'action des rayons X sur les poils blanchis.

Semaine gynécologique. — (N° 31, 31 juillet 1906.) Paul Petit : A propos de l'opération de Pouey. — Pichevin : Réponse à une réponse.

Tribune médicale. — (N° 28, 28 juillet 1906.) Labadie-Lagrave et Laubry : Accidents aigus du saturnisme et hypertension artérielle. — Morestin : Des arthrites consécutives à l'ostéomyélite. — (N° 29, 4 août.) — Méétrier et Aubertin : Sur les rechutes de l'anémie pernicieuse, éléments tirés de formule « la sanguina ». — Morestin : Des arthrites consécutives à l'ostéomyélite (*fin*).

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 14, 30 juillet 1906.) Bichaton : Pseudo-mastoïdite de Bezold.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 30, 26 juillet 1906.) Schwarz : Mille anesthésies lombaires à la tropacocaïne. — Glaessner : Sur la glycosurie par refroidissement. — Neumann : Sur la sensibilité de l'estomac à la température. — Aldor : Sur la digestion des graisses dans l'estomac. — Kikuchi : Immunité agressive passive contre le bacille de la peste.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE LANGUE FRANÇAISE

XVI[e] SESSION, TENUE A LILLE, DU 1[er] AU 7 AOUT 1906
SOUS LA PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR GRASSET

PREMIÈRE QUESTION. — PSYCHIATRIE

ÉTUDE DU SANG CHEZ LES ALIÉNÉS

M. Dide (de Rennes), rapporteur.

Un travail d'ensemble sur le sang chez les aliénés doit comprendre une étude cytologique, une étude bactériologique et une étude physiologique et expérimentale de ses différents éléments.

Tout d'abord M. Dide consigne les caractères généraux du sang total chez les aliénés. Il note successivement le *mode d'écoulement* et la *couleur*, la *coagulation* et la *rétraction du caillot* qui ne présentent ici rien de bien particulier. Pour la *densité* il y aurait lieu de retenir qu'un abaissement du poids spécifique du sang précède immédiatement la crise épileptique, mais que cette densité revient très vite à la normale.

De l'ensemble des travaux de Lambranzi, Lui, Charon et Briche sur l'*alcalinité* du sang, il semble résulter que celle-ci s'abaisse dans les états toxi-infectieux (confusion mentale, démence précoce, pellagre), dans la paralysie générale, dans l'épilepsie au moment de l'attaque et dans les périodes d'agitation violente des psychoses.

Le dosage des *éléments minéraux* montre que l'urée est chez les épileptiques légèrement augmentée pendant les intervalles des crises, qu'elle l'est très notablement pendant l'accès et que de même il y a augmentation parallèle des sels de potasse.

L'auteur passe ensuite à l'étude des éléments figurés du sang.

Hématies. — Il rappelle au sujet du *volume* et de la *forme du globule rouge* que l'anisocytose et la poikilocytose ont été signalées dans la démence précoce catatonique par Sabrazès, dans la paralysie générale et le tabes par Prado, la macrocytose par Kræpelin, puis par Vaquez et Lebreton dans le myxœdème.

La polychromatophilie a été vue par Sabrazès dans la démence précoce, par Klippel et Lefas dans la paralysie générale et le tabes, où ils ont trouvé également des hématies nucléées.

Pighini et Paoli ont noté un aspect ombiliqué du globule rouge dans la démence précoce.

L'étude de la *résistance globulaire* peut faire admettre que celle-ci est un peu augmentée dans les périodes d'agitation de la démence précoce, tandis que les phases de stupeur ont une formule inverse, que l'attaque d'épilepsie se juge par un abaissement de cette résistance et que dans les autres formes mentales, notamment dans la mélancolie, cet état reste normal.

Plus nombreux et plus importants sont les travaux des auteurs sur le *nombre des globules rouges* et sur le *taux de l'hémoglobine* chez les aliénés. La notion d'ensemble qu'on est peut-être en droit d'en dégager serait la suivante.

D'une façon générale il y a hypoglobulie avec abaissement de la valeur globulaire d'autant plus qu'on est en présence d'un cas toxi-infectieux plus marqué (délire aigu, états catatoniques). Il existe le plus souvent de l'hyperglobulie dans les états maniaques et dans les formes euphoriques de la paralysie générale.

Pour l'épilepsie l'accès se juge par une crise passagère d'hyperglobulie; l'abaissement de l'hémoglobine qui est habituelle s'accentue au moment de l'ictus.

Globules blancs. — Des recherches de Dide et Chesnais, Bruce, Camus et Lhermitte, Sandri dans la démence précoce, il semble résulter, pour l'auteur, qu'il y aurait d'ordinaire une leucocytose modérée avec mononucléose. Il ressortirait de celles de Capps, Mathis, Klippel et Lefas, Mackie, Bruce dans la paralysie générale, que des poussées de leucocytose sont la règle pendant les périodes fébriles, lors des attaques convulsives ou à la période terminale de l'affection.

Dans l'épilepsie on observe une leucocytose passagère en rapport avec la crise; cette leucocytose porte sur les polynucléaires.

Dans la folie maniaque dépressive il y aurait dans les périodes aiguës une légère leucocytose avec un chiffre de polynucléaires à peu près normal ou très légèrement diminué dans les périodes de dépression et une légère polynucléose dans les phases d'excitation.

Étude microbiologique. — M. Dide passe en revue toutes les variétés de microbes rencontrées par les auteurs et par lui-même avec Sacquépée dans le sang des aliénés. Il pense que dans les maladies mentales toxi-infectieuses, aiguës, subaiguës ou chroniques, l'hémoculture est souvent positive sans qu'aucun des germes trouvés puisse être considéré comme spécifique. Ces organismes, cocci, bacilles variés prenant ou non le Gram, staphylobacilles, etc., peuvent être regardés comme saprophytes dans la plupart des cas, mais ils peuvent voir leur virulence s'exalter et devenir des facteurs importants dans la production de phénomènes pathologiques. Ils sécrètent des toxines dont l'influence sur les centres nerveux est indéniable. Celles-ci peuvent produire des délires passagers, elles peuvent aussi amener une modification heureuse dans un grand nombre de psychopathies.

Le sérum. — L'étude de la coloration, du laquage, de l'opalescence, de la glycémie qu'on rencontre aussi parfois, de l'hypertonie du sérum ne donnent point jusqu'ici de résultats concluants. Celle au contraire des propriétés physio-pathologiques du sérum des aliénés est beaucoup plus intéressante et plus fertile en résultats. L'étude d'une part de l'alexine, des sensibilisatrices, des bactériolysines, des cytolysines (hémo et neurolysines), antihémolysines,

agglutinines et précipitines, et de l'autre, celle des toxines parasitaires et microbiennes permettent à l'auteur de tirer cette conclusion générale.

La fonction de défense est troublée chez les aliénés par ordre d'intensité dans les psychoses confusionnelles aiguës ou subaiguës, la démence précoce, la paralysie générale, mais ce trouble dont l'importance pathogénique est considérable ne semble pas définitif dans la majorité des cas, et cette fonction qui semblait s'être endormie peut se réveiller sous l'influence d'infections très graves et prolongées.

Dans un essai de synthèse, M. Dide s'attache à montrer que l'étude complète du sang des aliénés apportera de grandes modifications dans la psychiatrie, quand cette étude aura pris tout le développement qu'elle comporte.

L'hématologie, mettant en évidence des neurotoxines transmises de la mère au fœtus, nous expliquera quelques-uns des facteurs de l'hérédité nerveuse. Sur le fond de la prédisposition et de la tare ainsi transmise la toxémie viendra faire éclore des manifestations psychiques hallucinatoires ou convulsivantes, des symptômes physiques, des troubles moteurs ou des troubles trophiques.

A côté de l'étude hématologique proprement dite il importerait de rechercher les lésions des organes hématopoiétiques. Malheureusement les documents sont peu nombreux : il n'existe aucune étude de la moelle osseuse chez les aliénés, pas plus que de la rate et des ganglions lymphatiques.

Un peu mieux déterminées peut-être sont les altérations des glandes à sécrétion interne; plus classiques sont les lésions du corps thyroïde dans l'idiotie myxœdémateuse ou le myxœdème spontané de l'adulte.

L'étude sérologique ne permettra-t-elle pas d'espérer aussi la découverte d'une méthode curative pour certaines psychoses toxi-infectieuses? Le point capital que l'auteur s'efforce de bien mettre en lumière est que les modificateurs puissants de la fonction de défense (les infections graves sont de ceux-là) amènent la disparition des phénomènes délirants hallucinatoires et peuvent même provoquer des guérisons durables de psychopathies réputées incurables.

Discussion.

M. Taty (de Lyon). Dans son rapport, M. Dide a parlé d'agglutinines existant dans le sang d'aliénés, je tiens à mentionner à ce sujet comme fait confirmatif un cas de psychopathie délirante aiguë dans lequel le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde était positif, alors que rien n'indiquait, d'autre part, une infection éberthienne; il s'agissait donc d'une véritable typho-psychose. Au sujet de la recherche du spirochète dans le sang des paralytiques généraux, je mentionnerai trois cas personnels où les résultats sont restés négatifs.

M. Sabrazès (de Bordeaux). D'un grand nombre d'examens du sang chez des aliénés de tout genre, il résulte pour moi qu'il y a une discordance considérable entre les résultats obtenus, tant au sujet du nombre et de la quantité des éléments qu'à celui de la coagulation. Certainement les modifications du sang sont hors de proportion avec les symptômes cliniques d'une affection donnée; aussi les résultats hématologiques ne doivent-ils être interprétés qu'individuellement pour chaque cas.

La modification du sang est fonction d'une cause primitive qui, agissant simultanément sur le cerveau, produit le délire. Cette altération du sang et des organes hématopoiétiques est d'ordinaire transitoire et réparable, de sorte qu'à la phase d'état de l'affection le sang est redevenu normal. Bien que la cause ait alors disparu, le trouble cérébral n'en continue pas moins son évolution. Le rôle de défense du sang vis-à-vis des centres nerveux devient ainsi beaucoup moindre qu'on ne croit. Les centres nerveux se défendent eux-mêmes et ces réactions sont plus importantes alors que celles des éléments sanguins. Il n'en reste pas moins désirable que pour l'examen de ceux-ci on adopte une technique uniforme et moins à l'abri des critiques que celle qu'on emploie trop couramment.

M. Dide a donné avec juste raison une certaine importance aux lésions du corps thyroïde parmi celles des glandes à sécrétion interne. Je crois qu'il y a lieu aussi de tenir grand compte de celles des glandules parathyroïdes. Dans un cas de thyroïdectomie que j'ai pu suivre et où ces organes avaient aussi été extirpés, il y eut de sérieux accidents délirants et mort par tétanie.

M. Maurice Faure (de Lamalou). J'ai pratiqué des examens bactériologiques des centres nerveux, du liquide céphalo-rachidien et du sang dans un très grand nombre de cas de troubles mentaux aigus. Sur cent cas de troubles psychiques variés, dont j'ai pratiqué l'autopsie, je n'ai trouvé que cinq fois des microbes dans les centres nerveux. Dans soixante autres cas d'affections analogues, l'examen du liquide céphalo-rachidien pendant la vie ne révéla de microbes que dans un très petit nombre de cas. Sur quarante-six examens de sang avec culture aérobie et anaérobie chez des délirants je n'ai vu de bacilles que dans un cas et il s'agissait d'une fièvre typhoïde. Je crois que les rares résultats positifs que j'ai obtenus tenaient à des fautes de technique. Aussi ai-je été étonné de voir M. Dide décrire de si nombreuses espèces microbiennes dans le sang des aliénés.

Les troubles mentaux dits infectieux me semblent être bien plutôt dus à des troubles mentaux d'origine toxique, qu'à la présence bien problématique de microbes dans le sang et les vaisseaux.

M. Régis (de Bordeaux). Les résultats que fournit l'hématologie en psychiatrie ne doivent pas être pris isolément, ils doivent être rapprochés de ceux que nous donnent toutes les autres méthodes d'investigation que nous possédons actuellement. Ce rapprochement est particulièrement intéressant à faire avec ceux que nous fournit l'urologie. Il ne faut pas demander au sang seul si un délirant est intoxiqué; il me paraît indiscutable qu'il y a une urologie des psychoses toxiques. La courbe urologique marche de pair avec celle du délire; cela est surtout net au moment de la crise de la maladie. J'ai observé un cas de psychose de la lactation des plus démonstratifs à cet égard. Au moment des accidents aigus, alors

qu'il y avait une diminution considérable de la valeur globulaire, on notait en même temps une oligurie avec augmentation énorme du chiffre de l'urée, diminution de chlorure et albumine. Quand le sang redevint normal au moment de la crise, l'urine le fut également. L'analyse du lait montra par contre que sa composition n'avait point varié.

Au sujet des déductions thérapeutiques que le rapporteur tire de son exposé, je ferai remarquer que des tentatives expérimentales de cet ordre ont déjà été faites, notamment par injection de virus atténués. Si les résultats n'ont point été jusqu'ici encourageants, il n'en est pas moins vrai que l'hématologie peut rendre des services en posant, en cas d'anémie par exemple, des indications utiles.

M. Sicard (de Paris). A propos de la recherche du spirochète dans le sang et les viscères de paralytiques généraux, dont vient de parler M. Taty, je rappellerai que je l'ai moi-même aussi tentée dans les méninges de ces malades, ainsi que dans les lésions du tabes et que je n'ai obtenu que des résultats négatifs.

M. Léri (de Paris). Dans d'autres cas de syphilis des centres nerveux, dans des méningo-encéphalites aiguës, j'ai également cherché le tréponème sans le trouver ni dans le sang ni dans les centres nerveux.

M. Dide. Sans doute, comme le remarque M. Sabrazès, nombreux sont les résultats discordants en hématologie chez nos malades; il me semble cependant qu'après des examens aussi multipliés que ceux qu'ont faits notamment les auteurs italiens chez les aliénés, on soit autorisé à tirer quelques-unes des conclusions que j'ai essayé de dégager. Il me semble qu'entre autres choses la mononucléose a ici une importance particulière.

Si je n'ai point fait mention des glandules parathyroïdes, c'est que, dans le cas que j'ai pu examiner, je n'y ai trouvé aucune lésion.

Si je ne suis point d'accord avec M. Maurice Faure sur la question bactériologique, cela tient, je crois, à des différences de technique. Il est nécessaire, pour obtenir des résultats positifs, de pratiquer des cultures de sang sur de grandes quantités de bouillon et non dans de simples tubes à essais.

M. Régis me reproche de ne pas avoir rapproché l'urologie de l'hématologie; je ne l'ai point fait, craignant de trop élargir le cadre de mon rapport.

DEUXIÈME QUESTION. — NEUROLOGIE

LE CERVEAU SÉNILE

M. A. Léri (de Paris), rapporteur.

Il faut, pour définir ce qu'on doit entendre par cerveau sénile, préciser les deux termes non synonymes : vieillesse et sénilité.

La vieillesse est la dernière période de la vie, à laquelle on peut fixer un début conventionnel, l'âge de soixante ans par exemple. La sénilité est un état pathologique qui n'étant pas fonction de l'âge peut débuter, soit beaucoup plus tard, soit beaucoup plus tôt que la vieillesse.

Suivant cet âge de début, suivant la diffusion dans tout l'organisme ou la localisation à un organe des lésions de cet état pathologique, la sénilité sera dite précoce ou tardive, générale ou locale.

Il y a donc pas d'organe sénile et notamment de cerveau sénile sans lésion.

La lésion capitale et essentielle de la sénilité est l'atrophie des éléments surtout parenchymatenx.

En même temps il y a prolifération du tissu interstitiel et lésions scléreuses des vaisseaux. Ces trois sortes de lésions paraissent dépendre non l'une de l'autre, mais toutes trois d'une toxémie d'origine exogène et endogène, accumulée pendant toute l'existence et souvent multipliée à un âge avancé par suite de certaines insuffisances organiques.

Étude anatomique. — Le cerveau sénile est essentiellement un cerveau atrophié et plus ou moins sclérosé et artério-scléreux. Son poids et son volume sont très diminués. Cette atrophie porte d'une façon prédominante sur ses parties antérieures. Les circonvolutions sont minces, effilées, séparées par de profonds et larges sillons. La pie-mère est souvent épaissie et la méningite y est fréquente; d'autres fois au contraire elle est considérablement amincie et fenestrée. Les ventricules sont dilatés par suite de l'atrophie cérébrale, leur capacité peut doubler (Marchand); leur paroi présente un aspect granuleux.

Le corps calleux est très aminci, surtout à sa partie moyenne.

Les noyaux gris centraux participent à l'atrophie.

Dans chaque circonvolution le tronc de la colonne blanche médiane, émané de la couronne rayonnante, est d'ordinaire beaucoup plus diminué que la substance grise.

Fréquemment sur les coupes on observe l'état criblé de Durand-Fardel, les lacunes de désintégration de Pierre Marie et, quelquefois, l'état vermoulu de certaines parties de l'écorce; parfois il y a en même temps de grosses lésions en foyers.

Le cervelet peut être atrophié, mais dans une moindre proportion que le cerveau.

Au microscope les cellules nerveuses apparaissent diminuées de nombre et de volume. L'atrophie cellulaire peut être simple avec raréfaction des corpuscules de Nissl ou avec surchage pigmentaire. Les prolongements diminuent de volume et de nombre; le corps protoplasmique devient ovalaire ou arrondi, il prend mal les colorants. La surcharge de pigment jaune est presque de règle absolue dans les cellules corticales séniles. Ce pigment est le produit de phases successives de dégénérescence cellulaire.

Il ne se différencie par aucun caractère de celui que produisent les intoxications et les lésions organiques diverses.

Les fibres nerveuses peuvent toutes être diminuées de nombre dans les cerveaux séniles. Les fibres radiées sont considérablement raréfiées de même que les fibres transversales et surtout que les fibres tangentielles. La lésion de ces dernières serait, pour Klippel et Lhermitte, la lésion capitale de la démence sénile et de divers autres états démentiels. Cette altération, peut-être nécessaire pour déter-

miner la démence, n'est pas toujours suffisante.

Pour les fibres à myéline il y a, d'ordinaire, atrophie simple, rarement avec formation de corps granuleux. Des corpuscules amyloïdes sont assez fréquents, résultant de la fragmentation de cylindraxes variqueux.

La diminution des éléments nerveux fait paraître les cellules névrogliques augmentées de nombre, bien qu'il n'y ait pas, semble-t-il, de prolifération véritable. Cette apparence de multiplication d'éléments ronds autour des cellules nerveuses n'indique nullement un processus de neuronophagie.

La prolifération des fibrilles névrogliques détermine une sclérose modérée, diffuse, mais non uniforme, à prépondérance sous-pie-mérienne et sous-épendymaire. Une forme intéressante est la sclérose miliaire de l'écorce, tantôt péricellulaire, tantôt périvasculaire.

Les lésions vasculaires sont généralement dues à l'artério-sclérose, elles ne sont pas proportionnées aux lésions athéromateuses des gros vaisseaux de la base. L'artérite est, le plus souvent, totale, envahissant toutes les tuniques de l'artère.

Les autres dégénérescences : colloïde, fibro-hyaline, calcaire, sont moins fréquentes.

Pour les capillaires, il y aurait parfois prolifération de l'endothélium et néoformation de vaisseaux. Toutes les lésions en foyers paraissent dépendre des altérations vasculaires. Les hémorragies miliaires sont fréquentes dans le cerveau sénile sans qu'on rencontre, cependant, d'anévrismes miliaires. Les scléroses périvasculaires, les foyers de ramollissement incomplet, l'encéphalite sous-corticale, les lacunes de désintégration, l'état vermoulu relèvent de la même cause. Il en est de même des hémorragies et des ramollissements qui ne présentent guère de caractères spéciaux dans la sénilité.

Les lésions diffuses, atrophie nerveuse et prolifération névroglique, ne paraissent pas dépendre des lésions vasculaires. Comme l'atrophie parenchymateuse et la sclérose de tout organe sénile, elles semblent dues à l'action directe sur les tissus des mêmes toxiques, qui, de façon indépendante, produisent l'altération des vaisseaux. Ce serait le résultat pathologique de multiples intoxications accumulées plutôt que l'involution sénile physiologique des cellules non susceptibles de reproduction.

La démence sénile est, sans doute, l'aboutissant, plus prononcé que normalement, du processus anatomique sénile, d'origine probablement toxique, de dégénérescence et d'atrophie des cellules et des fibres nerveuses.

ÉTUDE CLINIQUE. — A. *Neurologie.* — L'artério-sclérose est rarement uniquement cérébrale. Les signes cliniques ne sont pas proportionnés à l'intensité des lésions vasculaires, en dehors même de la production de tout foyer. Ils ont le caractère intermittent ou paroxystique de véritables « claudications intermittentes du cerveau ». Ils consistent surtout en vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreille, sommolence ou insomnie, troubles du caractère, fatigue physique et mentale rapide, amnésie, aphasie transitoire, embarras de la parole, hémiparésie, petites attaques apoplectiques sans hémiplégie.

L'artério-sclérose cérébrale peut prendre le masque de la neurasthénie. Elle peut déterminer des ramollissements incomplets à début progressif.

L'hémiplégie brusque et complète n'est pas plus fréquente chez le vieillard que chez l'adulte; elle se termine le plus souvent par la mort sans avoir le temps d'aboutir à la contracture.

Les hémiplégies des vieillards reconnaissent ordinairement pour cause les lacunes de désintégration. Elles débutent généralement par un ictus très léger, très incomplet et très passager ; elles sont transitoires, incomplètes et sinon partielles, du moins très prédominantes sur les membres inférieurs. Les suites en sont la marche à petits pas ou en traînant les pieds et souvent un peu de maladresse de la main; quelquefois on constate une tendance à tomber en arrière avec orteils en griffe.

La dysarthrie, la dysphagie, le rire et le pleur spasmodiques, des troubles psychiques donnent assez souvent aux lacunaires un aspect de « petits pseudo-bulbaires ». L'hémiplégie lacunaire est souvent récidivante, bilatérale, prédisposante aux hémorragies et aux ramollissements rapidement mortels.

La paraplégie peut être simulée dans la vieillesse par l'affaiblissement musculaire prédominant aux membres inférieurs et aussi par une sorte d'astasie-abasie, enfin et surtout par une hémiplégie lacunaire bilatérale.

Les véritables paraplégies lacunaires paraissent rares; elles restent généralement plus ou moins flasques.

Les paraplégies médullaires spasmodiques vraies s'observent soit dans la sclérose combinée sénile, soit peut-être dans quelques cas de sclérose plus ou moins diffuse, d'origine vasculaire ou non.

On observe l'épilepsie chez le vieillard comme chez l'adulte ; les troubles mentaux y seraient cependant plus constants et plus rapides. Elle est plus fréquemment symptomatique soit de la syphilis tertiaire, soit de foyers de désintégration lacunaires, soit de la cérébro-sclérose lacunaire. On a aussi observé l'épilepsie sénile dans la sclérose miliaire de l'écorce.

B. *Psychiatrie.* — L'état mental des vieillards présente toute une série de transitions entre la conservation parfaite de l'intelligence et la démence sénile.

Tous ont une diminution de la mémoire des faits récents et une diminution de l'imagination créatrice : ils sont toujours en baisse par rapport à eux-mêmes.

La plupart sont plus notablement affaiblis : diminution plus marquée de la mémoire, modification du caractère, perte des sentiments affectifs, égoïsme, avarice, indifférence et émotivité excessive, tendance aux idées hypocondriaques et de persécution, diminution du jugement, de l'attention, de la volonté.

La démence simple est l'exagération de cette déchéance, le retour à l'instinct avec conservation d'actes automatiques plus ou moins compliqués.

Des idées délirantes inconsistantes et non systématisées peuvent être la conséquence de la démence

avec illusions ou hallucinations. Elles déterminent deux sortes de réactions : l'excitation ou l'apathie.

Des actes dilictueux, exhibitionnisme, attentats à la pudeur, vol, impulsions homicides ou suicides peuvent être accomplis avec inconscience par les vieillards affaiblis ou déments ; l'irresponsabilité devient la règle chez eux.

A la démence simple ou avec idées délirantes peuvent se joindre des épisodes prenant surtout la forme de la confusion mentale et de la mélancolie anxieuse.

Ces épisodes délirants paraissent résulter d'une intoxication ou d'une toxi-infection sur un cerveau déjà en imminence d'insuffisance fonctionnelle par le fait de l'athérome. L'artério-sclérose cérébrale se révèle dans sa forme légère par de la fatigue mentale rapide, de la faiblesse de l'idéation et des conceptions, dans sa forme grave par des troubles mentaux sérieux, ayant pour caractère dominant la rapidité des aggravations et des améliorations plus que le défaut intellectuel véritable ; la démence est souvent moins profonde qu'elle n'en a l'air au premier abord, certaines parties de la personnalité sont conservées et le malade garde très longtemps conscience de son état. Il faut distinguer les psychoses de la vieillesse (vieillards-aliénés) et les psychoses dans la vieillesse (aliénés-vieillards) : M. Ritti les a recemment étudiées les unes et les autres.

Dans l'état anatomique comme dans l'étude clinique, nous avons été amené constamment à rapprocher les altérations séniles des altérations par intoxications prolongées ; cette étude nous paraît être un argument en faveur de la théorie qui fait de la sénilité, dans le cerveau comme dans les autres organes, l'aboutissant de toutes les intoxications de l'existence.

Discussion.

M. Anglade (de Bordeaux). La déchéance mentale tient, à mon avis, la place prépondérante parmi les symptômes de la sénilité cérébrale. Comme date d'apparition et comme importance elle me semble devoir passer avant les désordres moteurs plus ou moins variés qu'on peut rencontrer dans cette affection. Je crois qu'il est intéressant de signaler aussi dans cet ordre d'idées les troubles du langage de ces malades ainsi que cette forme intéressante de paralysie générale sénile, dont on ne peut mettre en doute l'existence.

Dans les troubles moteurs hémiplégiques ou paraplégiques de la sénilité, j'ai pour ainsi dire toujours trouvé la flexion et non l'extension du gros orteil.

Mais c'est surtout au point de vue anatomique du rapport de M. Léri que je désire faire quelques remarques.

Pour les cellules nerveuses il y a plus diminution de nombre que de qualité dans la sénilité. Le cerveau ne présente guère que la moitié du nombre des cellules qu'il devrait normalement avoir.

La modification la plus importante des tissus de ce cerveau est celle du tissu interstitiel. Un cerveau sénile offre toujours une prolifération extrêmement intense de sa névroglie. Il importe de distinguer deux processus scléreux dans le cerveau : 1° un processus diffus avec prédominance régionale sur les centres les plus atteints (centres du langage chez les aphasiques par exemple). Dans cette forme il n'y a pas tendance à la formation de lacunes, il y a peu d'altération vasculaire. Que cette lésion scléreuse diffuse s'étende aux méninges, on aura le tableau de la paralysie générale ; 2° un processus localisé avec grosses lésions vasculaires. Ici il y a formation en un point d'un groupement d'astrocytes, puis les fibrilles névrogliques agglomérées se nécrosent en ce point, il se forme une lacune. Autour de celle-ci la névroglie réagit, il y a formation des autres astrocytes, qui se détruisant à leur tour agrandissent la lacune ainsi progressivement. Ces aspects à différents stades de leur évolution sont des plus nets sur une coupe du cervelet sénile. L'aboutissant de la réaction névroglique est donc d'une part un processus de sclérose, de l'autre un processus lacunaire, et ces deux processus sont ainsi reliés l'un à l'autre.

On peut rapprocher et tenter d'expliquer les symptômes cliniques et les lésions histologiques. Quand cette sclérose ou ces lacunes siègent dans l'écorce on aura surtout des troubles démentiels. Quand elles sont dans les étages sous-corticaux ou dans les parties inférieures du cerveau on aura surtout les troubles moteurs hémiplégiques ou paraplégiques, bien que cette distinction entre corticaux et sous-corticaux n'ait rien d'absolu.

Le syndrome moteur lacunaire avec ses troubles si particuliers de la marche, avec troubles de l'équilibration, me paraît toujours relever de lésions lacunaires également cérébelleuses.

M. Grasset. Un fait assez particulier est à noter dans l'état de la force musculaire chez nombre de ces lacunaires. Ils marchent à petits pas, semblent incapables de l'effort suffisant pour soulever les pieds et cependant leur force est remarquablement conservée. Si en effet on leur ordonne de soulever très haut le pied et de marcher en stoppant démesurément, on voit qu'ils arrivent à marcher relativement bien, ce qu'un hémiplégique ou un paraplégique ne pourrait faire avec la meilleure bonne volonté. Ce fait montrerait que dans ces cas il s'agirait d'un trouble de l'automatisme moteur de la marche avec conservation relative de la contraction volontaire des muscles articulo-moteurs des membres inférieurs.

M. Meige. Chez les paraplégiques cérébraux il y a toujours une différence entre la capacité de leurs actes purement automatiques et de leurs actes volontaires.

La force du mouvement commandé est différent de la force du mouvement spontané. On peut exploiter par la rééducation la conservation relative de cette force et apprendre aux malades à agir plus et mieux.

M. Raymond. Dans l'étude des paraplégies séniles il importe de distinguer, comme l'ont fait MM. Léjonne et Lhermitte, les paraplégies d'origine cérébrale, de celles d'origine médullaire et de celles d'origine périphérique ou musculaire. Le diagnostic doit en être basé sur l'étude complète des signes

cliniques, et particulièrement sur les troubles de la marche et l'état des réflexes.

M. Sabrazès. Dans la sénilité il y a association fréquente d'athéromasie et des manifestations du syndrome d'hyperépinéphrie. Dans un cas que j'ai pu étudier avec un de mes élèves il y avait une hypertrophie adéromatense des capsules surrénales. Comme on sait que celle-ci augmente de poids à mesure qu'on avance en âge, n'y a-t-il pas lieu d'attribuer un rôle important aux modifications de ces glandes dans la production des lésions de la sénilité?

M. Léri. Dans un rapport de neurologie comme celui qui m'était donné, j'ai pensé devoir attribuer une part plus importante à l'étude neurologique qu'à l'étude psychiatrique du cerveau sénile. La tentative de subordonner l'anatomie pathologique à la clinique et d'expliquer l'une par l'autre m'avait tout d'abord séduit, mais elle m'a bientôt paru irréalisable, étant donné le peu de connaissances que nous avons encore sur nombre de points de la question.

Je n'ai point trouvé, dans toutes mes préparations, la prolifération si intense de la névroglie que signale M. Anglade. Il ne m'a pas semblé notamment qu'il y eût une multiplication aussi marquée des noyaux et des fibres autour des lacunes de désintégration.

(*A suivre.*) PAUL CAMUS.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES GASTRO-ENTÉRITES INFANTILES PAR LE SUC GASTRIQUE DE PORC

Par le docteur Maurice HEPP,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il y a un an environ, j'ai publié dans la *Gazette des hôpitaux* un article sur le traitement des gastro-entérites infantiles par le suc gastrique de porc.

Depuis un an trois thèses de doctorat, celle de Nicolas (de Paris) inspirée par M. le professeur agrégé Méry, celle d'Edhem (de Montpellier), celle de Malakiano faite également à Montpellier sous les auspices du docteur Ardin-Delteil, professeur de clinique interne à Alger, ont été consacrées à ce sujet; un article très important du professeur Martinez Vargas [de Barcelone] (*Méd. des enf.*, Barcelone, août 1905), un article du docteur Vidal Solares [de Barcelone (1)], diverses communications personnelles du docteur Deville, médecin des hôpitaux (du Havre), des docteurs Dubois et Desplats (de Lille), du docteur Lourier, médecin de la Goutte de lait d'Elbeuf, et d'une grande quantité d'autres médecins qui ont bien voulu me communiquer leurs observations, me permettent d'envisager, sous son véritable jour, la question de clinique thérapeutiqne que j'avais esquissée simplement.

Un fait ressort clairement de toutes les observations, c'est la supériorité d'action du suc gastrique naturel sur tous les remèdes usuels. Ne pouvant pas reproduire ici les observations et les courbes de poids qui le démontrent, je me bornerai à résumer les effets cliniques, les indications et la posologie du médicament tels qu'ils ressortent de tous les documents.

(1) *Arch. de gynécol., d'obstétr. et de pédiat.*

Effets cliniques. — Les effets cliniques constants plus remarquables chez l'enfant que chez l'adulte, car les glandes en croissance chez l'enfant obéissent plus vite et mieux à l'irritation excito-sécrétoire du suc gastrique, sont chronologiquement les suivants : arrêt des vomissements, retour de l'appétit, accélération des digestions, diminution de la fétidité et de la fréquence des selles, amélioration de l'aspect des selles, relèvement de l'état général, augmentation régulière du poids de l'enfant. Dans toutes les observations l'ordre des phénomènes favorables est celui que nous indiquons et dans la plupart l'amélioration est très rapide, souvent au bout de vingt-quatre heures de médication, rarement après plus de quatre à cinq jours.

Indications. — Dans quelles conditions le suc gastrique donne-t-il de semblables résultats? Naturellement dans les seuls cas où la muqueuse gastrique est susceptible de réagir, c'est-à-dire en dehors des phénomènes cholériformes de la gastro-entérite suraiguë qui empêchent l'absorption même du remède, en dehors de l'athrepsie confirmée où la destruction glandulaire empêche l'action même du médicament, les glandes détruites ne pouvant pas évidemment réagir.

Le champ d'action du suc gastrique, en dépit de ces restrictions nécessaires, est cependant très étendu et tous les auteurs sont d'accord sur ses indications.

Il faut donner le suc gastrique :

1° Au cours des gastro-entérites aiguës, une fois atténués les phénomènes infectieux graves, après la diète hydrique, pour aider à la réalimentation, pour rétablir la tolérance stomacale, pour reprendre le lait;

2° Dans les gastro-entérites chroniques en dehors des épisodes aigus;

3° Dans les dyspepsies infantiles comme celles des enfants suralimentés à estomac dilaté, comme celles des enfants convalescents d'une infection générale, comme celles des rachitiques;

4° Dans les diarrhées chroniques d'origine véritablement dyspeptique;

5° Dans les troubles anorexiques et dyspeptiques des enfants tuberculeux.

L'action thérapeutique qu'on obtient dans tous ces cas est toujours remarquable et, quand l'état général de l'enfant n'est pas trop gravement atteint, aboutit généralement à la guérison. C'est bien, en effet, un processus de guérison que celui que décrivent la plupart des observateurs, processus qui aboutit graduellement au rétablissement des fonctions digestives et à l'augmentation régulière du poids.

Action physiologique. — Si nous examinons le mécanisme physiologique de l'action du suc gastrique, nous nous expliquons facilement ses effets très favorables. En effet le suc gastrique n'agit que par une influence élective sur la cellule glandulaire de l'estomac, il la stimule d'une façon très puissante et il en résulte successivement, une augmentation quantitative de la sécrétion gastrique, une augmentation qualitative de celle-ci dont l'acidité se relève, un arrêt consécutif des fermentations d'où rétablissement de la tolérance gastrique, arrêt des vomissements, élaboration digestive meilleure, retour de l'appétit, désinfection intestinale par l'apport dans l'intestin d'une sécrétion plus acide et d'aliments mieux élaborés, amélioration secondaire de la sécrétion et de la digestion intestinales, disparition de la fétidité des selles, diminution de leur fréquence, retour à l'aspect normal.

Le suc gastrique, en ramenant simplement la sécrétion

gastrique à son taux physiologique, guérit donc le malade, non par une action mystérieuse, mais par ses propres moyens, en rétablissant le premier anneau de la chaîne digestive brisée.

C'est là tout le secret de sa supériorité sur les antiseptiques intestinaux et sur les acides lactique, chlorhydrique ou citrique dont l'action est limitée au moment de leur administration et dont quelques-uns suppléent un instant la fonction naturelle mais ne la font pas revivre, tandis que le suc gastrique met en train le processus normal de la guérison.

Posologie. — Si tous les observateurs sont d'accord sur les effets cliniques, les indications et le mode d'action physiologique du suc gastrique, ils diffèrent un peu sur la posologie du médicament. Les uns en prescrivent une cuillerée à café à chaque prise d'aliments; les autres une dizaine, une quinzaine de gouttes; d'autres enfin, comme Méry, trois à quatre cuillerées à café par jour. C'est cette dernière quantité qui nous paraît, dans la majorité des cas, représenter la dose la plus utile pour les jeunes enfants et bien que le médicament reste innocent à quelque dose qu'on l'emploie, il nous semble, après expérience, tout à fait inutile de forcer ces doses, car on risque de provoquer la répugnance.

Le meilleur moment pour administrer le médicament nous semble être quelques instants avant une prise d'aliments, car l'enfant non rassasié accepte mieux ce qu'on lui présente.

On peut administrer le suc gastrique dilué dans un peu d'eau sucrée, dans un peu de sirop de groseilles additionné d'une essence aromatique ou pur. Quand cela est possible, il vaut mieux adopter ce dernier mode d'administration, on peut le faire souvent car ni le goût, ni l'odeur n'en incommodent les enfants.

Combien de temps convient-il de prolonger le traitement? Cela varie suivant les circonstances, lorsqu'il s'agit d'une affection aiguë, il suffit de prolonger le traitement jusqu'à tolérance stomacale parfaite qui équivaut à la guérison, c'est-à-dire huit, dix, quinze jours; quand au contraire on entreprend de traiter une affection chronique, il convient de prolonger beaucoup plus longtemps l'usage du remède. Mais en pareil cas je suis d'avis d'interrompre toujours l'administration du remède au bout de quinze jours environ pendant plusieurs jours et de faire plusieurs cures successives plus ou moins espacées, car on risque en le continuant sans interruption de voir s'émousser la réaction à une excitation toujours identique et les bons effets primitifs s'atténuer.

Le traitement par le suc gastrique (dois-je le dire?) ne supprime aucune des règles diététiques aujourd'hui si bien établies de l'hygiène alimentaire du nourrisson. Le suc gastrique a le très gros avantage de permettre un retour plus rapide au régime lacté et de favoriser très énergiquement la reprise des forces et du poids; mais dans les cas graves il peut être très utile d'aider son action par celles conjointes d'aliments plus digestibles tels que le kéfir ou le babeurre.

Telles sont dans leurs grandes lignes les conclusions de tous ceux qui ont sérieusement expérimenté l'emploi du suc gastrique de porc dans le traitement des gastro-entérites et des dyspepsies infantiles.

Si ce remède n'est pas une panacée, au moins a-t-il l'avantage de ne manquer pour ainsi dire jamais à ceux qui s'en servent suivant des indications raisonnables et l'avantage aussi d'être en même temps qu'un remède logique, un remède innocent.

En dehors des régimes et des soins hygiéniques, la liste est brève des remèdes dont l'action est certaine dans les gastro-entérites infantiles, c'est pourquoi il ne nous semble pas superflu d'attirer l'attention sur les résultats que donne en pareil cas l'opothérapie gastrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Méry. Diagnostic des cachexies infantiles, *Journ. des prat.*, 26 déc. 1903.
2. Terrien. Le traitement des formes aiguës de la gastro-entérite, *Journ. des prat.*, 14 janv. 1905.
3. Eug. Terrien. *Précis d'alimentation des jeunes enfants.*
4. Martinez Vargas. Le suc gastrique de porc dans les affections digestives, *Médecine des enfants*, Barcelone, août 1905.
5. Vidal Solares. Des gastro-entérites des nourrissons et leur traitement par la dyspeptine, *Arch. de gynécol., d'obst. et de pediât.*, Barcelone, sept. 1905.
6. Lourier. Traitement de la diarrhée infantile par la dyspeptine, communication au deuxième Congrès international des gouttes de lait, Institut Pasteur, oct. 1905.
7. Edhem. *De l'opothérapie stomacale par le suc gastrique naturel*, Th. de Montpellier, 1905.
8. Nicolas. *De l'emploi du suc gastrique de porc dans le traitement des dyspepsies des nourrissons*, Th. de Paris, 1905.
9. Malakiano. *Des gastro-entérites des nourrissons et leur traitement. Traitements classiques et traitement par la dyspeptine*, Th. de Montpellier, 1906.
10. Guérin et Gaussel. Des résultats obtenus par l'usage de la dyspeptine chez les nourrissons, Soc. des sc. méd. de Montpellier, 23 fév. 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 30 juillet 1906)

Produit dérivé de la tuberculinine, poison tuberculeux cristallisé. — M. G. Baudran a réussi à isoler du bacille tuberculeux à l'état cristallin un corps toxique de nature alcaloïde, et a pu en faire dériver un produit possédant des propriétés curatives. Le poison tuberculeux auquel l'atueur donne le nom de tuberculinine injecté à des cobayes sains, à la dose de 0g0008, les fait mourir dans des temps variant de huit à quinze jours, sans autres lésions qu'une hyperémie du rein et des capsules surrénales. Injectée à la même dose à des animaux tuberculeux, la tuberculinine les tue en douze à dix-huit heures.

M. Baudran avait déjà montré qu'en traitant par le permanganate de calcium des alcaloïdes végétaux, on obtenait des corps antitoxiques de ces mêmes alcaloïdes. En appliquant à la tuberculinine les mêmes méthodes, l'auteur a obtenu un produit *antitoxique et curatif*, ainsi qu'il a pu s'en rendre compte en l'expérimentant sur des cobayes et sur des bovidés. Enfin l'auteur, en pratiquant sur lui-même des injections sous-cutanées de son produit, a constaté qu'elles étaient indolores, facilement résorbables et ne donnaient jamais de fièvre.

Sur le dosage de l'ammoniaque dans les eaux par le réactif de Nessler, par M. Albert Buisson.

Sur l'amylase et la maltase du suc pancréatique, par MM. Bierry et Giaja.

Lavage des précipités colloïdaux, par M. J. Duclaux.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS. — Pour arriver au péritoine, le bacille de Koch peut emprunter deux voies principales.

Tantôt, il provient d'un foyer viscéral voisin : tuberculose du foie, de la rate, de l'intestin, des organes génitaux chez la femme : il détermine alors une *péritonite localisée*.

Tantôt, il est apporté par la circulation générale, et alors, de deux choses l'une : ou l'éruption granulique est *aiguë, généralisée* à toute la séreuse, violente, intense; elle s'accompagne de phénomènes généraux rapidement mortels; ou bien elle est atténuée, discrète, *subaiguë* ou *chronique*, soit que le germe soit moins virulent, soit que le terrain soit plus résistant, et alors, les lésions bacillaires ont le temps d'évoluer en trois phases, comme à l'habitude :

Une *granulique*, cliniquement caractérisée par de l'*ascite*;

Une de *ramollissement* (péritonite ulcéro ou fibro-caséeuse, forme commune);

Et, lorsque le malade survit, une dernière où les lésions se cicatrisent : c'est la *forme fibreuse*, où le malade, guéri de sa tuberculose, est exposé à de graves complications d'ordre mécanique, résultant de l'intensité même du processus curateur.

Cette conception, due à M. Marfan (*Traité des maladies de l'enfance*, 1re édition), permet de considérer les aspects divers sous lesquels peut évoluer la péritonite tuberculeuse moins comme des formes distinctes que comme des phases successives d'une même lésion.

SYMPTOMATOLOGIE. — § I. **Péritonite localisée.** — Ce peut être : une *périhépatite*, une *périsplénite*, une *pelvi-péritonite*, une *péritonite herniaire*, une *pérityphlite*. Quel que soit son siège, elle se caractérise par la production de *poches enkystées*, uni ou multiloculaires, renfermant de la sérosité ou du pus. Chez l'*enfant*, elle s'associe habituellement à une péritonite tuberculeuse généralisée, dont elle représente la lésion initiale ou prédominante.

§ II. **Péritonite généralisée.** — A. AIGUË. — Deux formes : 1° **Granulie péritonéale coïncidant avec une tuberculose aiguë généralisée.** — Elle n'est « qu'un élément peu important au cours d'une maladie générale aiguë, presque toujours mortelle » (Marfan).

Elle *débute* soit chez un tuberculeux latent, soit chez un tuberculeux avéré, chez un phtisique. Chez les enfants, Rendu l'a vue débuter par de la rétention d'urine et par des douleurs vésicales.

Sa symptomatologie, à la *période d'état*, est très obscure : la localisation péritonéale de la granulie passe souvent inaperçue, perdue au milieu d'un ensemble symptomatique des plus graves, qui, chez l'adulte, revêt surtout la forme de la fièvre typhoïde, et, chez l'enfant, celle de la méningite (Marfan). Cependant, on a parfois noté quelques troubles locaux : hyperesthésie cutanée de la paroi abdominale, météorisme et ascite, vomissements porracés, douleurs abdominales. La maladie, en quelques semaines, aboutit généralement à la mort. Parfois, chez les grands enfants, la granulie atteint surtout les diverses séreuses (Sergent).

2° **Granulie localisée au péritoine.** — Elle ne s'observe guère que chez l'adulte. Débutant par de la fièvre et des vomissements, elle s'accompagne de signes locaux très accusés et, en un à deux mois, se termine par la mort.

B. SUBAIGUË. — C'est la *tuberculose miliaire pleuro-péritonéale subaiguë* de Fernet et Boulland. Elle se caractérise : α. par des signes de congestion pleuro-pulmonaire localisée aux bases; β. par des signes d'épanchement péritonéal. La *loi de Godelier* exprime cette coexistence des phénomènes pleuraux et péritonéaux. La tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë est le meilleur exemple que l'on puisse donner de la tuberculose des séreuses : elle en présente, en effet, les trois principaux éléments : α. atteinte simultanée de plusieurs séreuses; β. évolution lente; γ. virulence atténuée (1).

Lorsque, chez l'enfant, la tuberculose aiguë ou subaiguë du péritoine n'aboutit pas à la mort, elle passe à l'état chronique.

C. CHRONIQUE. — Trois formes, ou, plutôt, *trois phases*.

I. Forme ascitique. — Syn. : *Ascite essentielle des jeunes filles* (Cruveilhier); *hydropisie du péritoine* (Wolff); *péritonite exsudative chronique simple* des auteurs allemands; *ascite tuberculeuse chronique, initiale* ou *curable* (Marfan).

Cette forme relève bien de la tuberculose péritonéale, puisque : α. elle se termine habituellement par une péritonite tuberculeuse classique (Marfan); β. lorsqu'on la traite par la laparotomie, on constate, *de visu*, l'existence de granulations miliaires sur le péritoine (Bouilly).

Ce serait la plus fréquente des formes de tuberculose péritonéale.

Symptomatologie. — Elle frappe surtout les petites filles entre six et douze ans, et *débute* par des douleurs abdominales vagues, pouvant s'exaspérer jusqu'à la colique; de la diarrhée, des nausées et des vomissements, et par des troubles généraux : fièvre légère, malaise, pâleur du visage, amaigrissement. Puis, peu à peu, se développe un épanchement abdominal, tandis qu'apparaissent, aux deux bases des poumons, des frottements pleuraux.

A la *période d'état*, symptômes fonctionnels et généraux disparaissent, et il ne reste plus que de l'*ascite*, d'abord localisée aux parties inférieures de l'abdomen, puis gagnant tout le ventre : la peau est tendue, lisse, l'ombilic déplissé; la percussion décèle l'existence d'une matité courbe, limitée, à sa partie supérieure, par une ligne dont la concavité regarde en haut; cette forme de la matité, que l'on observe lorsque le malade est dans la situation verticale, se modifie lorsqu'il se couche sur le côté droit : le côté gauche devient sonore, et le droit mat, ou inversement, et lorsqu'il se couche sur le ventre, les flancs deviennent sonores. L'épanchement est donc *libre* dans la cavité péritonéale. La dilatation des veines sous-cutanées est exceptionnelle.

Pendant longtemps, l'ascite constitue, à elle seule, toute la maladie. Elle varie de quantité d'un moment à l'autre, mais n'est *jamais très abondante*. Parfois, elle s'accompagne de troubles digestifs : anorexie, nausées, diarrhée; urinaires : indicanurie; respiratoires : quelquefois il existe des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. L'état général est longtemps satisfaisant.

L'ascite essentielle peut : α. se *terminer* par la résorption graduelle du liquide ; la *restitutio ad integrum* est alors à peu près complète; β. *se transformer en péritonite ulcéro-caséeuse* : la fièvre apparaît, et l'on sent, dans le ventre, des tuméfactions limitées, des gâteaux péritonéaux; l'ascite n'est plus libre; elle s'est enkystée. *(A suivre.)*

(1) Lire à ce sujet la thèse de Péron sur *La tuberculose des plèvres*, Th. de Paris, 1895.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène, publié en fascicules sous la direction de MM. Brouardel et Mosny. — **Le sol et l'eau**, par MM. L. Delaunay, E. Martel, Ugier et Boujean. In-8° de 464 p., avec 55 figures et 2 pl. coloriées. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le psychisme inférieur (étude de physiopathologie clinique des centres psychiques), par le docteur Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. In-8° carré de 516 p. avec fig. (Bibliothèque de philosophie expérimentale, publiée sous la direction de M. Peillaube). — Prix : broché, 9 francs ; reliure de la bibliothèque : 10 fr. 50. — Paris, Chevalier et Rivière.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître : *Maladies vénériennes*, par le docteur Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis. In-8° de 312 p., avec fig. — Prix : 6 francs ; cart., 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis de chimie physique, par M. Pozzi-Escot, professeur de chimie à l'École nationale d'agriculture et de médecine vétérinaire de Lima (Pérou). In-8°, relié toile. — Prix : 5 francs. — Paris, J. Rousset.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par M. C. Crinon, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*, 13e édit., 1906. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

N° 91. — SAMEDI 11 AOUT 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 11 AOUT 1906. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **4** fr. **50.**	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr.	D. — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

A dater du 15 août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 mai 1907, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu, le lundi 17 septembre 1906, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, jusqu'au vendredi 31 août inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — M. le docteur Salva, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie.

— Rennes. — M. le docteur Véron, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, est nommé professeur de clinique obstétricale.

— Rouen. — M. le docteur Halipré, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours d'histologie, vacant par suite de la démission de M. le professeur Leudet.

— Tours. — M. le docteur Meunier, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande professeur de clinique médicale.

M. le docteur Mercier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de pathologie interne.

XVIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE. — Le prochain Congrès aura lieu en 1907 à Genève et Lausanne, sous la présidence du professeur Prévost (de Genève).

Les questions proposées sont :

1° *Psychiatrie* : « Psychoses périodiques. » (Rapporteur : M. Antheaume.)

2° *Neurologie* : « Définition et nature de l'hystérie. » (Rapporteur : M. H. Claude.)

3° *Medecine légale* : « Expertise médico-légale et responsabilité. » (Rapporteur : M. Gilbert Ballet.)

Il est institué un comité permanent des congrès des aliénistes et neurologistes, composé de six membres, renouvelable par tiers tous les deux ans, et d'un secrétaire-trésorier.

Les six membres sont : MM. Crocq, Giraud, Régis, Arnaud, Raymond et Vallon. Le secrétaire est M. H. Meige.

Le président sortant, M. Grasset, fait de droit partie du comité pendant l'année suivante.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE. — Académie de Paris. — L'École dentaire française reconnue et autorisée par décret ministériel en date du 25 novembre 1896 est située au 29 du boulevard Saint-Martin et, 36, rue Meslay.

La rentrée est fixée par l'Académie au 15 octobre. Le registre officiel est ouvert du 14 octobre au 15 novembre. L'École reçoit, outre les élèves visant le diplôme de l'État, des élèves libres, français ou étrangers, qui, peuvent s'inscrire à toute époque de l'année. Un accueil distingué est réservé aux docteurs en médecine qui, désirant se spécialiser en art dentaire, voudraient se faire inscrire pour un temps facultatif.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente et unième semaine, 873 décès, au lieu de 826 pendant la semaine précédente (moyenne 828). L'état sanitaire est donc normal.

L'augmentation du nombre de décès est due toute entière à l'accroissement considérable du nombre de décès par diarrhée infantile, accroissement dû à la chaleur.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 30, au lieu de la moyenne 28.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 6, au lieu de 1 la semaine précédente (moyenne 18).

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente, la moyenne est 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 80, au lieu de 94 précédemment.

La scarlatine a causé 1 décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 55, il s'élevait à 79 pendant la semaine précédente, la moyenne est 52.

La coqueluche n'a causé aucun décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 1 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 46, au lieu de 35 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 60.

La diarrhée infantile a causé 128 décès de 0 à 1 an, au lieu de 69 pendant la semaine précédente (moyenne 96). En raison de l'élévation du nombre de décès diarrhéiques, on ne saurait trop recommander aux familles de veiller avec la plus vigilante attention à l'alimentation des jeunes enfants, surtout pour ceux nourris artificiellement.

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 68 décès, au lieu de 80 pendant la semaine précédente (moyenne 81). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 6 (moyenne 10); pneumonie, 8 (moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 51 (moyenne 46), dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire et 19 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 168 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 46 décès; les maladies organiques du cœur, 47; le cancer, 61; la hernie et l'obstruction intestinale, 14; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 25; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

ERRATUM. — Page 1050, 2e col., à la Bibliographie, au lieu de « BESSON. Th. de Lille, 1889 », lire « BESSON. Th. de Paris, 1899 ».

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de Paris à la frontière suisse, délivrés conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses.* — La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes valables trente-trois jours, pour Genève, les Verrières-frontière, Vallorbe-frontière et Villers-frontière (sans réciprocité).

Ces billets, qui sont émis au prix de 87 francs en 1re classe et de 64 francs en 2e classe, comportent la faculté d'aller de Paris en Suisse par l'un quelconque des points frontières ci-dessus dénommés et de revenir, soit à Paris P.-L.-M. par l'un quelconque de ces points, soit à Paris-Est par Delle-frontière ou par Bâle-Petit-Croix. Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent en même temps une carte d'abonnement suisse de quinze ou trente jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnement de quinze jours, 1re classe : 85 francs; 2e classe : 60 francs; 3e classe : 45 francs.

Abonnement de trente jours, 1re classe : 125 francs; 2e classe : 90 francs; 3e classe : 65 francs.

Ces prix comprennent un dépôt de 5 francs qui est remboursé au moment de la restitution de la carte.

Avis importants : Toutes les gares du réseau P.-L.-M. délivrent des cartes d'abonnements généraux suisses de quinze et trente jours; elles délivrent aussi des cartes d'abonnements généraux suisses valables quarante-cinq jours, aux prix suivants (y compris le dépôt de garantie de 5 francs) :

1re classe : 165 francs; 2e classe : 115 francs; 3e classe : 85 francs.

Pour plus de détails, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M.

— *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de l'Assomption, des coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août 1906.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 3, 19 juillet 1906.) Major Charles LYNCH : Organisation médicale de l'armée japonaise. — Richard C. CABOT : La thérapeutique basée sur la physiologie pathologique. — Henry B. DUNHAM : La gymnastique pulmonaire dans la tuberculose. — Edward O. OTIS : Usage et abus de la gymnastique pulmonaire dans la tuberculose.

Écho médical du Nord. — (N° 31, 5 août 1906.) MOTY : Appendicite et fièvre typhoïde. — TONNEL : Note sur l'argas reflexus. — LAMBRET : Fracture de la clavicule.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 31, 5 août 1906.) LAMACQ : Le souffle d'asthénie cardiaque et les bruits de galop.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 31, 4 août 1906.) — DURET : Sur deux cas de grossesse extra-utérine intra-ligamentaire opérés avec succès. — BONNET-LABORDERIE : Choléra nostras chez un enfant de onze ans; injections de sérum physiologique. Guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 31, 2 août 1906.) La pratique ophtalmologique.

Lyon médical. — (N° 31, 5 août 1906.) BARJON : Influence des rayons de Röntgen sur le sang et les organes hématopoïétiques; traitement de la leucémie.

Marseille médical. — (N° 15, 1er août 1906.) GUENDE : Sur un cas de panophtalmie de cause endogène. — ESCAT : Malformations congénitales de l'urètre — LOUBET : Cholécystite calculeuse suppurée.

Presse médicale. — (N° 63, 8 août 1906.) DAIREAUX : Traitement des broncho-pneumonies graves par les abcès de fixation. — LEVEN et BARRET : Radioscopie gastrique. L'estomac du nourrisson. Forme. Limite inférieure. Mode de remplissage et d'évacuation.

LA

CONVENTION DE GENÈVE

(1864-1906)

Par M. V. DUPONT,
Médecin aide-major.

Longtemps l'admiration des peuples se complut à accorder ses faveurs aux actes de ceux que la renommée a décoré du nom de conquérants. D'Alexandre à César, à Napoléon la chaîne court ininterrompue et ses maillons sont scellés du sang de millions d'hommes. La gloire de Louis XIV, protecteur des arts et des lettres, pâlit devant l'auréole qui entoure le vainqueur des Hollandais et des Espagnols. Un Condé l'emporte sur un Colbert, Dumouriez sur Lavoisier.

Cependant, un travail longtemps latent se produisait parmi les esprits. Un jour, un long frisson de fatigue parcourut le monde et ce tressaillement fit écrouler le temple de l'idole longtemps adoré. Sous le brillant des conquêtes, on vit le meilleur de l'énergie de plusieurs générations répandu sur les plaines de l'Europe et le progrès aidant l'admiration demanda un autre dieu. Entre deux conquêtes, Napoléon s'était occupé de procurer le bien être à ses sujets, ceci devait tuer cela. On commença à sentir que civilisation signifiait paix et liberté; au lieu de la victoire, de la violence sur le droit, on prévit une ère meilleure où l'esprit l'emporterait sur la force et le hasard.

De cette transformation de l'esprit devait naître une compassion plus grande pour les victimes des combats, plus de respect aussi pour ceux qui leur prodiguaient les soins nécessaires.

Sans vouloir entrer dans de longues considérations historiques, nous pouvons, au hasard, citer de nombreux faits, qui montrent le chemin suivi par cette idée d'humanité vis-à-vis des blessés.

C'est en 1689, l'électeur de Brandebourg et le comte d'Aesfeld, au cours des guerres de Louis XIV contre la ligue d'Augsbourg, le maréchal de Noailles et le comte de Stair, en 1743, pendant la guerre de succession d'Autriche, qui conviennent de respecter et d'échanger leurs blessés. En 1759, pendant la guerre de Sept ans, le marquis de Rougé et le baron de Buddenbrock conclurent, avant la lutte, un traité assurant la protection des médecins, des ambulances et des blessés et promettant que ni les uns ni les autres ne seraient faits prisonniers de guerre. En 1764, Chamousset demande que cette façon d'agir devienne la règle. « Le moment ne serait-il pas venu, dit-il, d'établir, parmi les nations, une convention réclamée par l'humanité ? » La première convention écrite est due à Perey et date de 1800. Approuvé par Moreau, ce projet de neutratisation des blessés et des médecins fut soumis au général autrichien Kray, qui refusa d'y adhérer.

En 1820, le docteur Wasserfuhr, médecin prussien; en 1861, un médecin napolitain, le docteur Palasciano, et Arnault, un français, sur les encouragements du docteur Larrey, menèrent une campagne active en faveur de la protection des blessés et de ceux qui les soignaient.

Pendant la guerre de Crimée, blessés et médecins furent, de la part des Russes, peuple neuf et encore semi-barbare, l'objet des plus grands égards.

Ce fut seulement en 1862, que Dunant (de Genève), ému par les misères de la campagne d'Italie qu'il avait suivie de près, parcourut l'Europe pour essayer d'intéresser les souverains, les écrivains, les médecins, les hommes de bien au sort des victimes des batailles. En 1863, le président de la Société genevoise d'utilité publique, G. Moynier, s'occupa de réunir une conférence internationale d'études. Après des démarches faites auprès de tous les États par le Comité fédéral suisse, vingt-six plénipotentiaires furent envoyés à Genève délégués de seize États (Angleterre, Bade, Belgique, Danemark, Espagne, Etats-Unis, France, Hesse, Italie, Pays-Bas, Portugal, Rome, Russie, Suède, Wurtemberg). Le traité dit convention, de Genève fut signé le 22 août 1864 et ratifié par vingt-deux puissances.

D'un côté, cette convention assurait la neutralité du service de santé des armées; d'un autre, elle reconnaissait l'existence, au point de vue légal, de sociétés de secours civiles, venant en aide au service de santé militaire.

Sont déclarés neutres : le lieu de traitement des blessés, ambulances et hôpitaux; le personnel, le matériel des ambulances mais non celui des hôpitaux fixes ; les habitants du pays, qui soignent les blessés. Les blessés sont neutres pendant la période de traitement ; après, leur sort est réglé suivant qu'ils sont ou non capables de servir.

Un signe spécial est adopté pour assurer la neutralité de tout ce qui est couvert par la convention.

La campagne de Bohême permit d'en faire la première application. Le texte fut suivi pas à pas par la Prusse, bien que l'Autriche ait refusé de l'accepter. Cette mise en pratique révéla l'insuffisance et les difficultés d'application de certains articles. L'exposition de Paris, en 1867, fut l'occasion de conférences qui eurent pour résultat l'adoption d'articles complémentaires de la convention de 1864. Ils furent soumis à une conférence diplomatique, réunie le 20 octobre 1868, à Genève, par les soins de la Suisse et de l'Italie. Cinq articles précisaient les stipulations de 1864, dix autres étendaient les mêmes droits aux armées de mer.

Des cinq articles additionnels nous retiendrons la désignation d'ambulance à toutes les formations sanitaires du champ de bataille et la neutralité complète des blessés qui, capables ou non de servir encore, doivent toujours, après guérison, être renvoyés dans leur pays.

La guerre de 1870 devait permettre la douloureuse expérience des règles nouvellement édictées, en même temps qu'elle devait donner la possibilité d'apprécier tout le service que pouvait rendre une formation encore nouvelle : la Société de secours aux blessés militaires de terre et de mer. A côté d'elle devaient prendre naissance d'autres sociétés de se-

cours : telles que la Société de la Presse, la Société internationale.

Mais combien de lacunes existaient encore malgré la revision de 1864, combien d'articles n'étaient qu'un leurre, que les nécessités de la guerre devaient réduire à néant !

Peut-on ajouter beaucoup de foi à la promesse que fait un blessé à peine guéri de ne pas reprendre les armes de retour dans sa patrie? Convalescent, il ne désire qu'une chose, revoir son pays. Il promettra, pour cela, tout ce qu'on exigera de lui. Libre sur parole, redevenu bien portant, pourra-t-il rester inactif alors que ses camarades marchent au combat? L'ennemi l'a soigné, il s'est préparé un adversaire de plus.

Pour les blessés et malades, si on assure les soins à ceux qui sont tombés sur le champ de bataille, on a oublié de parler des blessés captifs et prisonniers de guerre. Combien d'existences n'auraient-elles pas été sauvées, si on avait pu adoucir le sort des prisonniers français dans les îles de la Moselle, sur le chemin de l'exil, ou dans les casemates de la Prusse orientale? Les blessés du champ de bataille n'ont pas le droit seuls d'être sauvegardés, les sujets sains, mais que l'infortune a fait tomber entre les mains de l'ennemi, n'ont pas le droit d'être livrés à la fantaisie, le droit des gens les couvre et les protège, il est vrai, mais ce n'est pas suffisant, des clauses très précises devraient fixer leurs conditions d'existence.

La convention de 1864 accordait trop de droits aux habitants qui soignaient les blessés, une porte était ouverte aux abus. Dès 1868, on reconnut la nécessité d'y porter un remède et on laissa à la justice du vainqueur le soin de tenir compte, dans la mesure des nécessités de la guerre, du zèle charitable déployé par les habitants.

Enfin, la convention neutralise les ambulances et les hôpitaux militaires, mais elle oublie les hôpitaux civils. Et pourtant, combien de fois n'a-t-on pas besoin, dans le cours d'une guerre, d'avoir recours à eux pour recevoir les blessés évacués de la zone belligérante? En outre, les malades d'un hospice, vieillards et enfants, n'ont-ils pas le droit d'être respectés aussi bien qu'une ambulance voisine remplie de blessés? Mais, à dire vrai, même pour l'ambulance, la protection que lui assure sa neutralité sera-t-elle bien efficace? Elle produira ses effets après le combat, dans un pays occupé par l'ennemi; mais, au milieu d'une action, d'une bataille ou d'un bombardement, quel respect peut-on demander? Un poste de secours, une ambulance peuvent se trouver subitement exposés au feu de l'ennemi, peut-on demander à celui-ci de détourner son tir d'une zone dont l'importance est, pour lui, capitale? Pendant le siège de Paris, toutes les maisons marquées d'une croix ne pouvaient, par exception, recevoir des vivres et ne pas recevoir des bombes. C'est comme si on demandait que la balle se détournât d'un médecin de bataillon occupé à panser un blessé sur le champ de bataille, sous le prétexte qu'il porte un brassard à son bras. Médecins des corps de troupe et des hôpitaux, postes de secours et ambulances ne peuvent être mis à l'abri des balles pendant l'action. Tout ce qu'on peut demander, c'est que ceux-ci soient respectés après la lutte, que ceux-là ne soient pas assassinés au chevet des blessés.

Toutes ces imperfections avaient été, depuis longtemps, constatées. Les nombreux Congrès de la Société de la Croix-Rouge avaient demandé, dans leurs diverses séances, un remaniement des statuts. La convention du 29 juillet 1899 signée à La Haye pour le règlement pacifique des conflits internationaux avait émis le vœu qu'il soit procédé, à bref délai, à une revision complète de la convention.

C'est dans ce but que vient de se réunir une commission internationale à Genève. Après un mois de délibérations, la nouvelle convention a été signée le 10 juillet 1906.

Avant de porter un jugement sur elle, nous donnerons, *in extenso*, l'exposé des différents articles.

LA CONVENTION DE GENÈVE

Chapitre Ier. — *Des blessés et malades.*

Article premier. — Les militaires et les autres personnes officiellement attachées aux armées, qui seront blessés ou malades, devront être respectés et soignés, sans distinction de nationalité, par le belligérant qui les aura en son pouvoir.

Toutefois, le belligérant, obligé d'abandonner des malades ou des blessés à son adversaire, laissera avec eux, autant que les circonstances militaires le permettront, une partie de son personnel et de son matériel sanitaires pour contribuer à les soigner.

Art. 2. — Sous réserves des soins à leur fournir en vertu de l'article précédent, les blessés ou malades d'une armée tombés au pouvoir de l'autre belligérant, sont prisonniers de guerre et les règles générales du droit des gens concernant les prisonniers, leur sont applicables.

Cependant, les belligérants restent libres de stipuler entre eux, à l'égard des prisionniers, blessés ou malades, telles clauses d'exception ou de faveur qu'ils jugeront utiles, ils auront, notamment, la faculté de convenir :

De se remettre réciproquement, après un combat, les blessés laissés sur le champ de bataille;

De renvoyer dans leur pays, après les avoir mis en état d'être transportés ou après guérison, des blessés ou malades qu'ils ne voudront pas garder prisonniers;

De remettre à un État neutre, du consentement de celui-ci, les blessés ou malades de la partie adverse, à la charge par l'État neutre de les interner jusqu'à la fin des hostilités.

Art. 3. — Après chaque combat, l'occupant du champ de bataille prendra des mesures pour rechercher les blessés et les faire protéger, ainsi que les morts, contre le pillage et les mauvais traitements.

Il veillera à ce que l'inhumation ou l'incinération des morts soit précédée d'un examen attentif de leurs cadavres.

Art. 4. — Chaque belligérant enverra dès qu'il sera possible, aux autorités de leur pays ou de leur armée, les marques ou pièces militaires d'identité trouvées sur les morts et l'état nominatif des blessés ou malades recueillis par lui.

Les belligérants se tiendront réciproquement au courant des internements et des mutations, ainsi que des entrées dans les hôpitaux et des décès survenus parmi les blessés et malades en leur pouvoir. Ils recueilleront tous les objets d'un usage personnel, valeur, lettres etc., qui seront trouvés sur les

champs de bataille ou délaissés par les blessés ou malades décédés dans les établissements et formations sanitaires, pour les faire transmettre aux intéressés par les autorités de leur pays.

Art. 5. — L'autorité militaire pourra faire appel au zèle charitable des habitants pour recueillir et soigner, sous son contrôle, des blessés ou malades des armées, en accordant aux personnes ayant répondu à cet appel une protection spéciale et certaines immunités.

Chapitre II. — *Des formations et établissements sanitaires.*

Art. 6. — Les formations sanitaires mobiles (c'est-à-dire celles qui sont destinées à accompagner les armées en campagne) et les établissements fixes du service de santé seront respectés et protégés par les belligérants.

Art. 7. — La protection due aux formations et établissements sanitaires cesse si l'on en use pour commettre des actes nuisibles à l'ennemi.

Art. 8. — Ne sont pas considérés comme étant de nature à priver une formation ou un établissement sanitaire de la protection assurée par l'article 6 :

1° Le fait que le personnel de la formation ou de l'établissement est armé et qu'il use de ses armes pour sa propre défense ou celle de ses malades et blessés;

2° Le fait qu'à défaut d'infirmiers armés, la formation ou l'établissement est gardé par un piquet ou des sentinelles munis d'un mandat régulier;

3° Le fait qu'il est trouvé dans la formation ou l'établissement des armes et cartouches retirées aux blessés et n'ayant pas encore été versées au service compétent.

Chapitre III. — *Du personnel.*

Art. 9. — Le personnel exclusivement affecté à l'enlèvement, au transport et au traitement des blessés et malades, ainsi qu'à l'administration des formations et établissements sanitaires, les aumôniers attachés aux armées, seront respectés et protégés en toute circonstance ; s'ils tombent entre les mains de l'ennemi, ils ne seront pas traités comme prisonniers de guerre.

Ces dispositions s'appliquent au personnel de garde des formations et établissements sanitaires dans le cas prévu à l'article 8, n° 2.

Art. 10. — Est assimilé au personnel visé à l'article précédent le personnel des sociétés de secours volontaires dûment reconnues et autorisées par leur gouvernement, qui sera employé dans les formations et établissements sanitaires des armées, sous réserve que ledit personnel sera soumis aux lois et règlements militaires.

Chaque État doit notifier à l'autre, soit dès le temps de paix, soit à l'ouverture des hostilités, en tout cas avant tout emploi effectif, les noms des sociétés qu'il a autorisées à prêter leur concours, sous sa responsabilité, au service sanitaire officiel de ses armées.

Art. 11. — Une société reconnue d'un pays neutre ne peut prêter le concours de ses personnel et formations sanitaires à un belligérant, qu'avec l'assentiment préalable de son propre gouvernement et l'autorisation du belligérant lui-même.

Le belligérant qui a accepté le secours est tenu, avant tout emploi, d'en faire la notification à son ennemi.

Art. 12. — Les personnes désignées dans les articles 9, 10 et 11 continueront, après qu'elles seront tombées au pouvoir de l'ennemi, à remplir leurs fonctions sous sa direction.

Lorsque leur concours ne sera plus indispensable, elles seront renvoyées à leur armée ou à leur pays dans les délais et suivant l'itinéraire compatibles avec les nécessités militaires.

Elles emporteront alors les effets, les instruments, les armes et les chevaux qui sont leur propriété particulière.

Art. 13. — L'ennemi assurera au personnel visé par l'article 9, pendant qu'il sera en son pouvoir, les mêmes allocations et la même solde qu'au personnel des mêmes grades de son armée.

Chapitre IV. — *Du matériel.*

Art. 14. — Les formations sanitaires mobiles conserveront, si elles tombent au pouvoir de l'ennemi, leur matériel, y compris les attelages quels que soient les moyens de transport et le personnel conducteur.

Toutefois l'autorité militaire compétente aura la faculté de s'en servir pour les soins des blessés et des malades; la restitution du matériel aura lieu dans les conditions prévues pour le personnel sanitaire, et autant que possible, en même temps.

Art. 15. — Les batiments et le matériel des établissements fixes demeurent soumis aux lois de la guerre, mais ne pourront être détournés de leur emploi, tant qu'ils seront nécessaires aux blessés et malades.

Toutefois, les commandements des troupes d'opérations, pourront en disposer, en cas de nécessités militaires importantes, en assurant au préalable le sort des blessés et malades qui s'y trouvent.

Art. 16. — Le matériel des sociétés de secours admises au bénéfice de la convention conformément aux conditions déterminées par celle-ci, est considéré comme propriété privée, et comme tel, respecté en toute circonstance sauf le droit de réquisition reconnu aux belligérants selon les lois et usages de la guerre.

Chapitre V. — *Des convois d'évacuation.*

Art. 17. — Les convois d'évacuation seront traités comme les formations sanitaires mobiles, sauf les dispositions spéciales suivantes :

1° Le belligérant interceptant un convoi pourra, si les nécessités militaires l'exigent, le disloquer en se chargeant des blessés et malades qu'il contient;

2° Dans ce cas, l'obligation de renvoyer le personnel sanitaire prévue à l'article 12, sera étendue à tout le personnel militaire préposé au transport ou à la garde du convoi et muni, à cet effet, d'un mandat régulier.

L'obligation de rendre le matériel sanitaire, prévue à l'article 14, s'appliquera aux trains de chemins de fer et bateaux de la navigation intérieure spécialement organisés pour les évacuations, ainsi qu'au matériel d'aménagement des voitures, trains et bateaux ordinaires appartenant au service de santé.

Les voitures militaires autres que celles du service de santé, pourront être capturées avec leurs attelages.

Le personnel civil et les divers moyens de transport provenant de la réquisition, y compris le matériel de chemin de fer et les bateaux utilisés pour les convois, seront soumis aux règles générales du droit des gens.

Chapitre VI. — *Du signe distinctif.*

Art. 18. — Par hommage pour la Suisse, le signe héraldique de la croix rouge sur fond blanc, formé par interversion des couleurs fédérales, est maintenu comme emblème et signe distinctif du service sanitaire des armées.

Art. 19. — Cet emblème figure sur les drapeaux, les bras-

sards, ainsi que sur tout le matériel se rattachant au service sanitaire, avec la permission de l'autorité militaire compétente.

Art. 20. — Le personnel protégé en vertu des articles 9, § 1, 10 et 11, porte, fixé au bras gauche, un brassard avec croix rouge sur fond blanc, délivré et timbré par l'autorité militaire compétente, accompagné d'un certificat d'identité pour les personnes rattachées au service de santé des armées et qui n'auraient pas d'uniforme militaire.

Art. 21. — Le drapeau distinctif ne peut être arboré que sur les formations et établissements sanitaires qu'elle ordonne de respecter et avec le consentement de l'autorité militaire. Il devra être accompagné du drapeau national du belligérant dont relève la formation ou l'établissement.

Toutefois, les formations sanitaires tombées au pouvoir de l'ennemi, n'arboreront pas d'autre drapeau que celui de la Croix-Rouge, aussi longtemps qu'elles se trouveront dans cette situation.

Art. 22. — Les formations sanitaires des pays neutres qui, dans les conditions prévues par l'article 11, auraient été autorisées à fournir leurs services, doivent arborer, avec le drapeau de la Convention, le drapeau national du belligérant dont elles relèvent.

Art. 23. — L'emblème de la Croix-Rouge sur fond blanc et les mots Croix-Rouge ou Croix de Genève ne pourront être employés soit en temps de paix, soit en temps de guerre, que pour protéger ou désigner les formations et établissements sanitaires, le personnel et le matériel protégés par la Convention.

Chapitre VII. — *De l'application et de l'exécution de la Convention.*

Art. 24. — Les dispositions de la présente Convention ne sont obligatoires que pour les puissances contractantes, en cas de guerre entre deux ou plusieurs d'entre elles. Ces dispositions cesseront d'être obligatoires au moment où l'une des puissances belligérantes ne serait pas signataire de la Convention.

Art. 25. — Les commandants en chef des armées belligérantes auront à pourvoir aux détails d'exécution des articles précédents, ainsi qu'aux cas non prévus, d'après les instructions de leurs gouvernements respectifs et conformément aux principes généraux de la présente Convention.

Art. 26. — Les gouvernements signataires prendront les mesures nécessaires pour instruire leurs troupes, et spécialement le personnel protégé, des dispositions de la présente Convention et pour les porter à la connaissance des populations.

Chapitre VIII. — *De la répression des abus et des infractions.*

Art. 27. — Les gouvernements signataires dont la législation ne serait pas dès à présent suffisante s'engagent à prendre ou à proposer à leurs législatures les mesures nécessaires pour empêcher en tout temps l'emploi, par des particuliers ou par des sociétés autres que celles y ayant droit en vertu de la présente Convention, de l'emblème ou de la dénomination de Croix-Rouge ou Croix de Genève, notamment dans un but commercial, par le moyen de marques de fabrique ou de commerce. L'interdiction de l'emploi de l'emblème ou de la dénomination dont il s'agit produira son effet à partir de l'époque déterminée par chaque législation et au plus tard cinq ans après la mise en vigueur de la présente Convention. Dès cette mise en vigueur, il ne sera plus licite de prendre une marque de fabrique ou de commerce contraire à l'interdiction.

Art. 28. — Les gouvernements signataires s'engagent à prendre ou à proposer à leurs législatures : en cas d'insuffisance de leurs lois pénales militaires, les mesures nécessaires pour réprimer, en temps de guerre, les actes individuels de pillage et de mauvais traitements envers des blessés et malades des armées, ainsi que pour punir, comme usurpation d'insignes militaires, l'usage abusif du drapeau et du brassard de la Croix-Rouge par des militaires ou des particuliers non protégés par la présente Convention.

Ils se communiqueront, par l'intermédiaire du Conseil fédéral suisse, les dispositions relatives à cette répression, au plus tard dans les cinq ans de la ratification de la présente Convention.

Dispositions générales

Art. 29. — La présente Convention sera ratifiée aussitôt que possible.

Les ratifications seront déposées à Berne.

Il sera dressé, du dépôt de chaque ratification, un procès-verbal dont une copie certifiée conforme sera remise par la voie diplomatique à toutes les puissances contractantes.

Art. 30. — La présente Convention entrera en vigueur pour chaque puissance, six mois après la date du dépôt de sa ratification.

Art. 31. — La présente Convention dûment ratifiée remplacera la Convention du 22 août 1864 dans les rapports entre les États contractants.

La Convention de 1864 reste en vigueur dans les rapports entre les parties qui l'ont signée, et qui ne ratifieraient pas également la présente Convention.

Art. 32. — La présente Convention pourra, jusqu'au 31 décembre prochain, être signée par les puissances représentées à la Conférence qui s'est ouverte à Genève le 11 juin 1906, ainsi que par les puissances non représentées à cette Conférence, qui ont signé la Convention de 1864.

Celles de ces puissances qui, au 31 décembre 1906, n'auront pas signé la présente Convention resteront libres d'y adhérer par la suite. Elles auront à faire connaître leur adhésion au moyen d'une notification écrite adressée au Conseil fédéral suisse et communiquée par celui-ci à toutes les puissances contractantes.

Les autres puissances pourront demander à adhérer dans la même forme, mais leur demande ne produira effet que si, dans le délai d'un an à partir de la signification au Conseil fédéral, celui-ci n'a reçu d'opposition de la part d'aucune des puissances contractantes.

Art. 33. — Chacune des parties contractantes aura la faculté de dénoncer la présente Convention. Cette dénonciation ne produira ses effets qu'un an après la notification faite par écrit au Conseil fédéral suisse; celui-ci communiquera immédiatement la notification à toutes les autres parties contractantes.

Cette dénonciation ne vaudra qu'à l'égard de la puissance qui l'aura notifiée.

En foi de quoi, les plénipotentiaires ont signé la présente Convention et l'ont revêtue de leurs cachets.

Fait à Genève, le six juillet mil neuf cent six en un seul exemplaire, qui restera déposé dans les archives de la Confédération helvétique, et dont les copies, certifiées conformes,

seront remises par la voie diplomatique aux puissances contractantes.

Le premier chapitre relatif aux blessés et à leur traitement est un des plus importants, car il crée, pour eux, une situation spéciale. D'après la convention 1864-1868, ainsi que nous l'avons vu, il n'y avait d'autre alternative que de garder les blessés guéris refusant de s'engager à ne pas reprendre les armes ou bien de libérer avec l'assurance, à peu près certaine, qu'ils deviendraient les ennemis de demain. Une troisième solution apparaît, celle qui consiste à la livrer à un état neutre qui les internera jusqu'à la fin de la guerre. Mais on n'a pas pensé à régler la question pécuniaire qui devrait se trouver fixée à l'avance, au moins dans ses grandes lignes, en dehors de toute indemnité payée au vainqueur par le vaincu.

Les articles 3 et 4 de ce même chapitre sont le résultat immédiat de ce qui s'est passé pendant la guerre russo-japonaise.

Si les inhumations ont été le grand souci des belligérants, les doctrines des uns et des autres ont été scrupuleusement respectées. Le Japonais est spiritualiste, il croit à la survivance de l'âme, il se fait crémer, mais les cadavres russes ont toujours été enterrés. En même temps, il était dressé un état mentionnant le nombre de cadavres ennemis avec leur nom, âge, grade, régiment, place et date de l'inhumation. Ces états, ainsi que les objets trouvés sur les cadavres, étaient envoyés au bureau des prisonniers à Tokio. Ce bureau, créé pour la guerre, était en rapport constant avec la légation de France, à Tokio, qui, pendant la guerre, représentait les intérêts russes au Japon. La légation centralisait les états et faisait parvenir, aux familles intéressées, les paquets contenant les objets de valeur trouvés sur le cadavre.

Pour les soins donnés aux blessés par les habitants, on introduit une clause plus précise, c'est qu'ils ne pourront les prodiguer que sous le contrôle de l'autorité militaire. C'est le plus sûr moyen d'éviter les abus. On ne verra plus des pays entiers prévoyant une bataille prochaine se pavoiser de drapeaux portant l'emblème de la convention. A l'approche de certains combats en 1870, dans les villages, des lits étaient prêts pour des blessés sans qu'on eût rien préparé pour les soigner. Après la bataille, c'était à qui pourrait confisquer un blessé à son profit, peu importait son traitement. Le zèle charitable couvrait la couardise de beaucoup et le blessé guéri, dorloté par l'habitant, ne songeait plus à rejoindre son corps.

La convention de 1864 parlait d'ambulances et d'hôpitaux militaires. Les termes avaient prêté à la discussion, puisque, en 1868, on avait dû notifier que le terme ambulance s'appliquait aux hôpitaux de campagne et autres établissements temporaires qui suivent les troupes sur le champ de bataille pour y recevoir malades et blessés. Aujourd'hui, les termes ont été étendus et c'est sous deux qualificatifs : formations mobiles et formations fixes, que sont compris les établissements neutralisés. Mais les conférenciers se sont arrêtés en chemin. On parle de formations du service de santé, on n'a pas spécifié les hospices civils pour lesquels nous réclamions la neutralité lors du commentaire de la loi de 1864. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit à ce sujet, mais il nous semble que les souffreteux et les moribonds, les vieillards et les enfants qu'abritent nos hospices ont droit à la même protection qu'un jeune homme blessé d'une balle et soigné dans une ambulance. L'humanité réclamait, pour eux, une mention spéciale.

L'ancienne convention édictait, dans un court paragraphe, que la neutralité des ambulances et des hôpitaux cesserait au cas où ils seraient gardés par une force militaire. C'était trop et trop peu, car, ce mot, force militaire, prêtait à un grand nombre d'interprétations. Implicitement, on refusait à une formation sanitaire le droit de se garder contre les pillards, on lui refusait même le droit d'avoir une police armée pour assurer sa sécurité.

Aussi de nouveaux articles prévoient-ils les limites dans lesquelles cette défense peut s'exercer. Elle en reconnaît même la nécessité. Enfin, si une ambulance n'a pas eu le temps de verser à un corps de troupe les armes et cartouches de ses blessés, la neutralité ne cessera pas pour cela. Pourrait-on être coupable d'accepter un blessé avec ses armes, alors que le règlement du service de santé de toutes les armées, ordonne aux brancardiers de relever le blessé *avec ses armes?*

L'article 10 affirme, à nouveau, la reconnaissance des sociétés volontaires de secours qui, depuis la formation de l'ordre prussien de Saint-Jean, en 1863, de la Société française de secours aux blessés ont rendu de si grands services dans les diverses guerres. Mais c'est avec un esprit très juste et basé sur l'expérience du passé que l'on a posé, comme condition « que le personnel de ces formations serait soumis aux lois et règlements militaires ».

On a compris que, s'il ne fallait pas décourager l'initiative privée, il fallait, du moins, diriger ses efforts vers le meilleur rendement possible. Il faut, en outre, au point de vue disciplinaire, que le service médical privé soit subordonné au service médical militaire. On a vu, en 1870, la Croix-Rouge servir de paratonnerre à des maisons que n'habitait pas l'ardeur désintéressée du patriotisme et on a constaté, jusque sur le champ de bataille, des empressements suspects. Il fallut même que le gouverneur de Paris prît un arrêté pour empêcher la confusion des voitures en quête de blessés. Enfin, des gens circulant librement au milieu des troupes, pendant un combat, ne peuvent que donner l'image du désordre et devenir dangereux pour ceux qu'ils croient servir. Pendant la guerre du Transvaal, les ambulances auxiliaires augmentèrent le désordre de l'armée anglaise en déroute et, par la trop grande liberté qui leur fut accordée, fournirent, en circulant sous la vue de l'ennemi, des indications sur les dispositions des troupes. Heureux encore quand ces secouristes ne sont pas des étrangers qu'un zèle, trop souvent intéressé, a conduits dans les rangs ennemis.

Enfin, l'article 11 limite les services des Sociétés

de secours des pays neutres. On ne verra donc plus, dans l'armée, se reproduire des histoires ou plutôt des aventures dans le genre de celles qui accompagnèrent les pérégrinations de l'ambulance de Mme la baronne de Commbrugghe. On ne verra plus une dame du monde, chef de service dans son ambulance avec un personnel composé de parentes, d'amies et... d'amis, faire la navette, selon son bon plaisir, entre les deux lignes ennemies.

D'ailleurs, on ne demande que la généralisation de ce qui est réglementaire en Italie où les sociétés de secours, militarisées, fonctionnent comme service de santé auxiliaire, dès le temps de paix.

Comme par le passé, la neutralité la plus complète est assurée au personnel qui demeure auprès de ses blessés, en territoire ennemi. Il doit lui procurer, clause nouvelle, la même solde qu'au personnel du même grade de son armée.

Mais pourquoi continuer, lorsque le renvoi du personnel médical est décidé, à laisser l'ennemi lui fixer pour le retour « l'itinéraire compatible avec les nécessités militaires » ? Le médecin n'est pas un combattant, on le lui répète assez souvent, pourquoi donc le traiter comme tel? Les soins qu'il fournit sont supérieurs aux nécessités de la guerre, a-t-on besoin d'en priver ceux qui en ont besoin ? N'a-t on pas vu en 1870 des médecins français pris à Sedan, relâchés, mais qui durent pour regagner l'armée française passer par la Belgique? Ils ne purent reparaître dans les ambulances françaises avant la fin de la guerre.

Le deuxième paragraphe de l'article 3 de la Convention de 1864 n'était-il pas préférable, quand il disait que, lorsque le personnel des hôpitaux et ambulances cesserait ses fonctions, il serait remis *aux avant-postes ennemis* par les soins de l'armée occupante?

On a voulu régler les conditions dans lesquelles le brassard devait être délivré et les garanties que devait offrir le porteur pour jouir des droits que lui assurait cet emblème. C'est beaucoup, mais est-ce tout? En 1870, les brassards ont tenu sur trop de bras la place de fusils et sous couleur de charité beaucoup de poltrons dissimulaient leur couardise. Un brassard ne doit avoir de valeur qu'estampillé, c'est la seule garantie que son emploi est justifié. Mais n'aurait-on pas dû aussi s'occuper d'éviter l'abus des brassards, tel que celui qu'on vit se produire en 1870? L'ennemi avait à peine franchi le Rhin que l'on vit à Paris, sur le bras d'un grand nombre de dames, éclore une floraison de mignons brassards. Aujourd'hui avec quelle coquetterie ne voyons-nous pas arborer brassards ou décorations savamment brodés par quelques dames que leur zèle charitable conduit à prêter leur concours... élégant dans certains hôpitaux? Et pourtant le canon ne gronde pas, on est en paix, bien en paix... mais cela rend si intéressant! Aussi pourquoi ne pas distribuer dans des conditions semblables, comme le demandait notre camarade Boigey, croix et emblèmes de toute couleur et de toute nature? Mais réservons la croix rouge sur fond blanc à ceux qui portent leurs soins aux blessés sous le feu de l'ennemi.

Et maintenant jetons un coup d'œil d'ensemble sur l'œuvre de la Conférence et considérons le chemin parcouru de 1864 à 1906. Quarante-deux ans se sont écoulés. Le progrès que nous constatons aujourd'hui est-il en rapport avec celui des esprits durant ce presque demi-siècle? Non.

Le respect des médecins? Nous le trouvons mentionné dans l'histoire de la guerre de Troie, quand Idoménée crie à Nestor, lorsqu'il voit son médecin blessé : « Fils de Nélée, hâte-toi de retirer Macchaon de la foule des guerriers ; emporte-le sur son char près des vaisseaux, car un médecin vaut à lui seul mille guerriers. »

La préoccupation de bien traiter les blessés? Xénophon nous rapporte que Cyrus le Grand appelait auprès de lui des médecins pour soigner des prisonniers blessés.

Le comte Asfeld et l'électeur de Brandebourg n'échangeaient-ils pas les blessés et ne respectaient-ils pas les hôpitaux et ambulances ?

Ce que Cochin dit de la Convention de 1864 s'applique en tous points à celle de 1906 : « La Convention de Genève, dit-il, n'est que la traduction en langage légal des usages pratiqués dans les camps par les continuateurs d'A. Paré et l'expression solennelle du respect qu'ils ont su inspirer. »

Est-ce donc là tout ce qu'on peut espérer, et la Convention de 1864 doit-elle être l'acte immuable que les conventions futures compléteront dans la forme sans lui faire accomplir de progrès bien marqué dans le fond? Non, il y a plus à faire et la voie à suivre nous est indiquée par un vœu de la Conférence, ajouté à la Convention et que le Japon, la Corée et la Grande-Bretagne n'ont pas voulu accepter.

« En outre et en conformité de l'article 16 de la Convention du 29 juillet 1899 (réglant pacifiquement les conflits internationaux) qui a reconnu l'arbitrage comme le moyen le plus efficace et le plus équitable de régler les litiges qui n'ont pas été résolus par la voie diplomatique, la Conférence a émis le vœu suivant :

La Conférence exprime le vœu que, pour arriver à une interprétation et à une application aussi exactes que possible de la Convention de Genève, les puissances contractantes soumettent à la Cour permanente de La Haye, si les cas et les circonstances le permettent, les différends qui, en temps de paix, s'élèvent entre elles sur l'interprétation de ladite Convention. »

C'est dans ce vœu que l'on doit voir le sens dans lequel doivent être dirigés les efforts futurs. L'idée d'arbitrage pour la solution des grands conflits internationaux fait de plus en plus de progrès. Elle marque l'effort des esprits vers une ère de justice et de paix. Une paix perpétuelle est une utopie, mais il y a un abîme entre la guerre légitime, inévitable, et certaines tempêtes désordonnées, qui attisant les passions internationales, mettent en péril l'ordre social lui-même. Réduire les conflits en les soumettant à une cour impartiale, n'est-ce pas un premier moyen de faire disparaître les guerres injustes, les guerres de passion? Sans doute il serait plus simple de supprimer les médecins militaires, les sociétés de

secours, la Convention de Genève en supprimant tout à fait la guerre. En attendant ce rêve, bornons-nous à restreindre sa fréquence et, lorsqu'elle sera devenue inévitable à diminuer sa cruauté. Entre plusieurs nations belligérantes, les individus ne sont ennemis que par accident, ils ne le sont pas comme hommes, ils le sont comme soldats. Cet état d'hostilité disparaissant par suite de la mise hors de combat, les peuples doivent se prêter aide et assistance dans la plus large mesure possible. Un code, une convention ne peuvent en établir le cadre, le cœur et les sentiments d'humanité de chacun seuls lui fixent une limite. L'idéal que nous devons chercher à réaliser est celui que Montesquieu exprimait il y a quatre siècles, quand il demandait que *les nations se fissent pendant la paix le plus de bien et dans la guerre le moins de mal qui leur est possible*, après avoir tout tenté pour l'éviter, ajouterons-nous.

ANALYSES

OBSTETRIQUE

Étude sur la physiologie de la nourrice en particulier au point de vue de sa résistance aux maladies. (Georges Vitry. Th. de Paris, 1905; G. Steinheil, édit.) — La lactation entraîne dans la physiologie normale de la nourrice un certain nombre de modifications.

Ces modifications portent surtout sur le foie. Au point de vue histologique, on y trouve une surchage graisseuse ; au point de vue fonctionnel, on constate que ses différentes fonctions sont altérées : fonction glycogénique, comme le montre la glycosurie alimentaire ; fonction antitoxique, comme le montre son action sur la nicotine ; fonction adipogénique, fonction uropoiétique.

On note d'autres modifications portant sur le sang : diminution légère du nombre des globules rouges, leucocytose appréciable avec prédominance de mononucléaires.

Une autre modification importante est la fréquence de la lactosurie consécutive à la résorption du sucre de lait au niveau de l'épithélium mammaire, entraînant par suite une augmentation de sucre dans le sang.

La nutrition générale est ralentie, le coefficient azoturique inférieur à la normale, les phosphates éliminés en excès, l'alcalinité du sang diminuée.

Un organisme qui a subi de telles modifications est-il moins résistant vis-à-vis des agents pathogènes ? C'est ce que nous montre l'expérimentation et la clinique.

Expérimentalement, l'animal en lactation est plus sensible à l'injection de certains poisons (strychnine), de certains microbes : pyocyanique, pneumocoque, bacille de Koch.

Cliniquement, sans que l'on puisse donner de statistique, la lactation semble créer une moindre résistance de l'organisme vis-à-vis de l'infection puerpérale, de la pnemonie, du paludisme, de la diphtérie, etc... Enfin en ce qui concerne la tuberculose, la lactation semble en favoriser l'apparition chez les sujets prédisposés et accélérer la marche chez les sujets déjà légèrement atteints.

Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements. (Louis Devraigne. Th. de Paris, 1906; Henry Paulin et Cie, édit.) — Le dosage de l'hémoglobine par la méthode colorimétrique simple et clinique, peut rendre les plus grands services dans la pratique obstétricale.

La numération globulaire nécessite un hématimètre, un microscope, un laboratoire et du temps ; elle est indispensable pour des recherches scientifiques réclamant des examens complets du sang ; elle n'est pas à la portée de tous les praticiens parce qu'elle exige une éducation spéciale. Elle fournit des renseignements souvent insuffisants dépendant des opérateurs, des instruments et des variations physiologiques et surtout pathologiques du calibre des globules rouges.

Les hématies n'ont de valeur qu'en raison directe de l'hémoglobine qu'elles contiennent et qui en constitue l'élément noble. Doser l'hémoglobine c'est estimer la capacité respiratoire du sang.

Le dosage de l'hémoglobine par la méthode colorimétrique est facile à faire au lit des malades ; il peut se faire en moins de cinq minutes ; il n'exige pas de connaissances ni d'études spéciales.

L'auteur l'a toujours pratiqué, parce qu'il était à l'hôpital, concurrement à la numération globulaire ; ou bien les deux courbes sont parallèles (et le nombre des globules importe peu) ou bien les deux courbes ne sont pas parallèles et dans ces cas (anisocytose dans les hémorragies répétées) il est plus important de connaître la quantité d'hémoglobine que le nombre des globules.

Dans la pratique obstétricale où l'on a si souvent à lutter contre les hémorragies, et cela à toutes les périodes de la grossesse, l'hémoglobinométrie permet au clinicien de doser de façon suffisamment exacte l'anémie des femmes qu'il examine. Il pourra d'après cela établir tout de suite un pronostic sûr.

Dans les cas d'hémorragies répétées (hématorrhée, môle, placenta prævia), le praticien n'hésitera pas à interrompre la grossesse, pour éviter une anémie grave au cours de laquelle l'évacuation utérine se fait spontanément chez une femme très affaiblie quand le dosage de l'hémoglobine accusera 35 et au-dessous avec l'hémoglobinomètre de Gowers, 5,5 et au dessous avec l'hémochromomètre de Malassez.

L'hémoglobinométrie permet de suivre, après une hémorragie massive ou une série d'hémorragies, la rénovation du sang qui ne fait dans le deuxième cas toujours très lentement, quelle que soit la thérapeutique suivie : tous les moyens classiques prescrits dans les anémies sont à employer, mais sont peu efficaces.

Dans toutes les infections, qu'il y ait ou non hémorragie, à cause de l'anémie qui résulte de l'action globulicide des toxines, l'hémoglobinométrie donnera des renseignements intéressants.

L'auteur n'a pas assez d'observations de vomissements incoercibles et d'éclampsies pour poser des conclusions nettes. Ce qu'il a observé le laisse sceptique en ce qui concerne la vieille théorie classique de *l'anémie de la grossesse normale*.

Enfin dans certains cas cliniques très difficiles, où l'on soupçonne une hémorragie interne (hématome rétro-placentaire, rupture utérine, grossesse extra-utérine rompue, hydramnios aiguë), le dosage de l'hémoglobine peut éclairer un diagnostic hésitant.

L'hémoglobinométrie peut et doit, surtout avec un appareil simple comme l'hémoglobinomètre de Gowers, devenir un procédé d'investigation clinique aussi courant que l'est, dans un autre ordre d'idées, le dosage de l'albumine, avec le tube d'Esbach.

GYNECOLOGIE

Des complications inflammatoires aiguës bénignes des ligaments larges dans les suites de couches pathologiques. (Henri GUILBERT. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — A côté des formes classiques d'inflammation des ligaments larges ayant pour origine une infection *post partum* ou *post abortum*, il y a lieu de décrire un type clinique, essentiellement bénin, dont la localisation anatomique doit être placée dans le tissu cellulaire de la loge inférieure du ligament large.

Au point de vue anatomique, il s'agit d'une infection lymphatique à point de départ utérin, avec réaction du tissu cellulaire voisin, constituant ainsi un véritable œdème inflammatoire aigu péricervical.

Cliniquement cette affection se présente sous deux formes : l'une précoce, l'autre tardive.

La caractéristique symptomatique est l'apparition rapide d'une tumeur de volume variable, toujours perceptible par le vagin, généralement inaccessible par le palper abdominal, étroitement accolée à un des bords de l'utérus, susceptible de passer facilement d'un bord à l'autre de cet organe et sans tendance aucune à la suppuration.

Ces symptômes permettent le diagnostic facile de ce syndrome clinique.

L'évolution de l'œdème inflammatoire est de courte durée. En dix jours dans la forme précoce, en vingt jours dans la forme tardive, les accidents disparaissent.

Le pronostic est bénin; les malades guérissent spontanément et définitivement. A moins de complications la suppuration est exceptionnelle.

Le traitement est des plus simples. Il faut s'assurer en premier lieu que l'utérus ne contient plus de produits septiques, s'il en contient les enlever ; sinon se contenter d'un traitement exclusivement médical ; repos absolu au lit, injections vaginales et irrigations rectales très chaudes, très exceptionnellement glace et morphine.

LIVRES NOUVEAUX

Guide du médecin de réserve (1), par Ed. LAVAL.

Qui n'a pas entendu des médecins de réserve déplorer l'absence d'un manuel, précis, mais suffisamment détaillé, pour leur mettre au point clairement les questions qui concernent leur métier éventuel de médecin militaire, en temps de paix et en temps de guerre? Cette lacune, le docteur Laval vient très heureusement de la combler.

Après des généralités sur l'armée, son recrutement, son organisation, la grande question de la mobilisation, etc., notions qui sont indispensables à reconnaître, l'auteur aborde l'étude du service de santé en temps de paix, insistant à juste titre sur la partie qui concerne plus spécialement les médecins de réserve.

Le chapitre du service de santé en campagne y est traité avec tout le soin désirable. L'exposé, qui en est habituellement si difficile, eet clair, concis ; les divers liens qui réunissent les diverses formations sanitaires y sont bien mis en évidence ; des tableaux, des figures nombreuses aident puissamment à la compréhension du rôle important que doit remplir le médecin militaire dans les différentes situations où il est appelé à servir en temps de guerre.

Enfin, M. Laval a su réunir dans le dernier chapitre les diverses notions qui sont spéciales à la chirurgie et à la médecine d'armée ; on ne saurait trop le louer du résumé qu'il donne à cet égard sur la clinique des blessures de guerre et la prophylaxie des maladies infectieuses, qui sont souvent pires pour une armée que les armes blanches, voire même que les projectiles de l'ennemi.

Somme toute, excellent livre, facile à lire, rempli d'enseignements où non seulement le médecin de réserve, mais aussi le médecin militaire, puiseront avec le plus grand fruit.

C. DOPTER.

(1) In-18 jésus, cart. toile de 350 p. avec 100 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale (1), par M. MARCHAND.

Dans cet ouvrage très complet, très documenté, l'auteur fixe d'une façon nette les notions actuelles sur les rapports qui unissent la syphilis et un certain nombre d'affections de l'encéphale. C'est la mise au point d'une question en pleine évolution, qui se précise de plus en plus chaque jour et sur laquelle tout médecin doit être suffisamment documenté pour connaître les ressources que lui offre une thérapeutique, d'autant plus utile qu'elle sera plus précoce. Par la lecture de cet ouvrage on se rendra compte du vaste champ que le système nerveux offre à la syphilis acquise ou héréditaire.

L'auteur étudie successivement les lésions méningées, vasculaires et dégénératives produites sur l'encéphale, le bulbe et la protubérance par le virus syphilitique. De nombreux renvois bibliographiques et trois tables de matières font de ce livre un document très utile et facile à consulter.

P. RAVAUT.

Les gastro-entérites des nourrissons, étude clinique (2), par A. LESAGE, médecin de l'hôpital des Enfants (Hérold).

En pathologie infantile, il n'y a guère de question plus particulièrement intéressante que celle des gastro-entérites des nourrissons. M. Lesage s'est depuis de longues années donné pour tâche de résoudre le problème posé par ce fléau meurtrier. La monographie clinique qu'il lui consacre est l'exposé clair et précis des résultats qu'il a obtenus et l'étude complète des points élucidés par les autres auteurs qui se sont occupés de cette question. Le travail est ainsi complet. On y lira avec profit les *états digestifs* des nourrissons qui comprennent : le déséquilibre hépatique, l'acholie pigmentaire, la maladie spasmodique intestinale, la surcharge alimentaire, l'intolérance pour le lait, les graisses et les intoxications alimentaires; puis le médecin trouvera au complet l'exposé de toutes les infections gastro-intestinales. Cette monographie est d'une importance pratique et sociale à nulle autre pareille.

L. GAYARD.

(1) In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°. Monographie de l'*Œuvre médico-chirurgical*, n° 46. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de chirurgie infantile, par E. Kirmisson, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. In-8° de x-802 pages de la *Collection de Précis médicaux,* avec 462 figures dans le texte. Cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître : *Streptococcie, staphylococcie, pneumococcie, colibacillose,* par F. Widal, J. Courmont, L. Landouzy et A. Gilbert. In-8° de 147 p., 18 fig. — Prix broché, 3 fr. 50; cart., 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La médecine chez les Grecs avant Hippocrate (460 ans avant Jésus-Christ), par le docteur Mollet. In-18. (Bibliothèque de curiosités et singularités médicales). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Les accidents du travail dans la marine marchande et la caisse de prévoyance, par le docteur Charles Vigné, médecin sanitaire maritime. In-8° de 100 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons, par le docteur Louis RÉNON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de la Société de biologie. — In-8 de VIII-392 p. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les pères de la biologie, par LAUNOIS. In-8 de 167 p. — Prix : 4 francs. — Paris, Boulangé.

N° 92. — MARDI 14 AOUT 1906. 79e ANNÉE. MARDI 14 AOUT 1906. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **7** fr.	D. — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Asomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juin au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

A dater du 15 août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 18 février 1907, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MARINE. — M. le médecin de première classe Freissineng, du port de Toulon, actuellement en service à l'Ecole de pyrotechnie, est nommé secrétaire du Conseil supérieur de santé, en remplacement de M. le docteur Barthélemy, rendu au service général.

COESEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Le Conseil municipal a émis un avis favorable à la demande formée par la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie en vue d'être reconnue comme établissement d'utilité publique.

LE XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. le docteur Monprofit, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie des gros troncs veineux*, rapporteurs : MM. Lejars et Morestin (de Paris);

2° *Ectopie testiculaire et ses complications*, rapporteurs : MM. Souligoux (de Paris) et Villard (de Lyon);

3° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire*, par MM. Willems (de Gand) et Loison, agrégé (du Val-de-Grâce).

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Subervie, inspecteur honoraire du service des enfants du premier âge et Devouges (de Corbeil).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie vient de publier un album artistique intitulé *Itinéraire illustré Paris-Simplon-Milan.*

Cet album, qui renferme des panoramas cartographiques, des reproductions en simili-gravures et dessins à la plume, est mis en vente au prix de 50 centimes dans les bibliothèques des principales gares du réseau ; il est envoyé également à domicile sur demande accompagnée de 60 centimes en timbres-poste et adressée au Service centrale de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le docteur Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, 6e édit. revue et augmentée. In-8° de XVI-1700 pages. — Prix : relié toile, 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traité d'hygiène, publié en fascicules sous la direction de MM. BROUARDEL et MOSNY. — **Anthropologie, hygiène individuelle, éducation physique**, par R. ANTHONY, E. DUPRÉ, G. BROUARDEL, P. RIBIERRE, M. BOULAY, V. MORAX et P. LAFEUILLE. In-8 de 300 p. avec 38 fig. — Prix : broché, 6 francs; cart., 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les toxines, les venins et leurs anti-corps (actualités chimiques et biologiques), par le professeur POZZI-ESCOT. In-8° de 115 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le livre de l'infirmière, guide pratique de M. N. OXFORD, adapté de l'anglais, à l'usage de la maison-école d'infirmières privées, par L. CHAPTAL. Préface par le docteur Maurice LETULLE. In-8° de 312 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Les auto-mutilateurs, étude psycho-pathologique et médico-légale, par le docteur Charles BLONDEL, agrégé de philosophie. In-18 jésus. — Prix : broché, 3 francs. — Paris, J. Rousset.

La cure de déchloruration dans le mal de Bright et dans quelques maladies hydropigènes, par le docteur Fernand WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, et le docteur Adolphe JAVAL, lauréat de l'Académie de médecine. In-16 de 96 p. — Prix : cart., 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le rein mobile, par le docteur F. LEGUEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-18 de 96 p., avec fig. — Prix : cart., 1 fr. 50. — Paris, J.-B.-Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



AGRÉGÉS ET SOUS-AGRÉGÉS

Par le docteur Léon IMBERT,

Professeur à l'Université de Marseille.

Discrètement, et, semble-t-il, sans longues discussions, le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient de publier une réforme qui ressemble à une petite révolution. Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ont pu en prendre connaissance dans le numéro du 31 juillet dernier, mais il n'est peut-être pas sans intérêt de préciser brièvement sur quels points porte la réforme et quelles en seront les conséquences pour l'enseignement médical et pour le personnel chargé de le donner.

Ainsi que l'indique le rapport du ministre au président de la République, rapport qui n'est lui-même que la copie de celui qui a été présenté au Conseil supérieur par M. Bouchard, la réforme actuelle est la résultante naturelle de toutes les mesures prises depuis plus de vingt ans pour affranchir les esprits de la jeune génération et nous préparer des professeurs novateurs et hardis. Tous, nous avons connu ces candidats, doués des facultés les plus brillantes, très intelligents, très travailleurs, toujours vainqueurs sans conteste dans les concours et dans les examens ; mais à l'âge où cessent les concours, nous les avons vus s'effacer progressivement et perdre dans l'esprit de leurs contemporains la place prépondérante que leurs premiers succès leur avaient fait attribuer. De cette éclipse progressive est responsable en partie une organisation qui, il n'y a guère plus d'un demi-siècle, mettait encore au concours les chaires de professeur. Nous avons vu disparaître ce concours d'abord, qui était le « concours » sans épithète, mais les épreuves de mémoire ont été intégralement conservées pour l'agrégation, qui avant 1887, comportait encore une épreuve écrite d'anatomie pour toutes les sections. En 1887, on a supprimé cette épreuve, et, à sa place, on a inscrit celle dite de titres, dans laquelle le candidat expose ses recherches et ses découvertes; suppression de la thèse également et, innovation déjà très hardie, autorisation, pour la leçon de trois quarts d'heure, de s'aider de livres. C'était un progrès, en ce sens que le coefficient personnel du candidat tenait ainsi une place qui n'était accordée autrefois qu'à sa mémoire. Mais cela n'était pas sans inconvénients. Le plus grave, ainsi que l'a bien fait ressortir le rapporteur, était l'éloignement progressif des sciences fondamentales : anatomie, histologie, anatomie pathologique. Les chirurgiens et les accoucheurs ont souffert surtout de cette tendance ; un chirurgien capable de mettre l'œil au microscope était devenu un pur phénomène. Enfin, dernier défaut, l'organisation de 1887 ne réglait pas la question de spécialités ; alors que, tardivement, des chaires spéciales avaient été créées, on ne trouvait pas d'agrégés pour prendre les successions qui se présentaient. Que de fois n'ai-je pas entendu mon vénéré maître Panas se plaindre qu'aucun agrégé de Paris ne voulût se consacrer à l'étude de l'ophtalmologie !

Indifférence relative à la culture générale, à la valeur réelle et personnelle du candidat, à la spécialisation médicale, tel est le triple danger que, avec une remarquable lucidité, le rapport a mis en lumière. Il en est un quatrième qu'il faudra bien se résoudre à discuter et qui devient d'autant plus pressant que le recrutement de l'agrégation s'élève davantage. Je veux parler de la situation faite aux agrégés eux-mêmes. Les facultés de médecine ne sont point responsables des Claude Bernard et des Pasteur, mais elles sont responsables de ceux qui ont été rejetés sans raison, les Lancereaux, les Labbé et tant d'autres qui ont trouvé leurs moyens de travailler non pas dans l'Université, mais dans les hôpitaux. Il faut que le statut de l'agrégation permette un jour de conserver, sinon tous les agrégés, au moins ceux qui le méritent. Je dois reconnaître du reste que, dans cette voie, un pas important a été fait par la création récente de nombreux professeurs adjoints.

Le Conseil supérieur n'a donc visé que les trois graves défauts que je viens de signaler et il a proposé, pour les faire disparaître :

1° La création d'un certificat d'études médicales supérieures;

2° La suppression à peu près absolue des épreuves de mémoire dans l'agrégation ;

3° Le sectionnement de l'agrégation en nombreuses spécialités.

L'avenir nous dira ce que vaut cette réforme ; je la crois bonne et je pense qu'elle constitue un réel progrès ; l'expérience seule nous permettra de juger en connaissance de cause.

1° *Certificat d'études médicales supérieures.* — Dans l'esprit du rapporteur ce certificat est une sorte de demi-agrégation, de sous-agrégation, avec cette double et heureuse modification qu'il est un examen, et qu'il se limite aux épreuves destinées à prouver la science acquise et non la valeur personnelle. Je n'en veux pas rappeler les conditions d'accès, puisqu'on les trouvera dans un des précédents numéros de la *Gazette des hôpitaux* (n° 86, p. 1025), mais je voudrais en faire ressortir les caractéristiques essentielles, les avantages, et aussi les inconvénients.

Ce certificat est un examen et non un concours : conception très bonne à mon avis, car il demeure ainsi largement ouvert non seulement aux élèves des facultés, mais aussi à ceux des écoles. Avec le régime actuel, il n'est point excessif de dire que la porte d'une faculté est fermée à tout élève qui a fait ses études dans une autre ; nul n'ignore les raisons de cet exclusivisme, défendable dans une certaine mesure. Au contraire le certificat permettra de distinguer tout candidat instruit, sans souci de la place qu'il pourrait ravir à un autre puisqu'il ne s'agit pas de concours.

Le certificat comporte uniquement des épreuves de mémoire : c'est un examen d'élève, et non de maître, comme l'agrégation, mais c'est un examen d'élève qui se prépare à être maître ; il sera donc recherché par les bons élèves déjà docteurs et qui commenceront à le préparer avant leur thèse. Le danger qui le menace est l'indulgence, cette extrême

indulgence qui est vraiment, nous pouvons le reconnaître, un vice grave de notre enseignement médical. On a fait le possible pour parer à ce reproche : la note minima d'admission est de 15 sur 20; en outre le jury sera « interfacultés », excellente condition, et nulle faculté ne peut être représentée par plus de quatre membres. Ici je me permettrai de présenter une critique : le jury se réunira deux fois par an, tantôt à Paris, tantôt en province. Je pense que le jury siégeant constamment à Paris est toujours préférable, ici comme pour l'agrégation. Je sais bien qu'on réalise ainsi une « intéressante tentative de décentralisation », pour employer le cliché consacré, mais on ne peut se refuser à reconnaître que les candidats parisiens seront toujours plus nombreux; que, en conséquence, les jurys parisiens réaliseront d'habitude le maximum de quatre membres, et, dans ces conditions, on ne voit pas bien la nécessité de faire transporter tout ce personnel à Montpellier ou à Toulouse.

Il est à craindre que, dans la pratique, les candidats parisiens ne se réservent pour la session parisienne, ce qui serait, je crois, fâcheux. Je préfère, comme essai de décentralisation, la mesure qui consiste à donner aux juges parisiens la minorité au lieu de la majorité qu'ils ont aux concours d'agrégation actuels.

Un autre reproche, que je ferai au certificat tel qu'il est conçu, c'est qu'il se limite à l'histologie, à la physiologie, à la pathologie générale et à l'anatomie pathologique; ce sont des sciences fondamentales; mais je verrais avec plaisir que l'on exigeât la possession approfondie de la chirurgie par exemple, pour les futurs candidats à l'agrégation de chirurgie, celle-ci devenant presque un concours sur titres. Cela conduirait évidemment à la création d'autres certificats ; mais l'inconvénient ne serait peut-être pas bien grand.

Par contre il est un point sur lequel je désire attirer l'attention des praticiens; on a craint que la création d'une sorte de doctorat ès sciences médicales n'aboutît à la reconstitution de deux classes de médecins, je crois que cette crainte est vaine; la commission a cherché à ne pas tomber dans les inconvénients du doctorat en pharmacie, de création récente; la constitution d'un jury unique émané de plusieurs facultés, me paraît être une garantie absolue contre ce danger.

2° *Agrégation.* — Dans l'esprit de la commission, elle le déclare expressément, le certificat d'études supérieures résulte du dédoublement du concours d'agrégation actuel : il remplace l'admissibilité en ce sens qu'il fournit la preuve de connaissances acquises, mais nullement de la valeur réelle du coefficient personnel du candidat. L'agrégation étant destinée à fournir cette dernière preuve, on en a supprimé toute question de mémoire; la leçon de trois quarts d'heures après quatre heures de préparation *à la bibliothèque* montrera seulement comment le candidat sait exposer une question ; l'épreuve pratique, c'est à craindre, demeurera ce qu'elle est avec le concours actuel, c'est-à-dire une épreuve sacrifiée. Restera donc seulement l'épreuve de titres qui prendra naturellement une importance prépondérante. L'agrégation tend à devenir un choix, mais un choix public ; cette tendance n'est point à blâmer, au contraire. On pourra donc voir agrégés quelques-uns de ces hommes qui passent leur existence dans le laboratoire ou l'hôpital, dont la parole est écoutée, et qui, avec le concours actuel, ne parviendraient jamais à franchir la porte de la Faculté si le désir leur en venait. Le concours aura toujours lieu à Paris, mais aucune faculté ne peut être représentée par plus du tiers des membres. Le rôle des juges parisiens diminue donc ici encore; c'est de la vraie et bonne décentralisation, la seule, je crois, que notre organisation actuelle nous permette de supporter.

Les candidats seront classés par ordre de mérite: l'innovation mérite d'être signalée. C'est une réforme importante, dit le rapporteur, qu'on a jugée audacieuse. Quelques-uns ont dit irréalisable. Je ne suis point de cet avis, mais je dois reconnaître qu'il est partagé par beaucoup. Avec le concours actuel, les candidats sont classés *par facultés*, les candidats de Bordeaux ensemble, ceux de Lyon ensemble mais sans que le jury fasse de comparaison entre les candidats des diverses facultés. Ceux de Paris sont, il serait puéril de le méconnaître, presque toujours supérieurs aux autres; mais on a vu des provinciaux faire des concours remarquables ; le nouveau règlement leur donne le droit d'être nommés à Paris s'ils le désirent. N'est-ce point là une idée juste ? Mais il y a le revers de la médaille. Ce qui distingue au fond les agrégés de droit, des agrégés de médecine, c'est que ces derniers tiennent à la ville par leurs intérêts, par la clientèle, tandis que les autres sont généralement indépendants de ce genre d'attache. Croyez-vous, dira-t-on, que tel candidat parisien, médecin ou chirurgien des hôpitaux, acceptera d'être agrégé où que ce soit? Je n'en disconviens point, mais l'expérience mérite d'être tentée; pour ma part, je suis très heureux qu'elle le soit et je suivrai avec beaucoup d'intérêt les résultats qu'elle fournira.

Enfin le nouveau règlement prévoit la spécialisation du concours; il n'est guère besoin de défendre cette mesure; on rencontrera peut-être quelques difficultés matérielles dans l'organisation des jurys, mais cette réforme ne s'en impose pas moins.

Avant de terminer ces quelques réflexions, je voudrais attirer l'attention des jeunes docteurs sur l'importance considérable que présente pour eux la réforme récemment votée. Tout d'abord, il est bien évident qu'elle ne saurait toucher aux situations acquises; un arrêté prévoit même que les suppléants et chargés de cours actuellement en fonctions n'ont point à s'occuper du nouveau certificat pour leur titularisation future, rien n'est plus juste.

Le certificat est exigé du candidat à l'agrégation, ainsi qu'on l'a vu, et des candidats aux fonctions de chefs de travaux dans les facultés. La commission n'a pas cru devoir l'exiger dans les écoles pour les concours de suppléants, mais elle a attribué à sa possession de tels avantages que, bien certainement, les jeunes docteurs ambitieux des écoles auront tout intérêt à s'y présenter. Tout d'abord, ne pourront

être nommés professeurs (je ne vise ici, bien entendu, que les sciences médico-chirurgicales pures), que les docteurs munis du certificat, avec la réserve que je viens de formuler. Mais la disposition la plus importante est la suivante :

Les docteurs pourvus du certificat pourront être nommés suppléants sans concours. Il ne s'agit point d'une disposition vague, car un arrêté supplémentaire prévoit la procédure à suivre en pareil cas; les vacances de suppléant sont annoncées à l'*Officiel*; un délai de vingt jours est accordé aux docteurs munis du certificat pour produire leurs titres; le comité consultatif décide, s'il y a lieu, de nommer l'un d'eux ou au contraire de mettre la place au concours. La procédure est la même pour le concours de chefs de travaux anatomiques dans les écoles. Les chefs de clinique dans les facultés peuvent être également nommés directement par le recteur s'ils sont munis du certificat. Nul doute que, dans ces conditions, le certificat étant nécessaire pour les facultés, et presque indispensable pour les écoles, le nombre des candidats en soit considérable, et leur valeur réelle.

Pour me résumer on peut schématiser ainsi la réforme actuelle :

Tout étudiant désireux de parvenir dans les facultés ou écoles, ou simplement de se faire un nom dans la science médicale, devra, étant encore sur les bancs de l'école, préparer un examen supplémentaire qui représentera un effort considérable; mais cet effort fourni, il lui sera permis, encore en plein enthousiasme de jeunesse, de laisser de côté le travail stérilisant de la mémoire pour se consacrer à des recherches personnelles.

Il n'aura plus de concours à affronter, l'agrégation étant devenue à peu près intégralement un choix. On voit donc combien la réforme actuelle est complète, ainsi que je le disais au début de cet article, c'est une petite révolution, une révolution féconde qui donnera, je l'espère, de beaux résultats.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

XVIe SESSION, TENUE A LILLE, DU 1er AU 7 AOUT 1906
SOUS LA PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR GRASSET (1)

TROISIÈME QUESTION. — MÉDECINE LÉGALE

LA RESPONSABILITÉ DES HYSTÉRIQUES.

M. Raoul LEROY (de Ville-Evrard), rapporteur.

Le rapport sur la responsabilité des hystériques comprend deux parties principales : l'une est consacrée à l'inventaire médico-légal de la névrose, c'est-à-dire aux actes délictueux ou criminels commis par ces malades avec l'exposé de leurs caractères distinctifs, l'autre traite de la responsabilité et envisage la question suivant que la névrose est pure ou associée.

INVENTAIRE MÉDICO-LÉGAL DE L'HYSTÉRIE. — Les actes médico-légaux hystériques embrassent toute la juridiction civile et criminelle, mais ils prennent dans celle-ci une importance toute spéciale. Ils se produisent surtout quand l'hystérie s'associe à d'autres facteurs, le plus souvent la dégénérescence mentale. Que l'hystérie soit pure ou associée, ces actes ont un caractère, une physionomie particulière qui permet d'en reconnaître la nature. Si l'hystérie n'est pas le point de départ de l'acte morbide, elle n'y marque pas moins cependant son empreinte.

Après avoir discuté les limites de l'hystérie, reproduit les définitions de Bernheim, Gilles de la Tourette, Babinski, Janet, Grasset, l'auteur résume les symptômes psychiques dominants de la névrose : réactivité, sensibilité excessive, impressionnabilité extrême, suggestibilité extrinsèque et intrinsèque, impulsivité, dédoublement plus ou moins complet de la personnalité, automatisme psychique.

Il passe ensuite en revue les actes mêmes des hystériques.

MENSONGE. MYTHOMANIE. — Les hystériques parlent souvent contre la vérité. Ils mentent quelquefois sciemment pour attirer l'attention, mais le plus souvent ces mensonges sont inconscients par suite de suggestions intrinsèque ou extrinsèque, de l'influence d'une hallucination, d'un rêve, d'une idée fixe. Ainsi que l'a montré M. Dupré, la mythomanie, « tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires, » n'existe pas uniquement dans l'hystérie, elle peut se retrouver dans certains états de débilité et de déséquilibration mentale. Elle acquiert cependant dans la névrose une fréquence et une importance médico-légale des plus intéressantes. Cet état particulier se rapproche de la mythomanie normale de l'enfant.

Le rapporteur donne des observations à l'appui sur les principales manifestations médico-légales de la mythomanie : simulation d'attentats criminels, automutilation, auto et auto-hétéro-accusation hystériques.

VOLS. — Le vol est généralement commis pendant des accès d'états seconds ou pendant l'état crépusculaire. Le délinquant en a perdu le souvenir ou semble sortir d'un rêve.

Ce sont ordinairement des objets de peu de valeur, des futilités. Des vols hystériques se rapprochent les vols commis dans les grands magasins (impulsions kleptomaniaques plus ou moins nettes). Ils ont un rapport étroit avec la génitalité (menstruation, grossesse, ménopause).

HOMICIDES, VIOLENCES, ATTENTATS AU VITRIOL, EMPOISONNEMENTS. — L'homicide est rarement accompli. On rencontre beaucoup plus fréquemment des tentatives de meurtre, de coups et blessures. Le crime hystérique a souvent un caractère passionnel, les

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hopit.*, 1906, n° 90, p. 1071.

représailles, la vengeance prennent chez ces malades la forme d'un acte automatique.

Nombreuses sont les hystériques parmi les jeunes filles qui jettent du vitriol à la figure de leurs amants.

L'acte criminel a encore ici un rapport étroit avec la génitalité et avec la suggestion exercée par les journaux.

On peut rencontrer des homicides commis pendant le somnambulisme, l'état crépusculaire ou des crises hallucinatoires.

Les empoisonneuses sont des hystériques amorales avec anesthésie affective complète ainsi que l'a montré Charpentier.

Leurs crimes dénotent un mélange curieux de sottise et d'imprévoyance, en même temps que de calcul et de finesse.

Infanticides. — Sont assez fréquents dans l'état crépusculaire.

Suicides. — Ce ne sont pas, comme le prétendent les anciens auteurs, de « simples niches ». S'ils ne réussissent pas le plus souvent, la cause s'en trouve dans l'indécision, la faiblesse de volonté de ces malades, chez lesquelles une impression quelconque vient changer le cours des idées.

Le suicide a les mêmes caractères que l'homicide. Les tentatives sont beaucoup plus fréquentes que l'acte lui-même, et l'acte est souvent le résultat d'une détermination soudaine et irréfléchie.

Incendies. — Sont commis dans les mêmes circonstances et de la même façon, tantôt au cours de délire hallucinatoire passager onirique ou au cours de crises de somnambulisme d'automatisme ambulatoire.

Fugues. — Dans l'état second. L'amnésie est d'ordinaire moins profonde que dans la fugue épileptique.

Rapts et suppositions d'enfants. — Ces actes montrent d'incroyables tromperies et des naïvetés étranges. L'hystérique est le jouet d'une préoccupation exclusive devant laquelle disparaît le bon sens. C'est une combinaison d'activité mythique avec une amoralité native.

Suggestions criminelles. — Le rapport discute assez longuement la question des suggestions criminelles; il montre que par suite de la résistance du sujet aux suggestions qui lui déplaisent, les crimes commis par des hystériques endormis sont des expériences de laboratoire, mais ils ne sont pas impossibles.

Il faut cependant s'assurer qu'il s'agit d'un sujet très suggestible, dénué de sens moral, de manière à ce que l'idée de l'acte n'amène aucun contraste dans son psychisme.

Résumant cette première partie du rapport, l'auteur montre que les actes médico-légaux hystériques présentent un certain nombre de caractères communs permettant d'en reconnaître la nature.

Actes commis par suite d'une extrême suggestibilité, faisant du sujet le jouet d'une influence intrinsèque ou extrinsèque, d'un rêve, d'une idée fixe, d'une hallucination.

Actes subconscients accomplis par un cerveau dissocié sans que le moi normal intervienne. Quand la désagrégation de la personnalité est complète (états seconds), l'hystérique devient un véritable automate.

Vive réaction en présence d'une émotion, difficulté d'arrêter un acte commencé. En raison de dispositions natives très fréquentes incitant le malade à attirer l'attention, les actes ont le plus souvent une allure étrange, romanesque, tenant à la fois du drame, de la féerie et du feuilleton.

Responsabilité des hystériques. — Le rapporteur rappelle les avis des différents auteurs classiques sur ce sujet (Briand et Chaudé, Fabret, Legrand du Saulle, Krafft-Ebing, Vibert, Vallon, Grasset, Régis, Morache). Il résulte pour lui que la responsabilité des hystériques varie non seulement chez chaque sujet, mais encore chez le même sujet selon les circonstances. Il n'y a ici qu'une question d'espèce. Un hystérique peut être responsable d'un acte et irresponsable d'un autre.

La première chose à considérer est le malade en lui-même. Quel est l'état d'intégrité ou de maladie du système nerveux, et quelle influence cet état a pu avoir sur la détermination criminelle qu'a prise et exécutée le sujet ? C'est la seule responsabilité médicale qu'il faut considérer. Si l'expert se trouve en présence de graves manifestations de la névrose, avec délire hallucinatoire, crises de somnambulisme, attaques convulsives fréquentes, le délinquant doit être considéré comme un malade et comme tel placé dans un asile.

Il faut ensuite procéder à l'examen de l'acte en lui-même, ainsi que des circonstances qui l'ont précédé, accompagné ou suivi. L'acte médico-légal a-t-il oui ou non le caractère hystérique ? Voilà le meilleur critérium de la responsabilité. Le problème réside donc dans l'analyse minutieuse de chaque cas particulier.

Etendre trop loin l'irresponsabilité des hystériques serait leur donner, au détriment du bon ordre public, une carte de laisser-faire.

Les actes médico-légaux, commis pendant les attaques hystériques et pendant leurs équivalents psychiques, doivent entraîner l'irresponsabilité totale. C'est à ces cas que s'applique l'article 64 du code pénal. Pendant le somnambulisme et les états seconds, la même conclusion s'applique aux actes médico-légaux; l'inculpé est un malade, un grand malade, un véritable automate, jouet de son idée fixe.

Cependant un individu somnambule à ses heures ne saurait être irresponsable dans l'intervalle des accès. Comme le somnambule oublie au réveil ce qui s'est passé pendant la crise et ne recouvre le souvenir que dans un nouvel accès, il faut quelquefois plonger le sujet dans le somnambulisme hypnotique pour faire réapparaître le souvenir.

Les états crépusculaires de subconscience sont des états pathologiques qui entraînent également l'irresponsabilité. La difficulté est souvent grande lorsque le sujet prétend, en plus, se souvenir de ce

qui lui est reproché. Il peut être de bonne foi, mais comment distinguer le degré de conscience qui se cache derrière le « je ne sais pas » ? L'expert n'a rien de mieux à faire qu'à qualifier en gros l'inculpé d'hystérique. En dehors de l'attaque ou de son équivalent psychique, la responsabilité de l'hystérique est souvent fort délicate à apprécier. Tout dépend du cas et du moment. L'acte peut se présenter d'une manière si absurde que le caractère pathologique saute aux yeux.

Dans le cas où un individu aurait fait commettre un crime ou un acte délictueux à un hystérique en le suggestionnant dans l'hypnose, celui-ci serait irresponsable, mais la chose demanderait alors des preuves certaines. Ce sont, d'ordinaire, des crimes en participation. L'expert conclut, le plus souvent, à la responsabilité atténuée. L'hystérique agissant sous l'influence d'une idée fixe ou d'une hallucination, d'une impulsion manifeste, ainsi que l'hystérique antisocial sont également des malades irresponsables, mais d'une nature toute spéciale, des anormaux, des infirmes cérébraux relevant de l'asile et parfois de l'asile pour psychopathes dangereux.

La vérité scientifique et l'intérêt de la sécurité publique exigent que ces hystériques soient traités et gardés dans des établissements spéciaux, d'où la sortie serait entourée de sérieuses garanties.

En dehors des actes pathologiques appartenant à la névrose, l'hystérique peut-être aussi un parfait voleur et un parfait assassin. Pour que le délinquant puisse bénéficier de sa maladie au point de vue de la pénalité, il faut que l'expert démontre la relation de cause à effet entre l'affection morbide et le délit. Sinon l'inculpé doit être tenu responsable.

L'association de l'hystérie avec d'autres facteurs pathologiques, supprime généralement la responsabilité. Bien que la dégénérescence se retrouve, à chaque instant, dans l'étude médico-légale de l'hystérie, il n'est pas inutile de résumer le rôle qu'elle joue dans cette association. Quand elle est prédominante, les actes délictueux sont généralement plus graves (meurtres, incendies, attentats à la pudeur...) et la responsabilité est, en général, nulle. Il n'y a, cependant, aucune règle fixe, tout est une question d'espèce.

Les empoisonneuses doivent être considérées comme irresponsables, mais l'internement dans un asile d'aliénés criminels s'impose comme corollaire nécessaire.

De même pour les dégénérés vicieux, amoraux, délinquants ou criminels d'habitude, porteurs de stigmates hystériques, sans cesse ballottés entre l'asile et la prison.

L'association de la névrose à l'épilepsie, aux intoxications, à la folie, supprime généralement la responsabilité.

Le rapporteur s'élève contre la doctrine de la responsabilité atténuée, formule pratiquement dangereuse pour la sécurité publique. La plupart des malades qu'on range dans cette catégorie sont, en réalité, des malades irresponsables, mais des anormaux ne relevant pas de l'asile-hôpital, mais de l'asile de sûreté.

La simulation doit toujours être présente à l'esprit de l'expert en face de ces malades.

La question du témoignage en justice des hystériques est délicate en raison de leur aptitude au mensonge inconscient, par suite de leur autosuggestion, de leur rêverie, de leur imagination déréglée. Les questions adressées par le juge d'instruction peuvent exercer, sur eux, une suggestion puissante. Enfin, on peut faire mentir ces malades sans s'en douter, car leur paresse de décision est telle qu'ils choisissent souvent la réponse nécessitant le moindre effort.

Le travail du rapporteur comprend trente-six observations ou rapports médico-légaux, la plupart classiques, montrant l'hystérique délinquant ou criminel en action et pouvant servir de modèles aux experts.

Discussion.

M. Briand. Il faut de toute nécessité faire le départ entre l'hystérie et la dégénérescence mentale. L'hystérique qui devient criminel est autre chose qu'un hystérique. Le rôle de la suggestion est bien important, mais souvent l'hystérique acculé à l'acte et forcé dans ses derniers retranchements tourne la difficulté par une crise. L'hystérique trouve aussi parfois un appui dans son entourage, qui parfois ne se fait pas faute d'exploiter ses vols.

M. Briand rapporte ainsi l'observation d'une hystérique fétichiste qui volait de la soie pour satisfaire son impulsion et dont la famille profitait des vols.

M. Grasset. Je m'élève contre l'opinion qui déclare la responsabilité atténuée une doctrine irrationnelle, inutile et dangereuse. Il faut formellement distinguer la responsabilité atténuée et la conséquence légale actuelle qui en découle, c'est-à-dire la peine atténuée. S'il est certain qu'il est mauvais de multiplier les courtes peines, cela ne prouve nullement que la responsabilité atténuée ne doive être scientifiquement affirmée.

Le critérium de la responsabilité est pour le médecin la normalité ou non des neurones psychiques, or il est certain qu'entre l'état normal et l'état franchement anormal, il y a tous les intermédiaires. On ne peut classer l'humanité en deux camps aussi tranchés. L'hystérique et l'épileptique en dehors des attaques ne redeviennent pas des individus parfaitement normaux. L'acte délictueux étant le résultat d'une lutte psychique contre le mal, il est certain que chez ces sujets la lutte ne s'opère pas dans des conditions et avec des neurones tout à fait normaux. Il faut donc scientifiquement maintenir la responsabilité atténuée et demander pour ces malades, ne relevant ni de l'asile ordinaire ni de la prison, la création d'asiles-prisons où ils seront à la fois traités et punis.

M. Régis. Les intermédiaires entre normaux et aliénés sont de beaucoup les cas les plus nombreux dans les expertises médico-légales. Il est donc de toute nécessité de maintenir la responsabilité atténuée. Ce qui est dangereux dans cette notion, c'est l'usage qu'en font les magistrats. La société a besoin

pour se défendre contre ces malades d'établissements intermédiaires à l'asile et à la prison.

Ces établissements existent à l'étranger.

Sur un autre point traité par le rapporteur, je ferai observer que l'expert n'a pas le droit de plonger dans l'hypnose un inculpé, même dans son intérêt, sans son consentement formel.

M. Williams (de Washington). Il existe en Amérique pour les enfants délinquants ou criminels des établissements analogues à ceux dont parle M. Régis. Ce sont des sortes d'écoles de réforme où l'enfant est maintenu jusqu'à l'âge de seize ans.

M. Drouineau. L'asile-prison est un terme mauvais qu'il ne faudrait pas accepter, car il serait inadmissible de livrer des malades à l'administration pénitentiaire, il faut que ces asiles spéciaux soient des établissements d'assistance et de traitement pour ces malades.

M. Dupré. Le problème de la responsabilité des hystériques associe deux questions, dont l'étude séparée est déjà des plus difficiles. A mon avis, lorsque l'hystérique devient un délinquant, ce n'est point de par sa névrose, mais bien de par les tares intellectuelles, morales ou volontaires, qui s'associent à l'hystérie sur le terrain dégénératif, dont la névrose elle-même n'est qu'une expression.

Parmi ces tares la vanité, la malignité, et la perversité dans le domaine moral, la débilité mentale dans le domaine intellectuel, l'impulsivité dans le domaine volontaire, et enfin d'autres états morbides, toxiques, obsédants, etc., représentent les principaux facteurs qui, associés à la névrose, entraînent les hystériques à la délinquance et sont les mobiles non hystériques du délit chez les hystériques. Je ne vois guère de spéciale à l'hystérie que la suggestibilité, comme élément psychologique intéressant à considérer en médecine légale, et encore cet élément aboutit surtout à l'organisation de crises ou de syndromes somatiques, accessoirement à la création d'états psychiques qui n'ont guère de conséquences médico-légales en dehors de l'association des tares morbides signalées. La mythomanie telle que je l'ai définie est très fréquemment associée à l'hystérie, mais elle ne se confond pas avec elle, car on peut être mythomane sans être hystérique. Le diagnostic différentiel repose le plus souvent sur la notion de la présence ou de l'absence, dans le processus morbide, de la conscience et de la volonté. Cette distinction est des plus difficiles à établir, car nous n'avons aucun moyen sûr de mesurer la valeur des constitutions de la conscience et des efforts de la volonté.

Le départ de l'hystérie et de la simulation est des plus difficiles. Au point de vue de la responsabilité atténuée j'abonde dans le sens de MM. Grasset et Régis. Je rappelle seulement que l'établissement de protection sociale et de cure individuelle qui dans l'ordre administratif représente vis-à-vis des sujets à responsabilité atténuée l'organe logique qui fait actuellement défaut, a été depuis longtemps demandé par Paul Garnier sous le nom d'*asiles de sûreté*, qui indique à la fois le caractère médical et défensif que doivent posséder ces futurs établissements, vis-à-vis de malades qu'il faut hospitaliser et vis-à-vis de la société qu'il faut protéger.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Nouvelle méthode d'éducation de la marche chez les ataxiques. — M. Dewèvre (de Dunkerque). Il n'existe pas au sens propre du mot de méthode de rééducation de la marche chez l'ataxique. La méthode de Frenkel n'est pas une rééducation, mais une éducation nouvelle qui n'a rien de comparable à l'éducation normale. L'ataxie n'est pas en effet seulement fonction psychique, mais fonction physique. Il faut tenir compte dans l'éducation nouvelle de l'état articulaire, des anesthésies, des contractures, des paralysies et surtout de l'hypotonie musculaire. L'éducation doit être réservée presque exclusivement aux hypotoniques. On a considéré bien à tort la perte de la vue comme un obstacle insurmontable à l'éducation des mouvements chez les ataxiques. L'ouie peut rendre les mêmes services que la vue. Il est bien entendu que la mise à contribution simultanée des deux sens fournira toujours des résultats meilleurs. Les entraves apportées à l'éducation par l'hypotonie seront atténuées dans une large mesure par des appareils élastiques appropriés.

Sur quelques caractères de certaines formes de nymphomanie. — M. Gilbert Ballet. La description classique de la nymphomanie apparaît souvent bien théorique.

Il est de nombreux cas cliniques qui s'en distinguent par des caractères particuliers. L'auteur en rapporte trois observations des plus intéressantes qui, tout en offrant les trois caractères les plus importants peut-être de ce syndrome : l'exagération du désir, la frigidité et l'absence de satifaction sexuelle, se distinguent entre elles par le mobile auquel obéit la nymphomane. La première est ce que l'auteur appelle une nymphomane par curiosité ; la seconde, cherchant un remède à des symptômes morbides qu'elle ressent, est dite nymphomane thérapeute ; la troisième se comporte comme une obsédée et voit à son désir exagéré succéder une répulsion plus violente encore.

M. Régis. Dans le syndrome nymphomaniaque il me paraît exister toujours un élément hystérique ou dégénératif, souvent même une amoralité native qui doit être prise en considération autant que le symptôme nymphomanie lui-même.

M. Ballet. La tare nerveuse existe primitivement, sur elle se développe la nymphomanie.

L'amoralité ne paraît pas être un caractère constant de la nymphomanie. Si dans la première observation il s'agit bien d'une amorale, le fait est bien improbable pour la seconde ; quant à la troisième elle est d'une moralité parfaite et luttait autant qu'elle le pouvait contre cette obsession morbide.

Rapports du traumatisme et de la paralysie générale. — M. Brissaud. L'auteur attire l'attention sur l'importance de cette question depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail. N'ayant dans sa pratique personnelle jamais rencontré de cas probant de paralysie générale traumatique il demande aux mem-

bres du Congrès de vouloir bien lui indiquer les faits de leur expérience à ce sujet.

M. Briand. Depuis des années je recherche des cas de paralysie générale traumatique, je n'en ai jamais rencontré. Dans les observations que j'ai étudiées à ce sujet, la paralysie générale préexistait au traumatisme.

M. Raymond. Je suis heureux d'entendre exprimer des conclusions que je partage complètement. Quand une paralysie générale est certaine, j'affirme que la syphilis a été le point de départ et que le traumatisme n'est qu'un épisode.

M. Ballet. Il y a deux points à envisager dans cette question : l'un d'ordre nosologique, l'autre d'ordre médico-légal. Dans deux cas qui se présentaient avec la plus grande netteté comme paralysie générale traumatique une enquête attentive a montré que, dans l'un, la paralysie générale existait réellement avant le traumatisme et, dans l'autre, il y avait une syphilis conjugale. Je n'ai donc aucune preuve de l'existence réelle de la paralysie générale uniquement traumatique.

Mais de ce que le rôle du traumatisme n'est pas prépondérant, il n'en faut pas conclure qu'il est négligeable dans l'évolution de l'affection. Un syphilitique simple n'aurait-il pas pu rester seulement syphilitique et non devenir paralytique sans cet élément occasionnel ?

M. Régis. Je n'ai vu que des cas où le traumatisme était toujours consécutif à une paralysie générale préexistante. Cependant il résulte d'une série de travaux anglais et allemands sur ce sujet qu'il y a présomption de relation de cause à effet entre le traumatisme et la paralysie quand : 1° il n'y a pas de cause connue antérieure susceptible de créer la paralysie générale ; 2° lorsque le traumatisme a déterminé un ébranlement sérieux ; 3° lorsqu'il ne s'est pas écoulé un temps trop long ni trop court entre les deux faits.

L'expert devrait pour chaque cas particulier déterminer si le traumatisme a pu favoriser ou hâter l'éclosion de la paralysie générale.

M. Giraud rapporte un cas qu'il a eu l'occasion d'observer récemment et pour lequel les experts conclurent que la paralysie générale devait être déjà en évolution lorsque survint le traumatisme.

M. Duret. Si l'on considère la paralysie générale comme un syndrome et non comme une maladie spécifique, il est logique d'attribuer un grand rôle au traumatisme.

M. Brissaud constate qu'aucun des membres du Congrès n'a vu le traumatisme créer de toutes pièces la paralysie générale. Désormais la question lui paraît résolue. Au point de vue médico-légal le traumatisme n'en a pas moins créé un dommage qui doit être réparé.

M. Vallon rappelle qu'il y a fort longtemps qu'il s'occupe de cette question. Il croit qu'il est impossible de se prononcer et qu'il y a des cas où le traumatisme joue un rôle. Sans doute la syphilis joue un grand rôle dans la paralysie générale, mais tous les syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux. Il faut donc autre chose, c'est souvent l'alcoolisme qui intervient, c'est peut-être aussi quelquefois le traumatisme.

M. Christian insiste sur le rôle du surmenage dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. Pailhas rappelle un cas qu'il avait communiqué à un congrès précédent.

Deux cas de confusion mentale liés à la fièvre typhoïde et à la scarlatine. Séro-diagnostic et étude bactériologique. — MM. Taty et Chaumier (de Lyon).

Etude sur la force nerveuse au moyen d'un appareil nouveau : le sthénomètre. — M. Joire (de Lille).

Origine périphérique du spasme facial. — MM. Raymond, F. Lévy et A. Baudouin pensent que le spasme de la face doit être considéré, non comme l'aboutissant d'un réflexe, mais comme une affection le plus ordinairement d'origine périphérique, une excitation des plexus sensitivo-moteurs de la face et propagée à la septième paire. L'anatomie de ces plexus, la limitation initiale à quelques muscles, l'extension progressive au système des muscles innervés par le facial, l'étiologie, la thérapeutique par la méthode de Schlœsser prouvent cette origine périphérique.

Syndrome associé de paralysie faciale gauche et de spasme droit, d'origine intra-cranienne. — MM. Brissaud, Sicard et Tanon présentent les photographies d'un malade atteint d'une paralysie faciale totale du côté gauche, s'associant à un spasme facial droit, au cours d'une lésion méningo-mésocéphalique. Le siège intra-cranien de cette lésion s'affirmait par de la céphalée, de la diplopie, une ébauche de clonus droit et de la lymphocytose rachidienne. Ce double syndrome jusqu'ici non signalé montre que le spasme facial est bien dans ce cas d'origine intra-cranienne et surtout qu'une même lésion causale peut, suivant ses effets irritatifs ou destructifs, au niveau du trajet intra-cranien de la septième paire, provoquer soit du spasme soit de la paralysie.

Syndrome de Landry. Valeur pronostique de la lympho-polynucléose rachidienne. Inoculation du bulbe. — MM. Brissaud, Sicard et Tanon insistent sur l'importance pronostique de la valeur leucocytaire rachidienne au cours du syndrome de Landry. Tandis que le type périphérique, souvent curable de ce syndrome, ne provoque en effet que très peu ou même pas de réaction méningée lymphocytaire, la symbiose lymphopolynucléaire rachidienne permet au contraire d'affirmer le type central myélitique, évoluant d'une manière brutale qui ne saurait pardonner.

Les auteurs attirent également l'attention sur la nécessité des inoculations expérimentales en séries dans la recherche étiologique de l'origine rabique du syndrome. Dans leur cas, malgré l'absence de toute contamination rabique dans les anamnèses, l'inoculation du bulbe du malade donna aux premiers animaux mis en expérience à l'Institut Pasteur, les signes classiques de la rage. Ce n'est que par des inoculations sériées que ce diagnostic bactériologique fut rectifié. Il ne s'agissait pas de virus rabique, mais bien d'un autre microbe à élection pathogène spéciale sur le système nerveux.

Deux cas de tumeurs du corps calleux avec autopsie. — M. Raymond. L'examen clinique montrait dans ces cas une hémiplégie motrice progressive; doublée dans l'un d'un hémitremblement et d'hypoesthésie, dans l'autre d'hémi-ataxie, d'hémi-anesthésie et d'hémi-anopsie.

Mais le symptôme commun et d'importance capitale qui, d'après l'auteur, permet de faire le diagnostic d'une localisation calleuse, c'est un état mental spécial fait de troubles du caractère, de bizarreries de manières et des actes, de lacunes de mémoire et de manque de liaison dans les idées contrastant avec une conservation apparente de l'intelligence qui peut faire illusion à l'entourage.

Anatomiquement il s'agissait dans le premier cas d'un gliome, dans le second d'un sarcome.

Les ictus dans la démence précoce. — Mlle Pascal. Il est des faits qui autorisent à croire qu'il existe des ictus appartenant à la démence précoce et non au terrain hystérique ou épileptique sur lequel peut germer cette affection. Dans ce cadre restreint rentrent : 1° les cas isolés de convulsions sur lesquels insistait Kalbaum ; 2° les cas de démence rapide survenant après une seule attaque convulsive (non de nature épileptique) décrite par Schüle; 3° les ictus qui apparaissent à une période tardive, où toute trace de névrose est effacée comme dans les cas de Massin et nos observations personnelles. Tous les ictus survenant chez des jeunes sujets en l'absence de toutes autres manifestations morbides : stigmates mentaux hystériques ou épileptiques, symptômes en foyers (dans les cas de tumeurs cérébrales) et en l'absence de symptômes physiques de paralysie générale, doivent être considérés comme suspects et faire penser à la démence précoce. En somme ces ictus, par leur précoce apparition, annoncent le début de la maladie, au même titre que les ictus de la période initiale de la paralysie générale.

Formes prodromiques dépressives de la démence précoce. — Mlle Pascal. Ces formes peuvent prendre les types neurasthénique ou mélancolique. L'examen attentif des signes physiques, l'absence de cause appréciable et surtout l'expression de la formule mentale, l'absence de l'état émotionnel (crainte, obsessions) permettront de les faire distinguer de l'état neurasthénique vrai.

L'analyse des conceptions délirantes, l'étude des réactions et des troubles de la conduite les feront différencier des états mélancoliques.

Le rôle du médecin en créant et en maintenant par les suggestions maladroites les maladies produites par l'imagination. — M. Williams (de Washington). L'auteur rapporte d'intéressantes observations d'hystéro-traumatisme entretenu et développé par le médecin et guéri par persuasion. Il montre l'importance de la suggestibilité chez ces malades, qui le plus souvent est proportionnelle à leur degré d'ignorance.

Le rôle utile du médecin, exercé par la psychothérapie telle que la pratique Déjerine, doit être de détruire les suggestions maladroites, médicales ou autres, ressenties par le malade et de détruire les préjugés de l'ignorance.

M. Briand. La suggestion joue un rôle considérable chez ces malades. Mais dans le développement du tableau clinique il y a aussi, je crois, un autre facteur important, c'est le besoin de mise en scène. Ce besoin se retrouve chez les hystériques, les neurasthéniques, les hypocondriaques.

M. Régis. Les hypocondriaques qui émettent des idées délirantes absurdes sont le plus souvent sincères. Ils ont de l'anxiété véritable. Chez eux tout choc moral met en branle l'émotivité et l'anxiété morbides. M. Williams a raison de dire que l'ignorance joue un grand rôle et que la psychothérapie doit s'efforcer préventivement de les instruire. Les phobies absurdes sont souvent contagieuses. Une pseudo-épidémie de suette miliaire observée dans la Charente récemment en est un bel exemple.

Physiologie des crises laryngées des tabétiques. — M. Maurice Faure. Chez le tabétique le réflexe défensif de la toux est perturbé : 1° parce que la muqueuse laryngée présente des troubles sensitifs (hyperesthésie ou hypo-esthésie): 2° parce que les muscles de la respiration sont atteints d'incoordination. Les muscles glottiques, thoraciques, abdominaux qui concourent à la respiration et à la toux font des efforts désordonnés et qui se contrarient mutuellement, au lieu d'être synergiques et coordonnés. Les efforts de toux, au lieu d'être constitués par une inspiration large et silencieuse suivie d'une expiration forte, bruyante et saccadée, sont formés d'une série de petites expirations courtes que n'interrompent point des efforts d'inspiration angoissants et sans résultat. Les muscles ne savent plus maintenir la glotte ouverte pour la respiration, fermée pour l'effort ou la déglutition.

La thérapeutique de ces accidents résulte de leur mécanisme physiologique. Au moment même de la crise, il faut recommander de grands efforts volontaires d'inspiration pour détruire l'effort expiratoire instinctif.

Il faut faire l'apprentissage de la coordination respiratoire généralement détruite, il faut pratiquer des exercices vocaux, il faut régulariser les réflexes de la respiration et de la toux.

Les ataxiques considérés comme atteints de phobie ou d'astasie-abasie, sont en partie des cas d'incoordination ou d'anesthésie du tronc méconnus. — M. Maurice Faure.

Un cas d'éruption syphilitique secondaire tardive chez un tabétique. — MM. Brissaud et Oberthur.

Traitement des états neurasthéniques par la médication ferrugineuse. — M. G. Lemoine (de Lille).

Paul Camus.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

II. **Forme fibro-caséeuse** (syn. : *ulcéreuse, ulcéro-caséeuse, commune*). — Soit primitive, soit, cas beaucoup plus fréquent, secondaire à la forme précédente, la forme fibro-caséeuse se caractérise, *au début*, par des signes fonctionnels, d'ordre digestif (anorexie, alternatives de diarrhée et de constipation); par des symptômes généraux : amaigrissement assez rapide, perte de forces, fièvre; et, surtout, par des modifications des signes locaux : l'ascite tend à diminuer et à s'enkyster, le liquide péritonéal perd sa mobilité, la limite supérieure de la matité devient irrégulière, etc.

A la *période d'état*, ce qui domine, ce sont les *signes physiques*. A l'*inspection*, le ventre apparaît volumineux, tendu, la peau est lisse, luisante, sèche, parfois œdématiée. *Le ventre ne prend pas l'aspect du ventre de batracien*, à cause des adhérences. Les veines sous-ombilicales sont dilatées (Lancereaux).

A la *palpation*, l'abdomen est inégal, empâté (G. de Mussy), et présente, par places, des *gâteaux péritonéaux*. Ce sont des masses indurées, bosselées, à siège surtout péri-ombilical, constituées par des formations tuberculeuses du péritoine. Lorsque ces masses tuberculeuses appartiennent au grand épiploon, celui-ci se rétracte au-devant du côlon transverse (*corde épiploïque*, Velpeau et Aran). Grisolle a signalé la *difficulté de glissement des anses intestinales*, les unes sur les autres, et du péritoine pariétal sur les mêmes anses. La palpation décèle encore parfois des *frottements* ou *cris péritonéaux*, comparés au frottement du doigt sur une vitre mouillée, au froissement de la neige, de l'amidon, et des *bruits hydro-aériques*, dus à l'accolement d'une poche kystique à une anse intestinale, ou à une perforation de l'intestin dans la poche.

A la *percussion*, matité nette à l'endroit où il existe des gâteaux ou du liquide; immobile; limitée non par une ligne à concavité supérieure, mais par une ligne irrégulière; tout à côté, zones de sonorité, dues au voisinage des anses intestinales.

En somme : ascite peu considérable, *cloisonnée*, subissant de rapides variations de quantité, due à l'irritation péritonéale, et, peut-être aussi, à la cirrhose tuberculeuse.

Parmi les *signes fonctionnels* il faut citer : 1. les *douleurs*, qui peuvent n'exister qu'au moment des poussées aiguës, superficielles ou profondes. Celles-ci sont sourdes, diffuses ou aiguës, localisées, analogues à des coliques ou à des névralgies (compression des nerfs par l'exsudat); exagérées par la pression de l'abdomen, elles siègent surtout dans les hypocondres, le long du gros intestin et dans la fosse iliaque gauche. Celles-là sont provoquées par la dépression, avec la main, de la paroi abdominale, puis par le retrait brusque de cette main (Guéneau de Mussy); 2. Les *troubles digestifs* sont très variables, gastriques : anorexie, soif, dyspepsie, vomissements au moment des crises; intestinaux : diarrhée, ou alternatives de diarrhée et de constipation, indicanurie; hépatiques : augmentation de volume dn foie; 3° Les *troubles génitaux* ne s'observent que chez l'adulte; ils consistent, chez la femme, en dysménorrhée, leucorrhée, douleurs hypogastriques, empâtement des culs-de-sac utérins; chez l'homme, en symptômes indiquant la tuberculose des testicules, de la prostate, des vésicules séminales.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 90, p. 1078.

Parallèlement aux symptômes locaux évoluent les *symptômes généraux* : *amaigrissement rapide, fièvre* ne tardant pas à prendre le caractère hectique, avec sueurs nocturnes, généralisées ou localisées au ventre; le pouls est mou, petit, fréquent. Les *téguments se modifient*, la peau prend une couleur jaunâtre, le ventre, et quelquefois la face se pigmentent (G. de Mussy). Puis apparaît la *cachexie* : fièvre hectique, sueurs profuses, amaigrissement extrême, émaciation des membres et du thorax, vomissements, diarrhée, œdème malléolaire, etc.

Selon les cas, cette forme peut présenter plusieurs *variétés* : une où l'ascite occupe la première place dans le tableau clinique; une où, au contraire, l'épanchement péritonéal est très peu abondant (*forme sèche*); une où les lésions prédominent sur les organes du petit bassin : dans cette *pelvi-péritonite*, spéciale à la femme, et parfois consécutive à une tuberculose génitale, les premiers accidents consistent souvent en troubles menstruels (leucorrhée); plus tard, apparaissent les signes fonctionnels : douleurs, troubles de la menstruation, et les signes physiques : empâtement des culs-de-sac, déviations utérines, et, finalement, la ou les collections purulentes s'ouvrent dans le rectum, le vagin ou la vessie.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La marche de la péritonite tuberculeuse est ordinairement chronique, mais il n'est pas rare qu'elle soit coupée de rémissions plus ou moins longues ou d'exacerbations correspondant à des poussées aiguës. Aussi est-il difficile d'en déterminer la *durée*, qui peut varier de six à dix-huit mois. L'affection peut guérir ou se transformer en péritonite fibreuse : ces deux éventualités sont également rares; presque toujours elle aboutit à la mort. Les *complications* sont de deux ordres : les unes, *générales* : granulie, avec ou sans méningite tuberculeuse; cachexie tuberculeuse, avec tuberculose pulmonaire, intestinale, etc.; les autres *locales* : a. *pleurésie* sèche ou avec épanchement; b. *perforations*. Dans ce dernier cas, il se forme d'abord une collection purulente, qu'annoncent des signes généraux : fièvre à exaspérations vespérales, et locaux : douleur, tension en un point localisé du ventre; cette collection s'enkyste, puis, ou bien elle entraîne la mort par septicémie, fait rare, ou bien elle s'ouvre dans l'intestin ou à la peau. Dans le premier cas, la collection, située entre deux anses intestinales, s'ouvre dans les deux, ou, seulement, dans l'une d'entre elles. Le pus passe alors dans l'intestin (et peut être retrouvé dans les matières fécales), mais, en même temps, les matières pénètrent dans la poche et l'infectent, d'où perforations d'autres anses intestinales, et formation de *fistules* habituellement duodéno-coliques, caractérisées par la lientérie, et précipitant les progrès de la cachexie. Lorsque la collection s'ouvre à la peau, c'est généralement aux environs de l'ombilic (Vallin, H. Fagge). A l'ombilic, apparaît une tumeur indolente, rouge, qui devient fluctuante; la peau s'amincit, se perfore, et laisse passer un liquide séro-purulent, fétide, parfois mélangé de matières fécales. Cette ouverture à la peau est plus fréquente dans le jeune âge (absence du fascia ombilicalis) qu'à l'âge adulte. Elle peut favoriser la guérison : plus souvent, elle facilite le développement de phénomènes de rétention, qui entraînent rapidement l'hecticité; c. *Accidents de compression.* Ils peuvent porter sur l'intestin, les veines, les nerfs, le diaphragme, le foie et la rate, la vessie, l'utérus, les voies biliaires, etc., et se traduisent par les phénomènes correspondants.

Lorsque, par exception, la péritonite tuberculeuse commune n'aboutit pas à la mort, elle se transforme en *péritonite fibreuse*.

(*A suivre.*)

N° 93. — JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1906. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS est autorisée à accepter la donation faite à son profit par Mme veuve Paul Lemonnier, d'un capital de 200 000 francs dont les revenus seront employés à faciliter les recherches scientifiques sur la bactériologie, l'anatomie pathologique, la pathologie expérimentale ou la physiologie dans les laboratoires de la Faculté.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 6 août 1906 :

M. le médecin-major de deuxième classe Picqué, surveillant à l'École d'application du service de santé militaire, est nommé professeur agrégé de la chaire d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils) à cet établissement.

M. le médecin-major de deuxième classe Tanton, de l'hôpital militaire du Dey à Alger, est nommé professeur agrégé de la chaire chirurgie d'armée (blessures de guerre) à l'École d'application du service de santé militaire.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 14 août 1906, M. le médecin-major de deuxième classe Pichon, du 3e d'artillerie coloniale, a été désigné pour servir en activité, hors cadres, à l'administration pénitentiaire de la Nouvelle-Calédonie.

— École du service de santé militaire. — Par décision ministérielle du 6 août 1905, le prix du trousseau des élèves qui entreront à l'École du service de santé militaire en 1906 est fixé à 998 fr. 99.

MARINE. — Par décision ministérielle du 14 août 1906, les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont reçu les affectations ci-après, en vue d'assurer le service dentaire des troupes coloniales dans les garnisons de Cherbourg, Brest et Hyères, savoir :

MM. les médecins aides-majors de première classe Pouillot, au 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg; — Delange, au 2e d'infanterie coloniale à Brest.

M. le médecin-major de deuxième classe Rey, au 22e d'infanterie coloniale à Hyères.

— École de médecine navale de Brest. — Un concours pour l'emploi de professeur de physique biologique à l'École annexe de Brest sera ouvert dans ce port dans le courant d'octobre.

Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest sera ouvert dans ce port le 15 octobre 1906.

HOPITAL LAENNEC. — A la suite d'un rapport présenté par M. Navarre au nom de la cinquième commission, le Conseil municipal de Paris a pris une délibération par laquelle il émet l'avis qu'il y a lieu : D'affecter pour partie l'hôpital Laënnec à l'isolement et au traitement des tuberculeux et constituer, au moyen du service ainsi créé et d'un dispensaire spécial y attenant, ainsi qu'avec le quartier spécial de Brévannes, un premier groupe affecté à la recherche, à l'isolement et au traitement des tuberculeux ;

Comme conséquence de cette affectation nouvelle d'une partie des salles de Laënnec, d'effectuer dans l'établissement un ensemble de travaux de restauration indispensables, travaux évalués à 467 525 francs ;

D'exécuter dans la partie de Laënnec affectée aux tuberculeux les travaux de transformation et d'aménagement nécessités par la nouvelle utilisation des locaux, travaux évalués à 236 743 francs ;

De construire sur le terrain en bordure de la rue Vaneau un dispensaire spécial, et de réinstaller dans d'autres parties de l'établissement les services généraux (étuve, chantier, ateliers et magasins) qui devront faire place au dispensaire, ensemble de travaux évalués à 221 340 francs ;

D'inscrire au compte de l'opération une prévision de 220 000 francs pour l'ameublement et l'outillage des bâtiments affectés aux tuberculeux et du dispensaire, l'Administration ne devant faire emploi de ce crédit qu'après approbation du Conseil municipal sur le vu des devis ;

D'imputer la dépense, évaluée dans son ensemble, après rabais et tous frais compris, à 1 145 608 francs, jusqu'à concurrence de 645 608 francs sur le crédit de 1 million réservé pour l'isolement des tuberculeux (emploi des ressources dont la création a été autorisée par la loi du 7 avril 1903), et pour le surplus, soit 500 000 francs, sur une subvention

spéciale que l'Administration est invitée à solliciter de l'État sur les fonds du pari mutuel.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre ami le docteur Maurice Marchais (de Paris), décédé subitement à Borino (Italie); de M. le docteur Bertaux (de Lille); et de M. Prunier, membre de l'Académie de médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et la Suisse par Pontarlier.* — Train express de jour entre Paris, Berne et Lausanne composé d'un restaurant, de voitures à fauteuils-lits, de 1re classe à couloir avec lavabos et water-closets.

Aller : départ de Paris 9 h. 10 matin; arrivée à Berne 8 h. 17 soir, à Lausanne 7 h. 30.

Retour : départ dn Lausanne 2 h. 18 soir, de Berne 1 h. 28; arrivée à Paris 10 h. 25.

(N'aura lieu que jusqu'au 30 septembre.)

Train express de nuit entre Paris, Berne, Lausanne, Interlaken cnmposé de wagons-lits, de lits-salons et de 1re et 2e classes à couloir avec lavabos et water-closets (voiture directe à lits-salons, 1re et 2e classes Berne; vagon-lits, 1re et 2e classes Interlaken).

Aller : départ de Paris 10 h. 20 soir; arrivée à Berne 9 h. 35 matin, à Lausanne 9 h.

Retour : départ de Lausanne, 10 h. 40 soir, de Berne 9 h. 37 soir; arrivée à Paris 6 h. 45 matin.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies vénériennes. — (N° 1, août 1906.) GAUCHER : Les ostéites suppurées et les ostéo-arthrites de l'hérédo-syphilis tertiaire. — LEVADITI : L'histologie pathologique de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le « spirochæte pallida ». — VALLOIS : Quelques considérations sur les lésions syphilitiques des os longs chez les nouveau-nés.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 8, août 1906.) DUBRULLE : Le service de santé dans la guerre de montagne. — SALLE : La thérapeutique physique. L'hôpital de Bourbonne; électricité; rayons X; mécanothérapie. — COSTE : Considérations sur la fièvre hémoglobinurique dans la région d'Arzew, division d'Oran.

Archives générales de médecine. — (N° 32, 7 août 1906.) LEFAS : Note sur l'origine des globules rouges. — SIMIONESCU : Etude sur les otites suppurées fétides au point de vue bactériologique et thérapeutique. — POIRSON : Sur un cas d'empoisonnement mortel par la strychnine chez une paludéenne. Rupture de la rate. Autopsie judiciaire.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 31, 2 août 1906.) GRAWITZ : Revue historique sur la Faculté de médecine de Greifswald. — PETER : Contribution à l'étude de l'hérédité. — BLEIBTREN : Méthode de recherche de la résorption des graisses dans l'intestin. — GRAWITZ : Sur les tumeurs tératoïdes dans le tissu conjonctif du bassin. — THIELE et GRAWITZ : Atrophie sénile des muscles des yeux. — SCHULZ : L'examen médical de l'homme sain. — LŒFFLER : Sur le changement de la virulence des organismes pathogènes par la culture artificielle en série dans certaines espèces animales. Sur la méthode de coloration de Gram. — ULENLUTH : Suppression des compléments et différenciation des albumines du sang. — MINKOWSKI : L'enregistrement des mouvements de l'oreillette gauche. — WEBER : Influence des diurétiques sur la résorption après extirpation des reins. — ALLARD et WEBER : Rapports entre l'albumosurie de Bence-Jones et les échanges d'albumine. — STRÜBING : Sur l'asthme bronchique. — FRIEDRICH : Fréquence et pronostic de l'actinomycose de l'abdomen chez l'homme. — RITTER : Emploi des appareils à aspiration pour le diagnostic des tumeurs malignes. — SAUERBRUCH et HÆCKER : Sur la sténose du cardia. — MARTIN : Sur la chorée des femmes enceintes. — JUNG : Sur la colpo-hystérotomie antérieure. — SCHIRMER : Pronostic et traitement des plaies pénétrantes infectées du globe de l'œil. — WITTMAAK : Le streptococcus mucosus comme agent de l'otite moyenne aiguë. — SCHULTZE et RÜHS : Examen de l'intelligence des recrues et des vieux soldats. — SCHRÖDER : Contribution au diagnostic des maladies de la pulpe.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 août 1906.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La désinfection obligatoire et les maladies contagieuses. — LANDOUZY : Tuberculose infantile et familiale sur la fréquence de la syphilis. — MÉRY : Formes bénignes des hématuries. De la gangrène pulmonaire chez l'enfant.

Journal des praticiens. — (N° 32, 6 août 1906.) ŒTTINGER : Les sténoses cancéreuses du pylore. — BERGER : Les réveils des ostéomyélites anciennes. — DIEULAFOY : L'actinomycose thoracique. — LÉVY : Pathogénie psychique et psychothérapie. Les psychonévroses méconnues. — BRETON : Le sérum marin dans la tuberculose.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 32, 9 août 1906.) HUSTIN : Quelques notes sur les hôpitaux de Philadelphie.

Medizinische Blatter. — (N° 31, 4 août 1906.) GERBER : Sur la médication martiale.

Montpellier médical. — (N° 30, 29 juillet 1906.) E. JEANBRAU : Ce que le médecin doit savoir de la loi sur les accidents et ce qu'il doit faire après un accident.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 32, 7 août 1906.) BENNECKE : Sur la question des granulomes télangiectasiques. — NEUMANN : Recherches sur l'action de la protyline sur l'excrétion phosphorée. — NECK : Sur la dilatation aiguë de l'estomac et sur l'occlusion intestinale dite artério-mésentérique. — RIEBOLD : Traitement des arthrties aiguës par les injections intraveineuses de collargol. — LÖHRER : Traitement des contractures hystériques des extrémités inférieures par l'anesthésie lombaire. — FISCHER : Névroses cardiaques de Basedow. — ARONHEIM : Cas de maladie de Basedow sans exophtalmie traitée par l'anti-thyréoïdine de Mœbius. — LEUVEN : Contribution au traitement de la maladie de Basedow par le sérum antithyroïdique de Mœbius. — DURLACHER : Tumeurs sous-cutanées des doigts. — KLEIN : Quatre cas de kystes épithéliaux. — LEMIERRE : Sur la façon dont se comportent les bacilles d'Eberth isolés du sang des typhiques vis-à-vis de l'action bactéricide du sang. — MUCK : Un appareil simple et pratique pour la stase de Bier.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 31, 5 août 1906.) SZTAHOVSKY : Traitement de l'œdème pulmonaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 31, 2 août 1906.) HERZ : Sur l'apparition de troubles circulatoires dans la tuberculose miliaire. — LÜDKE : Sur la présence de bacilles tuberculeux dans le sang au cours de la tuberculose pulmonaire. — WECHSBURG : Sur la présence d'acétone dans la grossesse extra-utérine. — FRANKE : Sur les voies de compensation dans l'insuffisance tricuspidienne. — FEIN : Sur l'ozène et le traitement par stase de Bier.

REVUE GÉNÉRALE

TUBERCULOSES CUTANÉES

Par M. GOUGEROT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les tuberculoses cutanées se divisent en deux groupes : tuberculoses typiques et atypiques, reliées entre elles par toutes les transitions. Les premières sont admises par tous, elles se caractérisent par la structure histologique : follicule tuberculeux spécifique, par la présence de bacilles de Koch, par la virulence aux inoculations, par la réaction constante à la tuberculine. Les tuberculoses ou tuberculides se caractériseraient par des caractères inverses : lésions inflammatoires non spécifiques, non folliculaires, absence de bacilles, résultats négatifs des inoculations, réaction inconstante aux injections de tuberculine. *Cette opposition n'est pas à maintenir.* La série des lésions est continue et de virulence décroissante, une tuberculose atypique aujourd'hui, sera reconnue demain typique et tous les jours des faits nouveaux s'ajoutent, montrant qu'il faut élargir le cadre classique trop étroit de la tuberculose, qu'il est d'autres lésions bacillaires que le tubercule ou follicule de Schüppel (foie, rein, système nerveux, cœur, etc.).

I. Tuberculoses typiques. — 1. Ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses ou tuberculose miliaire aiguë ;

2. Gommes tuberculeuses sous-cutanées et lymphangites tuberculeuses, gommes cutanées ou scrofuloderme (il faut y rattacher les tuberculoses suppuratives de Gaucher) ;

3. Lupus tuberculeux, vulgaire, de Willan *et ses variétés* ;

4. Tuberculose verruqueuse et scléreuse de Riehl et Paltauf (dont le tubercule anatomique n'est qu'une variété) ;

5. Tuberculoses végétantes.

Leur histoire est maintenant presque complète. Le professeur Gaucher dans le *Traité* de Brouardel et Gilbert, Thibierge dans le *Traité* de Charcot, Bouchard, Brissaud ; J.-B. Laffite, Lenglet dans la *Pratique dermatologique* en ont donné d'excellentes descriptions, qu'il est inutile de reprendre.

Nous ne rappellerons que quelques données générales nécessaires à la compréhension des tuberculoses atypiques.

1° Longtemps plusieurs des tuberculoses typiques ont été niées comme le sont aujourd'hui quelques atypiques et Kaposi conteste encore que le lupus vulgaire le plus typique des tuberculoses dermiques, soit dû au bacille de Koch. Force pourtant a été de reconnaître leur nature bacillaire.

2° Les tuberculoses typiques forment entre elles une série continue (1) à nombreux intermédiaires. La gomme dermique est reliée au lupus willanique par les lupus vorax ulcéreux secondaires où le tubercule willanique grossit, s'agglomère et se caséifie ; le lupus exfoliant kératosique est proche des tuberculoses végétantes squameuses (même psoriasiformes), le lupus exedens bourgeonnant, des tuberculoses végétantes non squameuses ; la tuberculose ulcéreuse miliaire est parfois impossible à distinguer des ulcérations en nappe de certains lupus : la tuberculose verruqueuse et le lupus scléreux se confondent, etc. La série de *virulence décroissante* va ainsi de la tuberculose miliaire aiguë à la tuberculose verruqueuse.

3° Les tuberculoses atypiques se rattachent aux typiques par plusieurs intermédiaires : la sarcoïde sous-cutanée et l'érythème induré à la gomme par la tuberculose nodulaire de Kraus, la sarcoïde de Bœck, au lupus vulgaire par les lupus nodulaires disséminés (1) et par les lupus miliaires disséminés (Darier, Congrès de dermatologie, 1900), les papulonécrotiques, aux gommes, par leurs minuscules abcès froids, le lupus érythémateux au lupus de Willan, par la chaîne ininterrompue des lupus érythémato-tuberculeux (dont le lupus pernio), etc. Chaque tuberculide a donc son représentant, mais mieux différencié, parmi les tuberculoses typiques.

4° Les caractères « tuberculeux » des tuberculoses typiques ne sont pas absolus et pas toujours constants. — Ce point capital mérite d'être développé. Le meilleur exemple nous est donné par le lupus vulgaire (Darier).

Caractères anatomiques. — La lésion est le plus souvent le follicule tuberculeux type (2) de Schuppel dont le centre se caséifie parfois : grosse cellule géante centrale avec noyaux régulièrement disposés à la périphérie, entourée d'une couronne de cellules épithélioïdes et cellules lymphoïdes entourant le tout. *Mais à côté de ces lésions « spécifiques » il est des lésions très étendues, souvent intenses et non spécifiques* : infiltrat lymphoïde, traînées périvasculaires, ectasies vasculaires allant jusqu'aux hémorragies, œdème et destruction du réseau élastique, réaction des cellules conjonctives, péri et endovascularites, aboutissant à la thrombose, etc.

Or les lésions spécifiques peuvent s'effacer devant les lésions non spécifiques, ou devenir si rares qu'elles semblent manquer, tout devient de l'inflammation non caractéristique comme dans beaucoup de tuberculides.

En effet lorsque les nodules lupiques (follicule tuberculeux) *confluent et s'entourent d'une importante infiltration lymphoïde qui pénètre et envahit tout*, ils deviennent peu reconnaissables. C'est « un granulome » en nappe continue, sans limites nettes, piqueté çà et là de cellules géantes à couronne de cellules épithélioïdes, se prolongeant au loin par des traînées d'infiltration périvasculaire, aspect bien différent du nodule isolé, follicule tuberculeux type, encerclé dans la sclérose de réaction dermique qu'il a provoquée. Que ces quelques cellules géantes et amas de cellules épithéloïdes, souvent rares et perdus dans la large nappe lymphoïde, disparaissent sur

(1) Il ne faut pas oublier, dit Darier, que les dermatoses tuberculeuses typiques ne forment pas un bloc homogène... *L'entité nosologique du lupus tuberculeux (lupus vulgaire) est constituée par un ensemble de formes en réalité très disparates :* lupus végétants et lupus vorax ulcéreux, lupus torpides non ulcéreux à très lent développement dont le centre s'atrophie à mesure que la bordure progresse.

(1) Nous en possédons un beau cas.

(2) Pour la structure fine du tubercule et son histogenèse, voir le récent, très court et très remarquable mémoire de Dominici Duval, dans les *Arch. de méd. expér.*, n° 1, 1906.

une coupe (1) et l'on a l'aspect de la tuberculose atypique avec ses lésions dermovasculaires : infiltrat lymphoïde et ses traînées périvasculaires, endo et périvascularites, thromboses, destruction de la trame conjonctivovasculaire, œdème, etc., toutes lésions non spécifiques qui entourent les lésions spécifiques folliculaires des tuberculoses typiques.

La lésion schéma n'est pas non plus constante.

Le follicule tuberculeux, dit même Lenglet, « avec ses trois séries cellulaires qui le constituent schématiquement est exceptionnel. » L'une ou l'autre des variétés cellulaires peut manquer et chacune d'elles peut suffire à constituer le *follicule lupique à l'exclusion à peu près totale de toutes les autres.* Ce sont les tubercules atypiques : *épithélioïdes* ou *lymphoïdes*. Le tubercule lymphoïde est un nodule formé que de cellules lymphoïdes (mononucléaires) serrées dans un fin réticulum cellulo-conjonctif (tissu lymphoïde, de formation secondaire Dominici), tantôt nettement limité, tantôt diffus, presque toujours né autour d'un capillaire sanguin ou lymphatique. *La lésion n'a rien de spécifique et se distingue mal du lymphadénome* (Darier).

Il ne faudra donc pas rejeter les tuberculides de la tuberculose, parce qu'elles ne présentent souvent que des lésions non folliculaires (2).

Recherches des bacilles et inoculation. — « Il est entendu que *tous ces lupus* quels que soient leur aspect et leur structure, *sont bacillifères*, la chose n'est pas douteuse ; mais appliquons au lupus tuberculeux typique le criterium de la recherche des caractères tuberculeux d'une lésion... *La recherche des bacilles* (3) *est si infructueuse* qu'elle décourage la plupart des histologistes » (Darier). Koch en trouva une sur quarante-sept coupes, Pautrier un sur cinquante... *L'inoculation* au cobaye, l'animal réactif, *échoue assez souvent une fois sur deux*, dit Darier. « Et qui fera le dénombrement des lupus tuberculeux véritables inoculés sans succès ? » Pautrier a même obtenu avec une moitié de fragment un succès, avec l'autre moitié un insuccès.

Il ne faudra donc pas demander aux tuberculides, tuberculoses encore moins virulentes, ce que n'ont même pas les tuberculoses typiques.

Réaction à la tuberculine. — « L'épreuve à la tuberculine réussit, à la vérité, toujours mais *rien n'est plus variable que la dose efficace* d'une même tuberculine. Cette dose varie de 1 à 15 » (1/10 de milligramme à 1mg5), *ce qui explique certains insuccès* (Darier).

Il ne faudra donc pas conclure à un résultat négatif chez une tuberculide sans avoir essayé des doses progressives.

---

(1) M. Darier a projeté dans un de ses cours une coupe de lupus vulgaire ayant fait sa preuve à l'inoculation où tout était nappe lymphoïde sauf en un seul point à l'extrémité de la préparation où se dessinait un seul follicule.

(2) Nous possédons même un cas de tuberculose miliaire aiguë de la langue, où des nodules bacillaires non ulcérés ne sont composés que de *polynucléaires* et mononucléaires avec dégénérescence et pyknose, véritables *abcès* phlegmasiques, *tels qu'en donnent les microbes banaux de la suppuration.* Ces nodules sont bourrés *de très nombreux bacilles* libres ou phagocytes. C'est encore l'exemple de lésions inflammatoires (réaction polynucléaire) non spécifiques, dues au bacille de Koch qui y fourmille.

(3) Leur rareté est telle que l'on doit se demander si le bacille de Koch n'existe pas sous une forme larvée ou si nos techniques ne détruisent pas leur acido-résistance.

II. Tuberculose cutanée atypique (1). — 1° Type lichénoïde. — *Lichen scrofulosorum* dont le *pityriasis simplex de la face des enfants de Bœck* n'est que la localisation faciale et l'*eczéma scrofulosorum* une variété.

2° Type nodulaire. — A. (A gros nodules hypodermiques). — *Erythème induré de Bazin* (dont une forme d'hydrosadénite de Giovannini, l'ecthyma scrofuleux de Gastou et Emery, la thrombophlébite tuberculeuse ou phlébite nodulaire nécrotique de Philippson, ne sont que des variétés). — *Sarcoïde hypodermique de Darier-Roussy.*

B. (A petits nodules). — *Lupoïde de Darier* ou *sarcoïdes (dermique) multiples bénignes de Bœck.*

C. *Papulo-nécrotiques* (synonymie). — 1. Psoriasis scrofuleux d'Hutchinson, 1879 ;

2. Lupus érythémateux disséminé de Bœck, 1880 ;
3. Folliculite symétrique des parties glabres à tendance cicatricielle de Brocq, 1890 ;
4. Acnitis } de Barthélemy, 1891 ;
5. Folliclis } de Barthélemy, 1891 ;
6. Acné varioliforme des extrémités, Bronson, 1891 ;
7. Hydradénite destructive de Pollitzer ;
8. Folliculite exulcérante de Lukasiewicz ;
9. Hydradénite suppurative disséminée de Dubreuilh ;
10. Acné télangiectode de Kaposi ;
11. Scrofulides acnéiformes } de Colestt Fox, Pringle, Galloway ;
12. Scroful. à petites papules } de Colestt Fox, Pringle, Galloway ;
13. Acné scrofulosorum de C. Fox ;
14. Folliculite des scrofuleux (Du Castel) ;
15. Folliculites miliaires (Thibierge) ;
16. Acné cachecticorum (Hebra-Kaposi) ;
17. Lupus folliculaire disséminé de C. Fox ;
18. Toxituberculides acnéiformes et nécrotiques d'Hallopeau ;
19. Tuberculides périfolliculaires suppuratives de Bœck ;
20. *Tuberculides papulonécrotiques d'Hallopeau*, 1896 ;
21. Granulome innominé de Tennesson et Leredde, 1896 ;
22. Engelures nécrotiques d'Allen, 1897, etc.

3° Type en nappe. — *Généralisé : Pityriasis rubra de Hébra* et Tuberculides érythémateuses exfoliatrices de Bœck. — *Lupus érythémateux aigu disséminé.*

Limité : sans tendance atrophique, lupus pernio ; — avec tendance atrophique, *lupus érythémateux et ses variétés.*

III. Groupe d'attente (tuberculides au sens ancien du mot). — Type angiomateux : angiokératome de Mibelli.

Engelures.

Aéroasphyxie.

Certaines chéloïdes.

Certains parapsoriasis (?) [Civatte].

***

Historique. — C'est peu à peu que s'est constitué ce groupe, et ce fut l'œuvre des cliniciens : Besnier, Hutchinson, Landouzy, Bœck.

---

(1) Nous avons essayé dans ce tableau de sérier les types en série décroissante.

Le professeur Landouzy, bien avant 1893, avait déjà vu les rapports étroits entre la tuberculose et les tuberculides puisqu'il disait, dans les *Sérothérapies*, à propos de l'emploi diagnostique de la tuberculine :

« Je ne doute pas que si les dermatologistes se mettent à faire couramment appel à la tuberculine, comme aide diagnostique, ils n'arrivent à inscrire au chapitre des localisations tuberculeuses toute une série de pathies assez mal dénommées, assez mal classées, qui vont dans leurs expressions symptomatiques, depuis les états érythémateux, lichénoïdes, verruqueux, kéloïdiens, éléphantiasiques, depuis l'état bulleux ou pemphigoïde, jusqu'aux états ulcéreux, jusqu'aux états destructifs qu'on pourrait appeler phtisies cutanées puisqu'ils marquent le terme le plus élevé et le plus grave des dermophtisies tuberculeuses. »

Barthélemy, Brocq, Hallopeau, Darier publiaient quelques faits épars, et en 1896 à Londres, le Congrès international de dermatologie mettait à l'étude « Les relations entre la tuberculose et les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire ». Hallopeau, N. Hyde et R. Crocker furent rapporteurs. Au contraire de Hyde qui étendit trop le groupe des tuberculoses, Hallopeau démêla avec une rare sagacité ce que Darier allait appeler quelques mois plus tard les tuberculides : il classait les tuberculoses en trois groupes : tuberculoses typiques bacillaires, toxituberculides (1), lupus érythémateux; il mettait à part les dermatoses favorisées par la tuberculose mais de source non tuberculeuse, telles que l'eczéma scrofuleux de Bazin ou eczéma tuberculeux d'Hutchinson. Ce rapport remarquable a été le point de départ de toute une série de recherches. Leredde en janvier 1900, six mois avant le IVe Congrès, publiait dans la *Semaine médicale* une très importante étude anatomo-pathologique; il sériait les lésions histologiques et il insistait sur les transitions qui prouvent l'unité du groupe, il distinguait donc trois groupes : type lupus érythémateux ou lésions n'ayant pas la structure classique des altérations tuberculeuses; type lupus érythématotuberculeux, groupe de transition où se mélangent les lésions spécifiques folliculaires et les non spécifiques; type lichen scrofulosorum ou tuberculose typique. Convaincu de l'importance des lésions vasculaires qui pour lui constituent l'unité anatomique du groupe, il proposa de désigner ces dermatoses sous le nom d'*angiodermites tuberculeuses*. Au Congrès de Paris en 1900, la question des tuberculides cutanées fut à nouveau posée. Bœck, Colcott Fox, Roberto Campana, Riehl, Darier furent rapporteurs. Bœck n'ajouta que peu à la conception d'Hallopeau qu'il avait adoptée; il créait le mot d' « exanthèmes de la tuberculose »; il continua d'opposer les tuberculides vraies ou bacillaires et les toxituberculides non bacillaires caractérisées par leur « symétrie, localisation due à l'intervention du système nerveux et à des troubles vasomoteurs ». La symétrie faisait donc partie de le définition des tuberculides et c'était pour lui « la meilleur indicateur ». C'était là une conception inexacte reposant sur deux hypothèses et sur des bases cliniques erronées : en effet la symétrie n'est pas la règle, « tout au plus pourrait-on dire qu'elle correspond à la majorité des cas » (Pautrier).

Le rapport de Darier est le travail fondamental auquel il faudra toujours revenir, c'est lui qui nous servira à définir et à poser la question. Depuis, les tuberculides ont suscité de très nombreux travaux qu'à propos de chaque type nous aurons l'occasion de citer. Il nous faut encore signaler la très remarquable thèse de Pautrier (1703), le meilleur résumé de cette question complexe, fondée sur tous les travaux antérieurs et une riche bibliographie, complétée par toute une série de recherches nouvelles. Aux types réunis par Pautrier sous l'excellent vocable qu'il a créé de « tuberculoses atypiques », les dernières recherches semblent devoir ajouter : la sarcoïde bénigne multiple de Bœck ou mieux lupoïde de Darier, la sarcoïde hypodermique de Darier et Roussy, quelques cas de chéloïdes et peut-être de parapsoriasis (Civatte).

Définition des tuberculides de Darier ou tuberculoses atypiques de Pautrier. — Définition. — « En dehors des tuberculoses cutanées bacillaires dont l'étiologie est *certaine*, on connaît toute une série de dermatoses, dont la relation avec la tuberculose est seulement probable et qu'on a provisoirement groupées sous le nom de tuberculides » (D.) : lichen scrofulosorum, érythème induré de Bazin, tuberculides papulo-nécrotiques, lupoïde de Darier ou sarcoïde multiple bénigne de Bœck, pityriasis rubra de Hébra, lupus érythémateux, etc.

Dans la pensée de Darier « aucune idée théorique ne s'attache au terme de tuberculides; il désigne seulement des éruptions qui ne surviennent que chez les tuberculeux, dont la pathogénie inconnue est à éclaircir et que l'on peut opposer à ce titre aux tuberculoses cutanées dont la pathogénie bacillaire est certaine ».

Tel est le sens primitif du mot tuberculide.

Il définit donc ainsi les tuberculides :

1° Eruptions que l'on n'observe « que sur des malades infectés par le bacille de Koch ou légitimement suspects de l'être »;

2° Lésions qui dans l'immense majorité des cas ne renferment pas le bacille de Koch, que sauf exception les recherches bactériologiques et expérimentales sont incapables de mettre en évidence.

Darier insiste sur ce que « la notion des toxines n'a pas à intervenir dans la définition ».

Plus hardi aujourd'hui, il faut préciser le mot tuberculide ou lui substituer le mot *tuberculose atypique* qui ne laisse aucun doute sur la nature tuberculeuse.

« Il faut signaler encore deux traits d'ordre clinique que l'on a relevés comme particuliers aux tuberculides : 1° Elles affecteraient, dans leur distribution sur les téguments, une symétrie habituelle, laquelle fait défaut aux lésions bacillaires. » Bœck a insisté sur ce fait, qui n'est pas contestable, et il en fait même un des termes de la définition des tuberculides : l'apport des bacilles par la voie vasculaire sanguine, qui semble maintenant bien établie, explique cette disposition qui d'ailleurs n'a pas force de loi;

2° « L'autre caractère prétendu propre aux tuberculides, est le faible pouvoir destructeur qu'elles possèdent, leur tendance à la résolution spontanée;

(1) L'idée et le mot de toxituberculides adoptés par Bœck sont de M. Hallopeau, il les opposait aux tuberculides vraies bacillaires. Les toxituberculides sont provoquées à distance, dit-il, par les toxines tuberculeuses sécrétées par un foyer viscéral, elles sont donc toxiniques et non bacillaires, ce qui expliquerait la non-spécificité des lésions, l'absence de bacilles, les résultats négatifs d'inoculation.

il est, en effet, ordinaire qu'après un temps variable elles disparaissent sans laisser de traces ou en donnant lieu à une cicatrice ou à une atrophie locale. » Cette particularité ne doit plus étonner maintenant que l'on connaît des « *formes atténuées et curables de la tuberculose*, à peu près dans tous les tissus et dans tous les organes ».

Symtomatologie générale. — « Les différentes formes de tuberculides, dit Darier, sont trop disparates pour qu'on en puisse donner une description d'ensemble. »

Pourtant nombre d'auteurs se sont efforcés de schématiser les symptômes communs à tout le groupe des tuberculides :

Ce seraient des éruptions apparaissant sans fièvre et sans troubles généraux d'ordinaire brusquement, symétriques, curables, évoluant par poussées continues ou intermittentes, chaque élément n'ayant qu'une durée transitoire.

Il faut remarquer ce qu'a d'artificiel cette tentative. Ces quelques symptômes communs ont été déduits au début par Bœck, du seul groupe des papulo-nécrotiques et s'adaptent assez mal aux autres variétés à moins de perdre toute précision.

Mieux vaut donc dire : il existe cliniquement un groupe de dermatoses présentant les aspects les plus variables, affectant de préférence un type nodulaire et un type en plaques érythémateuses d'origine tuberculeuse. C'est dans l'*étiologie et la pathogénie tuberculeuses* qu'il faut rechercher l'unité du groupe, c'est encore dans la série des faits cliniques et anatomo-pathologiques qui montrent entre ces divers types *toutes les transitions*, toutes les formes de passage, dans « la coexistence fréquente ou la succession significative de plusieurs de ces formes éruptives chez le même malade » (1).

Etiologie générale. — Presque toujours, sinon toujours, les tuberculides s'observent sur des malades atteints de tuberculose, rarement de phtisie vulgaire ; ce sont le plus souvent des *tuberculoses torpides* pulmonaires ou extra-pulmonaires, *ganglionnaires* surtout, ostéo-articulaires et séreuses, formes atténuées compatibles avec une longue survie, et curables dans un grand nombre de cas.

Quelquefois les tuberculides sont associées à des *tuberculoses cutanées typiques*. Classique est le cas d'Hallopeau (musée, 1656), où une cicatrice d'une gomme tuberculeuse bordée de tubercules lupiques, était entourée de papules de lichen scrofulosorum.

« Il peut arriver aussi qu'on ne découvre aucune marque de tuberculose mais le sujet demeure suspect à cause de son apparence maladive, ou de ses antécédents personnels ou héréditaires. » Chez quelques-uns longuement surveillés, on a pu voir « la *tuberculose se manifester après avoir été longtemps latente*; une éruption de tuberculides peut donc constituer un *signe précoce* et par là d'une haute valeur, de l'infection bacillaire ». D. Témoin ce cas d'Hallopeau où le sujet parut d'abord indemne, or, un an plus tard la tuberculose viscérale éclatait.

Darier conclut « les porteurs de tuberculides (y compris le lupus érythémateux) m'ont paru *habituellement* tuberculeux, *très fréquemment* suspects, *exceptionnellement indemnes*, mais sans que rien me permît d'éliminer à coup sûr chez ces derniers tout soupçon de tuberculose latente ou en apparence guérie »... En effet le *diagnostic* de la tuberculose est parfois infiniment délicat, « elle peut évoluer et guérir sans avoir à aucun moment été cliniquement évidente. L'autopsie elle-même peut laisser échapper les vestiges d'une tuberculose atténuée, à moins qu'elle ne soit pratiquée avec une extrême minutie » (Darier) et accompagnée d'inoculations.

Anatomie pathologique générale. — L'anatomie pathologique montre, plus encore peut-être que la clinique, tous les degrés, toutes les transitions entre ces faits qui au premier abord paraissent disparates. Elle confirme l'unité du groupe montrant à la base toutes les lésions vasculaires dont la pathogénie rendra compte (Leredde, Pautrier).

Avec Darier, il faut diviser les lésions en deux types différents A et B.

« Dans le type A (lichen scrofulosorum, acnitis, lupus nodulaire disséminé...) il y a néoformation dans le derme d'un *tissu tuberculeux caractéristique*, avec cellules géantes nombreuses, cellules épithélioïdes, lymphoïdes ou plasmatiques, ces éléments affectant un groupement nodulaire ou folliculaire et ayant une tendance à subir la dégénérescence caséeuse.

Dans le type B (lupus érythémateux et ses variétés, folliclis), les lésions consistent essentiellement en traînées de cellules rondes ou plasmatiques, autour des vaisseaux du derme ; en altérations vasculaires avec dilatation ou au contraire rétrécissement et même oblitération de leur calibre, en production de foyers nécrotiques plus ou moins étendus.

Ces deux types de lésions « peuvent *s'associer* et il existe entre eux *toutes les formes de passage*, toute une série continue qui les réunit par degrés insensibles » (Darier). L'acnitis et la folliclis en sont la preuve : si la première affecte d'ordinaire le type A et la seconde le type B, il n'est pas rare de voir l'inverse, et on a pu les réunir en un seul groupe avec d'autres faits analogues, sous le nom de papulo-nécrotiques. La série est donc ininterrompue et on observe par *ordre de spécificité décroissante le follicule tuberculoïde, l'infiltrat sans follicule, le manchon périvasculaire avec ou sans nécrose*.

Partout on note les *lésions vasculaires profondes*, qui constituent (Leredde, Pautrier) « l'unité anatomique des tuberculides ». Ces tuberculides seraient ainsi, suivant l'expression de Leredde, des *angiodermites tuberculeuses*.

Pathogénie. — La pathogénie de ces tuberculides est discutée :

Sans s'attarder à l'hypothèse des microbes inconnus différents du bacille de Koch, encore soutenue en Allemagne pour le lupus érythémateux, on arrive aux deux théories : A. des toxines tuberculeuses émises à distance ou toxituberculides ; B. des lésions bacillaires produites localement par le bacille de Koch.

A. Théorie des toxines tuberculeuses. — Emise et défendue par Hallopeau en 1896, cette théorie a eu la plus grande faveur. Bœck s'en est fait le fervent partisan. D'un foyer tuberculeux viscéral ou ganglionnaire diffuseraient des toxines solubles qui à distance en certains points cutanés provoqueraient

(1) Les types divers de tuberculides sont isolés ou associés et Darier a insisté sur ces coexistences et ces successions. La pièce nº 1812 du musée en est un bel exemple : sur le même sujet, lupus érythémateux, lichen scrofulosorum, tuberculides papulo-nécrotiques se trouvent réunis.

des lésions uniquement toxiques, soit directement, soit après avoir impressionné les centres nerveux [d'où la symétrie de l'éruption cutanée (Bœck)]. Cette théorie satisfaisait l'esprit, expliquait les résultats négatifs histologiques et bactériologiques, l'absence de follicule tuberculeux avec cellules géantes et cellules épithélioïdes, l'absence de bacilles tuberculeux, les résultats négatifs des inoculations.

La base scientifique de cette théorie des toxituberculides est la connaissance des toxines solubles émises par le bacille de Koch ; il semble cependant que l'on ait un peu abusé en pathogénie des toxines solubles diffusibles ou tuberculines (Arloing et Bancel) et les recherches d'Auclair paraissent devoir faire attribuer plus d'importance aux toxines adhérentes du bacille de Koch (éthéro-chloroformobacillaire) non diffusibles, qui nécessitent la présence même des bacilles, au point lésé.

Hallopeau invoque l'apparition de tuberculides à la suite d'injection de tuberculine. Classique est l'observation de Schwenninger et Bruzzi, qui après une injection de tuberculine, virent apparaître des papules de lichen scrofulosorum. Les partisans des toxituberculides croient que la tuberculide a créé la lésion ; il semble plutôt que la tuberculine a mis en évidence des foyers latents minuscules encore non visibles, car il est difficile d'admettre qu'il ait suffi de deux à trois jours pour édifier des lésions aussi différenciées. On sait que la tuberculine met en évidence des lésions naissantes encore latentes autour des foyers tuberculeux lupiques dans la zone d'envahissement, et fait renaître des nodules ignorées dans des cicatrices lupiques (Klingmuller et Scholtz).

Il est pourtant des cas où dans ces « toxituberculides » l'on constate le follicule tubercule et les bacilles. La présence inconstante de ces rares bacilles n'est pas, disent Hallopeau et Bœck, une objection à la théorie des toxituberculides, des bacilles circulant dans le sang peuvent s'arrêter aux points cutanés déjà lésés par les toxines, d'autant qu'il existe déjà des troubles circulatoires ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu' « une toxituberculide, par la prolifération et le développement des bacilles aberrants, se transforme en une vraie bacillo-tuberculide (tuberculose cutanée) ». D'après eux la tuberculide avec follicule tuberculeux et bacilles ne serait qu'une transformation secondaire accessoire d'une lésion toxique.

B. Théorie bacillaire. — Nombreux ont été les adversaires des toxi-tuberculides. Riehl et Neisser ne se sont pas montrés favorables à cette hypothèse et le premier déclare qu'il ne saurait être question de tuberculides puisqu'il n'y a pas d'injection de tuberculine qui puisse produire ces dermatoses.

La théorie des toxi-tuberculides, soutenue avec l'exclusivisme des premiers temps, nous semble trop absolue et inexacte. Les toxines diffusibles provoquent peut-être les érythèmes tuberculeux et le plus important de tous les lupus érythémateux. Mais pour expliquer les tuberculides nodulaires, la théorie de l'action locale des bacilles due à Haury semble nécessaire : les bacilles partis d'un foyer primitif, viscéral ou ganglionnaire ou cutané, embolisent, et au point d'arrêt cutané déterminent la lésion dermatologique, les bacilles agissant par leur *présence* même, par *leurs toxines adhérentes et leurs toxines solubles qui diffusent autour d'eux, localement et non plus à distance.*

Trois hypothèses nullement incompatibles cherchent à préciser cette théorie de l'action locale bacillaire.

1° *Théorie des races spéciales de bacilles tuberculeux* (1). — Ce seraient des races *atténuées peu virulentes*, analogues à celles qui produisent les tuberculoses locales, les lésions de l'ancienne scrofule (Arloing). Tantôt les bacilles sont atténués avant leur inoculation, tantôt le virus s'atténue dans les lésions viscérales, d'où essaimeront les bacilles peu virulents vers la peau. Cette hypothèse est fondée sur les beaux travaux d'Arloing, de l'atténuation des bacilles de Koch, repris récemment et confirmés par Krompecher dans le laboratoire de Metchnikoff.

2° *Théorie des bacilles ordinaires, mais rares, en très petit nombre.* — La rareté des bacilles constatés sur les coupes, leur isolement dans le derme, milieu peu favorable à leur pullulation, expliqueraient l'atténuation des lésions provoquées par ces bacilles virulents, et qui sans doute ne tardent pas à être détruits par la réaction leucocytaire et conjonctive dermique.

3° *Théorie des bacilles tuberculeux morts.* — Du foyer tuberculeux primitif essaimeraient des bacilles déjà morts ou encore vivants, mais peu vivaces, qui, arrivés à la peau, y succombent rapidement dans leur lutte contre la réaction phagocytaire et bactéricide des tissus envahis. Ce sont ces bacilles qui suivant leur degré de virulence antérieure provoqueraient, au point d'arrêt, des lésions allant depuis le follicule type complet jusqu'à la simple infiltration périvasculaire.

Cette théorie due à Haury est actuellement la plus acceptée. Darier, Jadassohn s'y sont ralliés dès 1900 au Congrès de Paris. Les *tuberculoses cutanées atypiques seraient d'abord bacillaires pendant un temps plus ou moins court, puis inhabitées dans la suite* (Darier), d'où l'inconstance de la virulence de ces lésions, et l'on peut supposer que « les bacilles seront d'autant plus fréquemment découverts qu'on les recherchera dans des lésions plus récentes » (Darier).

Sa base scientifique est les travaux de Strauss et Gamaleia, Grancher et Ledoux-Lebard. Depuis longtemps ces expériences ont prouvé que des injections intraveineuses de bacilles tués provoquent des tubercules et follicules types identiques à celles déterminées par des bacilles vivants. Krompecher, variant les virulences, a pu graduer les lésions.

Voie d'apport. — Ces bacilles arrivent à la peau par les vaisseaux sanguins [embolies bacillaires, petites décharges de bacilles à la peau (2)]. L'origine interne des tuberculides soutenue en 1898 par Haury semble de plus en plus certaine. Elle explique la dissémination des lésions, leur apparition par petites poussées éruptives, la constance des altérations vasculaires qui forment l'unité du groupe. Dans un de ces foyers de phlébite, Philippson a pu trouver des bacilles.

Expérimentation. — L'expérimentation n'a pu trancher les points obscurs de la pathogénie car, sauf les essais de Darier et Roussy pour reproduire la sarcoïde hypodermique (essais que les auteurs

(1) Cette théorie avait été proposée dès 1896 par Hallopeau à propos du lupus érythémateux.

(2) Même pathogénie pour la lèpre et la syphilis. Gougerot, *Tribune méd.*, 2 mars 1906.

eux-mêmes ne trouvent pas concluants), aucune des tuberculides n'a pu, à notre connaissance, être reproduite expérimentalement soit avec des toxines solubles, soit avec des bacilles vivants atténués ou morts ou avec les toxines adhérentes d'Auclair. Darier dit même : « La reproduction expérimentale chez les animaux des tuberculides cutanées folliculaires, lichénoïdes, etc., semble à peu près irréalisable en raison de la différence de structure de la peau de l'homme et de celles des animaux de laboratoire, et de l'impossibilité de porter le virus pathogène aux points précis où il doit agir. »

Quelles que soient encore les incertitudes pathogéniques, un fait reste incontestable : la nature tuberculeuse de ces éruptions.

Telle est la conception du groupe des tuberculides ou tuberculoses atypiques. Elle a été assez attaquée pour qu'il soit utile, une fois pour toutes, de résumer les preuves et de répondre aux objections.

La pathogénie tuberculeuse est FONDÉE : 1° sur la coïncidence presque constante de tuberculose viscérale, ganglionnaire ou osseuse, sur les antécédents personnels et héréditaires tuberculeux, sur l'évolution montrant dans les cas rares qui paraissent négatifs l'éclosion d'une tuberculose manifeste et jusque-là latente, en un mot sur l'ambiance tuberculeuse.

2° Sur l'association de tuberculoses cutanées typiques reconnues de tous;

3° Sur la SÉRIE ININTERROMPUE DES FAITS, *tant au point de vue* CLINIQUE *qu'*ANATOMO-PATHOLOGIQUE, qui relient tous les types entre eux et qui font passer par transitions insensibles des tuberculoses les plus typiques aux plus atypiques et discutées, telles que le lupus érythémateux;

4° Sur la coexistence fréquente ou la succession de plusieurs de ces formes éruptives chez le même malade;

5° Sur la constatation dans plusieurs types du tissu tuberculeux folliculaire type, du bacille de Koch et la réaction locale des lésions à la tuberculine.

Les OBJECTIONS *ont été et sont :*

1° Absence de lésions histologiques spécifiques et présence de lésions non caractéristiques, infiltrations cellulaires, nodulaires ou périvasculaires, nécroses, vascularites que l'on peut trouver dans d'autres processus infectieux, aigus ou chroniques;

2° Absence de bacilles de Koch dans les coupes et à l'inoculation;

3° Inconstance des réactions à la tuberculine;

4° Résultats négatifs, au point de vue tuberculose, de plusieurs autopsies.

De par l'énoncé même des arguments en faveur de l'origine tuberculeuse, les trois premières de ces objections apparaissent ou inexactes ou trop absolues. La quatrième a été surtout faite à propos du lupus érythémateux où nous les discuterons. Et l'épreuve à laquelle nous avons soumis l'une des plus typiques des tuberculoses cutanées, montre qu'il *ne faut pas demander aux tuberculides la constance des lésions folliculaires, des bacilles et des inoculations, puisque cette constance ne s'observe même pas dans les tuberculoses typiques.* Il ne faut donc plus opposer les tuberculoses et les tuberculides, il faut au contraire les rapprocher, ce sont les deux termes d'une *même série ininterrompue de gravité et virulence croissantes.* Dans la tuberculose typique, les inoculations au cobaye (puisque c'est encore là notre meilleur criterium) sont en général positives, mais elles peuvent dans quelques cas être négatives; dans les tuberculides elles sont en général négatives, mais peuvent dans quelques cas être positives.

On en arrive ainsi à admettre que les tuberculides, *autrefois groupe d'attente,* « font partie de la classe des tuberculoses cutanées dont elles représentent des types atténués et auxquelles elles se relient par des transitions insensibles. » Ce sont les termes mêmes de Darier, créateur du mot tuberculide. Pour Neisser, « la majeure partie des affections classées parmi les tuberculides devraient être rangées parmi les tuberculoses franches. » Pour Jadassohn, « dans tous les cas où l'on parle aujourd'hui de tuberculides, nous devons rechercher la tuberculose avec toutes nos méthodes et dans toutes les périodes de la maladie ». Au mot tuberculide, il est donc logique, avec Pautrier, de substituer le terme de tuberculose atypique (1).

***

I. Type lichénoïde. — LICHEN SCROFULOSORUM. — De toutes les tuberculides elle est celle dont la nature tuberculeuse est la mieux établie.

[Hébra la reconnut scrofuleuse (90 p. 100 de scrofulose); Bazin la classait dans les tuberculides boutonneuses, Besnier et Widal la distraient du lichen pour la ranger dans les folliculites pilosébacées (1889). Jacobi (1891) en démontre la nature tuberculeuse : 1° papules formées de nodules tuberculeux caractéristiques avec cellules géantes et parfois même dégénérescence caséeuse (Sack, Darier, Hallopeau, Lukasiewicz, Unna); 2° bacille sur coupe (Jacobi, Sack, et Wolf); 3° inoculation positive dans de nombreux cas (Jacobi, Pelizarri, Hanshalter, Wolf). Les insuccès, dont il ne faut pas dissimuler le nombre, sont dus à la rareté des bacilles et à leur faible virulence (bacilles morts), à la petite quantité du produit inoculé, parfois à la faible virulence des papules en régression, peut-être enfin à « l'impatience des expérimentateurs qui les porte à sacrifier les animaux trop vite ». La réaction locale de la tuberculine est presque constante (Neisser, Pelizarri, Jadassohn, 14 sur 16). Swenninger et de Buzzi ont vu le lichen succéder à une injection de tuberculine qui sans doute n'a pas créé la lésion, mais a mis en évidence des lésions latentes non encore écloses (2).]

Il survient souvent après une infection aiguë, érysipèle, scarlatine et surtout *rougeole* chez des enfants bacillaires (3); après vingt-cinq ans il est d'une grande rareté. Ce sont des papules miliaires allant du jaune pâle (et rose) au brun (et violacé), petites de 1 à 2 millimètres, acuminées et coniques (parfois planes et brillantes), surmontées d'une minuscule pustu-

---

(1) Les caractères les plus essentiels des lésions tuberculeuses se retrouvent dans les tuberculoses atypiques, mais non au même degré. « Les tuberculides, dit Darier, ne sont pas toutes sur le même plan; au premier rang se place le lichen scrofulosorum; aux derniers viennent ces tuberculides que j'ai déclarées problématiques. Elles s'étagent ainsi en une série descendante; mais, entre les échelons supérieurs et les tuberculides cutanées légitimes, il n'y a point de différence tranchée. »

(2) Le cas de Röna confirme cette hypothèse. Une injection de 2 milligrammes de tuberculine fit accroître du double des ganglions cervicaux anciens et élargit deux petites plaques anciennes de lichen scrofulosorum; les jours suivants survint une éruption généralisée de lichen scrofulosorum.

(3) Du Castel accordait une place prédominante aux adénites.

lette centrée d'un poil. La pustulette bientôt se dessèche et laisse une croûtelle. La surface n'a ni le brillant ni la facette polygonale du vrai lichen, elle est rude et grenue au toucher, sa consistance est plutôt molle et il est facile de l'énucléer. Il est indolore, même pas prurigineux.

Toujours très nombreuses les papules sont parfois isolées (1), le plus souvent en groupes et placards de 2 à 3 centimètres (parfois 5 à 10 centimètres), à bords diffus entourés de papules isolées.

Souvent elles dessinent des cercles et segments de cercles (forme circinée, 77-1814). Elles entourent parfois une cicatrice tuberculeuse ou une tuberculose typique (77-1656, Hallopeau), preuve clinique de leur origine bacillaire. Elles siègent *au tronc*, rarement aux membres, exceptionnellement au visage où l'on ne connaît que les deux cas de Haushalter et Hyde.

En regressant, la papule s'affaisse, son existence ne se traduit plus que par la coloration de la peau et une très minime dépression un peu brillante, elle *guérit spontanément* (type de la tuberculose curable) *sans laisser de trace*, si ce n'est une cicatricule lorsqu'il y a eu suppuration.

C'est une lésion locale sans gravité, sans retentissement sur l'état général. La maladie dure de quelques mois à plusieurs années, par poussées irrégulières; elle récidive souvent après avoir disparu.

Le pronostic est donc très bénin, ne serait l'indication d'une tuberculose profonde.

Diagnostic. — Eczéma papuleux en placards chez un bacillaire [parfois impossible à différencier sans la biopsie (2)]. Eruptions médicamenteuses. Teignes à petites spores (Hallopeau). Kératose pilaire et *surtout* SYPHILIDES MILIAIRES dont les éléments sont *plus gros, plus fermes*, durs et rénitents, *cuivrés, moins groupés*, plus souvent isolés, avec collerette de Biett, d'évolution plus *rapide*, laissant une *macule cuivrée* après regression.

Histologie. — Jacobi et Sack ont montré que le lichen scrofulosorum était un tubercule miliaire, ce qu'ont confirmé Darier, Jadassohn. L'infiltrat est dermique au-dessous de la couche papillaire, il est ordonné autour d'un follicule pileux (ex-folliculite tuberculeuse). Au-dessus de lui l'épiderme est refoulé et lésé : sa basale forme une ligne droite et les bourgeons interpapillaires ne reprennent qu'à droite et à gauche du nodule, au-dessous il est limité par une condensation du tissu conjonctif. L'infiltrat aggloméré en nodule arrondi, ou disposé en boyaux, est constitué par un amas de mononucléaires, lymphocytes et cellules confondues en réactions inflammatoires rares plasmazellen; au centre se disséminent des follicules tuberculeux (3) avec leurs cellules géantes entourées d'épithélioïdes. La caséification est rare, les vaisseaux sont thrombosés, méconnaissables.

Autour de l'infiltrat lésions vasculaires et infiltrations périvasculaires.

(1) 76-1992 (Fournier). Numéros des moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, le premier indique le numéro de la vitrine.

(2) Nous faisons allusion à un cas de tuberculeux ganglionnaire et pulmonaire, atteint de lupus pernio du nez et de papulo-nécrotiques des membres, qui présentait sur le thorax des placards rappelant tout à fait le lichen scrofulosorum tel que nous le montrent les plus beaux moulages, or la biopsie a montré une épidermite banale.

(3) Contesté par Riehl et Lukasiewicz.

II. **Tuberculides nodulaires.** — A. TUBERCULOSE NODULAIRE A GROS NODULES HYPODERMIQUES. — Cette variété comprend deux types : la sarcoïde de Darier-Roussy, l'érythème induré de Bazin. Elle est reliée à la gomme tuberculeuse typique bacillaire et inoculable, par les formes ulcérées de l'érythème induré de Bazin et par la tuberculose nodulaire de Kraus. La série est donc ininterrompue et il s'agit en l'espèce d'*une seule et même maladie, la* TUBERCULOSE DE L'HYPODERME. On en peut ranger les cas sous les « chefs suivants qui représentent des échelons de virulence décroissante » (Darier).

1° « La GOMME SCROFULO-TUBERCULEUSE atteint des sujets manifestement tuberculisés, elle siège en n'importe quelle région du corps; elle s'ulcère presque toujours et s'évacue au dehors, » elle est bacillaire, infectante et virulente pour le cobaye;

2° La TUBERCULOSE NODULAIRE *hypodermique de Kraus* (Prager, *Med. Wochens.*, n° 28-1904) atteignait une tuberculeuse avérée, ses nodules de structure tuberculeuse contenaient des bacilles, infiltraient le cobaye, réagissaient à la tuberculine. Mais *aucun de ces nodules n'évolua vers le ramollissement et la fonte.*

3° L'ÉRYTHÈME INDURÉ DE BAZIN atteint des jeunes filles offrant « tous les attributs et la fraîcheur de leur embonpoint scrofuleux »; il siège de préférence aux membres inférieurs et s'ulcère parfois. « On n'y trouve pas de bacilles, l'inoculation au cobaye réussit exceptionnellement, mais la réaction à la tuberculine est positive. C'est donc une tuberculose très peu virulente. »

4° LA SARCOÏDE SOUS-CUTANÉE DE DARIER-ROUSSY se rencontre surtout chez des femmes adultes, ne semblant ni tuberculeuses ni de tempérament scrofuleux; elle peut siéger partout, mais notamment sur le tronc; elle ne s'ulcère pas spontanément. On n'y trouve pas de bacilles, elle n'est pas inoculable, mais elle réagit à la tuberculine. C'est le degré le moins virulent, le plus atténué de la tuberculose de l'hypoderme.

ERYTHÈME INDURÉ DE BAZIN. — En 1855, sous le nom d'érythème induré des jeunes filles, Bazin a séparé de l' « érythème noueux » une maladie caractérisée par des nodosités dures, persistantes, violacées, se développant aux membres inférieurs de jeunes filles scrofulo-lymphatiques de quatorze à dix-huit ans, obligées par leur profession à la station debout.

[Bazin en soupçonnait par la clinique la nature tuberculeuse et la rangeait dans les scrofulides bénignes érythémateuses. Thibierge et Ravaut ont constaté des lésions des vaisseaux d'importance capitale, d'où le nom de thrombophlébite nodulaire nécrotique de Philippson, angiodermite tuberculeuse de Leredde, des amas de cellules épithéloïdes avec cellules géantes, avec ou sans lésions dégénératives. Philippson dans deux nodules a décelé des bacilles. Thibierge et Ravaut, puis Fox, ont obtenu une fois l'inoculation positive au cobaye avec le nodule, Philippson a réussi à produire des tubercules dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, Jadassohn a tuberculisé le lapin avec le séropus. Jadassohn, Mantegazza ont constaté la réaction locale à la tuberculine.]

Début le plus souvent en hiver, tantôt insidieux à la suite de fatigues et de longues stations debout, tantôt brusque avec de violentes douleurs qui cessent dès l'apparition des nodosités. De 10 à 20 millimètres et plus, les nodosités peu nombreuses, six à dix de chaque côté, sont arrondies, dures, résistantes, elles naissent dans l'hypoderme ou dans la partie

profonde du derme, émergent peu à peu, envahissant la peau où apparaît une rougeur violacée, sorte de marbrure (1) à bords diffus. Elles peuvent se réunir en plaques irrégulières ; elles restent indolores. Elles durent des mois et se terminent par résorption, en laissant une aire atrophique; quelques-unes saillent davantage, le centre se ramollit et s'ulcère; du séro-pus s'échappe, ce type est séparé à tort de la maladie de Bazin sous le nom de type Hutchinson. L'ulcération arrondie ou déchiquetée irrégulière est *toujours plus petite que le nodule* (2), le fond peu profond est fongueux, violacé ou jaune grisâtre, les bords ne sont jamais décollés, la cicatrisation lente laisse une cicatrice syphiloïde.

La maladie très chronique procède par poussées, qui surviennent surtout en hiver, parfois au printemps ou à l'automne; elles peuvent se renouveler pendant des années. Chaque poussée a une durée moyenne de six semaines à deux mois, parfois trois mois. Les nodules disparaissent en trois semaines environ; lorsqu'ils aboutissent à l'ulcération, la cicatrice demande une quinzaine de jours pour se former.

Diagnostic. — A part certaines éruptions médicamenteuses (iodiques et bromiques) et quelques nodosités de phlébite variqueuse, on doit penser aux *gommes syphilitiques et gommes tuberculeuses* (ulcération précédée de fluctuation; suppuration totale; *ulcération de toute la nodosité* sans couronne indurée). — La cavité de la *gomme tuberculeuse* forme une cavité à parois anfractueuses profondes, à bords décollés. La *gomme syphilitique* se ramollit et s'ulcère d'abord au centre, le pourtour reste encore induré. La nodosité reste plus longtemps localisée dans l'hypoderme sans changement de couleur à la peau ; une fois ulcérée, ses bords sont plus infiltrés et sur une plus large étendue; le fond est bourbillonneux, filamenteux, tapissé d'un enduit crémeux gris jaune. L'épreuve du traitement est la dernière ressource.

L'*érythème noueux* aigu s'en distingue par son début brusque, sa marche rapide aiguë fébrile, par les troubles généraux, les localisations articulaires, la teinte ecchymotique des nodosités et leur très grande sensibilité.

Histologie. — D'après Thibierge et Ravaut, Hartung et Alexander.

Le nodule ne se distingue que difficilement à la coupe, car sa coloration ne tranche pas; il adhère au tissu cellulaire, on ne peut l'énucléer et il faut l'arracher; il est constitué par des travées scléreuses blanches circonscrivant des aréoles adipeuses. Ces travées fibreuses sont infiltrées *d'amas lymphoïdes où l'on rencontre çà et là des nodules épithélioïdes avec cellules géantes* (follicule type) et parcourues de vaisseaux à parois enflammées, souvent oblitérés par endophébite ou endartérite. Le vaisseau oblitéré et nécrosé peut n'être plus reconnaissable qu'à son cercle élastique. C'est d'ordinaire autour des vaisseaux si profondément touchés que s'ordonnent des nodules d'infiltration.

Le tissu adipeux circonscrit par ces travées est tantôt normal, tantôt en réaction inflammatoire avec lésions vasculaires, tantôt dégénéré et nécrosé; son aspect aréolaire perforé persiste.

Ces lésions ont leur *maximum dans l'hypoderme*, elles diminuent graduellement en remontant vers l'épiderme. Dans la couche profonde du derme elles sont encore très marquées, périvasculaires et *périglandulaires*; dans les papilles et couche sous-papillaire, elles sont à peine ébauchées : œdème, dilatation des vaisseaux dont les parois s'épaississent, réaction et prolifération des cellules fixes, infiltration de lymphocytes; l'épiderme est très peu altéré.

La thrombo-phlébite résume la lésion, est la preuve de l'origine vasculaire de l'embolie bacillaire, et justifie l'expression d'angiodermite tuberculeuse.

L'érythème de Bazin semble donc être un érythème noueux tuberculeux chronique.

(1) 76-2109.
(2) 80-2019.

SARCOÏDE SOUS-CUTANÉE DE DARIER ET ROUSSY (1). — Darier et Roussy ont séparé de la sarcoïde de Bœck, qui est dermique (cutanée), une sarcoïde *sous-cutanée*, forme rare de « tumeurs » bénignes multiples, dures et indolentes, apparaissant insidieusement et évoluant lentement sur une région quelconque du tronc et des membres, presque exclusives au sexe féminin de vingt-six à trente-cinq ans, chez des sujets atteints de bacillose. Leur structure est « *très analogue et presque identique* à celle des tissus tuberculeux; mais on n'y rencontre pas de bacille de Koch et l'inoculation aux animaux (un seul essai) a donné un résultat négatif ». Dans les deux cas où elle fut faite, l'injection de tuberculine amena une réaction générale et *locale*. Il s'agit donc d'une *tuberculose atténuée*.

B. LUPOÏDE DE DARIER-BŒCK, BÉNIGNE MULTIPLE (1899), EX-SARCOÏDE DERMIQUE DE BŒCK (2). — Contestée en Allemagne et rattachée aux sarcoïdes de Kaposi par Fendt (*Arch. für Dermat.*, 1900), elle a été admise en France par Darier (Congrès de 1900 et 1904; *Annales*, 1904), et rattachée aux tuberculides, il l'avait décrite sous le nom de LUPOÏDE. Ce terme a l'avantage de préciser les rapports de structure et de cause avec le lupus tuberculose typique, aussi Bœck lui-même l'a-t-il adopté. Hallopeau et Eck au contraire la séparent des tuberculides et tendent à la « ranger parmi les granulomes, et à la placer ainsi dans le cadre nosologique à côté de la lèpre, de la tuberculose et du mycosis ».

C'est par les arguments cliniques et surtout histologiques que la lupoïde a été rattachée aux tuberculides. On n'a pas trouvé de bacilles, les inoculations ont été négatives et la réaction de la tuberculine n'a pas été tentée. Mais *tous les intermédiaires la rattachent aux lupus tuberculeux disséminés éruptifs* (Darier) qui sont des tuberculoses typiques inoculables. De même que la tuberculose hypodermique, la tuberculose *dermique nodulaire forme donc une série continue de cas de virulence décroissante*.

(*A suivre.*)

(1) et (2) L'étude clinique et histologique de ces deux types : lupoïde de Bœck-Darier et sarcoïde de Darier-Roussy, sera résumée dans une note ultérieure.

LIVRES NOUVEAUX

Du paludisme et des parasites du sang (1), par J. W. W. Stephens et S. R. Christophers; traduit de l'anglais par MM. Edm. et Et. Sergent; préface du docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

J. W. W. Stephens et S. R. Christophers ont fait paraître la deuxième édition de leur livre. Leur première édition était destinée aux débutants dans l'étude du paludisme. Le succès qu'elle a obtenu les a engagés à élargir le cadre des questions traitées et leur deuxième édition devient riche en sujets étudiés avec la plus grande rigueur scientifique. Quoique didactique par certains côtés, leur livre est surtout pratique. En envisageant le paludisme, il met le praticien aux prises avec les difficultés techniques du diagnostic des différentes formes d'hématozoaires. De longs chapitres sont consacrés dans le même ordre d'idées à l'étude des diverses espèces de moustiques, et des insectes capables de véhiculer des germes spécifiques.

Les auteurs insistent encore sur les hémoparasites des animaux, enfin ils donnent des développements des plus intéressants sur les trypanosomes, les diverses sortes de filaires, les spirilles, etc., qui ont fait l'objet, ces dernières années, de si belles découvertes.

Livre d'actualité, livre qui sera lu et utilisé en maintes circonstances par les praticiens et même les savants; aussi convient-il de louer, autant qu'ils le méritent, MM. Edm. et Et. Sergent d'avoir fait connaître à la science française un livre que les médecins anglais apprécient hautement.

C. DOPTER.

(1) In-18 jésus, cart. toile, de 400 p., avec 135 fig. dans le texte — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Traité d'hygiène, publié en fascicules sous la direction de MM. Brouardel et Mosny. — **Hygiène alimentaire**, par J. Rouget et Ch. Dopter, professeurs agrégés au Val-de-Grâce. In-8 de 320 p. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.639	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs;—***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; —***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer*	0.88
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Dose ordinaire : 1 bouteille par jour.

G. GREMY, 20, rue des Martyrs, Paris.

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de soude :

LIQUIDE	CAPSULES
0 gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour).	0 gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).

CHLOROSE ANÉMIE ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST. LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, rue de Saintonge, PARIS, ET PH^ies

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCT^rs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale

La plus Légère à l'Estomac

VENTE

20 Millions de Bouteilles

PAR AN.

Déclarée d'Intérêt Public

Décret du 12 Août 1897.

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne*. — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.

PH^ie VIGIER, 12, B^d BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

AVIS.

PARKE, DAVIS et Cie. ont SEULS le droit de fabriquer l'ADRENALINE d'après le procédé du Dr. TAKAMINE qui l'a découverte. SE MEFIER DES CONTREFACONS. Spécifiez "ADRENALINE—TAKAMINE" et exigez le nom PARKE, DAVIS et Cie. sur l'étiquette. Gros :—ADRIAN et Cie.—9, Rue de la Perle, Paris.

CITROSODINE

Citrate trisodique en comprimés solubles de 0 gr. 25 cent.

GRÉMY

G. GRÉMY, 16, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

D'une manière générale **LA CITROSODINE** agit à la façon des alcalins, mais elle POSSÈDE UNE SUPÉRIORITÉ INCONTESTABLE sur ces derniers, et en particulier sur le BICARBONATE DE SOUDE *auquel elle doit être substituée dans tous ses usages*

MODE D'EMPLOI ET DOSES. — **ADULTES** : 4 à 8 Comprimés et plus au besoin dissous dans un demi-verre d'eau, deux à trois fois par jour, au moment des repas. — **ENFANTS** : 3 à 4 Comprimés et plus au besoin dissous dans un demi-verre d'eau, deux à trois fois par jour, au moment des repas. — **NOURRISSONS** : **1 Comprimé avant chaque tétée.** Faire dissoudre le Comprimé dans une cuillerée à bouche d'eau, la faire absorber à l'enfant, s'il est au sein, ou l'ajouter au biberon, dans le cas contraire.

Paludisme } AMPOULES à 0,20 — CACHETS à 0,25 / 0,50 **QUINOFORME** H. LACROIX & Cie, 31, Rue Philippe-de-Girard, PARIS

MYCODERMINE DÉJARDIN

(EXTRAIT DE **LEVURE** DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Sont nommés pour l'année scolaire 1906-1907 :

M. Deléarde, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile.

M. Gaudier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. Ingelrans, agrégé, chargé d'un cours des maladies du système nerveux.

M. Carrien, agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique.

M. Lambert, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

M. Raviar, chargé d'un cours théorique et pratique de médecine mentale.

M. Patoir, agrégé, chef de travaux pratiques de médecine légale.

M. Gérard (Georges), agrégé, chef des travaux d'anatomie.

M. Vallée, agrégé, chef des travaux de pharmacie.

M. Louis, chef des travaux de chimie minérale.

M. Desoil, chef des travaux de micrographie et parasitologie.

M. Demeure, licencié ès sciences physiques, chef des travaux de physique.

M. Ricquiet, pharmacien, chef des travaux de chimie organique.

M. Bédart, agrégé, chef des travaux de physiologie. M. Bédart est en outre chargé d'un cours d'anatomie, de physiologie et pathologie élémentaires pour l'enseignement dentaire.

M. Debeyre, chef des travaux pratiques d'histologie. M. Debeyre est en outre nommé aide de clinique chirurgicale des enfants.

M. Taconnet, aide de clinique des voies urinaires.

M. Dubois, moniteur de physiologie.

M. Caumartin, directeur de clinique et des travaux pratiques dentaires.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Coquin, du port de Brest, est désigné pour embarquer immédiatement sur le vaisseau-école le *Borda*.

PRÉFECTURE DE POLICE. — M. le docteur Thoinot est nommé médecin-inspecteur de la Morgue, en remplacement du professeur Brouardel, décédé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Dozoul (de Barrême); Clair et Vigné, médecins sanitaires maritimes; Raybaud (de Marseille); Tollemer, chef du laboratoire de diphtérie à l'hôpital Bretonneau; Kirode Ghondor Palit et Ashu Tosh Dutt, médecins indigènes à Chandernagor; Delamourd, officier de santé indigène, chargé du service sanitaire de Chandernagor.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Desuet (d'Hersin-Coupigny); Robin (de Pantin); Boinot, interne à l'hôpital Hérold; Denécheau et Chartier, internes à l'hôpital des Enfants-Malades; Kuts, interne à l'hôpital Lariboisière; Halbron, interne à l'hôpital Trousseau; Chastagnol, interne provisoire à l'hôpital Boucicaut; Boivin, interne provisoire à l'hôpital des Enfants-Malades; Collin, interne provisoire à l'hôpital Hérold; Roussel, externe à l'hôpital de la Pitié; Axenier et Cottard, externes à l'hôpital Saint-Antoine; Duru, externe à l'hôpital Lariboisière; Faugeron, externe à l'hôpital Broussais.

RÉVISION DU PROGRAMME DE L'EXTERNAT faite du 5 septembre au 5 octobre par un interne des hôpitaux. — Deux conférences par semaine. — Droits d'inscription : 40 francs. — S'inscrire chez le concierge de la Charité.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1128.*)

MORT SUBITE

PAR

ŒDÈME PULMONAIRE SURAIGU

AU COURS D'UNE PÉRI-AMYGDALITE PHLEGMONEUSE

Par M. Louis-Albert AMBLARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Ordinairement sans gravité, la péri-amygdalite phlegmoneuse guérit après une huitaine de jours. Néanmoins on a signalé quelques complications possibles, et malgré leur excessive rareté quelques-uns de ces accidents méritent d'être bien connus, étant donné leur extrême gravité.

Nous ne ferons que signaler les causes principales de la mort dans la péri-amygdalite phlegmoneuse, mais nous voulons insister tout particulièrement sur un cas unique, croyons-nous, de mort subite survenue chez un malade que nous avions soigné pour une inflammation phlegmoneuse péri-amygdalienne d'intensité moyenne, qui, après rémission des phénomènes locaux et généraux, succomba subitement par un œdème généralisé suraigu des deux poumons,

C'est ainsi que des cas de mort ont été provoqués par la gangrène (1), l'œdème laryngé et les replis aryténo-épiglottiques; la phlébite de la veine jugulaire avec suppuration et infection purulente (2), la thrombose des veines jugulaires; l'ouverture du phlegmon dans le tissu cellulaire du cou; l'irruption du pus dans les voies aériennes pendant le sommeil (3), par otite purulente, érysipèle de la face, broncho-pneumonie, et enfin par un accident mortel toujours, sauf dans un cas de M. Moizard (4), nous voulons parler de l'ouverture d'un des gros vaisseaux du cou, carotide interne, ou d'une de ses branches (5).

A cette énumération nous joindrons donc l'observation suivante où la mort survint à la suite d'un œdème suraigu des deux poumons :

M. P. M... entre le 4 juin 1905, salle Vernois, service de M. le docteur Cuffer, pour une angine dont il souffre depuis trois jours. C'est un nègre de constitution très robuste, remarquablement bien musclé, et employé comme huissier dans une grande maison de banque. Ses parents, père, mère, frères vivent en bonne santé aux colonies, lui-même depuis son arrivée en France n'a jamais été malade. Il n'est ni tuberculeux, ni syphilitique.

Après une période de deux à trois jours pendant lesquels l'affection ne s'était manifestée que par un peu de douleur aux mouvements de déglutition, et un certain état de malaise mal caractérisé, brusquement est apparu un frisson intense accompagné de claquements des dents. La douleur devint subitement très intense, surtout marquée au côté gauche de l'isthme du gosier; très rapidement les mouvements de déglutition devinrent très douloureux, le malade consulta un médecin et celui-ci l'envoya à l'hôpital Necker avec le diagnostic d'amygdalite phlegmoneuse gauche.

Nous interrogeons le malade dès son entrée dans le service. Il nous raconte les débuts de l'affection actuelle avec la plus grande peine, car le gonflement péri-amygdalien a augmenté, et tout mouvement de la langue et de l'articulation temporo-maxillaire est devenu à peu près impossible.

L'examen de la cavité buccale est très difficile, et c'est avec peine que nous apercevons la luette fortement œdématiée, et portée vers la droite, repoussée qu'elle est par la saillie formée par le pilier antéro-gauche et le voile. Cette saillie est d'un rouge sombre; le doigt introduit avec difficulté entre les dents arrive sur le voile, où son contact éveille de très vives douleurs, sans permettre de se rendre compte si le pus est collecté ou non.

Extérieurement le cou est déformé, assez légèrement cependant; mais on sent une masse douloureuse, arrondie, formée par un ganglion enflammé. La langue est blanche, le malade a presque constamment des nausées, en partie dus probablement aux contacts répétés de la luette avec la base de la langue; il est très affaibli par deux nuits entières d'insomnie. Le pouls bat à 120 pulsations à la minute; le thermomètre indique 39°8. L'urine contient une légère trace d'albumine.

Nous prescrivons un purgatif; des gargarismes répétés; de grands lavages de la cavité buccale, et des cataplasmes renouvelés assez fréquemment sur la région de l'angle de la mâchoire.

Le lendemain les signes sont sensiblement les mêmes. On note une légère gêne de la respiration attribuée, vu le bon état de l'appareil pulmonaire, à la tuméfaction qui a notablement augmenté. Les cataplasmes sont continués et remplacés la nuit par des applications externes d'onguent napolitain belladoné. La température reste élevée à 39 degrés. Le pouls est rapide : 120.

Le 6 au matin, le malade présentant une dyspnée plus accentuée et un gonflement du cou plus considérable, est passé dans un service de chirurgie, où le phlegmon est incisé. Une certaine quantité de pus et de sang est évacuée, un vomitif est ordonné pour faciliter l'expulsion du pus, et le malade, dont l'état général est amélioré d'une façon très notable, est ramené dans le lit qu'il occupait salle Vernois. Le thermomètre n'accuse plus que 37°5. Le pouls est plus régulier et pas très rapide : 90 pulsations. L'urine ne contient plus d'albumine. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal : pas d'épanchement pleural, pas de bronchite, ni de foyer de congestion pulmonaire. Pas de péricardite ni d'endocardite. En somme l'état général est tout à fait satisfaisant, et le malade que ne gêne plus aucune dyspnée se réjouit de la disparition des phénomènes douloureux.

Le lendemain matin, la sédation des phénomènes douloureux persiste. Le malade se considère comme guéri, et à la contre-visite du soir manifeste sa joie de pouvoir bientôt quitter l'hôpital.

En entrant dans la salle, nous sommes stupéfait, le jour suivant, d'apprendre le drame subit qui s'est déroulé dans la nuit. A onze heures, le malade, qui s'était levé un instant, pousse un cri d'angoisse et s'affaisse. On se précipite; l'interne de garde est mandé en toute hâte. On fait absorber au malade, qui visiblement s'asphyxie, du sirop d'éther. Deux injections, l'une d'éther, l'autre de caféine, sont immédiatement pratiquées. Mais en moins d'une minute le malade avait cessé de vivre. Une saignée immédiate, les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle restent sans résultat.

A l'autopsie, la cause de la mort apparut dès l'ouverture de la cavité thoracique. Les deux poumons étaient envahis

dans leur totalité par un œdème considérable. Dans toute leur hauteur ils étaient atteints. Les fragments, de consistance dure, surnageaient à la surface de l'eau, mais un très léger choc les envoyait au fond du vase, d'où ils ne revenaient qu'avec peine.

Cet œdème pulmonaire était la seule lésion macroscopique qu'il fût possible d'observer. Rien ne put être relevé au niveau des reins, du foie, du cœur, du système nerveux central.

L'examen histologique permit de contrôler les résultats fournis par l'examen macroscopique. Aucune trace de néphrite. Aucune lésion dégénérative des cellules hépatiques. Du reste on avait noté l'absence d'albumine durant l'affection qui avait déterminé la mort; des traces seules avaient été constatées au début.

Le cœur dont les cavités droites étaient très distendues et gorgées de caillots noirs ne présentait aucune lésion valvulaire; pas de péricardite. Aucune trace de lésions aortiques ou coronaires. L'examen histologique des artères permet de l'affirmer.

Le larynx ne présentait pas d'infiltration séreuse, au niveau des cordes vocales, aucun œdème de la glotte. Seuls, tout au voisinage du paquet vasculo-nerveux du cou, à gauche, les ganglions lymphatiques paraissent plus volumineux que ceux du côté opposé, sans cependant qu'il y ait d'infiltration œdémateuse et d'adéno-phlegmon.

En somme, le malade était mort asphyxié, uniquement par un œdème absolument subit ayant envahi les poumons dans leur totalité.

Restait à expliquer la cause de cet œdème suraigu du poumon. Celle-ci est en effet diversement comprise d'après les différents auteurs. Trois théories principales se trouvent en présence pour expliquer la production de cet œdème aigu : théorie rénale (Bouveret, Dieulafoy, Brouardel), théorie vasculaire (Huchard) et cardiaque (Merklen), théorie nerveuse.

Etant donné que l'œdème subit du poumon est un phénomène généralement observé chez les artério-scléreux, malades qui présentent de l'albumine dans l'urine, démontrant une lésion rénale, et des plaques d'athérome aortique, il était naturel que l'un et l'autre de ces phénomènes morbides fût incriminé. Enfin l'expérimentation (Ranvier-Grossemann) venant apporter ses preuves aux hypothèses des cliniciens, on doit reconnaître le rôle important joué par le système nerveux dans la production des accidents. Notre observation semble apporter une preuve nouvelle en faveur de cette dernière théorie.

Après avoir rappelé que c'est à Andral (6) [1837] que revient le mérite d'avoir décrit un œdème actif aigu du poumon, à côté d'un œdème passif et chronique, nous allons passer brièvement en revue les diverses opinions émises depuis à ce sujet.

Pour Bouveret (7) l'œdème aigu du poumon est un accident à point de départ rénal. C'est le mauvais état du rein qui commande l'apparition de l'accident pulmonaire; mais il ajoute que l'on ne peut comprendre que par un trouble de l'innervation vaso-motrice dans le domaine de l'appareil pulmonaire l'énorme et subite fluxion œdémateuse des deux poumons.

Pour M. Dieulafoy (8) l'œdème du poumon « au même titre que d'autres phénomènes urémiques provoqués par l'insuffisance fonctionnelle du rein, serait un des multiples accidents du brightisme, et causé par la sclérose rénale, avec les phénomènes de rétention de produits toxiques qui en sont la conséquence ».

Tel n'est pas l'avis de M. Huchard (9) qui soutient que l'« on charge le brightisme de trop de méfaits imputables à une généralisation d'un processus scléreux dont la lésion rénale n'est qu'une localisation parfois prépondérante, mais qui le plus souvent atteint en même temps l'origine de l'aorte. Lorsque l'œdème apparaît au cours de la néphrite interstitielle, il y a toujours entre elle et l'œdème pulmonaire un intermédiaire presque obligé, l'aortite, ou une affection de l'aorte qui présente souvent, comme on le sait, un retentissement inflammatoire ou réflexe sur le plexus cardio-pulmonaire. Il en résulte un abaissement subit de la tension aortique, et une augmentation considérable de la tension dans la petite circulation ».

L'opinion mixte, admettant la participation du cœur et des reins, est représentée par M. Merklen (10) : « L'artério-sclérose est, dit-il, la cause la plus habituelle de l'œdème aigu du poumon. L'existence simultanée chez les malades qui en sont atteints, de sclérose rénale, d'aortite et de myocardite chronique, ne permet que difficilement de préciser le facteur étiologique direct de la crise pulmonaire. Celle-ci serait à toutes les périodes de la maladie provoquée par une crise accidentelle, ou une poussée phlegmasique subaiguë qui se fait du côté du myocarde ou de l'aorte. » Du reste l'état du myocarde est mis en cause par cet auteur : « A côté des altérations des reins et de l'aorte, il faut, dit-il, faire une large part aux lésions du myocarde, particulièrement du ventricule gauche. Le fonctionnement du muscle cardiaque peut être compromis à la fois par l'artérite coronarienne qui réduit son irrigation, et par la sclérose en foyer ou diffuse qui diminue son élacticité; qu'un surcroît de travail, qu'une poussée phlegmasique, qu'une toxémie vienne encore s'ajouter à ces causes d'infériorité physiologique, et le ventricule gauche pourra se montrer insuffisant. » C'est cette paralysie du ventricule gauche qui est également incriminée par Welsch.

En réalité, il est cependant possible de réduire l'écart, bien plus apparent que réel, entre la théorie rénale et la théorie aortique : « Ne voit-on pas, dit en effet M. Dieulafoy (11), quel rôle jouent les spasmes vasculaires dans le brightisme ? Le doigt mort, symptôme si fréquent, est évidemment le résultat d'un spasme vasculaire; certaines formes de dyspnée urémique (sine materia) pourraient bien être associées à un spasme des petites bronches ou des petits vaisseaux. »

En somme les deux théories semblent s'accorder sur ce point que dans l'un et l'autre cas, c'est par l'intermédiaire du système nerveux que se produit l'œdème pulmonaire à apparition brusque, soit que l'ébranlement de ce système soit dû à une lésion rénale, ou à une lésion aortique.

C'est donc en réalité, plutôt dans la lésion ou l'irritation du système nerveux vaso-moteur qu'il faut

surtout chercher la cause de l'accident (Huchard).

Nous avons déjà dit plus haut que Bouveret admettait cette participation du système nerveux dans la production de l'œdème suraigu du poumon. Les auteurs allemands, avant et après lui, se sont surtout attachés à montrer l'importance du rôle joué par cette irritation nerveuse.

Nous ne ferons que signaler les recherches pathogéniques de Conheim et Lichtheim (12) [1876], de Virchow et Hirsch (13) [1882], de Sahli (14) [1885], de Müleer (15), et nous insisterons plus particulièrement sur celles de Welsch (16) et de Grossemann (17).

Alors que certains auteurs font rapporter les troubles nerveux à une irritation de l'innervation du cœur lui-même, d'autres croient à une modification brusque de la vaso-motricité dans le réseau de l'artère et des capillaires pulmonaires.

Pour Welsch, la cause efficiente de l'œdème pulmonaire serait la paralysie du cœur gauche. Adoptée par Strümpell cette opinion fut combattue par Sahli, qui mit en doute l'existence, chez l'homme, de cette rupture d'équilibre entre l'énergie des deux cœurs.

Grossemann, par des expériences à l'aide de la muscarine, montra que les animaux intoxiqués par le poison, meurent avec de l'œdème pulmonaire généralisé. D'après lui, sous l'influence de la muscarine, la pression sanguine s'élève considérablement dans les deux oreillettes et l'artère pulmonaire, tandis qu'elle s'abaisse dans le système aortique. Il y aurait un spasme du muscle cardiaque prédominant au cœur gauche, et cet auteur explique l'accès d'œdème pulmonaire aigu par une contraction spasmodique du ventricule gauche qui gêne la sortie du sang de la petite circulation. De là hypertension pulmonaire, turgescence et rigidité du poumon, puis transsudation séreuse et dyspnée.

Cependant, une objection était possible : « On remarquera, dit Tournier (18), combien il est étrange de faire dépendre l'œdème pulmonaire aigu de la stase sanguine, et de lui attribuer ainsi la même cause qu'à l'œdème passif dont il est si différent. L'œdème aigu comporte un élément fluxionnaire dont les idées précédentes ne tiennent pas suffisamment compte, et qui paraît être subordonné au système vaso-moteur. » S'appuyant sur les travaux de Ranvier, qui ont montré la part énorme jouée par le système nerveux dans la production des œdèmes, M. Huchard incrimine plus particulièrement la dilatation paralytique des vaisseaux de la petite circulation. Dans la majorité des cas c'est par l'intermédiaire d'une aortite que se ferait la vaso-dilatation.

Le cas qui nous occupe, et qui nous paraît tout à fait démonstratif, bien que venant appuyer cette théorie de la fluxion vaso-dilatatrice pulmonaire, montre que, si, dans la majorité des cas, il semble que l'aortite soit notée, elle était absolument absente dans notre cas particulier. Et, s'il « est difficile, dans la plupart des cas, de déterminer le point de départ de l'incitation morbide qui provoque la dilatation paralytique des vaisseaux de la petite circulation » (Bouveret), il était, ici, facile de conclure à une irritation du pneumogastrique par le voisinage du ganglion lymphatique enflammé qui le comprimait à la région cervicale.

Du reste il est possible d'admettre que l'irritation du pneumogastrique ait porté à la fois sur ses fibres pulmonaires et sur ses fibres cardiaques. Les deux phénomènes s'ajoutent, sans se contrarier; la parésie du cœur qui serait résultée de l'irritation du pneumogastrique cardiaque tendant à provoquer une hypertension dans le système de l'artère pulmonaire avec chute brusque de la tension aortique (expériences de Lichtheim et Openchowski). M. Huchard n'a-t-il pas insisté tout particulièrement sur l'abaissement subit de la tension artérielle chez les artério-scléreux atteints d'œdème aigu du poumon, qui du fait de leur artério-sclérose ont une tension artérielle habituellement très élevée?

A l'appui de ces théories faisant jouer le rôle principal sinon unique à des modifications de la tension artérielle, M. Josué est venu apporter des arguments de haute valeur, se basant sur des expériences faites sur des lapins à l'aide de l'adrénaline injectée en quantités variables. M. Josué (19) montre que si, « avec une dose faible et répétée, on obtient de l'athérome artériel, avec une dose plus considérable, on obtient de l'œdème aigu du poumon. L'un et l'autre de ces phénomènes, athérome et œdème, seraient, l'un et l'autre, des accidents se produisant, l'un brusquement, l'autre lentement sous l'influence de la même cause : l'hypertension. » Ce ne serait plus ainsi la propagation de l'inflammation aux tissus périaortiques qui devrait être incriminée mais une intoxication produisant l'hypertension artérielle. L'hypertension serait, pour cet auteur, provoquée par un trouble fonctionnel des glandes surrénales, et ce serait une crise suraiguë du même trouble fonctionnel de ces glandes qui causerait l'œdème aigu. M. Josué signale également ce fait qu'au cours de ces expériences, il a pu, par des injections hypertensives, déterminer l'œdème aigu du poumon sans trouver la moindre trace de lésion rénale.

Par contre, nous signalerons cependant que les expériences de MM. Tessier (de Lyon) et Guinard (20) ne semblent pas concorder très exactement avec cette façon d'expliquer l'œdème aigu du poumon, ces auteurs n'ayant pu provoquer cet œdème aigu, chez des chiens, en déterminant des troubles mécaniques intenses et passagers dans la circulation, pas plus qu'en agissant sur le système nerveux, cet accident ne se produisant qu'après adjonction, à ces deux procédés d'expérimentation, d'un élément toxique : l'injection de salicylate de méthyle dans les veines.

Pour ce qui est de notre cas particulier, c'est, nous semble-t-il, à la présence d'un ganglion augmenté de volume et comprimant le pneumogastrique que nous croyons devoir attribuer les accidents qui ont emporté subitement notre malade, tout autre mécanisme nous paraissant devoir être écarté, l'examen macroscopique complété par l'examen microscopique ayant montré l'intégrité des divers organes habituellement en cause. Le rein ne présentait pas de néphrite, le cœur était sain, l'aorte sans aucune

trace d'athérome. Quant à ces lésions valvulaires : insuffisance aortique d'origine rhumatismale et rétrécissement mitral, qui parfois [Landouzy (21), Péter (22)] ont été incriminées pour expliquerla production d'œdème aigu du poumon, le cœur de notre malade n'en présentait aucune trace.

C'est sur le conseil de notre regretté maître M. Cuffer que nous avons cru devoir publier ce cas exceptionnel dont l'explication était, selon lui, telle que nous l'avons indiqué plus haut, et qui vient à l'appui des théories nerveuses émises pour expliquer la production de l'œdème suraigu du poumon, théories, qui, jusqu'ici, ne s'étaient appuyées que sur des hypothèses et des expériences de laboratoire, toujours susceptibles d'interprétations erronées).

BIBLIOGRAPHIE

1. Pétrowski. *Gaz. des hôpit.*, 1873.
2. Breton. *De quelques complications rares des angines*, Th. de Paris, 1883.
3. Ruault. In *Traité de médecine* Charcot-Bouchard.
4. Moizard. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1886.
5. Broca. *Traité de chirurgie.* — Ehrmann. Soc. de chir., 1879. — Grisolle. *Pathologie interne.* — Ch. Monod. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1883. — Vergely. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886.
6. Andral. Annotations de la 4e édit. du *Traité d'auscultation médicale* de Laënnec, 1837.
7. Bouveret. *Revue de méd.*, 1890.
8. Dieulafoy. *Pathologie interne*, t. II, p. 79.
9. Huchard. Soc. méd. des hôpit., 1890; — *Union méd.*, 1879; — *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, 1893; — *Consultations médicales*, 1906, 4e édit., p. 167.
10. Merklen. In *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert.
11. Dieulafoy. *Pathologie interne*, t. II, p. 80.
12. Conheim et Lichtheim. *Virchow's Arch.*, Bd. LXIX.
13. Virschow et Hirsch. *Jahresb.*, 1882, Bd. II.
14. Sahli. *Arch. f. exper. Path. und Pharm.*, Bd. XIX.
15. Müleer. *Correspondenz f. Schw. Ærzte*, 1891.
16. Welsch. *Virchow's Arch.*, Bd. LXXII.
17. Grossemann. *Zeits. f. klin. Med.*, 1879.
18. Tournier. Th. de Paris, 1892.
19. Josué. *Presse méd.*, 1905.
20. Tessier, Congr. de méd., 1900.
21. Landouzy. Acad. de méd.
22. Peter. *Traité des maladies du cœur*, 1883.
23. Autres observations d'œdème aigu du poumon primitif sans lésion préalable de l'aorte et des reins : G. Tyrrell Edye. Diss. inaug. de Zurich, 1889; — Hermann Müller. *Correspondenz f. Schw. Æerzte*, 1897; — L. Lévi et Hanot. *Arch. de méd.*, 1895.

ANALYSES

MEDECINE

Paralysie générale et psychoses dans la syphilis acquise. (Georges Lebret. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — La syphilis est retrouvée dans les antécédents de l'immense majorité des paralytiques généraux : 80 à 90 fois sur 100; encore faut-il ajouter à ce bilan les syphilis ignorées, oubliées, ou niées.

Les syphilitiques sont sujets à plusieurs affections capables de simuler la paralysie générale à toutes ses périodes.

La neurasthénie contemporaine de l'époque tertiaire, la neurasthénie para-syphilitique se rapprochent par bien des côtés de la méningo-encéphalite diffuse. Il n'existe guère, pour les distinguer, que les différences tirées de l'examen des pupilles et du liquide céphalo-rachidien surtout.

Il faut ajouter que l'action du traitement étant d'une importance capitale dans la prophylaxie de la paralysie générale, un syphilitique a beaucoup moins de chances d'être paralytique général s'il s'est *rigoureusement* traité.

L'hystéro-neurasthénie et l'hystérie elle-même peuvent se rapprocher de la période prodromique de la paralysie générale, mais prêtent un peu moins de confusion.

Le maximum de difficulté réside dans ce fait que la neurasthénie constatée peut n'être qu'un des prodromes de la paralysie générale.

Ce diagnostic précoce très difficile est cependant d'une importance capitale pour le médecin légiste, et pour celui qui doit se prononcer au sujet d'un mariage projeté.

L'examen clinique attentif et suffisament prolongé peut faire différencier la période des ictus de la paralysie générale, de l'épilepsie ou des manifestations apoplectiques de la syphilis cérébrale.

Plus on s'avance dans la période d'état de la paralysie générale, plus son allure devient caractéristique : il y a cependant, chez les syphilitiques, des formes graves de psychoses qui peuvent prêter à erreur, soit que, chez ces malades, surviennent des maladies telles que la *mélancolie* ou la *manie* dites essentielles ou autres *psychoses systématiques progressives*, soit que leur neurasthénie très accentuée en arrive à simuler ces affections.

Mais ce qu'il faut surtout distinguer de la maladie de Bayle, ce sont les *pseudo-paralysies générales toxiques*, alcooliques ou saturnines, et surtout la *paralysie générale syphilitique*.

Les syphilitiques peuvent éviter la paralysie générale à condition d'observer les règles d'une hygiène spéciale, et surtout à condition que la syphilis soit attaquée vigoureusement à son début par le mercure, et harcelée ensuite par un traitement spécifique de fond, intensif, intermittent et prolongé.

Ce traitement doit être conduit de façon que l'organisme n'en subisse aucun dommage. En effet, les excès de mercure sont dangereux à plus d'un point de vue : le seul qui nous ait intéressé ici est qu'ils peuvent occasionner un retentissement sur les centres cérébraux et psychiques.

Quand la paralysie générale est constituée, le mercure devient inutile, à quelque dose qu'il soit administré : il s'est même montré nuisible dans quelques cas. Il faut se contenter d'une thérapeutique symptomatique, tonique et calmante, mettre les malades hors d'état de nuire, et leur assurer une fin exempte de souffrance.

La plupart des psychoses syphilitiques sont curables : améliorées considérablement par le traitement mercuriel ou mixte qui neutralise la toxine perturbatrice, elles sont ensuite complètement guéries sous l'influence de thérapeutiques spéciales différant peu de ce qui est communément employé dans les affections mentales d'un autre ordre.

De l'acholie pigmentaire chez les enfants. (P. Loyer. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Après avoir mis au point la question de l'acholie essentielle, idiopathique des enfants, après l'avoir différenciée de l'acholie terminale des foies tuberculeux et syphilitiques et des selles graisseuses, l'auteur croit pouvoir conclure que les selles lientériques ou selles blanches, nombreuses chez les enfants, reconnaissent

de nombreuses causes et présentent des caractères distinctifs bien tranchés.

Il en fait deux groupes :

Premier groupe. — La lientérie graisseuse, caractérisée par la couleur blanche des selles, leur surcharge en graisse, la présence de bile noyée dans la graisse; ces selles verdissent à l'air et dégagent une odeur fétide.

Elle peut être simple, due : 1° au gavage des enfants, l'enfant réglé tout s'arrange, les selles blanches disparaissent; 2° à la surcharge graisseuse du lait, on l'écrème, la guérison survient, *Sublata causa, tollitur effectus.*

Elle peut être d'origine pancréatique, tels les cas de Demme, de Biedert. Le réglage, l'écrémage n'ont aucun effet.

Deuxième groupe. — L'acholie pigmentaire. Ici, les selles sont également blanches, mais le pigment biliaire est absent; les selles ne verdissent pas à l'air, elles renferment un excès de graisse, mais ne sont pas fétides.

Cette acholie est : 1° idiopathique, c'est celle que nous avons décrite, elle est curable, présente un caractère familial net, s'accompagne d'un arrêt de croissance avec mauvais état général, mais sans chute de poids;

2° Terminale, ici l'affection est due à une lésion hépatique, elle est le plus souvent mortelle; elle survient chez les enfants cachectiques, c'est celle qui a été décrite dans l'excellente thèse de M. Juillet, sous le nom de diarrhée graisseuse.

CHIRURGIE

Rupture de l'appareil tendineux quadricipital [tendon et ligament rotulien]. (A. d'Andria. Th. de Paris, 1906; Henri Jouve, édit.) — Les ruptures du tendon et du ligament rotulien sont beaucoup moins fréquentes que les fractures de la rotule.

Ces ruptures se présentent avec une fréquence sensiblement égale; cependant nous avons relevé 45 cas de rupture du tendon et 74 cas de rupture du ligament, les ruptures ligamenteuses paraissent donc un peu plus fréquentes.

Au point de vue anatomo-pathologique les ruptures siègent sur le tendon, soit au ras de la rotule (9 cas), soit à 1 centimètre ou 1cm. 1/2 (3 cas) et quelquefois à 2 centimètres (2 cas).

Pour le ligament elles siègent soit à la tubérosité tibiale (17 cas), soit à la pointe de la rotule (13 cas), soit à la partie moyenne (6 cas). Elles s'accompagnent souvent, mais non toujours d'épanchement articulaire. Dans le cas de M. Paul Delbet la rupture avait la forme d'un W renversé avec arrachement de la pointe de la rotule et de deux petits fragments de la tubérosité tibiale.

L'âge paraît jouer un certain rôle. Sur 45 observations de rupture du tendon, dont l'âge est indiqué dans 37, nous trouvons 27 cas de 50 à 70 ans, 5 cas de 40 à 50 ans, 1 cas de 30 à 40 ans et 4 cas de 20 à 30 ans, la rupture est donc plus fréquente à partir de 50 ans.

Pour le ligament, sur 74 observations dont l'âge est indiqué dans 46, la fréquence est répartie comme suit : 19 cas de 20 à 30 ans, 9 cas de 30 à 40 ans, 11 cas de 40 à 50 ans, 6 cas de 50 à 60 ans, 1 cas de 74 ans, c'est donc de 20 à 30 ans que la rupture du ligament rotulien semble être plus fréquente.

Au point de vue symptomatologique, la lésion se caractérise par un craquement, douleur, impotence; le diagnostic doit être fait avec celui des fractures de la rotule.

La lésion peut être traitée par l'immobilisation simple ou la suture, l'immobilisation simple a pu donner des résultats parfaits, mais ils sont inconstants; le traitement est toujours long, de quarante jours à plusieurs mois, le résultat est incertain, la plupart des malades marchent, mais beaucoup ne peuvent accomplir des travaux de force, de longues marches, l'extension reste incomplète.

Sur 26 cas de rupture du tendon du quadriceps traités par les appareils, il y a 12 bons résultats dont 3 ont mis huit à vingt mois pour guérir, 4 médiocres, 10 mauvais.

Sur 48 cas de rupture du ligament rotulien traités également par les appareils, il y a 21 bons résultats, 19 médiocres, 8 mauvais.

La suture présente quelques dangers, elle a laissé une fois après elle l'ankylose; ses résultats sont presque toujours bons, seule elle permet une reconstitution *ad integrum.*

Sur 7 cas de rupture du tendon traités par la suture les résultats ont tous été bons.

Sur 6 car de rupture du ligament suturé il y a 5 bons résultats et 1 médiocre.

La suture est indiquée quand il n'existe pas de lésion inflammatoire de voisinage, que le malade est jeune, la rupture étendue avec dislocation considérable. Elle est indiquée secondairement dans les cas anciens guéris avec impotence, dans les cas contraires on donnera la préférence aux appareils.

Dans tous les cas on insistera sur la pratique du massage précoce.

De l'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie dans le péritoine. (Tremblin. Th. de Paris, 1905; Bonvalot-Jouve, édit.) — L'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie dans le péritoine est relativement fréquente puisque, d'après des statistiques récentes, elle survient dans plus d'un cinquième des cas.

La symptomatologie se réduit à plusieurs gros caractères : sensation de déchirure interne, disparition d'une tumeur hépatique, *ascite, urticaire.* Parfois quelques signes manquent mais l'urticaire est presque toujours constant.

Les complications sont nombreuses : mort subite ou rapide par intoxication hydatique ou par péritonite; accidents relativement bénins si le liquide est aseptique; échinococcose secondaire, pseudo-tuberculose échinococcique, cholépéritoine, abcès sous-phréniques.

Le diagnostic, relativement facile, grâce aux signes énumérés plus haut, bénéficie en plus de deux méthodes nouvelles : l'hémodiagnostic caractérisé par une éosinophilie abondante, et la recherche de la glycogenèse.

Les recherches anatomiques montreront suivant les cas du liquide hydatique, de la bile, du sang ou du pus dans le péritoine, seront le meilleur moyen de contrôle du diagnostic, feront ainsi reconnaître les lésions secondaires : échinococcose secondaire, pseudo-tuberculose, abcès sous-phrénique, cholerragies.

Le traitement de choix est la laparotomie. Le traitement préventif consistera à opérer un kyste du foie aussitôt le diagnostic porté. Enfin la prophylaxie de l'échinococcose sera le meilleur préservatif de cet accident.

Des torsions de l'épiploon. (G. Roche. Th. de Paris, 1905; Institut international de bibliographie scientifique.) — Parmi les complications qui peuvent atteindre les épiplocèles, il faut assigner une place particulière à la torsion de la masse épiploïque herniée.

Anatomiquement, les torsions épiploïques se présentent sous des aspects très divers, au hasard des adhérences qui ont pu fixer et immobiliser la portion herniée.

Cliniquement, les torsions de l'épiploon se présentent sous deux formes différentes :

Tantôt les accidents éclatent brusquement, évoluent d'une façon rapide et simulent, à s'y méprendre, l'étranglement herniaire, particulièrement l'étranglement épiploïque.

Tantôt, au contraire, le début violent fait défaut et les symptômes se développent insidieusement comme dans l'occlusion chronique.

Aucun signe ne peut être considéré comme vraiment caractéristique de la torsion de l'épiploon. Aucun symptôme subjectif ou objectif ne permet d'en faire le diagnostic avec certitude.

Le pronostic est relativement bénin à la condition que l'intervention soit précoce.

Le traitement consistera dans la résection de la portion tordue. Il est indispensable d'explorer avec soin la partie supérieure de l'épiploon, une seconde torsion pouvant siéger en ce point. Si l'incision première ne permettait pas une exploration suffisante, on devrait la prolonger sur la paroi abdominale et, au besoin, compléter l'opération par une laparotomie médiane.

OBSTETRIQUE

De la section latérale du pubis dite « opération de Gigli ». (P. VOGUET. Th. de Paris, 1906; H. Jouve, édit.) — La « section latérale du pubis », encore appelée « opération de Gigli », « pubiotomie, » « hébotomie, » est une opération qui a pour but d'élargir momentanément le bassin en sectionnant la ceinture pelvienne sur un côté de la symphyse : c'est une ostéotomie juxta-symphysienne.

Tentée autrefois par différents opérateurs : Aitken (1775), Champion (de Bar-le-Duc) [1821], Stolz (1844), elle aboutit toujours à l'insuccès par défaut de méthode et manque d'instrumentation; en 1894, M. Gigli donne une technique de cette opération et invente la scie-fil; depuis ce temps, elle est couronnée de succès.

Elle peut être pratiquée à « ciel ouvert » ou par la voie sous-cutanée, à la façon de Dœderlein; la section osseuse peut être oblique de haut en bas et de dedans en dehors, partant de la symphyse pour aboutir au tubercule sous-pubien (incision de Gigli); ou bien, être oblique de haut en bas et de dehors en dedans, partant de l'épine du pubis pour aboutir au tubercule sous-pubien (incision de Van de Velde).

D'après l'auteur, on doit préférer une incision intermédiaire, semblable à celle de M. Calderini, pratiquée par voie sous-cutanée.

Les résultats de cette opération sont excellents; on peut obtenir un écart de 6 à 7 centimètres entre les fragments sans crainte d'accidents. On a pu opérer des bassins rétrécis à diamètre promonto-pubien minimum de 6 à 6cm5 avec un succès éclatant; la limite de rétrécissement lui paraît cependant être de 6mc75, comme pour la symphyséotomie.

Les accidents de l'opération sont minimes et ne troublent en rien les fonctions ee l'organisme : hémorragies légères, déchirures des parties molles rares et bénignes, pas de troubles urinaires, fonction locomotrice sans entrave.

Enfin la « section latérale du pubis » présente de nombreux avantages sur la symphyséotomie :

a. Elle est plus facile;

b. Elle présente plus de sécurité;

c. La consolidation est plus rapide;

d. Le cal osseux est plus solide que la réparation fibreuse de la symphyse;

e. Les dangers d'infection sont moindres;

f. Les résultats immédiats et tardifs sont plus favorables;

g. Enfin la mortalité est moins élevée; sa dernière statistique de la symphyséotomie donne une mortalité moyenne de 6,71 p. 100, tandis que sa statistique de la pubiotomie, basée sur 114 interventions, donne une mortalité moyenne de 1,75 p. 100.

HYGIÈNE

Les mutualités maternelles, leur action sur la mortalité infantile. (Jean TROUETTE. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — La conférence de Berlin (1890) avait demandé le repos obligatoire des femmes quatre semaines après l'accouchement. Plusieurs États étrangers ont cherché à réaliser ce vœu, tandis qu'on ne faisait rien en France.

Les mutualités maternelles, dues à une initiative privée, donnent une solution de ce grand problème d'hygiène sociale.

Ce sont des sociétés de secours mutuels : tous leurs membres participants versent une cotisation.

Ce sont en outre des sociétés de charité et de bienfaisance; la plus grande partie de leurs ressources sont fournies par les membres honoraires, fondateurs et bienfaiteurs.

Fondée en 1891 à Paris par MM. Poussineau et Brylinski avec les trois chambres syndicales de la couture, de la passementerie et de la broderie, la mutualité maternelle de Paris étend depuis deux ans son action à tout le département de la Seine, et les résultats déjà acquis sont une preuve convaincante de l'excellence de l'œuvre.

Son fonctionnement a été simplifié et perfectionné par la création des sections autonomes dans chaque arrondissement ou commune, le siège social n'ayant à s'occuper que de l'encaissement des cotisations et dons, et de la répartition des secours.

Pour parfaire son œuvre, la mutualité maternelle de Paris a créé des services de garde pour remplacer dans son ménage la mère alitée, et, sous l'inspiration du professeur Budin, des consultations de nourrissons dans toutes ses sections.

Grâce au repos de la mère, à la direction de l'alimentation, à la forte proportion (90 p. 100) de l'allaitement au sein maternel, la mortalité infantile a été réduite de 18 à 6 p. 100 et moins, pendant la première année de l'enfant.

La mutualité maternelle a encore pour effet de développer l'esprit de prévoyance et les sentiments de solidarité dans le peuple, de répandre chez lui les notions d'hygiène, et de faciliter le rapprochement des classes par les femmes sur le terrain commun de la maternité.

Cette œuvre peut donner d'aussi bons résultats dans les petites communes que dans les grands centres, ainsi que le prouve l'exemple de Dammarie-les-Lys, où une mutualité maternelle est fondé depuis dix ans, et où la mortalité infantile parmi les naturalistes est moindre que dans les classes aisées.

D'autres mutualités ont été fondées à Lille, Vienne (Isère), Roubaix, etc., et donnent d'aussi excellents résultats.

L'œuvre de la mutualité maternelle devra, pour être parfaite, arriver à assurer le repos de la mère avant comme après l'accouchement.

L'expérience qu'ont faite ces sociétés est décisive. Il faudrait la généraliser à la France entière.

On ne peut, malheureusement pour notre pays trop peu mutualiste, attendre une pareille extension des mutualités maternelles, malgré leur zèle, leur propagande, ou leur affiliation aux mutualités déjà existantes.

Il faut donc faire appel à l'intervention de l'État.

Il est nécessaire qu'une loi oblige au chômage nécessaire qendant quatre semaines après l'accouchement, M. le sénateur Strauss a d'ailleurs présenté au Sénat un projet de loi dans le sens de l'obligation du repos. Ce projet a été voté à l'umanité en décembre 1903.

Des difficultés financières s'opposent à l'adoption définitive et à l'application de cette loi.

Ces difficultés, la mutualité maternelle s'offre à les résoudre; M. Poussineau propose que la loi d'obligation au chômage ait pour corollaire une loi obligeant toutes les femmes âgées de seize à qnarante-cinq ans, à faire partie d'une mutualité maternelle.

THERAPEUTIQUE

Du traitement des vaginites par le thigénol. (Jacob DAVID. Th. de Paris, 1905; Arnold Muller, édit.) — Les vaginites, bien que maladies bénignes, ne doivent jamais être négligées, car leurs complications sont toujours graves.

Le thigénol, composé sulfuré, paraît jouir, à l'égard des vaginites, de propriétés précieuses. Il est résolutif, analgésique, antiseptique et kératoplastique. Il est presque inodore. De plus, il n'est pas toxique et n'est jamais contre-indiqué.

Le traitement des vaginites par le thigénol paraît avoir, sur les autres traitements préconisés jusqu'ici, des avantages incontestables :

Il agit plus rapidement.

Il amène des guérisons dans des cas où d'autres médicaments n'avaient rien donné. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie (1), par le docteur O. MARTIN.

Conçu dans un esprit essentiellement pratique, le formulaire de M. le docteur O. Martin expose successivement, à propos de chaque médicament, sa *pharmacologie*, ses *actions physiologiques*, ses *effets toxiques*, ses *applications thérapeutiques*, les *manières de l'administrer*, pour terminer par l'étude des *doses*, des *incompatibilités* et des *formules* proprement dites. Condensant, en quelques centaines de pages, une foule de renseignements utiles, et que la meilleure mémoire ne peut toujours retenir, ce livre est, comme le dit M. Grasset, qui a écrit pour lui une élogieuse préface, plus et mieux qu'un formulaire : c'est un ouvrage qui permettra à tout praticien de faire une bonne thérapeutique, rationnelle et appropriée. L. BABONNEIX.

Précis de chimie physique (2), par le docteur Emm. POZZI-ESCOT.

La chimie physique est cette partie de la chimie qui considère les phénomènes chimiques dans ce qu'ils ont de plus général, et cherche les relations qu'ils présentent avec les lois rigoureuses de la physique. C'est cette branche nouvelle de la science que M. Pozzi-Escot s'est efforcé de mettre à la portée du public universitaire. Après avoir étudié la *matière*, les *théories atomiques*, l'*état gazeux*, l'auteur discute la *classification des éléments* et rappelle les intéressantes théories formulées à ce sujet par Lother-Meyer et Menedléeff. Les *propriétés générales de l'état liquide*, les *lois générales des phénomènes de dissolution*, de *fusion* et de *solidification*, la *détermination pratique des poids moléculaires* forment le sujet des chapitres suivants. Puis M. Pozzi-Escot, après avoir défini de même les *propriétés générales de l'état solide*, énonce les lois générales de la *stéréochimie* et de l'idomérie, les *relations de la chimie avec la lumière*, la *chaleur* et l'*électricité* et, enfin, la théorie des *ions*.

La chimie physique, science nouvelle, a déjà à son actif de nombreuses découvertes : c'est, en partant de la dissymétrie moléculaire de l'acide tartrique que Pasteur a découvert les infiniment petits ; c'est en étudiant les propriétés de la matière que Crooke a découvert ces rayons cathodiques ; Rœntgen, les rayons X, et le regretté Curie, le radium et le polonium. C'est en appliquant les lois de cette science que M. Berthelot a créé la stéréochimie. La chimie physiologique mérite donc d'intéresser le biologiste et le médecin qui trouveront, dans l'ouvrage de M. Pozzi-Escot, des notions générales et des idées précises. L. BABONNEIX.

(1) In-18 de 900 p., sur papier extra mince, cart. souple. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8, rel. toile. — Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

Les insectes buveurs de sang et colporteurs de virus (1), par le docteur P. MÉGNIN.

Le petit livre de M. Mégnin est tout d'actualité; il nous apprend à connaître par le menu ces insectes que les recherches récentes ont accusés à juste titre de véhiculer les germes pathogènes, et notamment certains agents spécifiques que la circulation sanguine héberge parfois.

Leur rôle est envisagé, pour les diverses espèces et familles qu'on leur reconnaît, dans l'étiologie des fléaux comme la fièvre jaune, le paludisme, la filariose, la maladie du sommeil, chacune des trypanosomiases en particulier, etc.

Livre intéressant pour les naturalistes, mais aussi pour les bactériologistes qui y puiseront maints renseignements utiles. CH. DOPTER.

La médecine chez les Grecs avant Hippocrate (2), par le docteur M. MOLLET.

On a longtemps admis que le premier médecin grec fut Hippocrate, qu'avant lui, la médecine n'existait pas, et que, brusquement, il la tira du néant. Le livre si curieux et si documenté de M. le docteur Mollet établit, qu'une fois de plus, l'opinion classique est inexacte et que les précurseurs d'Hippocrate furent innombrables. Les plus célèbres d'entre eux furent Mélampe d'Argos, qui guérit les filles de Prœtus et soigna l'impuissance d'Iphiclus; Esculape, qui, nourri des leçons du centaure Chiron, guérit les malades et ressuscita les morts, jusqu'au jour où, sur la demande du jaloux Pluton, Jupiter le frappa de la foudre ; Bacir, Tirésias, etc., etc. Poétique, mais insuffisante avec Honère et Hésiode, la médecine devient religieuse avec les Sibylles et les Asclépiades ; laïque avec Charondas, philosophique avec Pythagore, Épictète et Héraclite. Empédocle pressent le darwinisme. Diogène d'Appollonie donne la première description des vaisseaux sanguins, examine les cinq sens et distingue le sang lourd du sang léger. Euryptone précise les indications du cautère. Démocrite étudie les causes de la folie, la croissance et la longévité des organismes, et esquisse quelques théories relatives au développement du fœtus. Aussi, en lisant les écrits d'Hippocrate, est-il aisé de reconnaître que la plupart des doctrines qu'il expose ne lui sont pas personnelles et que, sur bien des points, il mérite plutôt d'être considéré comme un vulgarisateur que comme un novateur. L. BABONNEIX.

(1) In-8. — Paris, F.-R. de Rudeval.
(2) In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

I. Phénomènes de réduction dans les organismes. — II. Les toxines et les venins et leurs anticorps. — III. Les sérums immunisants (1), par le docteur Pozzi-Escot.

Ces trois petits volumes constituent un exposé clair et précis des travaux les plus modernes sur différents points de biologie intéressants pour les médecins.

Dans les *Phénomènes de réduction dans les organismes*, M. Pozzi-Escot expose la nature et les caractères des diastases réductrices et hydrogénantes découvertes dans les organismes végétaux et animaux. Il montre leur rôle dans la profondeur des tissus qui vivent d'une vie essentiellement anaérobie, l'oxygène sanguin n'arrivant jamais qu'à la périphérie cellulaire, et justifie la conception de M. Armand Gautier qui a comparé certaines cellules des organismes supérieurs à des microbes anaérobies. Il étudie enfin le rôle des diastases réductrices dans les oxydations de l'organisme, dans l'action des médicaux spéciaux à la nutrition et dans la formation des bases organiques d'après les travaux de MM. A. Gautier et O. Lœw.

Dans les *Toxines et les venins et leurs anticorps* M. Pozzi-Escot fait l'exposé complet de nos connaissances présentes sur les ptomaïnes, les leucomaïnes, les toxines végétales, animales, microbiennes et sur le venin des serpents.

L'auteur détaille la nature de ces poisons, leur mode d'action sur les organismes en même temps qu'il jette une vue sur les grands principes de la défense de l'organisme et de l'atténuation des virus.

Le troisième ouvrage, consacré aux *Sérums immunisants* est le complément du précédent. Il contient toutes les données actuelles sur l'immunité, les cytotoxines, les bactériolysines, les agglutinines, les précipitines, les anticorps. Quiconque n'est pas familiarisé avec les notions et les théories récentes issues des travaux de Bordet, d'Ehrlich et Norgenroth, de Metchnikof, et se trouve arrêté dans les publications journalières par des termes dont il ne connaît ni le sens, ni la valeur, peut se mettre rapidement au courant par la lecture des *Sérums immunisants*. Il faut savoir gré à l'auteur d'avoir rassemblé avec une précision suffisante, et sans luxe fatigant de détails, tous ces faits dont l'étude est trop souvent aride, mais dont la connaissance est indispensable aujourd'hui.

A. LEMIERRE.

Le livre de l'infirmière (2), par miss N. Oxford; adapté de l'anglais par M[lle] L. Chaptal.

L'auteur s'est proposé, dans ce livre, d'exposer non les notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie indispensables aux infirmières, mais bien les mille détails qui intéressent de près ceux qui doivent vivre en contact avec les malades, et constituer, en définitive, la base même de leur vie professionnelle; les soins à donner aux malades aigus, aux chroniques, aux opérés, aux enfants, aux femmes en couche, l'hygiène de la salle d'hôpital comme de la chambre bourgeoise, l'observation et l'alimentation du malade, la conduite à tenir à tous les moments, et, enfin, ces mille tours de main qui peuvent rendre de si grands services à ceux qui souffrent.

Ce livre, rédigé par miss Oxford et traduit de l'anglais par M[lle] Chaptal, constitue un véritable *Livre du chevet*, et, selon les expressions mêmes de M. Letulle, qui a bien voulu en écrire la préface, l'infirmière aura recours à lui sans cesse tant que l'expérience ne sera pas encore venue rendre faciles et simples toutes les obligations du métier.

L. BABONNEIX.

(1) In-8. (Collection « Les actualités chimiques et biologiques », publiée sous la direction de M. Pozzi-Escot.) — Prix de chaque volume : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

(2) In-8 de 312 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et C[ie].

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1905-1906

M. Chamontin. Influence de la suggestion sur les soldats du premier Empire. — M. Quentel. Sur la genèse et l'évolution normale de l'urétrite gonococcienne chez l'homme. — M. Charrier. De la conduite à tenir dans les grands traumatismes des membres. — M. Perreaux. Appendicite pelvienne infantile. — M. Dupouy. La douleur à la pression du pneumogastrique au cou dans la tuberculose pulmonaire. — M. Dotézac. La hernie inguinale est-elle un accident du travail. — M. Yvernogeau. Contribution à l'étude de la trichotillomanie. — M. Noury. Contribution à l'étude des tumeurs botryomycosiques de la lèvre chez l'homme. — M. Robert. Etude sur les intoxications par les vapeurs d'alcool; étude expérimentale et clinique. — M. Duval. De la duplicité du canal génital (anatomie et physiologie). — M. Delaboudinière. Des anomalies de l'uretère. — M. Delormeau. Contribution à l'étude de la scopolamine comme anesthésique général. — M. Lacouture. Contribution à l'étude des manifestations cliniques aiguës de la tuberculose appendiculaire. — M. Dénier. Hernies traumatiques du pancréas. — M. Lapouble. Etude sur les abcès du foie d'origine appendiculaire. — M. Dumora. Paraphasie, jargonaphasie et démence (recherches cliniques et anatomo-pathologiques). — M. Brouqueyre. De l'éosinophilie générale et locale dans les kystes hydatiques. — M. Plazy. Traitement du décollement de la rétine. — M. Lafont. De la cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Guibé et Proust. — M. Duburquois. Hématologie de la coqueluche. — M. Le Berre. Etude des causes de déchéance des races indigènes dans nos colonies. — M. Robin. De l'étiologie de la fièvre jaune. — M. Pichon. Les maladies vénériennes aux colonies; leur prophylaxie dans l'armée coloniale. — M. Brochet. Essai de procédé manuel de topographie cranio-encéphalique. — M. Bodet. Des vices de réfraction de l'acuité visuelle du sens chromatique et du champ visuel dans l'armée et la marine. — M. Casabianca. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez les nourrissons. — M. Jambon. Des sinusites syphilitiques. — M. Breneau. Contribution à l'étude du délire alcoolique d'après 54 observations prises à la clinique psychiatrique de l'hôpital Saint-André. — M. Fauré. La neurasthénie traumatique chez les artérioscléreux. — M. Potel. Genèse et descendance; Etude critique d'un conflit moderne; Contribution à l'histoire de la biologie. — M. Gaillaud. Essai sur la cérébralité féminine. — M. Pochoy. Indications et contre-indications de la bronchoscopie supérieure et inférieure dans le cas de corps étrangers des voies aériennes. — M. Roton. Les kystes hydatiques du pancréas. — M. Bézos. Les tumeurs du grand pectoral. — M. Bouthillier. De l'iridectomie et de la sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome. — M. Hervé. Signes, diagnostic et traitement des abcès amygdaliens; valeur des signes anciens. — M. Nicaudie. De la valeur diagnostique et pronostique de la diazoréaction dans la tuberculose. — M. Rouxel. Les teignes à l'hôpital civil de Brest depuis huit ans. — M. Gachet. Mouvements involontaires et stéréotypies des doigts s'organisant en tic dans le tabes. — M. Védy. L'eau de mer en thérapeutique et principalement chez les tuberculeux. — M. Dupin. Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales? Résultats comparés des diverses méthodes. — M. Bardet. Du traitement chirurgical de l'éclampsie puerpérale. — M. Rioms. La torsion du pédicule des kystes para-ovariens. — M. Lefebvre. Contribution à l'étude de l'urétrotomie interne à sections multiples. — M. Delahet. Le tempérament

bilieux; étude historique, clinique, thérapeutique. — M. Bouissière. Traitement du cancer des paupières par les rayons X. — M. Guiselin. Du cancer de l'ombilic. — M. Cheynel. De l'ovarite ourlienne. — M. Bouchaud. Contribution à l'étude de la médication formique. — M. Duhoureau. Sur le saprophytisme du bacille de Koch. — M. Espinasse. De la valeur de la funiculopexie et de l'extension élastique dans le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. — M. Popp. De l'évolution clinique et bactériologique des salpingites. — M. Vidal. De l'aménorrhée; étude du sang chez les aménorrhéiques. — M. Ducellier. Lumière et galvanocaustie; Installations sur canalisations électriques urbaines. — M. Audhuy. Radiothérapie coloniale. — M. Marque. De la coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale droite; traitement opératoire. — M. Besse. Grenouillette de la glande de Nuhn-Blandin. — M. Geoffroy. Modifications de la respiration dans l'hyperthermie expérimentale; Etude physiologique de pneumographie et de pneumochimie. — M. Badin. Recherche du spirochæte pallida dans les lésions superficielles de la syphilis. — M. Beinet. La tuberculose de la prostate. — M. Millon. L'empalement. — M. Laporte. L'ostéomyélite du pubis. — M. Lutaud. Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs par la méthode sanglante. — M. Villeneuve. La femme et la médecine. — M. Dufresne. Notes sur la vie et les œuvres de Vicq d'Azyr (1748-1794); Histoire de la fondation de l'Académie de médecine. — M. Duliscouet. Les lépreux au moyen âge en France. — M. Salonne. Les ruptures sus-rotuliennes du quadriceps fémoral; Avantages du traitement par la suture. — M. Vouters. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. — M. Challier. Du choix d'un traitement dans l'épididymite tuberculeuse; état actuel de la question. — M. Blain. L'altruisme morbide dans la paralysie générale. — M. Renault. Sur un nouveau mode de traitement du coryza spasmodique avec ou sans hydrorrhée par les injections interstitielles de paraffine. — M. Bourrut-Lacouture. Contribution à l'étude anatomique des vestiges du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant; leur rôle dans la production des kystes du cordon. — M. Sauvet. Importance du terrain dans l'évolution de la tuberculose. — M. Lepage. Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant; Technique et valeur diagnostique. — M. Guennoc. Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. — M. de Schacken. Etude de la bilharziose; sa localisation vésicale au point de vue anatomo-pathologique. — M. Cunaud. Le classement des voix. — M. Récamier. Action des rayons X sur le développement de l'os. — M. François. Le chancre induré de la main. — M. Saint-Marty. De la gymnastique respiratoire. — M. Huet. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique du signe d'Argyll-Robertson. — M. Sibenaler. L'âge du discernement; considérations juridiques et médico-légales sur la responsabilité de l'enfance coupable. — M. Mauvoisin. De l'otite moyenne et de la mastoïdite d'origine puerpérale. — M. Gaubil. Calcul et tumeurs du rein. — M. Armstrong. Critique des théories émises sur le bruit de rappel. — M. Benjamin. La colonisation pénale à la Guyane française; Considérations médicales, biologiques, économiques et sociales. — M. Boloquy. Sur une réaction oxydante des urines purulentes. — M. Denis. Contribution à l'étude clinique du véronal. — M. Chancogne. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite chronique d'emblée. — M. Bonnet. Contribution à l'étude des cellules de Purkinje dans l'évolution de la paralysie rabique expérimentale. — M. Nates. A propos d'observations de saturnins. — M. Bosredon. Péril vénérien et prostitution. — M. Fournial. Quelques considérations sur l'ataxie tabétique et son traitement par la rééducation des muscles. — M. Meignié. Contribution à l'étude des psychoses d'insolation. — M. Pons. Sur quelques interventions portant sur la zone génitale au cours de la grossesse (interventions dirigées contre le cancer et le fibrome exceptées). — M. Eyquard. Valeur comparée de la prostatectomie périnéale totale et transvésicale totale (méthode de Freyer). — M. Peyri. Contribution à l'étude de l'action nervolytique de la bile et des sels biliaires. — M. Castet. Complications urinaires des fibromes de l'utérus. — M. Ferbos. Des exostoses de l'omoplate. — M. Garrot. Contribution à l'étude des kystes paradentaires intrasinusiens. — M. Granval. Le spasme nutant. — M. Cardialaguet. Nos connaissances actuelles sur la fièvre méditerranéenne en Tunisie. — M. Gougeon. Mastoïdite et mal de Pott cervical. — M. James. A propos de quelques cas de tétanie. — M. Montagné. Le malmenage vocal. — M. Parsat. Contribution à l'étude de la macroglossite aiguë. — M. Cassaigne. La paralysie générale en Charente; considérations statistiques et étiologiques; ses rapports avec l'alcoolisme. — M. Pagès. Contribution à l'étude des alcools et de leurs rapports avec la folie dans le département de la Charente. — M. Thébaud. Des différents procédés d'ouverture de l'oreille moyenne dans le traitement de l'otorrhée. — M. Laroderie. Dyslalies et anomalies dentaires. — M. Michelet. De la résection sous-muqueuse de la cloison nasale déviée; indications; technique; résultats. — M. Miffre. Indépendance entre les signes subjectifs et le chimisme stomacal dans la dyspepsie hyperchlorhydrique. — M. Boisseuil. Contribution à l'étude du traitement médical des cataractes par l'iodure de potassium. — M. Baraton. Contribution à l'étude de l'éléphantiasis acquise des paupières. — M. Stéphant. Complications des éventrations post-opératoires. — M. Debec. Contribution à l'étude des luxations sous-astragaliennes (luxations en dehors). — M. Bonnin. L'intoxication saturnine par les eaux d'alimentation. — M. Ducuron-Tucot. L'alcoolisme en Armagnac; Contribution à l'étude du rôle du vin naturel et de son alcool dans la genèse de la folie alcoolique. — M. Théas. De la hernie inguino-interstitielle chez l'enfant. — M. Campana. De la pathogénie des formes cliniques et de la sérothérapie de la dysenterie bacillaire chez les enfants. — M. Massonnet. De l'écriture en miroir; recherches expérimentales chez les aliénés. — M. Challoux. Contribution à l'étude de la synovectomie pour les tuberculoses du genou chez l'adulte en particulier. — M. Bonnet. Etude critique sur la parenté morbide du bégaiement avec les tics et les crampes fonctionnelles. — M. Aumont. La main-d'œuvre aux colonies françaises. — M. Chauvaud. Est-il possible de reconnaître le sexe de l'enfant pendant le cours de la grossesse? — M. Lhept. Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'urètre. — M. Fillion-Roux. La maternité devant la société. — M. Sansuc. Retour du flux menstruel dans les maladies infectieuses. — M. Michel. De la cure radicale de la hernie inguinale. — M. Geneuil. Méthodes pour déterminer le début de la coagulation du sang. — M. Vignes. Sur la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne. — M. Gineste. Des accidents consécutifs à la vaccination animale. — M. Gaillardon. Contribution à l'étude du reflux hépato-jugulaire. — M. Janicaud. Le traitement des otorrhées à la clinique d'oto-rhino-laryngologique de l'Université de Bordeaux. — M. Lemée. Sur les polypes naso-pharyngiens; ablation par les voies naturelles sans opérations préliminaires. — M. Pioger. Les logements insalubres et la nouvelle législation urinaire. — M. Simounet. De la torsion du pédicule dans les salpingites. — M. Gascoin. Contribution à l'étude de l'actinomycose en Touraine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 860 décès, au lieu de 873 pendant la semaine précédente (moyenne 828). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 35, au lieu de la moyenne 44.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 7, au lieu de 6 la semaine précédente (moyenne 18).

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente, la moyenne est 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 42, au lieu de 80 précédemment.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 50, il s'élevait à 55 pendant la semaine précédente, la moyenne est 52.

La coqueluche a causé 9 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 1 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 32, au lieu de 46 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 60.

La diarrhée infantile a causé 128 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 96). En raison de l'élévation du nombre de décès diarrhéiques, on ne saurait trop recommander aux familles de veiller avec la plus vigilante attention à l'alimentation des jeunes enfants, surtout pour ceux nourris artificiellement.

En outre, 11 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 82 décès, au lieu de 68 pendant la semaine précédente (moyenne 81). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 7 (moyenne 10); pneumonie, 15 (moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 57 (moyenne 46), dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire et 20 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 186 décès; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 28 décès; les maladies organiques du cœur, 50; le cancer, 69; la hernie et l'obstruction intestinale, 5; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 18; enfin, 28 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Auret (de Saint-Laurent-d'Aigouse), Guyot, sénateur du Rhône, et Pallier (de Saint-Quay-Portrieux).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, UE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 4 fr. 50. —	6 mois : 8 fr. —	1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr. D. —	6 mois : 13 fr. —	1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — M. le docteur Coppin, médecin-major de première classe des troupes coloniales; — M. Conseil, interne à l'hôpital Sadriti à Tunis.

Médailles de bronze. — M. Assire, externe puis interne des hôpitaux de Rouen, chargé du service des varioleux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Guillarmon, médecin de la marine en retraite, et de M. Roger Maillant (d'Andernos), qui a succombé, victime du devoir professionnel, à la diphtérie.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — L'Institut de médecine coloniale, qui est rattaché à la Faculté de médecine de Paris, a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session de 1906 commencera le 15 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Inscriptions. — Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de 16 inscriptions, et les docteurs en médecine français et étrangers.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les laboratoires suivants : Pathologie expérimentale et comparée, Parasitologie, Hygiène.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange.

L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, à l'Ecole pratique; l'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin, à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

Programme des cours. — I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le professeur Roger (15 leçons et démonstrations pratiques). Stérilisation. Milieux de culture. Méthodes de coloration. Méthodes de culture. Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le professeur Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques). Analyse des matières fécales. Examen du sang de l'homme et des animaux. Parasites animaux. Parasites du sang. Fièvres palustres. Filaires. Bilharzia. Nématodes. Cestodes, etc. Animaux venimeux. Parasites végétaux. Mycoses.

III. *Chirurgie des pays chauds*, par M. le docteur Morestin, agrégé, chargé du cours (6 leçons à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée) : I. Considérations générales. Les hépatites. — II. Traitement chirurgical des hépatites. — III. La rate paludique (hypertrophie, inflammation, abcès, ruptures). Lésions chirurgicales de la filariose. — IV. Lésions chirurgicales de la filariose (*suite*). La bilharziose. Le ver de Médine. — V. L'éléphantiasis des Arabes. — VI. Bubon d'Orient. Aïnhum. Gangrène du rectum. La conservation des appareils et des instruments dans les pays chauds.

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds* (4 leçons), par le professeur de Lapersonne (à l'Hôtel-Dieu) : I. Ophtalmies. — II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-choroïdites infectieuses. — III. Héméralopies. Les amblyopies toxiques. — IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. *Épidémiologie exotique*, par M. le professeur Chantemesse (7 leçons et exercices pratiques) : I. Prophylaxie de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique, de la fièvre typhoïde (4 leçons). — II. Hygiène à bord (1 leçon). — III. Désinfection (2 leçons).

VI. *Pathologie et hygiène tropicales*. — M. Wurtz, agrégé, chargé de cours. — *Pathologie exotique* (17 leçons). Peste. Fièvre jaune. Choléra. Dysenterie. Diarrhée des pays chauds. Fièvre de Malte. Fièvre récurrente. Fièvres paludéennes. Fièvre hémoglobinurique. Filariose. Bilharziose. Dracunculose. Lèpre (distribution géographique et bactériologie). Béribéri. Aïnhum. Verruga. Pied de Madura. Maladie du sommeil, etc.

Hygiène tropicale (10 leçons), 20 exercices de *diagnostic bactériologique* appliqué aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

VII. *Affections de la peau*, par M. le professeur Gaucher ; 8 leçons de *dermatologie tropicale*, 4 leçons par M. le professeur Gaucher : Lèpre. Boutons d'Orient. Ulcères des pays chauds ; — 4 leçons par M. Jeanselme, agrégé : Syphilis exotique. Pian ou framboesia. Dermatomycoses exotiques : tokelau ; caratés. Dermatoses produites par des parasites animaux. Hygiène de la peau sous les tropiques. Technique historique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

La première leçon (par M. le professeur Gaucher) aura lieu le mercredi 17 octobre, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique).

Les quatre leçons de M. Jeanselme auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du laboratoire municipal).

Droits a verser. — Un droit d'immatriculation, 20 francs. Un droit de bibliothèque, 10 francs. Un droit de laboratoire, 150 francs. Deux examens, gratuits.

Conditions d'admission. — Envoyer les demandes, par écrit, au doyen de la Faculté de médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1). Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 33, 14 août 1906.) Lhermitte et Halberstadt : Étude anatomo-clinique d'un cas de psychose de Korsakoff. — Boinet : Anévrismes de l'aorte (3 fig.)

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 3, 23 juillet 1906.) Rochard : Les soi-disant fausses appendicites.

Écho médical du Nord. — (N° 32, 12 août 1906.) Druchert et Leroy : Deux cas d'épithélioma de la vulve. — Douriez : Localisations parotidiennes de l'appendicite.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 33, 19 août 1906.) Kunstler et Gineste : Les spirules protoplasmiques. — Lamacq : Le souffle d'asthénie cardiaque et les bruits de galop (*suite*).

Journal de pharmacie et de chimie. — (N° 4, 16 août 1906.) Vintilesco : Recherche et dosage de la « syringène » dans les différents organes des lilas et des troènes. — Grélot : Sur la dissimulation de l'iode en présence de matières sucrées. — Allain : De l'action conservatrice des chlorures de sodium et de calcium sur l'eau oxygénée médicinale.

Journal des praticiens. — (N° 33, 18 août 1906.) L. Demelin : Dans quelles circonstances l'application du forceps, paraissant opportune, peut-elle être différée ou évitée ? — Legueu : La lithiase rénale. — Chauffard : L'hémiplégie syphilitique. — Privat : Les bons et les mauvais appareils plâtrés dans la coxalgie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 32, 11 août 1906.) Duret : Sur deux cas de grossesse extra-utérine intra-ligamentaire, opérés avec succès (*suite et fin*). — Augier : Angiome diffus hypertrophique de la région parotidienne chez un enfant de cinq mois. — (N° 33, 18 août.) Lavrand : Laryngite œdémateuse chez un enfant de neuf mois, trachéotomie, décanulation tardive après ablation des tumeurs adénoïdes. — Augier : Note sur un cas de tumeur de la région frontale (cylindrome).

Lyon médical. — (N° 32, 12 août 1906.) Lannois et Perretière : De la méningite otogène et de sa curabilité. — (N° 33, 19 août.) Phélip : De la guérison radicale aux deux extrêmes des lésions de rétrécissements ; dilatation ; urétrotomie externe.

Marseille médical. — (N° 16, 15 août 1906.) D'Astros et Audibert : Contracture des extrémités. Porencéphalie. — Imbert et Pons : Considérations sur le traitement des anévrismes du tronc brachio-céphalique. — J. Livon : Grossesse et accouchement chez une femme de douze ans.

Montpellier médical. — (N° 31, 5 août 1906.) Lambert : Un cas de hernie inguino-scrotale gauche contenant le cæcum et l'appendice.

Normandie médicale. — (N° 16, 15 août 1906.) Dufour : D'un cas de myxœdème atrophique, traité par l'ingestion de corps thyroïde frais. — Brunon et Jeanne : Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie (*suite et fin*).

Nord médical. — (N° 283, 15 juillet 1906.) Carrière et Caudron : Incontinence nocturne essentielle infantile due à l'hyperacidité urinaire.

Pédiâtrie pratique. — (N° 16, 15 août 1906.) Bosc avec collaboration du docteur Cotsaftis : Compte rendu de la consultation de nourrissons de Montpellier pour l'année 1905-1906 (2e année). — Thirion : Adénopathie postscarlatineuse.

Presse médicale. — (N° 64, 11 août 1906.) Vansteenbergue et Sonneville : Sur la pénétration des poussières minérales et des graisses à travers les parois du tube digestif. — Laignel-Lavastine : Diabète maigre post-ourlien.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 32, 11 août 1906.) Mouret : Réflexions sur l'évidement pétro-mastoïdien. — (N° 33, 18 août.) Mouret : Réflexions sur l'évidement pétro-mastoïdien (*fin*).

Revue scientifique. — (N° 6, 11 août 1906.) Lippmann : L'industrie et les universités. — Guillet : Les aciers spéciaux.

Semaine gynécologique. — (N° 32, 7 août 1906.) Pichevin : Quelle est la nature de la leucoplasie et du kraurosis de la vulve ?

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

PITYRIASIS RUBRA PILAIRE
CHEZ UNE FEMME

Par le docteur J. BRAULT,
Professeur de clinique à l'École d'Alger.

Messieurs,

S'il est une affection, dont le diagnostic reste difficile quand on ne l'a pas encore observée, c'est bien le pityriasis rubra pilaire; cela tient surtout aux manifestations si disparates de la maladie sur les diverses régions du tégument externe, manifestations qui vous déroutent et vous empêchent souvent de vous décider, même avec l'aide des meilleurs traités.

En outre, c'est une maladie rare, surtout chez la femme, c'est cependant un sujet du sexe faible qui va faire l'objet de cette clinique (1).

Décrit pour la première fois par Devergie, il y a tantôt cinquante ans, le pityriasis rubra pilaire a été souvent et longtemps confondu avec le psoriasis et le lichen; Hebra, Kaposi l'ont considéré comme un lichen ruber, lichen ruber acuminatus (Kaposi).

Les lésions élémentaires sont représentées par de l'hyperémie cutanée, par des saillies coniques cornées ou squameuses périfolliculaires et par diverses exfoliations épidermiques. Toutes ces choses s'amalgament, s'enchevêtrent, ou au contraire se rencontrent séparément avec diverses variantes, suivant les régions observées.

Toutefois, les lésions affectent une certaine symétrie et se montrent en général semblables dans les régions homologues.

La lésion principale, la plus caractérique, *est le cône périfolliculaire*. De consistance cornée, ces éléments sont composés de deux cônes juxtaposés par la base, un des sommets regarde en dehors, l'autre s'enfonce dans l'épiderme. Le sommet qui fait saillie à l'extérieur est tronqué et prend à la loupe l'aspect d'un petit cratère de volcan, au centre on y voit un point noir, un poil plus ou moins déformé et atrophié. Ces cônes peuvent être isolés ou au contraire plus ou moins confluents; disposés en ligne, ils donnent à la main la sensation des aspérités d'une lime; cette disposition était très nette au cou de notre malade, alors que les cônes étaient plus disséminés sur les membres. Il est toutefois un endroit où on ne voit jamais de cônes, c'est au cuir chevelu, vous avez pu le constater chez notre patiente. Tantôt la peau sur laquelle s'observent les cônes est normale, tantôt elle est rouge d'une façon diffuse, ou encore simplement au pourtour des éléments coniques.

En dehors des parties où surgissent les cônes, on rencontre de la rougeur diffuse, des desquamations pityriasiformes, ou même de larges exfoliations épidermiques et des crevasses.

Comme je l'ai fait pressentir tout à l'heure, ces différents aspects de la maladie affectionnent de préférence des régions déterminées et nous pourrons retrouver cette prédilection à peu près fidèlement observée chez notre malade.

Sur le tronc, sur le cou, toutes les variétés peuvent se rencontrer, il en est de même sur les organes génitaux de l'homme et aussi sur les membres. Aux plis articulaires, souvent les lésions sont plus accentuées, au coude, au genou c'est l'aspect plâtreux qui domine; aux extrémités des membres : mains, pieds, les lésions sont très spéciales. Au dos des mains et sur les phalanges, on voit surtout les saillies kératosiques circumpilaires, elles ne se trouvaient qu'en petits îlots chez notre sujet; ailleurs on ne voit que de la rougeur ou des aires plus ou moins plâtreuses. A la face palmaire, tout change : vous pouvez le voir chez notre malade et sur la photographie que je vous fais passer; là on constate une hyperkératose diffuse avec de la rougeur et des fissures. A la plante des pieds, l'hyperkératose est encore plus accentuée, on y découvre une épaisse semelle kératosique, traversée, coupée par places par de profondes crevasses. Les ongles un peu jaunis, à courbure transverse plus marquée, peuvent être barrés par des sillons disposés en divers sens, ils paraissent très épaissis quand on les regarde par leur extrémité libre, il y a là une masse cornée, adhérente et résistante.

A la face, on peut observer plusieurs aspects différents; tantôt la desquamation revêt un aspect plâtreux, tantôt on voit une rougeur diffuse, mais c'est une rougeur peu accentuée en général, la peau est tendue, lisse, luisante et desquame comme un pityriasis, elle présente en outre de fines rhagades, c'est le type présenté par notre malade; tantôt enfin, on ne voit qu'une multitude de saillies très petites, sèches, très rudes au toucher et plus ou moins rouges (type xérodermique).

Reste le cuir chevelu, on ne voit guère que des croûtes plâtreuses qui occupent à peu près toute la région, il n'y a jamais de cônes, je le répète, les cheveux sont parfois agglutinés et s'arrachent plus aisément.

Il y aurait bien encore quelques petits détails à vous donner, mais j'aime mieux arriver de suite à l'observation de notre malade.

Cette dernière, H. F..., est une israélite employée à Alger; dans les ascendants et du côté des proches, il n'y a rien qui puisse se rapporter à la maladie dont elle est actuellement porteur. Elle a trente ans, n'a jamais eu d'affection sérieuse, ni surtout cutanée; elle compte huit grossesses, dont deux seulement ont été menées jusqu'au terme, les deux enfants sont bien portants. H. F... est manifestement hystérique, il y a un mois environ — à la suite d'une forte contrariété, dit-elle — des démangeaisons (1) survinrent ainsi qu'une éruption; elle se fit

(1) Depuis quatorze ans que je me trouve en Algérie, c'est le premier cas que je rencontre, c'est également ma première observation chez la femme, autrefois j'en ai vu quelques cas chez l'homme.

(1) Ces démangeaisons n'ont rien d'extraordinaire chez une nerveuse.

soigner en ville, mais perdant patience, elle a préféré entrer à l'hôpital.

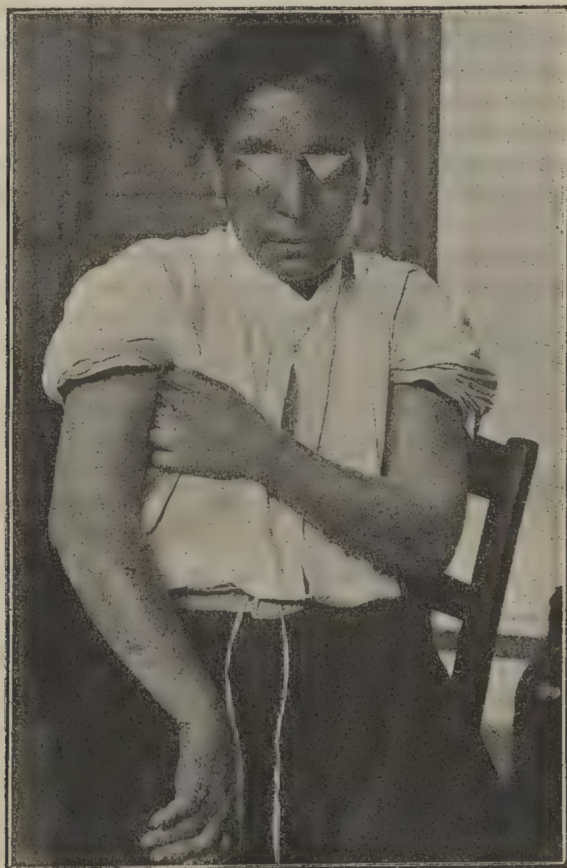


Fig. 1. — *Face, membres supérieurs.*

Voici comment elle se présenta à nous au moment de son entrée : la face est envahie par une rougeur peu intense et diffuse, la peau est lisse, tendue, luisante, simulant une sorte de masque sec, légèrement pityriasique et fissurique vers les orifices sensoriels (fig. 1). Au cuir chevelu, la scène change, partout on ne voit que croûtelles plâtreuses agglutinant les cheveux; les oreilles sont prises jusque dans les conduits auditifs.

Mais c'est surtout au cou, à la nuque, qu'on remarque l'élément caractéristique de l'affection, le *cône péripilaire.* Là les cônes sont en quelque sorte confluents, disposés en lignes serrées, ils donnent l'aspect d'une râpe à la région; à la loupe, chaque élément corné présente un sommet tronqué en forme de cratère (fig. 2). Sur le tronc, les épaules, la poitrine, on observe une rougeur diffuse et des desquamations tantôt pityriasiformes, tantôt larges, on remarque aussi des fissures.

Sur le reste du tronc, les cuisses, les fesses, les cônes reparaissent plus disséminés qu'au cou.

Sur le dos des mains, les lésions ne sont pas aussi caractéristiques que parfois, les saillies kératosiques, si typiques d'habitude en cette région, ne se voient que par petits îlots; ailleurs, il y a de la rougeur et de la desquamation pityriasique. En revanche, les faces palmaires, de même que les régions plantaires, sont classiques. Ces régions présentent une hyperkératose diffuse surtout accentuée aux pieds, aux paumes; des plicatures barrent les îlots kératosiques, aux plantes on observe des crevasses profondes surtout au voisinage des orteils (fig. 3 et 4). Les ongles eux-mêmes sont touchés, mais d'une façon plutôt discrète, les sillons sont peu nombreux et peu marqués, mais quand on les regarde par leur extrémité libre, ils semblent épaissis, grâce au dépôt d'une masse cornée grisâtre.

Tel est ce type qui, avec quelques variantes, reproduit, en quelque sorte trait pour trait, le tableau que je viens de vous faire du pityriasis rubra pilaire. En effet, si nous résumons en quelques mots cette observation, nous voyons, à la face, le masque rouge pâle pityriasique et fissurique, variété signalée plus haut; au cuir chevelu, nous rencontrons les croûtes plâtreuses également envisagées; par ailleurs, nous observons : les lésions des oreilles et de leurs conduits, les cônes péripilaires (cou, tronc, membres), les rougeurs et les desquamations tantôt larges et tantôt pityriasiques et enfin l'hyperkératose fissurique si caractéristique des paumes et des plantes.

Le plus souvent le pityriasia rubra pilaire débute sur les régions découvertes (face, mains) et ce n'est qu'ensuite qu'il s'étend, soit insensiblement, soit par à coup. Comme le psoriasis auquel on l'a souvent comparé, il peut guérir, puis donner de plus ou moins nombreuses récidives; le pronostic est donc plutôt sérieux, en raison même de cette persistance et des récidives.

On ne sait à peu près rien de l'étiologie de cette affection; elle peut se voir à tout âge, elle débute cependant plus souvent dans l'enfance et dans la jeunesse, comme le psoriasis; vous voyez cependant



Fig. 2. — *Cou de la malade, cônes péripilaires.*

que notre sujet a attendu jusqu'à trente ans pour présenter sa première manifestation. Comme je vous le disais en débutant, la maladie est plus rare dans le sexe féminin. Au point de vue étiologique, on a



Fig. 3. — *Hyperkératose palmaire.*

parlé vaguement de nervosisme (1), de lymphatisme, il n'y a là rien de bien précis. Au total, nous sommes dans l'ignorance au sujet de la cause primordiale de cette maladie, si capricieuse avec ses poussées et ses récidives.

On ne peut confondre le pityriasis rubra pilaire avec les érythrodermies exfoliantes dont nous avons eu des exemples dans le service; dans ces dernières, il n'y a pas de cônes péripilaires, l'état général est grave, la rougeur et les desquamations sont beaucoup plus intenses et beaucoup plus diffuses. On a l'habitude de faire aussi le diagnostic différentiel avec le psoriasis, l'ichtyose, la kératose pilaire, le lichen. Le psoriasis est plus circonscrit, les squames en gouttes de bougie sont plus épaisses et plus sèches; l'ichtyose est froide, sans rougeur et débute dès le jeune âge; dans ces deux affections, il n'y a pas de cônes. La kératose pilaire présente bien des éléments coniques, mais ils sont plus petits, les poils tournés en ressort de montre sont mieux conservés, il y a des lieux d'élection, je vous les montre le plus souvent sur la face postéro-interne des membres. Quant au lichen, il est caractérisé par de petites surfaces planes polygonales brillantes (1), qui ne ressemblent pas aux cônes, il est en outre plus prurigineux.



Fig. 4. — *Hyperkératose plantaire et crevasses à la base des gros orteils.*

Le substratum anatomo-pathologique du pityriasis rubra pilaire est une hyperkératose diffuse, hyper-

(1) C'était le cas chez notre malade.

(1) Papules de Wilson.

kératose surtout caractéristique au niveau des orifices folliculaires et des orifices sudoripares. Du côté de l'épiderme, les couches cornées et granuleuses sont surtout augmentées de volume, le derme présente un élargissement des papilles, de l'hyperémie et un peu d'infiltration embryonnaire.

Au point de vue thérapeutique, les médications internes sont nulles, notre malade a pris, d'ailleurs sans aucun profit, des pilules et une potion blanche, prescrites en ville par les médecins qu'elle a consultés; il est probable qu'il s'agit en l'espèce de granules d'arsenic et de liqueur de Fowler.

Comme diététique, il faut prescrire les aliments trop excitants, ou trop azotés, les boissons alcooliques; aussi avons-nous mis notre malade à un régime doux.

La médication doit être surtout locale; ce sont les graisses, les savons, les bains alcalins, les réducteurs l'ichtyol, l'huile de cade, l'acide pyrogallique, qui font le plus et le mieux les frais de cette thérapeutique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DES 6 ET 13 AOUT 1906)

Action des rayons X sur l'ovaire de la chienne. — M. ROULIER a repris sur la chienne les expériences faites presque simultanément par M. Halbestädter à Breslau, et MM. Bergonié, Thibondeau et Récamier, à Bordeaux, sur l'action atrophiante des rayons X sur l'ovaire des lapines.

Les expériences faites sur trois chiennes ont donné des résultats entièrement négatifs; les ovaires ne présentaient de lésion ni à l'examen macroscopique, ni à l'examen microscopique.

Chez des lapines, au contraire, M. Roulier a obtenu des résultats de tous points conformes aux constatations faites par les observateurs précités.

Les rayons X, conclut M. Roulier, ont bien une action élective sur l'ovaire en tant que glande active à rénovation cellulaire intense. L'atrophie peut être facilement obtenue chez les très petits animaux, sans production d'alopécie. Elle est très difficile à obtenir chez la chienne malgré la production de graves lésions de la peau. Elle est très vraisemblablement impossible à déterminer chez la femme puisque des rayons n° 10 ne parviennent pas à modifier la teinte d'une pastille radiométrique placée devant l'ovaire d'un cadavre de femme.

Nagana expérimental. Sur les variations du nombre des trypanosomes dans le sang du chien. Trypanolyse intra-vasculaire et pouvoir trypanolytique du sérum. — MM. A. RODET et G. VALLET s'attachent à démontrer que les chutes brusques dans le nombre des trypanosomes du sang, chez les chiens infectés, sous l'influence d'injections d'extrait de rate de bœuf, récemment signalées par MM. G. Roux et Lacomme, pourraient bien être dues à des crises de trypanolyse intra-vasculaire en rapport avec une propriété trypanolytique du sang.

La trypanolyse intra-vasculaire, tardive ou intermittente, pas plus que la trypanolyse incessante dans les organes, ne suffit d'ailleurs à sauver l'animal. Chez le chien cependant, les crises de trypanolyse paraissent avoir pour effet de prolonger la maladie : elles témoignent de la défense de l'organisme; mais, de même que le processus de destruction dans les organes, c'est une défense insuffisante.

Cultures de microbes en milieux chimiquement définis, par MM. J. GALIMARD, L. LACOMME et A. MOREL.

ANALYSES

MEDECINE

Traitement général des maladies infectieuses. — M. BUREAU, dans la *Gazette médicale de Nantes* (23 juin 1906), divise en deux grandes classes les méthodes thérapeutiques que l'on peut opposer aux maladies infectieuses : celles qui s'attaquent aux causes des maladies infectieuses; elles constituent la *thérapeutique pathogénique;* — et celles qui combattent la manifestation et constituent la *thérapeutique symptomatique.*

Le traitement pathogénique est, assurément, le plus utile, mais il n'est pas toujours connu, et, dans bien des cas, il faudra se contenter d'un traitement purement symptomatique. Celui-ci doit remplir trois indications principales : 1° soutenir la résistance organique du malade et diminuer, autant que possible, les phénomènes de désintégration cellulaire; 2° favoriser les oxydations et soutenir le système nerveux; 3° favoriser l'élimination des résidus organiques.

La *résistance de l'organisme* sera soutenue d'abord par l'alimentation, et aussi par certains agents thérapeutiques.

L'alimentation permet seule de fournir aux éléments anatomiques les moyens de réparer leurs pertes. On a donc, très justement, abandonné ces diètes prolongées, auxquelles, à certaines époques, on eut le tort de soumettre les malades.

La base de l'alimentation sera fournie par le lait. C'est un aliment presque toujours bien toléré, d'une digestion très facile, et dont la composition est telle qu'il constitue un aliment complet : 1 litre de lait comprend 50 grammes de matières albuminoïdes, 40 grammes de matières grasses, 55 grammes de sucre de lait et 4 grammes environ de sels. La quantité de lait à faire ingérer au malade, par jour, ne doit pas être inférieure à environ 1 litre et demi pour un adulte.

Le bouillon, de valeur alimentaire moindre, possède trois avantages : il s'absorbe en nature, presque sans aucun travail de la muqueuse digestive; il possède d'utiles propriétés peptogènes; il fournit à l'économie une quantité importante de sels.

Certains agents thérapeutiques ont une action utile : tels sont le quinquina : 40 à 50 centigrammes de sulfate de quinine, pris en deux fois, matin et soir, l'alcool à petites doses, le café, l'acétate d'ammoniaque.

Pour favoriser les oxydations et soutenir le système nerveux, on se rappellera que contrairement à une théorie longtemps classique, les oxydations organiques, loin d'être augmentées, sont, au contraire, diminuées dans ces maladies infectieuses (Robin). Conséquence : on ne devra donc user qu'avec la plus grande réserve des médicaments tels qu'antipyrine, acétanilide, résorcine, exalgine, phénacétine, qui restreignent les oxydations et accumulent ainsi, dans l'organisme, des substances azotées incomplètement brûlées, et aggravent ainsi l'état du malade. On veillera, au contraire, à aérer la

chambre du malade dans toute la mesure possible, à faire fréquemment changer le malade de position, pour éviter les stases et les congestions passives; on prescrira les bains froids qui favorisent les oxydations; l'alcool pris en petite quantité.

Reste *à faciliter l'élimination des résidus organiques*. — On ordonnera, dans ce but, certains sels de soude: salicylate et benzoate de soude, donnés à toutes petites doses et prudemment, et surtout, on conseillera aux malades de boire abondamment: environ 4 litres de liquide en vingt-quatre heures: soit 1 litre et demi à 2 litres de lait; 1 litre de bouillon, et le reste composé, à volonté, d'eau pure, d'eau sucrée, de grogs légers, de limonade vineuse, d'eau rougie, d'infusion faible de café, etc., etc.

Le cœur sera surveillé avec soin : si les moyens précipités ne suffisent pas, on aura recours aux médicaments cardiaques, et, surtout, à la digitale.

On facilitera le jeu des émonctoires : les fonctions du poumon seront stimulées par l'aération, les changements de position, les inhalations d'oxygène; celles de la peau, par les bains; celles des reins, par les boissons abondantes, les bains froids et, s'il y a lieu, par les agents diurétiques; celles de la muqueuse intestinale par les grands lavements froids ou les purgatifs salins. L. BABONNEIX.

Antitoxine diphtérique dans la chorée. (F. HAMILTON. *Medical record*, vol. LXIX, n° 24, 16 juin 1906.) — Ayant eu l'occasion de traiter pour une diphtérie un garçon de quinze ans qui, depuis plusieurs mois, était en outre atteint d'une chorée grave, M. Hamilton fit cette remarque que les mouvements choréiques cessèrent définitivement à la suite des injections de sérum antidiphtérique.

Mettant à profit cette observation, il vient d'expérimenter ce traitement dans les conditions suivantes : Il fut consulté par un homme de trente ans qui s'était toujours bien porté mais qui, à la suite de l'abus du tabac, avait presque perdu le sommeil. Cet homme fut atteint, en décembre 1905, d'une attaque de rhumatisme articulaire subaigu; en janvier 1906, les symptômes de rhumatisme s'amendèrent, mais un état nerveux très prononcé, accompagné de mouvements choréiformes, apparut progressivement et ne tarda pas à s'aggraver. Deux personnes furent nécessaires pour maintenir le malade au lit et l'empêcher de se blesser au cours de ses mouvements désordonnés; on lui fit prendre successivement du chloral, du bromure de potassium, du sulfonal, du trional.

Le 17 février, on commença à lui administrer du sérum antidiphtérique et dès le soir les symptômes choréiques s'atténuèrent; il en fut de même de la manie aiguë qui avait succédé au délire du début. Le 18, on renouvela l'injection en diminuant la dose (2000 unités au lieu de 3000) et le soir tous les mouvements anormaux avaient disparu. A la date du 20 mars ils n'ont pas reparu; l'état mental est très amélioré, mais n'est pas encore normal. Le sujet mange et dort bien.

L'auteur publie cette remarquable observation sans émettre aucune théorie mais pour provoquer de nouveaux essais de la part de ses confrères. A. HOUSQUAINS.

Un cas d'actinomycose limitée à l'appareil urinaire. (D. Macl. STANTON. *Albany med. Ann.*, nov. 1905.) — La malade de Stanton présentait le tableau clinique d'une cystite et d'une pyélonéphrite. L'examen histologique révèle seul le caractère actinomycosique de la lésion méconnue pendant la vie et même à l'autopsie. Le malade commence à présenter de la difficulté de la miction deux mois seulement avant sa mort. Les mictions alors devinrent fréquentes, le malade n'évacuant qu'une minime quantité chaque fois. Peu avant son admission à l'hôpital, il commença à présenter de l'incontinence. Urine de faible densité (1010), hémoglobine du sang très diminuée (45 p. 100 seulement), pas de leucocytose. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade présenta une température oscillant entre 37°2 et 39°5 et la plupart du temps manifesta un léger dérangement cérébral. Le traitement resta purement symptomatique. A l'examen histologique des fragments abcédés du rein, on trouva des colonies d'actinomyces. D'où pouvait provenir cette infection? L'opinion de l'auteur est que la lésion urinaire était très probablement consécutive à quelque autre foyer primitif situé en un point du corps, mais ayant disparu au moment de l'autopsie. On trouva dans le côlon une légère aire d'apparence cicatricielle, évoquant l'idée d'un ulcère antérieur; on trouva aussi des adhérences péritonéales et une ancienne cicatrice sur la face externe de la cuisse droite. C'étaient là les seuls vestiges d'une inoculation possible, mais la relation directe avec l'actinomycose de l'arbre urinaire ne put être établie. F. GARDNER.

Rôle de la souris et du rat dans la propagation de la rage. (M. REMLINGER. *Revue scient.*, 31 mars 1906.) — D'après l'auteur la souris et le rat, très réceptifs à la rage peuvent contaminer l'homme directement en le mordant (*Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 895) et indirectement en mordant un chat ou un chien qui contracteront la maladie et la communiqueront à l'homme. Le virus rabique s'exalte en passant de souris à souris ou de rat à rat. Cette exaltation donne peut-être l'explication du paradoxe suivant. Le virus de rue s'atténue par le passage à travers l'organisme du chien. Comment concilier cette atténuation avec la pérennité de la rage dans la race canine, avec ce fait aussi qu'on observe parfois chez le chien un virus rabique « renforcé », tuant d'emblée le lapin en dix jours, l'homme en vingt à vingt-cinq avant que les inoculations pasteuriennes aient eu le temps d'agir? Il pourrait très bien se faire que la souris et le rat jouassent ici un rôle. Ils renforceraient de temps à autre un virus sur le point de s'éteindre. Au point de vue pratique, les morsures de rat et de souris doivent être tenues pour suspecte au même titre que les morsures de chat ou de chien. Elles doivent être cautérisées et les patients dirigés le plus tôt possible vers un institut antirabique. L. GAYARD.

Un nouveau réactif pour déceler les traces de sang dans le contenu stomacal et les matières fécales. (BOAS. *Centralb. für Inn. Med.*, 16 juin 1904, n° 24.) — Le contenu gastrique à examiner est additionné de XX goutes d'acide acétique glacial, puis d'éther.

On sépare l'extrait éthéré; on y ajoute I ou II gouttes d'une solution à 1 p. 200 de chlorhydrate de paraphénylène-diamine. Comme la réaction ne se fait pas ou ne se fait que très tardivement en milieu fortement acide, ou additionne le mélange de 1 centimètre cube et demi de solution alcoolique normale de potasse. Enfin on verse X à XV gouttes d'une solution à 3 p. 100 de superoxyde d'hydrogène.

Si le liquide à examiner contient du sang, on voit apparaître après un court moment d'agitation, entre la couche formée pra l'extrait éthéré et la couche formée par le superoxyde d'hydrogène, un anneau vert olive caractéristique; au-dessus de l'anneau vert le liquide a près une coloration violette plus ou moins intense.

L'anneau vert ne tarde pas à virer vers le violet plus ou moins foncé. S'il n'y a pas de sang, la couleur verte n'apparaît pas ou n'apparaît que très tardivement et peu distinctement.

On peut procéder à la même recherche, avec les mêmes résultats, sur un extrait éthéré de matières fécales.

Boas emploie ce procédé depuis quelques mois; il le considère comme plus sensible, et comme le plus exempt de causes d'erreurs que tous les autres; et de plus il est d'un emploi très facile en clinique. A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Anévrisme traumatique de l'artère rénale droite. (PENN GASKELL SKILLERN. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. XLVI, n° 1, 6 janv. 1906, p. 37-39.) — Un homme de vingt-six ans avait eu, depuis l'âge de douze ans, époque où il avait fait une chute violente sur la région lombaire droite, des crises douloureuses dans cette région et des hématuries de temps en temps. Entré à l'hôpital pour la plus violente de ces crises, on diagnostiqua une hématonéphrose. L'opération montra que le rein contenait des caillots sanguins, et que l'artère rénale était le siège d'un anévrisme fusiforme. Néphrectomie, guérison sans incidents. Ce cas, avec quatre autres, omis par Ziegler dans sa monographie de 1903, porte à 27 le nombre total des cas connus, nombre suffisant pour écrire un petit chapitre de nosologie. Cinq seulement des malades ont été opérés, dont 4 avec succès. Tous les autres sont morts par destruction du rein ou par rupture de l'anévrisme. Il y a donc lieu de songer à cet anévrisme en présence d'hématuries avec commémoratifs de traumatisme ancien, et de recourir à la seule intervention qui puisse sauver le malade, d'autant plus que le traitement chirurgical idéal, extirpation de l'artère et de l'organe auquel elle se rend, est ici et (ici seulement) possible sans déterminer de trouble circulatoire, même temporaire, dans aucun autre territoire vasculaire.

F. GARDNER.

La torsion du mésentère. (CORNER et PINCHES. *The Scottish med. and surg. Journ.*, oct. 1905, vol. XVII, n° 4, p. 365.) — Les auteurs ont observé 4 cas de torsion du mésentère au St. Thomas' Hospital à Londres. En les réunissant aux 49 cas qu'ils ont pu recueillir dans la littérature médicale, ils arrivent à un total de 53 cas, avec lesquels ils cherchent à établir une description d'ensemble de l'affection. D'une façon générale l'affection présente trois principaux types :

1° La torsion a lieu au niveau d'une hernie et dans l'intérieur du sac (6 cas);

2° Il n'y a pas de hernie et la torsion est intra-abdominale (6 cas);

3° Il y a une hernie, mais la torsion s'étend en dehors d'elle dans l'abdomen (41 cas).

La torsion du mésentère est presque exclusive à l'homme et dans l'âge moyen.

Sur les 47 cas où il y avait une hernie, il s'agissait 45 fois d'une hernie inguinale, 1 fois d'une éventration, la dernière d'une hernie ombilicale. Toutes ces hernies étaient réductibles et de vieille date.

Dans près de la moitié des cas les malades avaient présenté des douleurs abdominales antérieures, attribuées à des coliques, à de l'appendicite, etc., et qui étaient dues au début de la torsion mésentérique.

Généralement la crise débute brusquement et la douleur en est le symptôme dominant. Son siège est variable selon le siège de la torsion. C'est une douleur aiguë et persistante.

Les vomissements, la diarrhée sont inconstants. La température s'élève vers 38, 39 degrés alors que le pouls varie entre 80 et 120.

Parallèlement à la douleur on observe la formation d'une tuméfaction. Lorsque la torsion a lieu au niveau d'une hernie celle-ci devient irréductible, tendue, douloureuse et augmente de volume. Lorsque la torsion se fait dans l'abdomen la présence d'une tuméfaction limitée est plus ou moins nette.

En face de signes si vagues on pense que le diagnostic est fort difficile. Dans le cas où il y avait une hernie, presque toujours le diagnostic d'étranglement a été porté; lorsque la torsion était exclusivement abdominale les diagnostics les plus divers ont été portés, et quelquefois aucun n'a été mis en avant.

L'auteur avoue que dans ce dernier cas il est presque impossible. Lorsqu'il existe une hernie on doit penser à une torsion mésentérique lorsque l'ensemble suivant est constitué :

Homme d'âge moyen avec une hernie inguinale ancienne. La hernie a présenté des signes qui de temps en temps ont fait penser à une obstruction subaiguë. Il n'y a pas de vomissements, et les gaz et matières ont leur cours libre. La hernie est douloureuse et irréductible. Il existe une tuméfaction qui remplit le sac et peut s'étendre dans l'abdomen.

Des 58 cas réunis, 45 guérirent. Tous les cas opérés à temps ont guéri, sauf un malade mort de delirium tremens et deux de pneumonie.

La seule intervention est la mise à découvert et l'excision de toute la partie du mésentère tordue. M. LANCE.

Rupture de l'œsophage à la suite d'un traumatisme externe. (Howard E. LOMAX. *Medic. Record*, vol. LXIX, n° 1, 6 janv. 1906, p. 1-8.) — Une femme de quarante-quatre ans fut prise entre la porte d'un ascenceur et un mur de briques. Cyanose, dyspnée, douleur sourde dans la région thoracique inférieure, pas de vomissements : signes immédiats d'épanchement pleural que l'on attribue à une hémorragie pleurale. Mort onze heures après l'accident. A l'autopsie, déchirure de 2 centimètres de l'œsophage, située à 2 centimètres au-dessus du diaphragme et s'ouvrant dans la plèvre gauche où l'on retrouve les aliments ingérés. Ce cas est le second publié de rupture d'un œsophage sain après une simple compression thoracique extérieure. Le premier cas appartient à Raimondi, un cas de pathogénie douteuse a été publié par Whipham. Dans tous les autres cas, il a été impossible de savoir d'après l'observation si la rupture avait été de cause externe ou de cause interne. Lomax a essayé d'élucider par des expériences et de nombreuses dissections le mécanisme de la rupture qu'il a observée. Il admet que la rupture est le résultat d'une double pression : l'une venant de l'extérieur et l'autre de l'intérieur. Celle-ci est due au fait qu'au moment du traumatisme, il y a contraction spasmodique du pylore et de la musculature de l'estomac qui tend à faire refluer le contenu stomacal (qui peut n'être représenté que par des gaz) dans la direction de la moindre résistance, c'est-à-dire de l'œsophage. Mais il y a aussi en même temps contraction des fibres circulaires de celui-ci et des constricteurs du pharynx, il y a une forte augmentation de pression à l'intérieur de l'œsophage distendu. La pression à l'extérieur du thorax se transmet par l'intermédiaire des viscères thoraciques et l'œsophage éclate au point le plus faible, c'est-à-dire dans son tiers inférieur. Au point de vue symptomatique la dyspnée et la cyanose sont importantes et doivent être attribuées, suivant l'auteur, aux lésions

du pneumogastrique. De même pour le collapsus, autre symptôme important, et que ne peut expliquer une hémorragie d'importance correspondante. L'emphysème est un bon signe. La déglutition est peu ou pas troublée. Le pronostic est grave, la mort s'étant toujours produite jusqu'ici dans les vingt-quatre heures. Si, par chance, on avait le bonheur de songer à une rupture de l'œsophage, et de la diagnostiquer, une thoracotomie postérieure pourrait peut-être sauver le malade.

F. GARDNER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES FRAIS DE JUSTICE ET LES ÉCONOMIES

Le directeur des affaires criminelles et des grâces, M. Saint-Aubin, après avoir minutieusement recherché comment pourraient être réduits les frais de justice incombant au Trésor public, spécialement en matière criminelle, a rédigé pour les premiers présidents et procureurs généraux des cours d'appel, sous forme de circulaire, des instructions détaillées, destinées à faire cesser les abus constatés et à en prévenir le retour. Cette circulaire, dont l'utilité ne saurait être contestée, a été revêtue de l'approbation du garde des sceaux, et adressée par lui ces jours-ci aux destinataires.

Voici les principaux passages intéressant les médecins :

FRAIS DE JUSTICE CRIMINELLE

MÉDECINS. — *Visites.* — *Rapport.* — *Certificat concernant un prévenu transféré à pied.* — Certains médecins ont pris l'habitude de transformer la visite avec le premier pansement, tarifée 8 francs, en une opération autre que l'autopsie, tarifée 10 francs. D'autres exagèrent le nombre des vacations pour le rapport. En matière correctionnelle il ne devrait pas en principe, être passé plus d'une vacation à 5 francs pour cet objet. Il ne faut pas confondre les rapports d'expertise avec le simple certificat constatant sommairement que tel prévenu peut ou non être transféré à pied. Il n'est alloué dans ce cas qu'une vacation tant pour les constatations que pour le certificat.

Expertises au point de vue mental. — Les expertises d'examen mental ne doivent être ordonnées que s'il y a des présomptions de troubles intellectuels ou si elles sont réclamées par la défense, qui doit alors justifier de la nécessité de cette mesure.

FRAIS D'ASSISTANCE JUDICIAIRE

MÉDECINS ET EXPERTS. — *Exagération des mémoires.* — Plusieurs parquets généraux signalent l'exagération des mémoires de médecins dans les affaires d'accidents de travail de leurs ressorts. Il y aurait avantage, dans les arrondissements où il en est ainsi, à arriver à un accord pour fixer un maximum d'honoraires dans les affaires qui n'ont aucun caractère exceptionnel, et si cela n'est pas possible, de ne pas hésiter à réduire le nombre des vacations au chiffre équitable.

Avances de frais d'expertises qui ne sont pas à la charge du Trésor. — Il arrive que les compagnies d'assurances ne se prêtent pas aux transactions, qu'elles rendent nécessaires des expertises médicales longues et coûteuses, parce qu'elles réclament la commission de plusieurs médecins étrangers qui ont pris l'habitude de se faire toujours payer par le Trésor. Il y a là une cause de dépenses importantes à supprimer. L'avance des frais incombe à la partie qui requiert ou qui poursuit l'expertise, de sorte que le Trésor ne doit y pouvoir que dans deux cas : 1° lorsque l'expertise est ordonnée d'office dans une affaire d'assistance judiciaire; 2° lorsqu'elle est ordonnée ou poursuivie à la requête de l'assisté. Il conviendra donc d'exiger des avoués des compagnies des conclusions formelles tendant à l'expertise, de constater dans le jugement cette circonstance et de rejeter, à l'avenir, les frais dont l'avance est à la charge de la partie non assistée.

Timbre et enregistrement des rapports. — Quelques experts, commis exceptionnellement et mal renseignés, rédigent à tort leur rapport sur timbre et le font enregistrer au comptant dans les affaires d'assistance judiciaire. Il serait utile que le parquet les avertît, aussitôt après le jugement, que leur rapport doit être visé pour timbre et enregistré en débet et qu'ils devront s'abstenir, s'ils sont étrangers à la localité, d'un déplacement pour venir déposer cette pièce.

LIVRES NOUVEAUX

La cure de déchloruration dans le mal de Bright et dans quelques maladies hydropigènes (1), par le docteur F. WIDAL, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin, et le docteur A. JAVAL, lauréat de l'Académie de médecine.

Dans ce nouveau volume des *Actualités médicales*, MM. Widal et Javal exposent les principes et les applications de la cure de déchloruration qu'ils proposèrent il y a trois ans pour combattre l'œdème brightique et les accidents de la rétention chlorurée.

Cette méthode diététique qui a pour base la restriction des chlorures alimentaires a été rapidement mise à l'épreuve et est aujourd'hui d'une application courante. En dehors du mal de Bright, les régimes hypochlorurés ont trouvé leur application dans les cardiopathies, les ascites, les phlébites, les dermatites suintantes.

La pratique de la cure de déchloruration exige des notions préalables sur les besoins de l'organisme en sel, sur l'équilibre chloré et les rapports entre la chloruration et l'hydratation, sur l'imperméabilité rénale relative pour les chlorures, sur la nature des accidents relevant de la rétention chlorurée et sur les caractères qui les distinguent de ceux observés en cas de rétention azotée. Autant de chapitres que les auteurs étudient avec tous les développements que comportent ces questions.

MM. Widal et Javal passent ensuite à la pratique de la cure de déchloruration, et exposent d'une façon saisissante les résultats que l'on peut obtenir du régime déchloruré. Une étude détaillée de la composition des régimes déchlorurés termine leur intéressante monographie. Est-il besoin de dire combien cet ouvrage rendra service à tous les praticiens et quel précieux guide il leur sera en bien des circonstances?

L. GAYARD.

(1) In-16. — Prix : cart., 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

III. **Forme fibreuse ou fibro-adhésive.** — Chez les adultes surtout, la sclérose curatrice dépasse les limites habituelles, et, par son intensité et par son étendue, devient un véritable danger.

Au début, l'ascite disparaît et l'on sent, dans l'abdomen, des masses plus dures que dans la forme précédente.

A la *période d'état*, le ventre est rétracté, en bateau; la masse intestinale est réduite à un peloton immobile, en avant du rachis; à la percussion, zones de matité et de sonorité irrégulières.

L'état général reste longtemps bon : à la fin, il s'altère par suite des troubles qu'apporte la compression au fonctionnement des différents organes. Ces *phénomènes de compression*, absolument caractéristiques de la forme fibreuse, peuvent porter sur l'*intestin* et être dus à l'une des quatre causes suivantes : bride fibreuse, coudure de l'intestin, agglutination en paquet, paralysie intestinale. Cliniquement, ils donnent habituellement lieu aux signes de l'occlusion lente. Quelquefois aussi, ils se manifestent d'emblée par des phénomènes aigus, et, si la péritonite tuberculeuse a été méconnue jusqu'à ce moment, on ne sait à quelle cause rattacher l'occlusion : c'est là la *forme latente de la péritonite tuberculeuse* (Lindfors, Liouville, Lejars).

La compression peut encore porter : sur la *veine porte*, d'où ascite; sur la *veine cave inférieure*, d'où œdème des membres inférieurs; sur les *nerfs*, d'où névralgies tenaces et douloureuses; sur le *diaphragme*, d'où troubles respiratoires multiples; sur la *vessie*, d'où sensations douloureuses dans le bas-ventre, troubles urinaires; sur le *foie* et les *voies biliaires*, d'où ictère chronique par rétention; sur l'utérus, la rate, etc., etc.

La forme fibreuse peut : α. ou se transformer à nouveau en forme fibro-caséeuse; β. ou déterminer la mort : 1. par accidents mécaniques (occlusion intestinale); 2. par tuberculose pulmonaire chronique ou par granulie.

Nous avons suffisamment insisté sur le PRONOSTIC de chaque forme, sur ses facteurs de gravité, etc., etc., pour n'avoir pas à y revenir ici.

DIAGNOSTIC. — La **forme aiguë** est surtout très difficile à différencier des affections suivantes : 1. PÉRITONITE AIGUË SIMPLE. Celle-ci est généralement secondaire à une affection intestinale (appendicite, le plus souvent), ou à une affection générale : pneumococcie; elle débute d'une façon plus solennelle; a pour elle quelques signes spéciaux : facies grippé, modifications du pouls, hyperesthésie cutanée; et, surtout, évolue beaucoup plus vite que la tuberculose aiguë du péritoine. En principe, la DOTHIÉNENTÉRIE se caractérise par de la diarrhée et des taches rosées, mais, chez l'enfant, la première est souvent remplacée par de la constipation, et les secondes peuvent — quoique exceptionnellement — s'observer dans la péritonite tuberculeuse. L'évolution et le sérodiagnostic fourniront des renseignements plus précieux. La CARCINOSE AIGUË DU PÉRITOINE apparaît généralement chez des gens âgés, porteurs d'un cancer viscéral; elle évolue avec rapidité et s'accompagne de signes particuliers : épanchement hémorragique du péritoine, cachexie cancéreuse.

La **forme ascitique**, chez l'ADULTE, devra être différenciée des affections suivantes : 1. *affections hydropigènes*, que spécifient leurs antécédents (cardiopathie, néphrite), leurs œdèmes et hydropisies multiples, leur évolution; 2. *cirrhoses hépatiques alcooliques*. *a.* Le diagnostic est souvent très difficile à cause de la coexistence fréquente des deux affections (voir, à ce sujet, la thèse récente de P. Blondin). Cependant, on peut invoquer, en faveur de la cirrhose alcoolique, les éléments suivants : le foie est atrophié ou hypertrophié dans celle-ci, tandis qu'il est normal dans la péritonite tuberculeuse (mais, dans cette dernière, le foie peut être atteint d'hépatite graisseuse et, par suite, paraître hypertrophié). Le réseau veineux sous-cutané est très net, surtout dans les régions sus-ombilicales, dans la cirrhose, peu net, et, lorsqu'il existe, surtout sous-ombilical, dans la péritonite; la splénomégalie, fréquente dans celle-là, manque habituellement dans celle-ci; les troubles digestifs sont plus accentués dans la cirrhose que dans la péritonite, le ventre, indolent dans la première, est douloureux dans la seconde; le début de la cirrhose est chronique, apyrétique; celui de la péritonite subaiguë, fébrile. Dans celle-ci, il n'y a pas, dans celle-là, il y a des signes d'insuffisance hépatique. Enfin, la ponction ramène, dans la cirrhose, un liquide transparent, citrin, de faible densité, sans fibrine dans le péritoine, un liquide opaque, floconneux, de densité élevée, contenant de la fibrine.

A ces caractères inconstants, il faut ajouter : l'inoculation au cobaye, négative dans la cirrhose, positive dans la péritonite; la recherche des signes associés (congestion pleuro-pulmonaire), surtout fréquentes dans la péritonite, l'examen des antécédents, etc., etc.

b. Les *cirrhoses palustres* ne s'observent que chez des individus ayant vécu aux colonies; elles s'accompagnent constamment de splénomégalie. *c.* Enfin, la *syphilis hépatique* a, pour elle, l'aspect si particulier du foie, bosselé, ficelé, la recherche des antécédents et des signes associés. 3. Les *péritonites chroniques*, en dehors de la tuberculose et du cancer, relèvent habituellement de l'alcoolisme. 4. L'*ascite chyliforme* n'est, le plus souvent, reconnue qu'après ponction. 5. Le *kyste de l'ovaire* évolue d'une façon différente : il se caractérise par une matité médiane fixe, à convexité supérieure, par des signes fonctionnels de compression et des troubles menstruels très accusés, par des phénomènes généraux particuliers. Il ne s'accompagne pas de fièvre. 6. Enfin, les *kystes séreux du grand épiploon* se reconnaissent quelquefois à leur situation, à la forme de la matité qu'ils déterminent, à leur mobilité.

Chez les ENFANTS, en plus de ces diverses affections, il faudra penser soit à un sarcome du rein, soit à une appendicite. Le *sarcome du rein* peut s'accompagner d'ascite; on pourra le soupçonner à l'existence d'une tuméfaction irrégulière dans l'un des flancs, d'hématuries, et à son évolution rapide. En théorie, rien de commun entre l'*appendicite* et la péritonite tuberculeuse. Mais il existe des cas, réunis dans la thèse de Rousseau, où la péritonite tuberculeuse débute comme une banale appendicite, et où l'erreur est inévitable jusqu'à la laparotomie.

La **forme fibro-caséeuse** est généralement facile à reconnaître. Cependant, au début, elle peut être malaisée à différencier de la *constipation opiniâtre* (mais dans celle-ci, il n'y a jamais de phémonènes pulmonaires); de la *tuberbulose isolée des ganglions mésentériques* (vulgairement *carreau*), où les tumeurs ne sont presque jamais accessibles à la palpation; des *sarcomes abdominaux*. Dire un mot du diagnostic des *formes localisées* (pelvi-péritonite).

La **forme fibreuse** peut être impossible à reconnaître si l'on ne connaît pas les antécédents des malades.

Il peut, enfin, être intéressant de savoir si la péritonite tuberculeuse se complique ou non d'entérite tuberculeuse. D'après M. Lamy, dans le premier cas, la pression artérielle est normale; dans le second, elle est inférieure à la normale.

TRAITEMENT. — **Médical.** — Bonne hygiène; air de la mer; suralimentation prudente, huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, révulsion locale (collodion iodé), rayons X, médication symptomatique.

Chirurgical. — Voir Marfan, loco citato, et Laroche, Th. de Paris, 1900. A l'heure actuelle, on convient assez généralement que le traitement chirurgical est absolument contre-indiqué dans les formes aiguës. Dans les formes chroniques, il est inutile, dans la plupart des ascites essentielles qui guérissent souvent, sans intervention, à la suite d'un traitement médical bien conduit; nuisible dans les formes ulcéro-caséeuses, et indiqué seulement dans les formes fibreuses, où il doit, quelquefois, être appliqué d'urgence (occlusion intestinale).

Contre-indications formelles de la laparotomie : cachexie tuberculeuse avancée; existence d'un épanchement pleural abondant.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 90, p. 1078, et n° 92, p. 1103.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique du traitement des tumeurs blanches, par F. CALOT, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'Institut orthopédique de Berck, etc. In-8° de 274 p., avec 192 fig. dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, Masson et Cie.

La chimie alimentaire. Études de physiologie générale, par le docteur ROESER. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

La neurasthénie génitale féminine, par le docteur Jules BATUAUD. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

N° 96. — SAMEDI 25 AOUT 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 25 AOUT 1906. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 8 novembre 1906. Les épreuves commenceront à quatre heures, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Se faire inscrire au secrétariat de l'Administration quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 23 octobre au plus tard.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Balcam, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Bouvines* (escadre du Nord), en remplacement de M. le docteur Lasserre, promu médecin de première classe.

— Par décret, en date du 21 août 1906, sont promus dans le corps de santé de la marine pour compter du 1er septembre 1906 :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de troisième classe, sortant de l'école d'application, Le Berre, Robin, Brochet, Bourrut-Lacouture, Bouthillier, Delahet, Potel, Plazy, Geoffroy, Bodet, Badin, Quentel, Subra de Salafa, Lutaud.

— Les médecins de deuxième classe de la promotion du 1er septembre 1906 sont attachés aux ports ci-après, savoir :

Au port de Cherbourg : MM. Quentel, Subra de Salafa et Lutaud.

Au port de Brest : MM. Le Berre, Bouthillier, Delahet et Bodet.

Au port de Lorient : MM. Potel, Plazy, Geoffroy et Badln.

Au port de Rochefort : M. Bourrut-Lacouture.

Au port de Toulon : MM. Robin et Brochet.

PROGRAMME DU CONGRÈS D'HYGIÈNE ET D'ASSISTANCE qui sera tenu à l'Hôtel de Ville de Tourcoing du 19 au 23 septembre 1906 à l'occasion de l'Exposition internationale des industries textiles :

I. Hygiène urbaine. — *Mercredi 19 septembre*, à neuf heures du matin (présidence de M. le docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille) :

A. Commnication sur les « postes sanitaires », par M. Féver, chef de division à la préfecture du Nord.

B. Communication sur « l'organisation générale des moyens de prévention contre les maladies contagieuses ; — Désinfection », par M. le docteur René Potelet, inspecteur départemental d'hygiène.

C. Discussion du rapport sur le « tout à l'égout » présenté par M. le docteur Julien, directeur de l'Office sanitaire de Tourcoing.

Après-midi, à deux heures et demie : Démonstration à l'hôpital des procédés expérimentés pour le « tout à l'égout » ; — A quatre heures et demie : Visite de l'Exposition.

Jeudi 20 septembre, à neuf heures du matin (présidence de M. le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de la Ville de Paris) :

A. Communication sur « la distribution d'eau potable » par M. Nourtier, ingénieur des arts et manufactures, directeur du service des eaux de Roubaix-Tourcoing.

B. Communication sur « la fièvre typhoïde », par M. le docteur Julien.

C. Discussion du rapport sur « l'épuration des eaux résiduaires » présenté par M. Grimpret, ingénieur des ponts et chaussées.

Après-midi, à deux heures et demie : Visite au mont des Bonnets, du réservoir des eaux potables. — A quatre heures : Visite à l'Usine à gaz ; démonstration de divers procédés « sur l'épuration des eaux résiduaires ». — Le soir, à huit heures et demie : Fête de nuit à l'Exposition.

II. Assistance. — *Vendredi 21 septembre*, à neuf heures du matin (présidence de M. Paul Strauss, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique) :

A. Communication sur « l'organisation du bureau de bienfaisance », par M. Maurice Cordier, vice-président du bureau de bienfaisance de Tourcoing.

B. Communication sur « l'organisation de l'hospice », par M. Jules Lahousse, directeur de l'hôpital de Tourcoing.

C. Communication sur « l'influence de l'état hygrométrique sur l'apparition et le développement du choléra infantile », par M. le docteur Decherf, médecin de la sauvegarde des nourrissons.

D. Communication sur « les résultats médicaux de la Sauvegarde des nourrissons », par M. le docteur Lagache, médecin de la Sauvegarde des nourrissons.

E. Discussion du rapport sur « l'organisation générale de la Sauvegarde des nourrissons », présenté par M. Victor Dubron, avocat à la Cour d'appel de Douai, président du Comité du Nord de l'alliance d'hygiène sociale.

Après-midi, à deux heures et demie : Visite de l'hospice, du bureau de bienfaisance, de l'établissement de bains, d'une crèche, et de l'hôpital (siège de la Sauvegarde).

Samedi 22 septembre, à neuf heures du matin (présidence de M. Mirman, directeur des services de l'assistance et de l'hygiène publiques) au ministre de l'Intérieur) :

A. Communication sur « un essai de traitement à domicile des tuberculeux », par M. le docteur Julien.

B. Communication sur « l'organisation hospitalière », par M. X.

C. Communication sur « l'exploitation de la ferme des hospices », par M. Merchier, juge de paix à Lille, rapporteur de la Société des agriculteurs du Nord.

D. Discussion du rapport sur « l'assistance par le travail » présenté par M. le docteur Dron, député, maire de Tourcoing.

Après-midi, à deux heures et demie : Visite du sanatorium, de l'atelier mécanique de l'assistance par le travail et de la ferme des hospices.

Dimanche 23 septembre, à onze heures du matin (sous la présidence de M. Casimir-Perier, ancien président de la République, président de l'Alliance d'hygiène sociale). Séance de clôture. — Banquet à une heure dans la salle des fêtes de l'exposition.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Ausalom (de Selles-sur-Cher).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE

TUBERCULOSES CUTANÉES [1]

Par M. GOUGEROT,
Interne des hôpitaux de Paris.

C. TUBERCULIDES A PETITS NODULES OU TUBERCULIDES PAPULO-NÉCROTIQUES. — Il est peu d'affections dont la synonymie soit aussi riche (2). C'est qu'en effet chaque auteur n'étudiant que des cas isolés les a voulu désigner par ce qui l'avait le plus frappé. La *synthèse* s'impose. Il est sans doute quelques différences suivant les régions, suivant le mode de groupement (isolées, dissiminées, agminées) suivant la profondeur (l'acnitis de Barthélemy est sous-cutané). Mais toutes ont ce caractère commun d'être *des nodules durs à évolution rapide vers la pustulation puis la nécrose et donnant des cicatrices minuscules*, d'où leur nom de papulo-nécrotiques (Hallopeau).

[Leur nature tuberculeuse semble établie (Darier) et admise par la plupart des écoles étrangères (Unna), follicules tuberculeux (nodules de cellules épithélioïdes avec cellules géantes), « çà et là nécrotiques », infiltration périvasculaire et lésions des vaisseaux. La recherche des bacilles a été négative sauf dans deux cas, l'un de Mac Leod et Ormsby, l'autre de Philippson. L'inoculation aux animaux n'a jusqu'ici donné que des cas négatifs, sauf un cas de Philippson (inoculation dans chambre antérieure de l'œil d'un lapin). Jadassohn et Fuger ont constaté la réaction locale à la tuberculine. Plus on étudie ces tuberculides dont on attribue la cause à des toxines élaborées dans des foyers internes, plus on arrive à « se persuader que ce sont des lésions produites par le bacille lui-même » (Jadassohn).]

Elles atteignent surtout des hommes adultes acro-asphyxiques sujets aux engelures, suspects ou convaincus de tuberculose ancienne ou actuelle (cas d'Hallopeau : sujet indemne au moment de l'observation, devenu un an après un tuberculeux vulgaire), elles coïncident parfois avec d'autres tuberculoses cutanées typiques ou atypiques. Presque toujours l'état général des malades est profondément atteint (dénutrition, anémie). Haury aurait noté l'alternative entre ces éruptions et des poussées de tuberculose pulmonaire (ou mieux la succession d'une éruption à une poussée pulmonaire).

Le début est marqué par une légère douleur locale et passagère, sans phénomènes généraux (apyrexie). A ce moment l'élément éruptif est une petite nodosité intra-dermique dure, adhérente à la face inférieure du derme (grains de plomb) de 2 à 4 millimètres. Au-dessus la peau, légèrement soulevée, est de couleur normale ou rosée, puis devient, avec l'accroissement de la nodosité (jusqu'à 8 millimètres), rouge à bords diffus, le centre est livide violacé.

A ce premier stade de nodule, succède la vésico-pustulation vers le dixième au vingtième jour; sur cette nodosité rouge s'élève une petite vésicule, le plus souvent centrée d'un poil, qui devient pustule (en trois à quatre jours), contient une gouttelette de sérosité ou de séro-pus et parfois *s'ombilique* (la rupture montrerait une *ulcération petite mais très profonde* à bords taillés à pic). D'ordinaire la pustule ne suinte pas, elle sèche. Une croûtelle blanche, ou le plus souvent brunâtre ou noirâtre se forme, elle est très adhérente et plonge dans la petite ulcération profonde par une sorte de prolongement de sa face inférieure. A ce stade l'aspect est assez caractéristique (1), mélange d'éléments jeunes et anciens, *petits éléments disséminés, un peu saillants, ayant au centre une croûtelle noirâtre ronde, très adhérente*, ayant à sa partie profonde une sorte de *clou*, laissant par *arrachement une ulcération petite mais très profonde, à bords livides taillés à pic* (putiforme). La croûtelle reste une dizaine de jours entourée d'une auréole érythémateuse et très souvent bordée d'une fine *collerette épidermique*. Elle est si adhérente qu'elle persiste jusqu'à la fin, et tombe laissant une *petite cicatrice ronde, rouge violacé,* puis *blanche, indélébile* à bords très arrêtés, *auréolée d'un mince trait pigmenté* (syphiloïde). La résorption de l'infiltrat demande encore une quinzaine de jours. La durée de chaque élément oscille entre trois à six semaines, d'ordinaire quatre à cinq; des infections secondaires peuvent la prolonger. Elle peut au contraire être écourtée si le nodule s'efface, sans passer par le stade pustulo-nécrotique. C'est la FORME PAPULO-ÉRYTHÉMATEUSE, le nodule reste ébauché et disparaît sans vésiculation et sans pustulation, et souvent sans cicatrice. Au contraire l'exagération de la pustulation a individualisé la forme SUPPURATIVE, ce n'est qu'une affaire de degré.

L'éruption est indolore, le prurit marqué est est exceptionnel (Deblanco).

Remarquablement chronique elle dure plusieurs années [Thibierge : vingt-sept ans (2)].

Elle procède par *poussées* tantôt irrégulières, tantôt et plus rarement régulières, discontinues, saisonnières (annuelles, bisannuelles ou menstruelles [Haury]), de dix à quinze éléments au plus, il est donc habituel de voir simultanément des lésions d'âge différent, nodules, pustules, croûtes, cicatrices. Tantôt l'éruption est généralisée, tantôt localisée, toujours disséminée et plus ou moins serrée. La confluence est exceptionnelle (3). Toutes les régions peuvent être atteintes sauf les muqueuses jusqu'ici toujours respectées. Les sièges de prédilection sont la face dorsale des doigts, de la main et du pied, où elles peuvent rester longtemps localisées (variété régionale), la face postérieure de l'avant et du coude, face antérieure de la jambe et de la cuisse, oreilles (4).

C'est toujours par les membres qu'elles commencent, et particulièrement aux extrémités atteintes d'asphyxie locale habituelle. Aux oreilles elles simulent les engelures ou mieux elles coïncident avec les infiltrats du lupus pernio, le bord du pavillon s'amincit à la longue et les cicatrices le mutilent. En se généralisant elles semblent suivre le côté de l'extension (face dorsale des articulations). Au bout de plusieurs années (Barthélemy et Dubreuilh), elles

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 93, p. 1107.
(2) Voyez le tableau.

(1) HALLOPEAU. 76-2051 (papules livides) et 2052 (papules pâles).
(2) BEAUPREZ a remarqué que chez les acro-asphyxiques les poussées étaient hivernales, et chez les non-acro-asphyxiques, printanières.
(3) HALLOPEAU. 76-1963, agminés (trois à six), en nodules gros et violacés.
(4) On en connaît à la paume et à la plante, 76-1901 et 76-2067. Barthélemy l'a vu à la région fessière. Nous l'avons vu sur le tronc.

peuvent atteindre le visage, les régions pileuses sont exceptionnellement prises [Pautrier (1)].

Bénigne en tant qu'accident local et malgré ses récidives, elle est grave en tant qu'elle manifeste une tuberculose d'ordinaire assez accusée.

Le *diagnostic* est dans les formes papulo-nécrotiques vraies assez facile (nodules, papulo-vésicules, croûtes, cicatrices) pourvu que l'état scrofulo-tuberculeux y fasse songer. Certaines acnés pustuleuses et quelques *syphilides miliaires papulo-crustacées* lui ressemblent beaucoup, mais leurs localisations (tronc) sont différentes.

Les cicatrices de variole, les vésicules ombiliques de l'hydroa vacciniforme ne leur ressemblent guère.

Toutefois *certaines pustulettes banales staphylococciques chez des scrofuleux*, où la rougeur est remplacée par la cyanose grâce à ce terrain particulier, où la suppuration est avortée, où les cicatrices tendent à s'auréoler de brun (pigmentation des tuberculeux), *peuvent simuler de tous points* des papulo-nécrotiques. L'examen histologique, la culture même ne permettent pas de trancher absolument, il faut rechercher sur coupe des cocci nombreux accolés au plafond de la vésicule, et faire des auto-inoculations, en suivant les stades du début de la vésico-pustule.

Histologie. — Le processus débute dans les régions *profondes* du derme ou dans les régions superficielles de l'hypoderme par des *nodules formés de lymphocytes et de cellules fixes en réaction inflammatoire simple.* Peu à peu le nodule grossit, *devient superficiel*, une vésicule épidermique se forme à plafond corné, à plancher en partie malpighien, en partie dermique (épithélium ulcéré), il est alors fréquent, mais non constant, d'y trouver des *follicules tuberculeux*, types parfois très nombreux et agglomérés (Darier). Il y a tous les degrés depuis la simple infiltration diffuse lymphoconjonctive périvasculaire jusqu'à la formation de nodule bien limité tuberculoïde. *Toujours* il se produit au centre de l'infiltrat des altérations dégénératives de *nécrose* (d'où le nom donné à la lésion), aboutissant soit à la formation d'amas granuleux, soit à de véritables foyers caséeux. La lésion peut alors ressembler à une gomme tuberculeuse minuscule à centre caséifié et dont la membrane pyogène est formée de follicules (paroi d'abcès froid). Les vaisseaux présentent des lésions profondes d'endovascularite oblitérante (thrombose souvent nécrotique).

Tout autour du nodule les vaisseaux sont dilatés, entourés de traînées lymphoïdes, leurs cellules endothéliales se tuméfient (Jacquet).

Ces nodules sont situés profondément dans le derme, souvent *autour d'un follicule pilosébacé ou d'une glande sudoripare*, d'où les noms d'hydrosadénite, de folliculite, acné, etc., mais avec Leredde il faut admettre que les *lésions des vaisseaux et les nodules périvasculaires précèdent* les lésions glandulaires qu'ils déterminent.

Tantôt le centre nécrosé se résorbe sans ouverture à la peau, tantôt l'épiderme s'ulcère, les débris s'éliminent. Jusque-là la lésion était dépourvue de germes cultivables, mais à partir de ce moment elle peut s'infecter, suppurer et modifier ses lésions par addition de phénomènes phlegmasiques.

Variétés. — Autour de cette papulonécrotique papulopustuleuse, se groupent d'autres variétés qui forment une série ininterrompue et décroissante : tuberculides agminées suppuratives, tuberculide suppurative et pemphigoïde en placards à progression excentrique, tuberculide bulleuse d'Hallopeau, tuberculide érythémato-vésiculeuse, tuberculide érythémateuse.

L'ACNITIS. — L'acnitis, décrite par Barthélemy sous ce nom en 1891 (*Ann. de dermat.*), est une *variété de tuberculides papulo-nécrotiques à début hypodermique*; quelques auteurs (Laffitte) l'isolent en raison de la situation plus profonde de ses nodules, de la distribution différente, et de quelques détails histologiques.

L'acnitis procède par poussées successives. Son début est insidieux, apyrétique indolore. Toujours elle *commence par la face.* Ce sont sur le front et sur les tempes, sur les paupières, souvent dans la moustache et la barbe de *petits nodules* arrondis et très *durs* (2 à 4 millimètres), *profonds, hypodermiques,* roulant sous le doigt [énucléables à ce moment (B.)]. Au bout de dix à douze jours ils peuvent atteindre de 6 à 8 millimètres. La peau adhère, rougit, devient violacée, le nodule se ramollit devient fluctuant, au centre une pustule se forme qui bientôt laisse échapper une ou deux gouttes de séropus (parfois un bourbillon), la suppuration dure peu, quatre à cinq jours. Une croûtelle brunâtre lui succède, l'infiltration se résorbe au bout de dix à quinze jours, la chute de la croûte laisse une *cicatrice* plus grande que la folliclis, ordinairement déprimée et *presque toujours auréolée de brun* (1).

La durée d'un élément est d'environ un mois.

Isolés, ils simulent l'acné (2); plus rarement groupés en placards de quatre à cinq sur les paupières, sourcils, angle de la mâchoire, ils simulent un petit anthrax.

De la face, son début constant, l'éruption peut se disséminer dans une marche descendante au contraire de la folliclis, elle atteint le cou, le tronc, les membres. Elle reste indolore.

Les poussées subintrantes, chacune d'un petit nombre d'éléments, prolongent la durée de l'affection jusqu'à un an et plus; elle a son maximum au troisième, cinquième mois, les derniers éléments sont avortés et ne suppurent pas.

Histologiquement la structure du follicule tuberculeux est plus marquée (Darier, type A) que dans le folliclis où elle n'est qu'ébauchée et manque souvent (Darier, Politzer, Kaposi). Touton (Congrès de Strasbourg, 1898), Jadassohn ont eu des résultats positifs d'inoculation et des réactions à la tuberculine dans cet « acnè télangiectode ». Jadassohn (*Semaine méd.*, 1898, p. 279) a trouvé des bacilles dans cette « hydradénite suppurative ».

Le *diagnostic* avec l'*acné* se fait par l'absence ordinaire du terrain séborrhéique, la coexistence de la scrofulo-tuberculose, la localisation au *cuir chevelu*, aux *paupières supérieures*, à la moustache, aux

(1) A côté de la forme régionale et lente à poussées successives, Haury a décrit des cas rares « où les poussées se succèdent presque sans interruption et où l'éruption composée de boutons petits superficiels et agminés en groupes, en placards, se répand en très peu de temps sur toute la peau, plus abondante toutefois dans les parties affectées de préférence. Ces formes rapides se montrent d'ordinaire avec l'apparition ou l'exacerbation d'un mauvais état général et disparaissent avec lui » (Laffitte).

(1) Pièce type 76-1508 tous les stades.

(2) Musée 18-1543 (Besnier-Barthélemy) et 18-2127 à nodules très nombreux et serrés (Fournier-Barthélemy).

mains, aux pieds, le *début par un nodule hypodermique* roulant sous le doigt, qui n'adhère à la peau que secondairement, la teinte souvent violacée, la macule pigmentaire terminale, toutes circonstances qui n'appartiennent pas à l'acné.

III. Type en nappe. — 1° PITYRIASIS RUBRA GRAVE DE HÉBRA. — Il se caractérise *uniquement et simplement par une rougeur diffuse avec fine desquamation*, du début à la fin.

Soupçonnée par Jadassohn en 1892, la tuberculose a été reconnue certaine par Vietowieyski et Kopitowski (1901), par Bruusgaard (1903) : follicules tuberculeux avec *bacilles*. Jadassohn avait déjà noté la réaction à la tuberculine (1892). Pautrier résumant les cas connus constate huit tuberculoses sûres sur neuf autopsies.

Affection très rare, son début est lent, insidieux, sans siège de prédilection, souvent elle est précédée de prurit.

Première période. — Plaques d'un rouge vif, livides aux membres inférieurs, enflammées, chaudes et *sèches*, parfois auréolées d'un cercle rouge plus foncé. Desquamation fine (Brocq), parfois lamelleuse et abondante (Jadassohn). Pas d'autres phénomènes subjectifs que le prurit et des frissons. Extension progressive, tout le corps est envahi en un ou deux ans.

Deuxième période. — *Rétraction* et très peu d'infiltration, tendant, amincissant la peau, encerclant les membres, gênant les mouvements même la marche, atrésiant la bouche, ectropiant les paupières, faisant tomber les cheveux et les poils, amenant la disparition de la sudation, la fissuration et chute des phanères. Frissons et en outre sensation d'étroitesse de la peau. Adénopathies généralisées.

Troisième période. — A la fin l'état général se prend : cachexie, mort dans le marasme par tuberculose pulmonaire ou intestinale.

Evolution très lente en plusieurs années, fatale. Cependant dans les notes de la traduction de Kaposi, Besnier et Doyon admettent, avec Vidal et Brocq, des formes frustes curables. Ces cas seraient peut-être à revoir maintenant avec le criterium histologique des lésions tuberculeuses (Pautrier).

Diagnostic. — *Toutes les érythrodermies exfoliantes, primitives et secondaires.*

Dans la *dermatite exfoliante généralisée* de Brocq, le début est plus rapide, en huit à dix jours, tout le corps est d'ordinaire envahi et la fièvre est constante. L'infiltration est plus marquée, la desquamation abondante, lamelleuse.

Dans l'*érythrodermie mycosique*, l'infiltration dermique est considérable, presque généralisée, le prurit intense ; la desquamation est peu prononcée ou absente ; il n'y a ni rétraction des téguments, ni sensations de constriction ou de froid.

Anatomie pathologique. — Hébra et Kaposi, Tommasoli, Elsenberg, Jadassohn, Doutrelepont n'avaient noté que des lésions disparates et inconstantes. Jadassohn cependant remarqua des adénites tuberculeuses, et examinant un cas du professeur Finger il trouva « dans les couches profondes du derme et même dans l'hypoderme des cellules géantes à contenu nécrosé et à noyaux périphériques ». Vietowieyski et Kopitowski, puis Bruusgaard notent des lésions multiples de l'épiderme : disparition de la couche cornée presque complète avec diminution de la granuleuse, hypertrophie du corps muqueux avec infiltrations lymphocytiques, inflammation intense du derme profond et superficiel (papilles), avec dilatation vasculaire et gonflement endothélial, foyers cellulaires périvasculaires. Ces foyers cellulaires outre les cellules pigmentaires, les lymphocytes, contiennent des cellules épithélioïdes et géantes ordonnées en *follicules tuberculeux types*.

2° LUPUS ÉRYHTÉMATEUX. — *Définition*. — Au lupus de Willan (si bien défini par la clinique avec le tubercule pathognomonique, par l'anatomie avec le follicule tuberculeux, par la bactériologie avec l'inoculation au cobaye), s'opposent le lupus érythémateux, lupus de Cazenave (1851), ou mieux les lupus érythémateux, car l'on réunit sous ce titre des types divers au nom d'une pathogénie que l'on croit semblable.

La définition clinique est donc seule possible : le lupus érythémateux est caractérisé par trois ordres de phénomènes : 1° élément constant, l'érythème ; 2° élément presque constant, l'hyperkératose en nappe et folliculaire (cônes cornés) ; 3° élément inconstant, la cicatrice centrale unique ou disséminée.

Il n'est pas inutile de rappeler les principales dénominations synonymiques, elles montrent quelles étaient aux yeux de leurs auteurs les caractéristiques de cette affection que Biett (1828) sépara le premier : érythème centrifuge et lupus ou dartre rongeante qui détruit en surface (ce sont les deux variétés de lupus érythémateux de Brocq), Bateman (1830) : ichthyose particulière. Devergie : herpès ou lupus crétacé. Rayer : folliculites. Hébra (1845) : séborrhée congestive. Kaposi, Unna : ulérythème centrifuge. Bazin : scrofulide érythémateuse. Cazenave (1851) : lupus érythémateux.

Discussion de la nature tuberculeuse. — La *nature* de cette affection est très contestée : Besnier « revendique sans restriction l'origine bacillaire », il a entraîné toute l'école française.

Mais toutes ou presque toutes les écoles étrangères — sauf Bœck (de Christiania) — refusent d'admettre la nature tuberculeuse. Neisser, Lassar, Jadassohn en font une maladie spéciale de nature encore indéterminée (angio-névrose), mais non tuberculeuse. Jadassohn l'appelle : tumeurs infectieuses de granulations.

Et il est curieux de voir toute une série de dermatoses, dont les rapports avec la tuberculose n'ont pu être entrevus que par leurs analogies avec le lupus érythémateux, être reconnues tuberculeuses de presque tous, même en Allemagne.

Le lupus érythémateux, origine de toute cette évolution, reste le plus contesté.

Les arguments de Besnier sont les mêmes que ceux qui lui servirent à démontrer la nature tuberculeuse du lupus de Willan :

Antécédents héréditaires et personnels de tuberculose, descendance atteinte. — Coexistence de tuberculoses extra-cutanées (plus fréquente même que dans le lupus de Willan. Mort jeune et par tuberculose pulmonaire. — Coexistence d'autres tuberculoses cutanées [lupus willanique, Frichel (1)] ; Formes mixtes ; Lupus érythémato-tuberculeux (toutes les transitions). Transformation sur place du lupus érythémateux en lupus willanique (Weindenhammer, Jackson). — Développement d'adénite tuberculeuse régionale notée par les adversaires eux-mêmes (Ja-

(1) Il n'y a pas de dermatose plus fréquemment associée au lupus de Willan.

dassohn). — Formes de transitions cliniques et histologiques avec les autres tuberculides : parmi les papulo-nécrotiques quelques-unes parfois n'aboutissent pas à la nécrose en foyer, mais présentent une atrophie centrale. Brocq et Laubry ont signalé un cas fruste de l'angio-kératome de Mibelli, etc. — Réaction à la tuberculine (Landouzy).

« Les observations négatives recueillies d'une manière complète et poursuivies pendant une période de temps assez longue sont excessivement rares » (Leredde). Les statistiques additionnées de Bœck, Sequeira, de Roch, de Pautrier montrent, sur 410 cas, 265 tuberculoses; et Pautrier qui poursuivit cette recherche avec rigueur ne trouve sur ses 35 cas que 3 indemnes de tuberculose héréditaire ou personnelle.

On objecte : *l'absence de lésions histologiques spécifiques* (jamais de follicules tuberculeux) et *l'absence de bacilles.*

Mais Audry a vu dans 3 cas différents des cellules géantes. Dans l'un d'eux on en trouva dans les fragments de la face et de la cuisse, et pas dans le fragment de la jambe (1).

Les résultats négatifs de plusieurs autopsies, où, dit-on, aucun foyer tuberculeux net ne put être décelé (Jadassohn, Gunsett). Ces cas ne sont pas probants; les inoculations n'ayant pas été faites, des formes larvées anatomiques peuvent passer inaperçues. Certaines tuberculoses peuvent guérir sans laisser de traces (cas d'arthropathies tuberculeuses du genou, Griffon).

L'inoculation négative au cobaye. — Il est cependant quelques cas d'inoculations positives et, dans le service de M. de Beurmann, j'ai pu observer une tuberculose du cobaye avec chancre d'inoculation, adénite suppurée et péritonite par inoculation souscutanée d'un gros fragment (comprenant *tout l'hypoderme*), de lupus érythémateux du cuir chevelu (2) vérifié histologiquement.

L'inconstance de la réaction à la tuberculine. — Hallopeau a essayé d'atténuer ces objections en créant la théorie des toxi-tuberculides.

Brocq fait la distinction d'un lupus érythémateux fixe qu'il croit bacillaire, et d'un lupus érythémateux centrifuge symétrique mobile qu'il croit toxi-infectieux non tuberculeux à moins d'admettre avec Bœck des érythèmes infectieux bacillaires.

La question demande d'autres recherches et ce qui contribue peu à l'éclaircir c'est que beaucoup décrivent des faits différents sous le même nom. Il faut avec Darier, savoir attendre, tout en remarquant que de toutes l'hypothèse tuberculeuse est la plus satisfaisante et s'appuie de l'insuffisance notoire de toutes les autres théories.

Etiologie. — La statistique apprend que le lupus érythémateux est une maladie des adultes (et non des jeunes comme le lupus tuberculeux), des femmes (et non des hommes comme le lupus tuberculeux), des campagnes (et non des villes comme le lupus tuberculeux).

Symptomatologie. — Le polymorphisme est tel que l'on a cru d'abord à des affections distinctes.

Ces formes si nombreuses réclament une classification, mais toutes sont reliées entre elles par une série ininterrompue de faits intermédiaires qui établissent l'unité. Autour de la forme type nous grouperons tous les autres.

Forme type. — Lupus érythémateux fixe folliculaire ou acnéique, épithélial ou kératosique. — C'est le type habituel, le lupus érythémateux vrai dont personne ne conteste l'individualité clinique [scrofulide acnéique, lupus érythémateux acnéique; ulérythème acnéiforme d'Unna (Besnier : 34-307)].

Les taches disséminées ou confluentes siègent sur les parties découvertes surtout au visage, nez, joue, oreilles sans prédilection marquée pour telle ou telle région de la face (1), au contraire du lupus de Willan. Au cuir chevelu il est très fréquent, alors que le lupus de Willan y est tout à fait exceptionnel (35-1601, Fournier; 35-615, Besnier). Il y est disposé en taches isolées, entraînant l'alopécie, presque toujours définitive; rarement il atteint le tronc et les membres, sauf la face dorsale des mains assez fréquemment prise. Chaque tache commence par un point rouge à peine saillant qui peu à peu grandit par ses bords, devient squameux au centre, et possède, dès qu'il a atteint quelques millimètres (2), tous les caractères des plaques types :

Ce sont des plaques arrondies, blanches de surface, un peu ternes et *irrégulières, tiquetées de petits points blancs* « leucoplasiques » *confluants*, difficiles à arracher, un liséré rouge déborde cette leucokératose. Les unes sont saillantes et infiltrées, les autres non saillantes et souples. Le centre est souvent cicatriciel et déprimé.

De forme régulière et discoïde, ces médaillons sont roses ou rouges, d'une rougeur uniforme sauf au centre lorsqu'il s'atrophie et devient cicatriciel; parfois dans les lésions un peu anciennes cette rougeur se mêle de brun. Ils sont recouverts d'épiderme épaissi, granité, blanc grisâtre, terne et sale. Cette squame est mince, très adhérente, ponctuée de petites saillies cornées minuscules ($0^{mm}2$ à $0^{mm}5$) très serrées, représentant l'*hyperkératose des orifices folliculaires*, ce qui explique qu'elles sont souvent centrées d'un poil. Ces ponctuations sont caractéristiques, enlevées elles laissent une dépression, ce sont des « comédons cornés » arrachables mais non exprimables comme ceux de la séborrhée. L'adhérence est telle que l'on éprouve de grandes difficultés à arracher la squame et que l'on provoque presque toujours le saignement des papilles arrachées, on voit alors la face inférieure de cette squame hérissée de prolongements coniques plongeant dans les orifices folliculaires, ce sont les prolongements intra-folliculaires des ponctuations cornées de la surface. Le bord des disques est net, jamais l'hyperkératose n'atteint les limites de la lésion, toujours la zone érythémateuse (parfois nuancée de très fines dilatations capillaires) la déborde (zone active de progression). La lésion est toujours un peu saillante

(1) Si Audry a constaté parfois des cellules géantes, on ne saurait trop répéter que la cellule géante n'est nullement spécifique de tuberculose et s'observe dans une foule de processus chroniques. D'ailleurs on sait aujourd'hui que la lésion folliculaire n'est plus toute la tuberculose à la peau et ailleurs (foie : Pillet; rein : Jousset; muscle : Durante).

Darier insiste sur ces cas de tuberculoses typiques où toute une partie est composée d'infiltrats non caractéristiques et où l'on ne retrouve que çà et là de rares nodules spécifiques.

(2) Deux cobayes ayant été inoculés, un seul est devenu tuberculeux, l'autre est resté indemne.

(1) Vidal et Feulard ont signalé les premiers, en 1888, les localisations des muqueuses : bouche, lèvre (35-1 146), langue.

(2) Caractéristique à ce point de vue est le moulage 2249-34 d'Hallopeau, où des taches multiples de 5 à 15 millimètres maculent toute la face, et malgré leur petite taille, possèdent tous les caractères des plaques adultes.

et *infiltrée* (œdème et infiltration). La surélévation se traduit à la palpation par un épaississement et perte de la souplesse normale, les plis sont plus larges.

Dès que la plaque vieillit (peu importe sa grandeur, car il en est de développement rapide ou lent), le centre se déprime, il reste parfois rouge; mais, le plus souvent, il se décolore, blanchit, s'atrophie ; la cicatrice se constitue blanche, lisse, mince et souple, sans jamais d'ulcération préalable. Parfois, elle reste squameuse. Les îlots cicatriciels sont souvent disséminés et petits, alors voilés par l'érythème.

Il y a donc *trois zones* (1) : une centrale atrophique déprimée, blanche ou rosée, encore tiquetée de ponctuation folliculaire; une médiane, anneau kératosique dont la blancheur voile, plus ou moins, le fond rouge, descendant en pente douce vers le centre avec lequel il se confond peu à peu, au contraire, nettement arrêtée sur le bord externe où déborde la bordure (troisième zone), érythémateuse périphérique.

Les lésions sont indolentes mais un peu *sensibles à la pression* (donc, plus que la syphilis et les séborrhéides).

La marche est lente (lupus érythémateux fixe), rarement rapide (variété épithéliale mixte des centrifuges), les plaques peuvent rester longtemps isolées et disséminées. La guérison spontanée est exceptionnelle. La mort, par tuberculose pulmonaire, est leur fin habituelle.

C'est le lupus érythémateux vrai de Brocq.

Erythème centrifuge de Brocq. — Relié aux formes fixes par toutes les transitions (érythème persistant de la face) le lupus érythémateux centrifuge s'en distingue par la superficialité des lésions, une évolution rapide capricieuse, la symétrie (2), la mobilité, la tendance congestive, « la prédominance des symptômes érythémateux et œdémateux sur les symptômes épithéliaux et d'infiltration embryonnaire » (Lenglet), peut-être parce que la *rapidité d'évolution ne laisse pas le temps à ces derniers, d'apparaître ou de s'affirmer.* Au fur et à mesure de leur extension centrifuge, leur centre se déprime, mais pas toujours, souvent même « elles guérissent sans laisser aucune trace de leur évolution dans les formes typiques » (Brocq).

Il semble plus une *forme évolutive* qu'une forme à caractères morphologiques distincts. On comprend donc que beaucoup d'auteurs, avec Thibierge, ne maintiennent pas cette distinction dans la description des lésions et ne la font intervenir qu'à l'évolution.

Variétés des lupus érythémateux. — Ces variétés très nombreuses constituent deux séries de faits : toutes deux partant de la simple tache inflammatoire et allant, la première, vers l'atrophie pure ; la seconde, vers l'hyperkératose avec ou sans atrophie.

Variétés érythémateuses. — 1. *Variété érythémateuse pure.* — « Erythème de la tuberculose » de Landouzy.

D'ordinaire, ce sont, à la face des taches symétriques rouges ou violacées, superficielles, sans desquamation, l'évolution est très rapide et ne laisse pas de cicatrice, les régressions suivies de nouvelles extensions, les récidives ne sont pas *rares*. Les modifications épithéliales manquent ou sont toujours atténuées.

2. *Variété érythémateuse avec télangiectasie,* déjà moins fugace que la précédente. — Large tache rouge intense, à bords diffus avec, à peine, quelques follicules dilatés (35-927, Lailler; « lupus télangiectode à marche aiguë. » Disques rosés multiples à bords nets, un peu saillants. 35-927, Besnier.)

3. *Variété érythémateuse avec points folliculaires cornés.* — Taches roses pâles à bords diffus, parsemés de ponctuations cornées. (Gaucher : 2004-34, lésion débutante du nez).

4. *Variété érythémateuse avec points folliculaires cornés et kératose commençante.* — Lésion discoïde rose ou un peu brune si elle est ancienne, à bord très saillant, le centre commence de s'affaisser. L'épiderme plus épais et toujours adhérent a, cependant, tendance à s'exfolier (face Besnier, 34-284).

Evolution. — A. Vers l'atrophie centrale. — Dans une lésion ancienne, le centre devient cicatriciel, blanc, luisant. Le bord seul, plus ou moins étroit, persiste rouge, un peu saillant, tantôt sans la moindre hyperkératose (Hardy, 34-336) [5°] tantôt un peu squameux, les ponctuations s'accentuant du centre vers la périphérie (35-615, Besnier) [6°]. *On aboutit ainsi aux* atrophies cutanées « *pures* », 35-1664 atrophie érythémateuse en placards symétriques à progression excentrique de Thibierge où les lésions érythémateuses sont nettes [7°] et au dernier degré de tous [8°] 35-2438, Dermite atrophohypertrique en aires... de de Beurmann et Gougerot où le liseré périphérique violacé érythémateux est si minime que, dans ses cas de passage ci-dessus, l'origine lupique serait douteuse.

B. Vers l'hyperkératose. — [9°] *vers l'hyperkératose stéatoïde, en partant de la variété érythémateuse télangiectasique et aboutissant à la* séborrhée congestive, variété de lupus érythémateux.

Dans la « séborrhée congestive » des placards rouges tantôt peu étendus, tantôt occupant toute une partie de la face, sont recouverts d'une croûte jaunâtre molle ou semimolle (grasse d'aspect). Cette croûte est peu adhérente, « se fractionnant aisément quand on cherche à l'arracher, quelquefois même elle est découpée en une série de petites plaques, séparées par des sillons au fond desquels on aperçoit le derme rouge vif » (Lenglet). Leur peu d'adhérence les rend facile à arracher, leur face inférieure apparaît alors hérissée de longs « prolongements sans rigidité qui laissent, à leur place, autant de dépressions profondes plus ou moins larges ». La peau sous-jacente est rouge vif, mais peu infiltrée.

Ils simulent souvent, à s'y méprendre, la séborrhée : même rougeur, même exsudat gras suintant des pores folliculaires élargis, mêmes télangiectasies.

[Jusque-là ces formes sont souvent de diagnostic si difficile et douteux (sauf [4°]) que l'évolution parfois tranche seule. Besnier a montré en effet que *nombre de ces placards, que l'analyse ne permettait pas de classer dès leur origine, évoluaient plus tard comme un lupus érythémateux type.*]

C. Vers l'hyperkératose sèche. — 10° Taches squameuses blanchâtres, isolées et petites, disposées irrégulièrement, tranchant sur le large fond rouge érythémateux [35-1561, et 34-1163 (poitrine) 1164 (face) : Hallopeau].

Ce lupus érythémateux *profond* à infiltrat considérable « se rapproche beaucoup du lupus vulgaire ». Très irrégulier, moins symétrique que les autres

(1) D'où les noms de lupus circiné, en cocarde, iris.

(2) Le vespertilio (nez et les joues) répond, le plus souvent, à cette forme, mais il n'est, en réalité, qu'une localisation.

lupus érythémateux hyperkératosiques, il découpe des bords irréguliers « en cap et presqu'îles » constituant une énorme plaque ; « la limite de ces bords est d'une netteté souvent très grande; la néoformation lupique épaisse de 2 à 3 millimètres forme une nappe de surface inégale, raboteuse, recouverte d'un épithélium sec, rare et pauvre; en d'autres points, des taches squameuses tranchant par leur aspect grisâtre sur le fond rouge. Il n'y a pas de vaisseaux visibles, l'atrophie, très marquée, rend exceptionnelles les ponctuations kératosiques des follicules. La consistance est ferme. On a la sensation de raideur cartonneuse et de sécheresse. » Les limites sont souvent marquées par un liséré pigmenté.

11° Ces taches squameuses isolées au lieu d'être disséminées irrégulièrement n'apparaissent que sur l'auréole rouge, le centre est blanc atrophique (tachetage gris sur couronne rouge): 34-1438, Vidal.

12° *On arrive ainsi à la* FORME TYPE *discoïde avec ses trois zones* ou lupus érythémato-acnéique fixe (34-307), lorsque ces points squameux isolés confluent en une zone annulaire.

13° Si le centre atrophique manque et que tout le disque soit recouvert d'hyperkératose, on a un médaillon blanchâtre, de surface irrégulière, débordé d'une auréole rouge. 35-338 (main), Hillairet. Un degré atténué est les taches pâles non saillantes, peu kératosiques de Hallopeau. 35-1812.

14° On peut rattacher à [13°] les eczématiformes [14°] où les squames gris jaunâtre sont finement granuleuses. 34-339, Lailler; — les pityriasiformes [15°] où les squames fines très blanches, fragmentées, simulent certains pityriasis rubra-pilaires, mais le bord brusque est net, débordé d'un mince liséré rouge, 34-2333 Hallopeau, — les psoriasiformes [16°], à squames *étalées, larges*, épaisses ou mince, 35-373, Lailler.

17° L'hyperkératose s'accentuant, l'atrophie évoluant (35-304, Vidal) on aboutit à l'HERPÈS CRÉTACÉ de Devergie : « L'herpès que j'ai appelé crétacé s'est montré par une petite tache arrondie, très limitée, qui, au lieu de sécréter, se recouvre de petites écailles blanches, à reflet opaque, à forme presque pulvérulente, adhérentes, d'ailleurs, toutes entre elles, de manière à former une couche assez semblable à la craie, un peu teintée de jaune et de gris sale. » La maladie suit une marche très lente (lupus érythémateux fixe).

Cette forme se distingue par sa grande lenteur de progression, le peu de congestion, l'épaisseur et l'adhérence des squames, l'intensité de l'atrophie. Tantôt, l'hyperkératose existe sur toute la plaque, voilant la rougeur qui n'apparaît qu'au bord, 34-435, Besnier [17°]. Tantôt le centre, très atrophique, apparaît couvert encore çà et là de squames rares [18°] : cas d'Hallopeau, 35-1845 (joue), où l'intensité du processus atrophique et destructif a amené une *profonde* dépression cicatricielle et la saillie du bord érythémateux (1) puis cas 35-1014, Besnier. Tantôt, le *bord seul reste squameux blanc grisâtre constituant une étroite bordure* de 5 à 10 millimètres, saillante, débordée, en dehors, d'une auréole érythémateuse de 5 à 6 millimètres et circonscrivant, en dedans, une large surface arrondie, atrophique, lisse, non squameuse de plusieurs centimètres [19°], 34-168, Hillairet.

La série est donc ininterrompue, on le voit par ces exemples depuis « l'érythème perstans jusqu'à l'herpès crétacé ».

(1) En outre, dans ce cas, des suppurations folliculaires montrent la transition vers les tuberculides papulo-nécrotiques.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques sont très variables suivant les nombreuses variétés, mais toutes ont le *même schéma*. Elles n'ont rien de caractéristique et sont « communes à presque toutes les tuberculides. La lésion spécifique du lupus érythémateux n'a pas encore été fournie par l'histologie » (Lenglet).

— Au *début* du lupus érythémateux type (ou à la *zone érythémateuse* d'accroissement du lupus érythémateux constitué, ou pendant toute la durée de la variété érythémateuse pure), les lésions sont avant tout et surtout *vasculaires* (angiodermites) : *dilatations considérables et irrégulières des capillaires* avec œdème papillaire léger, *infiltration périvasculaire* siégeant autour du réseau sous-papillaire et périglandulaire, moins abondante le long des vaisseaux des papilles. Plus tard survient l'infiltration du derme superficiel et les lésions épithéliales constantes dès le début s'accentuent constituées alors par une légère hyperkératose folliculaire. Les lésions glandulaires n'ont pas l'importance primordiale que leur avaient accordée les premiers auteurs. La thrombose vasculaire est pour beaucoup (Holder, Fordyce, Haury) la lésion primitive.

— A la *période d'état* (lésion constituée : *zone kératosique*) :

1° Les lésions *épidermiques* sont multiples : atrophie hyperkératosante avec productions cornées intra-épidermiques, c'est-à-dire *hyperkératose généralisée, prédominant à l'embouchure des follicules et glandes sébacées* (ponctuations cornées) avec atrophie généralisée de toutes les couches non cornées; œdème épidermique, d'ordinaire avec leucocytose;

2° *Transsudations œdémateuses* surtout marquées au niveau de la couche papillaire;

3° L'*infiltrat* prédomine à la partie supérieure du derme autour du réseau sous-papillaire et autour des glandes jusqu'à l'hypoderme, il est souvent disposé en lobules assez nettement limités par les travées dermiques; il est constitué avant tout par des *mononucléaires* petits (lymphocytes) et moyens provenant de la diapédèse lymphatique et sanguine et de la réaction locale du tissu conjonctif. En effet « presque tous les auteurs s'accordent pour admettre la disparition rapide des cellules conjonctives » fixées. — « Quelques-unes persistent cependant très longtemps et subissent même une hypertrophie » (Lenglet) ou réaction inflammatoire simple de Dominici. Les grandes et vraies plasmazellen (1), les mastzellen sont rares, les polynucléaires exceptionnels. Le *tissu tuberculoïde spécifique manque* et sauf les cas d'Audry, il n'y a pas de cellules géantes. Le tissu conjonctif est détruit par cet infiltrat : fibres collagènes et élastiques, cette destruction donnerait même, d'après Unna, au plasmome d'infiltration un aspect caractérique *canaliculé* « qui en fait une lésion spécifique toujours reconnaissable ». Les *fibres élastiques disparaissent d'une manière précoce*, et leur étude est le meilleur guide pour juger de l'extension des lésions;

4° Lésions péri et endovasculaires multiples avec

(1) Vraies plasmazellen, à noyau à chromatine radiée, excentrique, entouré d'une auréole claire, dans un protoplasma ovalaire très basophile, car Unna, appelant plasmazellen toutes les cellules lymphoïdes, peut dire : les plasmazellen composent la presque totalité de l'infiltrat.

dilatations et hémorragies, avec thrombose. Les *vaisseaux thrombosés* du plasmome ne se reconnaissent souvent plus qu'à leur squelette élastique;

5° *Les lésions glandulaires sont variables, inconstantes et secondaires.* — Les glandes sébacées oblitérées subissent une dilatation (pseudo-hypertrophie de rétention), puis une *atrophie* progressive détruisant le poil et la glande est réduite à un cordon plein ou à une dilatation kystique. Les glomérules des glandes sudoripares sont détruits par l'infiltrat.

6° Lésions accessoires et rares : dégénérescence colloïde et pigmentation.

— *A la fin* (ou troisième zone atrophique) cette destruction du derme et de sa trame conjonctivo-élastique explique, lors de la résorption de l'infiltrat par *action phagocytaire*, l'affaissement du centre des lésions et l'*atrophie cicatricielle* sans ulcération préalable.

3° Lupus érythémateux généralisé pseudo-exanthématique. — Depuis Kaposi jusqu'à ce jour, il a été à peu près impossible aux divers observateurs « de se mettre d'accord sur ce qu'il convenait d'entendre par lupus érythémateux aigu disséminé » (Lenglet). C'est qu'en effet ces faits de lupus érythémateux d'une grande rareté (1) ne sont pas tous homologues.

Forme aiguë. — En 1872, Kaposi décrivit une forme nouvelle du lupus érythémateux, forme aiguë où l'éruption est généralisée, où les phénomènes généraux intenses mènent assez souvent à la mort. D'ordinaire il survient chez de jeunes femmes atteintes de lupus érythémateux de la face. Les phénomènes généraux sont graves : 39 et 40 degrés, abattement, arthropathies parfois généralisées (2), méningisme et parfois méningite avec céphalée violente, vomissements, délire puis coma mortel; pleurésie fréquente, albuminurie, en un mot, *tous les symptômes d'une tuberculose aiguë.* L'éruption commence au visage sous forme de petites papules rouges violacées, bientôt recouvertes d'une squame adhérente à prolongements coniques. [Koch a signalé des érythèmes annulaires stables recouverts de squames grasses]. Partout disséminées, les taches confluent et rarement restent isolées. Elles ont les caractères typiques de la plaque de lupus érythémateux (3); on note, quelquefois, çà et là, des vésicules et bulles, des suffusions hémorragiques. A la face, l'éruption peut revêtir la forme d'*erysipelas perstans faciei* de Kaposi, parfois observé chez des lupiques vulgaires, surtout à la suite d'injections de tuberculine. La partie médiane du visage est le siège d'une rougeur œdémateuse couverte de croûtes graisseuses.

Pendant l'évolution de ces éruptions les symptômes généraux subissent des alternatives d'aggravation et de rémission, d'ordinaire parallèle aux poussées cutanées. La mort est fréquente (un tiers), rapide : les récidives ne sont pas rares et aussi graves que la première poussée (1).

Forme subaiguë. — Tantôt elle succède à la forme généralisée aiguë, dont les plaques, après cette première phase aiguë, persistent; tantôt les phénomènes généraux, de même ordre que ceux de forme aiguë, sont dès le début atténués. Débutant par la face, l'éruption gagne les membres, atteignant surtout les extrémités, elle n'épargne pas le tronc. Les lésions cutanées sont variables souvent sur le même sujet, suivant les régions, ici forme anormale, là lupus érythémateux type, preuve que la tuberculose peut reproduire des types multiples : taches érythémateuses, vésicules et même phlyctène pseudo-impétigineuses vite desséchées et croûteuses, infiltrats livides pernioïdes (Kaposi), éruption typique d'hydroa vacciniforme de Bazin (Brocq), vésico-pustules (Du Castel). C'est surtout au début que l'on observe ces formes variées, et bientôt le fond érythémateux qui leur sert de base évolue vers l'efflorescence typique du lupus érythémateux. La marche est lente, le plus souvent mortelle. Un malade de Brocq mourut quelques mois après, de tuberculose généralisée, surtout ganglionnaire.

Forme chronique. — Tantôt reliquat des formes précédentes qui s'atténuent, tantôt lentement constituée, elle se rattache par de nombreuses transitions à ces lupus érythémateux vulgaires qui peu à peu se disséminent sur tout le corps. Les plaques ont alors la même évolution, la même régression cicatricielle centrale.

Anatomie pathologique. — Le lupus érythémateux aigu disséminé de Kaposi a des lésions histologiques « fort voisines de celles des tuberculides en général », donc du lupus érythémateux discoïde type, à par leur intensité. D'après Koch (*Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, Bd. XXXVII, p. 39), et Pétrini (IIe Cong. internat. de dermat. à Vienne), la maladie commence par une infiltration énorme du réseau sous-papillaire, allant jusqu'à de véritables thromboses leucocytaires des vaisseaux, d'où un œdème considérable susceptible d'amener des vésicules et bulles épidermiques et même des ulcérations, d'où des lésions de nécrose parfois profondes (atteignant jusqu'aux tendons). Les dilatations vasculaires, la gêne de la circulation de retour due aux thromboses provoquent des hémorragies. Les glandes sont le plus souvent intactes.

Cette analogie devient de la similitude dans les lupus érythémateux disséminés généralisés sans phénomènes généraux graves (Darier). « Les lésions épithéliales seules font presque totalement défaut, ce qui s'explique aisément par l'allure aiguë du processus. »

4° Lupus pernio. — Ce lupus était autrefois une simple forme du lupus érythémateux, mais maintenant les Allemands le séparent du lupus érythémateux car sa nature tuberculeuse s'affirme de plus en

(1) Bœck l'a vu une fois.

(2) Dans un cas de Philippson une attaque de « rhumatisme articulaire généralisé » (nous dirions arthropathies tuberculeuses) précéda l'exanthème. La maladie ressemble alors à un de ces « pseudo-rhumatismes » infectieux d'origine encore mal connue, accompagnés d'éruptions érythémateuses, souvent de purpura et même d'hémorragies viscérales. Ici la tuberculose est la cause infectieuse de ce syndrome général et cutané où l'exanthème s'efface devant les phénomènes généraux (tuberculoses aiguës avec arthropathies et érythèmes; érythèmes polymorphes tuberculeux bénins avec arthropathies).

(3) 35-1668. Besnier : immenses placards érythémateux, à bord nettement arrêté et plus rouge que le centre des plaques (Soc. dermat., 1892, p. 150) desquamant peu ou pas. Si l'évolution lui en donne le temps, le centre peut devenir atrophique.

(1) Le type d'exanthème n'est pas toujours pur. Kaposi, Bœck et Koch ont vu, en même temps que les taches érythémateuses, des nodules sous-cutanés de la grosseur d'une noisette, douloureux, se développant de préférence aux membres, parfois centre d'un point purulent superficiel. Du Castel a noté des placards érythémato-bulleux (35-2068). Ce sont là des coïncidences d'autres formes éruptives de la tuberculose, et la preuve que la bacillose peut provoquer un érythème noueux accompagné de symptômes généraux et d'arthropathies.

plus : nodules tuberculeux avec cellules géantes (Gastou, K. Kreibich).

C'est une des formes des lupus érythémato-tuberculeux, transitions entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux, rattachée tantôt à l'un, tantôt à l'autre, suivant les auteurs (1).

Il survient chez des sujets lymphatiques sujets aux engelures, aux extrémités : mains, pieds, nez, oreilles, aux joues acro-asphyxiques. Il simule l'engelure ou érythème pernio, mais il s'en distingue par sa facilité d'ulcération lente à guérir, la *tendance aux cicatrices même sans ulcération* et surtout par *la persistance en été*.

C'est une *large plaque arrondie* à bords diffus, unique pour une région et l'occupant d'ordinaire en son entier. Par sa disposition symétrique au nez, aux parties latérales des joues, il rappelle le lupus érythémateux. Les téguments sont *cyanotiques et tuméfiés, tendus, lisses* et *luisants*. L'érythème est violacé, livide, avec *fines dilatations capillaires* et parfois dilatations bleuâtres de veinules (2). La tuméfaction s'accompagne d'*induration diffuse profonde*. La peau est *froide*, souvent humide. Les orifices glandulaires sont béants. Parfois se détachent nettement, sur le fond violacé, des *tubercules lupiques* crractéristiques du lupus vulgaire, nodules jaunes, translucides, persistant à la vitro-pression, séparés les uns des autres. Aux mains, aux oreilles le lupus pernio s'accompagne presque toujours d'ulcérations nécrotiques qui laissent des cicatrices fines à bords irréguliers à peine déprimées, souvent voilées par la tuméfaction diffuse et la cyanose (3).

Histologie. — Mêmes lésions que le lupus érythémateux discoïde, sans troubles épidermiques notables, avec œdème et infiltrations plus marquées. Fréquemment on note « l'obstruction par des amas de plasmone des troncs lymphatiques du derme. Cette lésion dominait dans un cas de Danlos (Soc. de dermat., juin 1901) » [Lenglet]. Souvent il s'y ajoute des formations tuberculoïdes, cellules géantes et épithéloïdes, même dans les cas où cliniquement il n'existe pas de tubercules willaniques (Gastou, Kreibich, etc.). Mais la démonstration *complète* de sa nature tuberculeuse n'est pas encore faite : on n'a pas vu de bacilles sur les coupes; ni les inoculations ni les réactions à la tuberculine n'ont donné de résultats probants.

Pronostic général. — Le pronostic des lupus érythémateux en général est très variable suivant les formes. Avec Lenglet on peut dire : « Il est d'autant plus sombre qu'il s'agit de formes à début plus violent, qu'il y ait ou non association de phénomènes généraux à l'éruption primitive. Il doit être très réservé dans toutes les formes fixes communes, car l'observation a montré que la vie des malades était le plus souvent abrégée. Il peut être moins sévère dans les formes saisonnières et dans l'érythème centrifuge. » La fin par tuberculose pulmonaire est habituelle. Moins grave d'un côté que le lupus de Willan, car il n'a aucune tendance à ulcérer ou déformer, il est d'un autre côté plus tenace et plus difficile à traiter. La greffe cancéreuse est exceptionnelle.

(1) En 1892 Tennesson écrivait : « Le lupus pernio ne peut être rattaché au lupus érythémateux, puisqu'il présente des tubercules, ni au lupus tuberculeux, puisque ailleurs il n'en présenté pas. »

(2) Télangiectasies : 34-2178 (Danlos).

(3) 34-1695 cicatrice du nez (Tennesson), série de Besnier : 77-1820-1150-992.

Diagnostic général. — Le *diagnostic* est toujours difficile, tant sont variables les formes, sauf dans le lupus érythémateux vrai avec ses trois zones et ses ponctuations cornées caractéristiques.

Il pourra être confondu dans ses formes localisées :

— Au cuir chevelu, avec les diverses *alopécies* (pelade, etc.). Car au cuir chevelu, « il est toute une série de faits intermédiaires au lupus érythémateux, à la pseudo-pelade de Brocq et aux diverses variétés de folliculites et de péri-folliculites décalvantes, » à certaines variétés de kératose pilaire et même de lichen corné atrophique et de sclérodermies.

La pseudo-pelade envahit le cuir chevelu par îlots disséminés, se développe avec un peu de prurit sans érythème avec seulement des points rouges péripilaires, les cheveux tombent enveloppés d'une gaine pulpeuse, les bords de ces plaques d'atrophies cicatricielles sont complètement arrêtés, *il n'y a ni érythème ni hyperkératose*.

Faciles à reconnaître sont au contraire le sycosis lupoïde, l'érythème sycosiforme, les alopécies cicatricielles innominées de Besnier, les cicatrices du favus.

— A la face, *avec l'acné rosacée* (plaque rouge à bords diffus non saillants, peu infiltrée, non squameuse, follicules très dilatés, non hyperkératosiques, pas cicatrices, sauf les cicatrices ponctuées d'acné, pustules acnéiques), avec les *toxidermies iodique ou bromique*.

Avec cet *eczéma séborrhéique* ou pityriasis faciei que Sabouraud a démontré être une streptococcie ou impétigo sec (plaques moins bien délimitées, sans infiltration, non saillantes, sans bordure rouge violacé, sans cicatrices, facile à guérir).

Avec le *psoriasis*, un cas de Crocker avait l'aspect du psoriasis guttata (squames blanchissant au grattage, se soulevant d'un coup facilement grâce à un plan de clivage, laissant alors une surface luisante rouge-brun, sur laquelle apparaît la rosée sanguine); biopsie, micro-abcès dans les squames (Sabouraud).

Avec la *syphilis tertiaire* (éléments cuivrés, papulo-tuberculeux, squame large, non adhérente, rapide évolution, traitement). Avec l'herpès circiné trichophytique, avec le favus érythémateux ou cicatriciel.

Avec la sclérodermie en plaques et toutes les *atrophies cutanées*.

Avec l'acné sébacée des vieillards et l'épithéliomatose dans ses formes serpigineuses (ulcérations, bord induré, perles épithéliales).

— Aux membres, avec l'asphyxie locale des extrémités, qui se distingue par la localisation aux doigts et orteils, la prépondérance des réactions vasomotrices et nerveuses, la paresthésie, l'intensité des troubles trophiques dans les cas graves.

Les engelures, les érythèmes polymorphes (herpès iris) sont faciles à reconnaître. Les érythèmes prémycosiques sont plus prurigineux, s'accompagnent d'adénopathies, les érythèmes scarlatiniformes se jugent à l'évolution et à la desquamation. Certains érythèmes infectieux et médicamenteux peuvent être confondus, on a même signalé des exanthèmes bromiques papuleux avec dilatation des orifices glandulaires et cônes cornés s'enfonçant dans l'épiderme.

Les formes larvées sont donc nombreuses : atro-

phique, psoriasiforme (R. Crocker), impétiginiforme, simulant l'hydroa vacciniforme, l'acné rosacée, lichénoïde (Brocq), mais les petits éléments n'ont ni la forme polygonale, ni la surface brillante, ni les stries, ni l'ombilication centrale du plateau.

La *syphilis* et même la *lèpre* lui ressemblent parfois.

— Il pourrait être confondu dans ses formes généralisées avec toutes les maladies éruptives aiguës (scarlatine), avec les érythrodermies (l'érythrodermie prémycosique est diffuse, très prurigineuse s'accompagne d'adénite, puis de tumeurs cutanées), avec le ptyriasis rubra grave de Hébra.

— Le diagnostic avec les *autres formes de tuberculoses cutanées* est facile, surtout avec le lupus de Willan par la simple constatation du « tubercule » caractéristique, il est évident qu'il est impossible dans les formes transitionnelles (lupus pernio, lupus érythémato-tuberculeux, tuberculoses nodulaires, etc.).

IV. **Type angiomateux.** — Angiokératome de Mibelli (1889) ou « nævus a pernione » de Bazin (1862). — La nature tuberculeuse en est probable (Leredde, Milian et Pautrier), *mais non démontrée* [pas de follicules, rien que de la vascularite; ni bacilles ni inoculation (1), ni réaction à la tuberculine]; pour Hallopeau, au contraire, c'est une maladie familiale non tuberculeuse.

C'est un syndrome clinique bien défini, caractérisé par l'association — de points rouges disséminés, petits angiomes capillaires de 1 à 6 millimètres se décomposant en petits points représentant chacun une dilatation capillaire — **et de kératome**, angiome verruqueux (1) débutant dans l'enfance, chez des sujets entachés de tuberculose, aux mains violacées, tuméfiées et froides, acro-asphyxiques, à la suite d'engelures qui parfois laissent des cicatrices, d'où leur localisation aux extrémités, à la face dorsale des mains et des doigts, pied, nez, oreille (d'où sa rareté aux faces palmaires et plantaires). La marche est lente, torpide, indolente, caractérisée par l'augmentation du nombre des lésions après chaque poussée d'engelures hivernale et un pronostic très bénin.

Les lésions sont irrégulièrement disséminées, parfois confluentes en petits groupes.

Ce syndrome seul nous semble mériter le nom de maladie de Mibelli et être en relation étroite avec la tuberculose. En effet tout angiome avec kératome n'est pas la maladie de Mibelli, il faut le reste du syndrome clinique, et c'est avec raison que Dubreuilh refuse à de petits angiomes du scrotum de Fordyce, le nom d'angio-kératome de Mibelli, ce ne seraient que des angiomes kératosiques multiples, des néoplasies bénignes.

***

Conclusions. — Il faut en dermatologie étendre les limites de la tuberculose, de même qu'en pathologie viscérale (foie, rein, poumon, cœur, etc.). Le bacille de Koch peut déterminer d'autres lésions que le follicule classique tuberculeux, il peut créer des lésions d'inflammation aiguë ou chronique que rien ne distingue des lésions provoquées par d'autres causes (tuberculose inflammatoire), des lésions destructives et des lésions passagères et curables.

Loin d'opposer les tuberculoses cutanées typiques et les tuberculides, il faut au contraire les réunir en une série ininterrompue de faits cliniques, histologiques, bactériologiques et expérimentaux. L'échelle de virulence décroissante explique les différences qui séparent les types, car aucun intermédiaire ne manque depuis les tuberculoses typiques où les caractères « tuberculeux » sont presque, et *non toujours* constants jusqu'aux tuberculoses atypiques, où ils deviennent de plus en plus rares.

De même que la syphilis (1), la tuberculose est donc capable de déterminer les *lésions les plus diverses* : gomme, ulcérations, tubercule, papulo-vésicule et pustule, papule et infiltrat, érythème. « A bien analyser les faits, il n'y a guère plus de maladies de la peau qu'il n'y a de maladies de la moelle ou des reins; partout il s'agit de localisations... Aux médecins préoccupés de prophylaxie et de thérapeutique, ce qui importe c'est peut-être moins la localisation que la nature de la maladie » (Landouzy). Il est donc capital de connaître ce polymorphisme de la tuberculose cutanée, pour la déceler sous toutes ses formes (2).

(1) A côté, il peut exister des points kératosiques sans angiomes, et des angiomes sans kératome, mais l'angiome seul est constant

(1) L'étude des tuberculoses atypiques permet de rapprocher encore plus la tuberculose et la syphilis qui provoque les lésions les plus diverses cliniquement et anatomiquement; cette diversité n'étonne pas dans la syphilis, pourquoi surprend-elle dans la tuberculose?

(2) Nous donnerons dans un prochain article la Bibliographie et un aperçu sur « les dernières venues des tuberculides ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide clinique des praticiens pour les principales maladies des voies urinaires (interrogatoire, exploration, traitement), par le docteur Pillet, préface de M. le professeur Guyon. In-18, 11 pl. et 40 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin. La constatation et le certificat automatique des décès à la campagne, par le docteur Icard. In-18 br., avec fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

La blennorragie (formes rares et peu connues), par L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare. In-8° de 85 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Rapport sur le paludisme en Algérie considéré comme maladie sociale, de la création de maisons de cures thermales pour coloniaux (mission du ministère des colonies, mars-avril 1905), par le docteur Gilbert Sersiron, médecin consultant aux eaux de la Bourboule, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine. In-8° de 32 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 97. — MARDI 28 AOUT 1906. 79e ANNÉE. MARDI 28 AOUT 1906. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont nommés chefs de travaux pour l'année scolaire 1906-1907 :

M. Auché, agrégé libre (laboratoire d'anatomie pathologique).

M. Cassaët, agrégé libre (laboratoire d'histologie).

M. Sabrazès, agrégé libre (laboratoire des cliniques).

M. le docteur Lasserre (laboratoire d'histoire naturelle).

M. le docteur Sellier (laboratoire de physiologie).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Tours. — Un concours sera ouvert le lundi 22 octobre prochain à l'hospice général de Tours, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil.

La durée des fonctions de médecin-adjoint est de six ans.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction, dix jours au moins avant l'ouverture du concours.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-troisième semaine, 842 décès, au lieu de 860 pendant la semaine précédente (moyenne 828). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 30, au lieu de la moyenne 44.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 5, au lieu de 7 la semaine précédente (moyenne 18).

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente, la moyenne est 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36, au lieu de 42 précédemment.

La scarlatine n'a causé aucun décès, la moyenne est 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 44, il s'élevait à 50 pendant la semaine précédente (moyenne 52).

La coqueluche a causé 5 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 1 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 39, au lieu de 32 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 60.

La diarrhée infantile a causé 122 décès de 0 à 1 an, au lieu de 128 pendant la semaine précédente (moyenne 96). En raison de l'élévation du nombre de décès diarrhéiques, on ne saurait trop recommander aux familles de veiller avec la plus vigilante attention à l'alimentation des jeunes enfants, surtout pour ceux nourris artificiellement.

En outre, 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès, au lieu de 82 pendant la semaine précédente (moyenne 81). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 15 (moyenne 10); pneumonie, 15 (moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 45 (moyenne 46), dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire et 13 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès; la méningite tuberculeuse, 8; la méningite simple, 24; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 39 décès; les maladies organiques du cœur, 46; le cancer, 60; la hernie et l'obstruction intestinale, 4; la cirrhose du foie, 21; la néphrite, 23; enfin, 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gouraud, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. Nous adressons à son fils, notre collègue et ami le docteur F.-X. Gouraud, l'assurance de notre profonde sympathie.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1162.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 33, 16 août 1906.) VAVDERVELDE et STIÉVENART : La scarlatine en 1905-1906.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 32, 9 août 1906.) OPITZ : Sur quelques progrès dans le territoire de l'obstétrique. — BLUMENTHAL : Intoxication par le lysol. — FFISTER : Quelques rares maladies secondaires au cours de la fièvre typhoïde. — KARRENSTEIN : L'inflammation de l'appendice est-elle plus fréquente chez l'homme ou chez la femme ? — MOLL : Sur l'emploi du babeurre alcalinisé comme aliment des nourrissons. — RITTER : Nouvelle méthode de conservation de la paroi antérieure du sinus frontal dans l'opération radicale des suppurations chroniques de ce sinus. — GOLDBERG : Indications de l'opération radicale chez les prostatiques.

Medical Record. — (Vol. LXIX, n° 25, 23 juin 1906.) Bolton BANGS : Quelques observations sur la prostatectomie. — POLOZKER : Alimentation des enfants pendant les chaleurs. — Hiram N. WINEBERG : Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la grossesse ectopique. — W. F. WAUGH : Traitement de la pneumonie. — HARTZELL : Quelques remarques concernant les tuberculides. — (N° 26, 30 juin.) Edward DAVIS : La science et l'art de choisir les verres. — Henry BERG : Ce que la chirurgie a laissé à la médecine dans le traitement de la péritonite chez l'adulte et chez l'enfant. — BROOKS : Examen du liquide céphalo-rachidien dans la démence paralytique. — J. FARQUHARSON : Définitions précises pour un certain nombre de maladies. — (Vol. LXX, n° 1, 7 juillet.) James ANDERS : Le traitement par l'air frais dans les maladies aiguës de l'appareil respiratoire et en particulier dans la pneumonie. — W. MILLICAN : Le journalisme médical indépendant est une nécessité pour la profession. — Mc WILLIAMS : Infections par le bacterium coli commune, en particulier au niveau des voies urinaires. — HASTINGS : Albuminurie : recherche des corps albumineux dans l'urine. — (N° 2, 14 juillet.) Carl BECK : Nouvelle méthode d'incision pour l'amputation du sein. — Mallory WILLIAMS : Contagiosité des gommes. — L. Bradford COUCH : Rétention de gaz acide carbonique comme facteur fréquent de maladie. — GLEITSMANN : Discours du président au XXVIIIe Congrès de l'association laryngologique américaine, aux chutes du Niagara. — Forbes R. Mc CREERY : Un cas de papillome du larynx chez un enfant. — (N° 3, 21 juillet.) W. SPILLER : Névrite motrice multiple (paralysie de Landry et paralysie saturnine) avec plusieurs observations. — H. MAXON KING : La diète dans la tuberculose. — H. PRYOR : Manifestations syphilitiques associées à la tuberculose pulmonaire. — Stella Stevens BRADFORD : Symptômes réflexes et douleurs à distance causés par un calcul rénal. — Clarence FRANKLIN : L'ophtalmoscope et son utilité pour le médecin praticien. — (N° 4, 28 juillet.) Halsey GULICK : La santé des écoliers. — Godfrey FREEMAN : L'éducation physique des écoliers. — GRAY : Traitement de l'appendicite. — MOULDEN : Traitement comparatif des amibes intestinaux. — Lewy BROUN : Revue de l'évolution du traitement chirurgical moderne des fibromes utérins. — (N° 5, 4 août.) A. BERG : Signes diagnostiques des affections chirurgicales en rapport avec l'ictère aigu. — Raymond CARPENTER : Action thérapeutique de l'extrait splénique dans l'infection malarienne. — R. POGUE : La tuberculine dans le traitement de la tuberculose ; relation de 167 cas. — J. WINTSON : Pathologie, étiologie et traitement de l'éclampsie puerpérale. — V. SHOEMAKER : Traitement galvanique et autres traitements de la prostatite.

Medizinische Blatter. — (N° 32, 11 août 1906.) SADGER : Hydriatique de l'hémicranie et de la céphalée. — BRUIGS : Traitement des maladies du sang par la teinture de fer Alhenstaedt. — BURWINKEL : Traitement de l'artério-sclérose.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 14 août 1906.) WENDEL : Les efforts modernes pour diminuer les dangers de la narcose. — RITTER : Pronostic et traitement de la cholélithiase. — UPPENHEIMER : Présence de la toxine dans le sang des diphtériques. — NIETER et LIEPMANN : Recherches sur l'existence de porteurs de bacilles d'Eberth dans un établissement d'aliénés. — KORSCHUN : Antagonisme entre les sérums normaux et bactéricides. — STEINERT et BIELCHOWSKI : Contribution à la physiologie et à la pathologie des mouvements verticaux des yeux. — GROSS : Rapports entre la tétanie et l'appareil sexuel de la femme. — THIES : Prophylaxie de la blennorragie du nouveau-né. — STEINER et HÖRNER : Sur l'étiologie du prurigo. — VÖRNER : Adénopathies douloureuses dans la syphilis. — WEISSELBERG : Un cas de stricture œsophagienne guéri par la fibrolysine.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 32, 12 août 1906.) VERES : Valeur thérapeutique de quelques nouvelles préparations salicylées. — FARKAS : Hypérémie cérébrale et bains de pieds liquides.

Presse médicale. — (N° 62, 2 août 1906.) H. ISCOVESCO : La présence de colloïdes dans l'eau de boisson de Paris et dans les eaux minérales. — H. DOMINICI : Le radium au point de vue physiologique et thérapeutique. — R. LEROUX : Les torticolis d'origine otique.

Province médicale. — (N° 32, 11 août 1906.) BÉZY et LAVAL : Quelques considérations pratiques sur l'intervention dans les laryngites aiguës de l'enfance. — VIGNARD et BARLATIER : Quelques faits de chirurgie cranio-cérébrale chez les enfants. — (N° 33, 18 août.) JABOULAY : Sur le diverticule de Meckel. — BOYREAU : Le grand abcès du foie nostras dans la région toulousaine.

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1906.) COUTEAUD : Des luxations du poignet compliquées d'issue des os (5 fig.). — TERRIER et ALGLAVE : De la résection totale des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs (19 fig.). — MARTIN DU PAN : Contribution à l'étude du cancer du rectum, son traitement. Résultats obtenus à la clinique chirurgicale de l'université de Berne et à la clinique du professeur Kocher.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 15, 15 août 1906.) X... : Blindages et projectiles de rupture. — MILNE : Les récents progrès avec la séméiologie. — URBAIN : Comment se pose actuellement la question des terres rares.

Semaine médicale. — (N° 33, 25 août 1906.) AUBERTIN : Du parallélisme entre l'état du sang et l'état de la moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse. — MANTOUX : L'hypothermie migraineuse chez les tuberculeux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 32, 9 août 1906.) NOBL : Sur le pouvoir immunisant de l'inoculation sous-cutanée de la vaccine. — FÜRNTRATT : Bactériologie de la typhoïde, son importance pour la prophylaxie. — BIACH : Un cas de kératose arsenicale. — OPPENHEIM : État actuel de la thérapeutique de la syphilis.

CLINIQUE CHIRURGICALE

NEUROFIBROMATOSE AVEC NÉVROME PLEXIFORME

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Ce jeune homme de vingt-trois ans vient demander, au point de vue esthétique seul, l'ablation de la tumeur frontale qui lui retombe au-devant de l'œil. Comme il s'agit là d'une affection relativement rare, je ne veux pas manquer l'occasion de vous en signaler les caractères principaux avant de l'opérer.

C'est, vous le voyez, une tumeur du volume d'une mandarine environ, mais aplatie, vaguement triangulaire, marquée à sa surface de deux incisures, dont une cicatricielle et recouverte d'une peau un peu plus mince et plus variqueuse qu'alentour. Même de loin, elle vous apparaît pédiculée, s'insérant au front et pendant au-devant de la racine du nez et de l'œil gauche. Palpons maintenant, successivement, la tumeur et son pédicule.

C'est une masse mollasse, presque tremblottante, dont vous sentez les contours et la surface lobulés comme ceux des lipomes ou des angiomes profonds. Mais il y a plus, et — détail caractéristique — en pressant la tumeur entre deux doigts comme pour en écraser les lobules, vous les sentez tous grenus, vous y percevez une sensation spéciale de petits grains reliés par places par de petites ficelles, le tout donnant assez bien, suivant la comparaison classique, la sensation d'un paquet de vers de terre. Cette même sensation se poursuit jusqu'au mince pédicule de la tumeur, lequel se condense peu à peu en un cordon dur de la consistance et du calibre d'un canal déférent environ. Où s'insère ce pédicule qui suspend et fixe la tumeur, c'est ce que l'on ne peut exactement préciser. On le sent, indépendant du frontal, s'engager dans la partie la plus interne de l'orbite gauche où on l'abandonne; et l'on ne perçoit nulle part de pertuis ni même de simple encoche sur le squelette. En dehors de cette adhérence profonde, la tumeur est très mobile : elle joue de plusieurs centimètres en tous sens sur l'os sous-jacent; la peau, malgré sa minceur et sa vascularisation, ne lui est adhérente en aucun point. J'ajouterai enfin que cette tumeur n'est nullement douloureuse, ni spontanément ni à la pression, et qu'elle ne gêne le porteur que par son siège et son volume.

Renseignez-vous, maintenant, sur son début et son évolution. Elle aurait apparu à l'âge de deux ans, nous affirme-t-on; et grossi, peu à peu, pendant trois ans. On l'opéra alors par une petite incision dont on voit encore la cicatrice. L'opération fut-elle complète, ou partielle? Quoi qu'il en soit, la tumeur apparut rapidement après, mais pour prendre, cette fois, un développement très lent, jusqu'à l'heure actuelle.

Si vous examinez maintenant le reste du corps de notre malade, systématiquement, vous y découvrez, peut-être à votre plus grand étonnement, toute une série de tumeurs et de pigmentations dont, par pudeur ou par ignorance, on ne vous parlait pas et qui jettent cependant le plus grand jour sur la nature de l'affection.

Et d'abord les *tumeurs*. Elles sont toutes sous-cutanées, mobiles entre la peau et les plans profonds. Les deux principales, situées respectivement dans le sillon interfessier et un peu au-dessous de l'articulation sternoclaviculaire gauche, présentent les mêmes caractères que la tumeur frontale à la palpation, tandis que les plus petites, innombrables et irrégulièrement disséminées sur la surface du corps, apparaissent comme de petits grains de plomb. Toutes ces tumeurs n'affectent aucune symétrie et ne répondent à aucun filet nerveux dans leur distribution.



Quant aux *pigmentations*, elles ont, suivant les points, une étendue et un aspect bien différents. Vous voyez, sur la partie antéro-externe du bras droit, cette énorme plaque de la surface de la paume de la main : elle a l'aspect classique du nævus pileux et pigmentaire; une véritable peau scrotale la recouvre, flasque, rugueuse, noirâtre et velue. A côté, ce sont de grandes zones dépigmentées, des taches café au lait. Enfin, en certaines régions, la peau est comme tatouée et criblée de petites taches gris noirâtre qu'il faudrait compter à la loupe et par centaines.

Nous terminons par un examen viscéral complet, qui ne nous révèle rien d'anormal dans les divers

appareils, en particulier dans l'appareil nerveux. Notre malade est un solide gaillard, exempt de toute tare, et sans antécédents pathologiques précis, héréditaires ni personnels. C'en est assez maintenant pour aborder le diagnostic différentiel.

Du groupe des tumeurs capables de simuler celle qui nous occupera tout d'abord ici (la tumeur frontale), éliminons, en premier lieu, celles de la peau, puisqu'elle glisse, saine et mobile, au-dessus du néoplasme : nous n'avons affaire ni à un myome, ni à un fibrome, ni à un kyste sébacé. De même, ce n'est ni du squelette ni de l'encéphale, que provient la tumeur : je n'ai en vue ici que deux affections également congénitales : la tumeur sanguine communiquante et l'encéphacocèle. La première, maladie rarissime, se développe sur le trajet des gros sinus, reste plus sessile, est expansive et réductible. Ces caractères peuvent être moins nets dans l'encéphalocèle, reliée souvent aux méninges par un pédicule et un mince pertuis osseux; mais elle est, d'ordinaire, moins migratrice et s'insère plus volontiers sur la ligne médiane.

C'est donc entre l'os et la peau que nous localisons notre tumeur, et il nous faut choisir, maintenant, parmi celles du tissu cellulaire, des muscles ou des aponévroses, des vaisseaux ou des nerfs. Or, tout d'abord, nous sommes en présence d'une affection bénigne et congénitale. Sa bénignité nous est prouvée par son évolution même; une tumeur si pédiculée, si parfaitement mobile, sans aucun retentissement ganglionnaire, stationnaire depuis des années, datant de la première enfance, ne saurait être suspecte de malignité actuelle; et, quant à cette récidive postopératoire si rapide, il s'agit plutôt de continuation d'une tumeur partiellement enlevée que de récidive vraie. La congénitalité est prouvée, à son tour, par la date d'apparition du néoplasme, remarqué par les parents, dès l'âge de deux ans; la plupart des tumeurs de cet âge sont de nature congénitale et, par contre, bien des tumeurs congénitales (embryomes du testicule, kystes dermoïdes de l'ovaire ou de la peau) peuvent être, vous le savez, d'apparition bien tardive encore. De plus et surtout, cette tumeur est accompagnée de beaucoup d'autres, congénitales et de même nature qu'elle.

La consistance, nettement solide, nous permet de même d'éliminer rapidement les tumeurs à contenu gazeux ou liquide; ainsi la pneumatocèle, affection spéciale à la région des sinus frontaux ou des cellules mastoïdiennes; ainsi, les kystes hydatiques musculaires, les hygromas qui, d'ailleurs, restent toujours arrondis, durs ou fluctuants, et non point mous et pédiculés.

Restent donc, parmi les tumeurs solides, les myomes, fibromes ou fibrosarcomes aponévrotiques (plus étalés, plus malins et plus rapides), et surtout le lipome, l'angiome et le névrome plexiforme, proches parents, au point de vue des caractères objectifs et de l'évolution. Vous ne vous attendez pas, en effet, à trouver, habituellement, dans les angiomes profonds, l'érectibilité et la réductibilité des angiomes superficiels; aussi, les ai-je placés parmi les tumeurs solides; à vrai dire, seule la coloration contingente de la peau qui les recouvre les distinguera des lipomes avec lesquels ils seront, le plus souvent, confondus; or, les deux ou trois veinosités que vous remarquez à la surface cutanée ne sont pas d'un angiome. Quant aux lipomes ou angiolipomes, ils ont bien, il faut le reconnaître, la plupart des caractères que nous notons ici : la congénitalité et la multiplicité fréquemment, la mollesse pseudo-fluctuante et la lobulation; ils deviennent bien quelquefois pédiculés et migrateurs, prenant l'aspect du fibroma molluscum, surtout à la cuisse et à la fesse; mais alors, ils adhèrent plus précocement au derme, d'où l'aspect de la peau d'orange. De plus, les lipomes qui sont extérieurement lobulés et grenus, ne donnent pas, à l'intérieur, cette sensation si particulière de paquets de vers de terre dont je vous ai parlé, et qui est une des caractéristiques du névrome plexiforme.

Cette curieuse et peu fréquente affection est moins une tumeur qu'une malformation du système nerveux périphérique et de la gaine des nerfs, car vous savez combien est discutée, au point de vue théorique et dogmatique, la question des névromes et que l'on ne trouve pas toujours dans le cas particulier de néoformation vraie de tubes nerveux embryonnaires, mais bien de simples fibromes des nerfs. Quoi qu'il en soit, ces tumeurs ordinairement indolentes, longuement pédiculées, affectionnent la région sacrococcygienne — vous en avez pu voir, tout récemment, un cas dans le service — et les paupières. Elles s'associent fréquemment à d'autres lésions du même ordre, également congénitales, dans la maladie de Reklinghausen; et il faut bien reconnaître que nous avons ici quelque chose de très analogue à ce que l'on décrit dans cette maladie; nous y retrouvons les taches pigmentaires et les tumeurs ayant l'aspect et la consistance du névrome plexiforme; il ne nous manque que les névromes symétriques des gros troncs nerveux pour avoir, au complet, l'ensemble classique de la maladie.

Cette affection est capable de persister indéfiniment, comme une malformation sans retentissement aucun sur l'état général; mais vous savez aussi que, sous une influence indéterminée, l'une de ses tumeurs peut se développer, prendre le pas sur les autres et dégénérer en néoplasme. C'est la tumeur royale de Boudet. Cette évolution très problématique, en somme, ne doit pas, pour l'instant, modifier notre pronostic favorable ; et nous nous contenterons de débarrasser le malade, selon son désir, de la seule apparente et de la plus gênante de ses tumeurs, ce qui sera fort aisé.

N. B. — L'ablation ne présenta rien d'imprévu, et le malade partit guéri, huit jours après. La structure de la tumeur était celle du névrome plexiforme pur.

ANALYSES

BACTÉRIOLOGIE

Le microbe de la coqueluche. (M. Bordet. *Acad. roy. de méd. de Belgique*, 28 juillet 1906.) — Des recherches exécutées à l'Institut Pasteur de Bruxelles, en collaboration avec M. le docteur Gengou, ont permis de déterminer et d'obtenir en culture pure le microbe spécifique de cette affection. C'est une bactérie de petites dimensions, ayant exactement le même aspect dans les cultures et dans l'expectoration, de forme ovoïde, ne se colorant que faiblement (surtout dans la partie centrale) par les bleus phéniqués de méthylène ou de toluidine. Elle ne forme pas de spores et est tuée par le chauffage à 55 degrés. On peut l'isoler en se servant d'un milieu de culture constitué d'un mélange de sang défibriné humain, recueilli stérilement par coupure du doigt, avec partie égale de gélose contenant un peu de glycérine et de décoction de pommes de terre, le sang étant incorporé à la gélose, préalablement mise en tube, stérilisée et fondue. Les microbes coquelucheux contenus dans l'expectoration ensemencée (dont on a préparé au préalable plusieurs dilutions dans des quantités variables d'eau physiologique) ne se multiplient, en général, que faiblement dans la première culture; la plupart d'entre eux ne donnent que des colonies invisibles à l'œil nu; toutefois quelques-unes peuvent acquérir, au bout de deux ou trois jours, des dimensions plus grandes. Il convient d'utiliser, pour l'ensemencement, une expectoration contenant le microbe en très grande abondance et à l'état presque pur. Dans ces conditions, la culture ayant séjourné deux jours à l'étuve, si l'on touche avec le fil de platine un point de la surface nutritive où rien ne semble avoir poussé, et qu'on promène ensuite l'extrémité du fil sur un nouveau milieu semblable au précédent, on obtient une culture pure dont le développement est cette fois plus intense. Le microbe s'acclimate et donne désormais des cultures prospères, formant une couche blanche opaque assez épaisse sur le milieu à base de sang humain ou même de sang de lapin, ou bien encore sur un milieu constitué par un mélange de gélose et de liquide d'ascite. Il pousse également dans des milieux liquides tels que le bouillon additionné de sérum de lapin, ou dans un mélange de ce sérum avec de l'eau physiologique glycérinée. La présence de l'hémoglobine n'est nullement nécessaire. Mais le microbe ne se développe pas sur les milieux usuels tels que la gélose, la gélatine, le bouillon qui n'ont pas été additionnés de liquides organiques non chauffés.

C'est au moment des premières quintes que le microbe est le plus abondant; il se trouve alors en très grande abondance et à l'état souvent presque pur dans l'exsudat blanc, extrêmement riche en leucocytes, éliminé par l'accès de la toux et provenant de la profondeur des bronches. La partie muqueuse et plus translucide de l'expectoration en referme beaucoup moins. Plus tard, les microbes spécifiques deviennent plus rares et l'expectoration se souille ordinairement de microbes associés nombreux et variés. L'envahissement de la sécrétion par ces bactéries buccales est alors fréquemment si marqué que l'isolement du microbe spécifique, dont la première culture est d'ailleurs toujours difficile à obtenir, se heurte à de sérieux obstacles. A vrai dire, plusieurs de ces bactéries qui n'ont rien de commun avec le véritable agent de la coqueluche, ont été considérées par divers auteurs comme étant les microbes de cette maladie, tant leur présence est habituelle et leur pullulation active. Parmi ces bactéries, il faut citer en toute première ligne un microbe identique ou très semblable à celui que Pfeiffer a trouvé dans l'influenza, très fréquent dans la coqueluche, mais qu'on rencontre aussi très communément, ainsi que divers observateurs et les auteurs eux-mêmes ont pu le constater, dans les sécrétions de la bronchite, de la bronchopneumonie et du coryza.

Ce bacille est très petit et présente, on le sait, ce caractère d'exiger pour sa culture la présence d'hémoglobine. Il se colore assez faiblement par les bleus, donne, sur les milieux solides contenant du sang, des colonies grisâtres ou bleuâtres, translucides sur les bords. Considéré par Jochmann et Kraus notamment, comme étant le microbe de la coqueluche, il est tout différent du microbe spécifique dont il est question dans la présente communication; celui-ci, contrairement au bacille Pfeiffer, pousse très abondamment sur les milieux dépourvus d'hémoglobine tels que la gélose-ascite, il donne des colonies plus blanches, crémeuses, et plus épaisses; il est nettement plus grand, de forme ovoïde et plus régulière; les deux microorganismes n'ont guère de commun que leur faible colorabilité et la petitesse de leurs dimensions.

Le microbe spécifique se distingue d'autre part complètement des microbes décrits par Afanassieff, Czaplewski, Manicatide, Vincenzi, etc., lesquels se cultivent facilement sur les milieux usuels stérilisés par la chaleur, gélose, bouillon, etc., et ont une morphologie différente. Il possède vraisemblablement le pouvoir de sécréter les toxines nécrotisantes, ainsi que l'indiquent certains faits expérimentaux, notamment l'injection intraoculaire chez le lapin, à la suite de laquelle le tissu cornéen s'opacifie et devient blanc.

L'authenticité du microbe dont il s'agit comme agent étiologique de la coqueluche, résulte des données suivantes :

1° Chaque fois qu'on peut se procurer de la sécrétion leucocytaire chassée par une quinte au début d'une coqueluche cliniquement incontestable survenue, chez les enfants tout jeunes, deux à six mois par exemple, n'ayant jamais souffert d'affection quelconque des voies respiratoires, et antérieurement bien portants, on trouve ce microbe en quantité considérable, à l'état de pureté presque parfaite.

2° Le sérum des enfants récemment guéris de coqueluche possède un pouvoir agglutinant manifeste, et surtout une propriété sensibilisatrice extrêmement accusée (mise en évidence grâce à la méthode de Bordet-Gengou, basée sur la fixation de l'alexine) à l'égard de ce microbe. Le sérum d'individus normaux (n'ayant pas eu la coqueluche ou l'ayant eue depuis de nombreuses années) est à cet égard totalement inactif, mais d'autre part ne se distingue pas du sérum de coquelucheux, lorsqu'on éprouve ces deux sérums vis-à-vis d'autres microbes, tels que le coccobacille de l'influenza isolé de cas broncho-pneumonie, bronchite, etc.

Les résultats de tentatives de vaccination ou de sérothérapie, dit l'auteur, seront communiqués ultérieurement à l'Académie.

MÉDECINE

Le cœur dans les déviations du rachis et dans les déformations thoraciques. (A. Poissonnier. Th. de Paris, 1906; Henri Jouve, édit.) — Les déviations du rachis modifient la configuration normale du thorax, diminuent sa capacité. Ce sont principalement les scolioses confirmées qui lui impriment le bouleversement le plus considérable.

Aussi les viscères intra-thoraciques subissent de profondes modifications quand l'étroitesse du thorax est accusée. A l'au-

topsie de gibbeux morts de troubles cardiaques, l'atrophie du cœur s'observe beaucoup plus rarement que l'hypertrophie; la lésion caractéristique est la dilatation du cœur droit. Les gros vaisseaux, l'aorte, le tronc brachio-céphalique, changent de direction et de dimension. Aux poumons on rencontre de l'atélectasie, de la congestion chronique, de la stase, de la condensation, quelquefois de la pneumonie interstitielle; l'emphysème y est habituel.

Ce n'est ni la compression du cœur, ni la déviation des vaisseaux qui peuvent expliquer à elles seules les perturbations que subit l'organe central de la circulation dans les déviations de la colonne vertébrale. La cause primordiale est dans la difficulté qu'éprouve le sang à passer des cavités droites dans les cavités gauches à travers un appareil pulmonaire incomplet et emphysémateux.

Les symptômes sont ceux que l'on observe à la suite des affections chroniques des poumons, depuis la simple palpitation jusqu'à la dilatation du cœur droit et l'asystolie terminale. Ce sont des troubles fonctionnels.

Si le gibbeux ne meurt pas d'affections pulmonaires (ou autres) intercurrentes, il finira cardiaque, et l'on peut dire que c'est sa fin naturelle.

Lorsque le cœur est atteint de lésions organiques, les profondes perturbations produites par les déviations du rachis sur l'organe central de la circulation présentent la plus haute gravité.

Le traitement ne peut que reculer l'échéance fatale. La prophylaxie peut beaucoup : éviter les affections pulmonaires, les traiter quand elles existent, employer une thérapeutique active pour empêcher qu'une cardiopathie ne vienne rompre le précaire équilibre de l'appareil cardio-pulmonaire des gibbeux.

Les déformations thoraciques réagissent de différentes façons sur le cœur.

Dans les graves déformations thoraciques produites par le rachitisme, non seulement on peut rencontrer une hypertrophie légère du cœur, mais il est des cas dans lesquels les troubles cardiaques peuvent entraîner la mort.

Dans l'ampliation unilatérale que subit la cage thoracique dans la pleurésie à grand épanchement, à côté de la déviation du cœur produite par la pression du liquide, il existe un déplacement apparent qui fait croire que le déplacement réel est plus considérable qu'il ne l'est en réalité. Dans le rétrécissement de la poitrine à la suite de certaines pleurésies, le cœur peut présenter des rapports anormaux.

Dans le thorax en entonnoir, le cœur est déjeté à gauche, quelquefois refoulé en haut. S'il survient un épanchement pleurétique, il peut être comprimé contre les parois de sa loge étroite; dans ce cas une thoracentèse d'urgence est nécessaire.

La même cause embryogénique peut amener la coïncidence d'une malformation cardiaque avec une malformation thoracique; celle-ci apporte une entrave nouvelle au fonctionnement de ce cœur déjà si troublé par lui-même.

Le vertige auriculaire. (Robert Ranjard. Th. de Paris, 1905; Henri Jouve, édit.) — Le vertige n'est pas seulement un trouble physiologique; il n'est pas non plus seulement un phénomène psychologique : il est, à la fois, l'un et l'autre. Il est essentiellement constitué par un trouble d'orientation et d'équilibre, trouble physiologique et, par un phénomène purement psychique, la sensation vertigineuse, consciente ou subconsciente.

Il s'accompagne de phénomènes accessoires qui lui donnent son caractère clinique. Le tableau du vertige auriculaire varie, d'ailleurs, à l'infini, mais les divers types observés n'ont, entre eux, qu'une différence de degré.

Pathogéniquement, le vertige auriculaire est provoqué par toute lésion ou phénomène pathologique quelconque, qui vient dérégler ou empêcher la fonction de l'appareil du non-vertige, appareil constitué essentiellement par les canaux demi-circulaires et le vestibule, le nerf vestibulaire, et le noyau vestibulaire (noyaux de Deiters et de Betcherew). Ce noyau entrant en connexion avec un grand nombre d'autres centres nerveux, ceux-ci pourront réagir sur lui et provoquer le vertige par cette réaction.

Si on élimine le vertige purement psychique de l'altitude et celui également psychique des asthéniques, il n'existe qu'un vertige : le vertige auriculaire. Tous les vertiges observés dans les maladies générales ou, tout au moins, extralabyrinthiques sont des vertiges auriculaires par irradiation.

Le diagnostic de ces vertiges ne sera donc possible que par les symptômes particuliers de la maladie qui détermine chacun d'eux.

Le traitement le plus logique et le plus efficace, et qu'il faudra employer chaque fois qu'il sera possible, est le traitement étiologique du vertige.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. (P. Hallopeau. Th. de Paris, 1906; G. Steinheil, édit.) — Les tumeurs malignes de la prostate sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait il y a quelques années encore. Elles peuvent être considérées comme se présentant environ une fois pour dix hypertrophies de la prostate.

Il faut étudier séparément les épithéliomes et les sarcomes.

On doit nettement distinguer les tumeurs apparaissant chez l'enfant ou l'adulte jeune, et qui sont toujours de nature conjonctive, de celles qui se produisent chez les hommes âgés, ces dernières étant le plus souvent des épithéliomes.

Les épithéliomes de la prostate peuvent se développer de plusieurs façons : ou bien ils surviennent d'emblée et affectent immédiatement une marche rapide et diffuse; ou bien ils restent limités pendant une période durable; ou bien enfin ils succèdent à une hypertrophie adénomateuse dont la marche, bénigne pendant plusieurs années, devient brusquement envahissante et maligne.

Les tumeurs malignes de la prostate envahissent rarement l'urètre, souvent la vessie; le plus généralement leur développement principal se fait en haut et en arrière, le long du bord externe des vésicules séminales, qui finissent par être englobées plus ou moins complètement. La carcinose prostato-pelvienne diffuse ne survient que plus rarement.

De cette évolution anatomique résulte l'absence ordinaire de symptômes précoces et le peu d'importance que le malade y attache lorsqu'ils se manifestent.

Le diagnostic sera donc fait le plus souvent trop tard pour une intervention radicale.

Néanmoins on peut accepter l'idée de celle-ci dans un certain nombre de cas où l'examen attentif ne montrera ni traînées néoplasiques ni ganglions.

L'ablation de la prostate se fera par voie périnéale, elle devra être extra-capsulaire; on enlèvera en même temps que la glande l'urètre, la région du trigone vésical située en avant des orifices uretéraux, les vésicules séminales et une portion

des canaux déférents, le tout d'un seul tenant autant qu'il sera possible.

Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes. (Constantin Daniel. Th. de Paris, 1905; G. Steinheil, édit.) — En dehors de certaines circonstances (ovarites scléro-kystiques bilatérales sans lésions tubaires, salpingites non suppurées, légères, sans ovarite, etc.), où les opérations conservatrices peuvent trouver leurs meilleures indications, *la castration utéro-annexielle* semble à l'auteur devoir être le traitement de choix de la plupart des altérations annexielles bilatérales, et notamment des lésions suppurées. Elle a l'avantage, sur la castration bilatérale avec conservation de l'utérus, de faciliter considérablement la technique opératoire et de supprimer dans une seule séance l'utérus malade et inutile.

L'hystérectomie abdominale *sus-vaginale* réalise au maximum les desiderata d'un traitement rationnel des lésions bilatérales des annexes. Non seulement elle rend l'intervention exclusivement abdominale, en supprimant toute manœuvre vaginale, mais, du fait de la même conservation du col, laisse le vagin complètement fermé. En substituant à la « désinsertion » des culs-de-sac vaginaux, comme cela a lieu dans l'hystérectomie « totale », la section sus-vaginale du col, elle donne : *a.* une rapidité et une simplicité plus grandes d'exécution; *b.* la suppression de l'hémorragie de la tranche vaginale et de son hémostase beaucoup plus longue que dans la sus-vaginale; *c.* un danger moindre de blessure des uretères; *d.* enfin des suites plus bénignes (mortalité inférieur à 5 p. 100).

L'auteur n'a recours à l'hystérectomie « totale » pour lésions bilatérales des annexes qu'en face d'indications particulières : *a.* coexistence d'altérations néoplastiques ou inflammatoires du col ou du segment inférieur de l'utérus; *b.* nécessité de drainage vaginal *très large*.

Quant à la *technique* à suivre, si l'on veut rencontrer le minimum de difficultés dans l'extirpation du bloc utéro-annexiel, c'est *par-dessous*, par son pôle inférieur, qu'il faudra l'attaquer. D'autre part, il insiste sur ce fait qu'il n'y a pas de « meilleur procédé », mais il y a « plusieurs procédés » qui ont, suivant les cas devant lesquels on se trouve, une inégale valeur. Et que, dans la majorité des cas, on doit avoir en main quatre grands procédés, aujourd'hui classiques : l'ablation première de l'utérus (Terrier, Pozzi), la section continue transverse (H. A. Kelly), l'hémisection utérine (J.-L. Faure), la décollation (J.-L. Faure), que l'on combinera suivant les indications.

De la dystrophie congénitale du tissu fibro-élastique [maladie évolutive]. (P. Le Mière. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Il existe une maladie, caractérisée par un déficit de la fibre élastique, qui se traduit par de nombreuses manifestations dont les principales sont : les hernies, les varices, l'emphysème pulmonaire, les ptoses viscérales, les éventrations, les myocèles, les distensions articulaires, les kystes synoviaux, les vergetures.

La dystrophie du tissu élastique peut à elle seule expliquer un tel ensemble d'accidents, dont plusieurs coïncident chez le même sujet, si dissemblables que ces accidents apparaissent à première vue.

Cette maladie est congénitale, souvent héréditaire, ses manifestations sont multiples, elle est évolutive : certaines de ces localisations sont apportées à la naissance et ont été effectuées dans la vie intra-utérine, les autres se produisent au cours de l'évolution suivant un certain ordre.

Le traitement de cette maladie sera nécessairement symptomatique puisqu'il s'adressera à des manifestations actuellement connues et décrites comme des maladies. Et devant cette constatation de fréquentes récidives, chez des malades de ce genre opérés, il devra souvent se borner à n'être que palliatif, de préférence au traitement curatif, sans écarter celui-ci, quand la constitution physique et l'âge du sujet le permettront. Nos hernieux et variqueux devront donc souvent se voir assujettis au port d'un bandage, qui mérite pour bien remplir son rôle d'être souvent vérifié par le médecin.

Le pronostic, étant donné le traitement, devra être réservé en ce qui concerne la curabilité. Il permettra de prévoir, parfois de prévenir, en écartant les causes occasionnelles, l'apparition d'autres éléments du syndrome.

La connaissance de la nature de cette maladie devra entrer en ligne de compte dans l'examen médico-légal de certains accidents du travail, pour lesquels il sera nécessaire d'établir la part d'influence et de responsabilité de l'état pathologique du malade.

Sclérose rétractile ecchymotique de l'anneau vulvaire, kraurosis vulvæ. (L. Nonique. Th. de Paris, 1905; G. Jacques, édit.) — Le kraurosis vulvæ est une maladie, caractérisée cliniquement par une rétraction spéciale atrophique progressive des organes génitaux externes de la femme, et anatomiquement par une hyperkératinisation des cellules épithéliales superficielles, l'hyperplasie du tissu conjonctif, aboutissant à l'atrophie cicatricielle.

C'est une affection rare.

Elle est essentiellement d'origine inflammatoire, différant des autres inflammations de la peau par l'atrophie progressive marquée qui succède au stade d'hypérémie et d'infiltration.

Ses manifestations se limitent à la vulve.

Son étiologie est obscure. Elle n'est pas d'origine syphilitique. Les écoulements vaginaux et les traumatismes opératoires portant sur les organes génitaux internes paraissent y jouer un certain rôle.

Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme. (Émile Gloumeau. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Lorsqu'on enlève les annexes des deux côtés, il faut en même temps enlever l'utérus dont la présence entretient des douleurs, des écoulements sanguins et leucorrhéiques et nécessite quelquefois une intervention secondaire.

Quoiqu'elle n'ait pas donné que d'heureux résultats, la résection partielle et l'ignipuncture des ovaires peuvent être pratiquées dans les cas d'ovarite scléro-kystique, à condition toutefois que les trompes soient saines et perméables.

Quand, au cours d'une laparotomie pour annexite d'un côté, on trouve sur la trompe et l'ovaire du côté opposé des lésions minimes, peu accentuées, il n'y a pas d'avantage à les conserver. Pour une grossesse hypothétique, on exposerait souvent la femme à un résultat thérapeutique mauvais et même à une deuxième intervention.

SYPHILIGRAPHIE

Le foie syphilitique hypersplénomégalique. (H. Grenier. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Le syndrome cirrhose hypersplénomégalique, individualisé par MM. Gilbert et Fournier, s'entend d'une cirrhose hépatique modérée, accompagnée d'un développement considérable, monstrueux

de la rate, surtout quand on le compare à l'hypertrophie modérée du foie. Pour MM. Gilbert et Fournier cette forme de cirrhose est d'origine biliaire et reconnaît comme cause une angiocholite.

Ce syndrome « cirrhose hypersplénomégalique » peut être réalisé d'une manière à peu près identique, sauf l'ictère, par la syphilis. Dans les cas types il n'y a pas d'ictère, excepté à la période terminale, et il s'agit alors non plus de cirrhose biliaire, mais d'une cirrhose essentiellement porte.

Ce type paraît avoir une individualité bien caractéristique, surtout au point de vue anatomique : les lésions observées ne sont pas du tout analogues à celles de la syphilis hépatique ordinaire. Elles consistent en une sclérose diffuse, également répandue dans tout l'organe et sans grosses déformations, opposées aux bandes fibreuses épaisses de sclérose rubannée du foie ficelé classique.

Il est possible cliniquement d'observer un début splénique, c'est-à-dire qu'il existe un type de cirrhose syphilitique métasplénomégalique.

La pathogénie de cette forme — que l'on invoque un début splénique retentissant secondairement sur le foie, ce qui expliquerait ainsi le développement énorme de la rate comparé à celui du foie moins considérable, ou que l'on invoque au contraire une atteinte hépatique primitive retentissant secondairement sur la rate (celle-ci considérée comme véritable ganglion du foie) — s'explique surtout par une adultération sanguine primitive qui joue un rôle primordial dans les réactions spléniques et à laquelle viennent se surajouter ensuite des lésions d'ordre mécanique.

Les cas où l'origine syphilitique n'est pas douteuse, mais où le syndrome n'existe qu'accompagné d'ictère, font une classe un peu à part, mixte pour ainsi dire, parce qu'il est à l'heure actuelle encore impossible d'affirmer si l'angiocholite relève d'une infection banale, ce qui les identifie avec les formes d'origine biliaire, mais évoluant sur un terrain syphilitique, ou si cette infection appartient en propre à la syphilis.

En résumé, en présence du syndrome cirrhose avec rate énorme, il faudra se rappeler que la syphilis est susceptible de réaliser ce type. On devra la rechercher soigneusement, et s'il y a le moindre doute, instituer un traitement énergique antisyphilitique qui a d'autant plus de chance de réussir qu'il est institué plus tôt.

Syphilis de la rate. (A. Robert. Th. de Paris, 1905; A. Michalon, édit.) — La syphilis de la rate est héréditaire ou acquise.

Celle-ci a été jusqu'à ces dernières années laissée dans l'ombre; elle existe pourtant d'une façon indéniable.

1° *Syphilis héréditaire précoce.* — Dans la rate, comme dans le foie, la syphilis héréditaire se traduit par : de l'hypertrophie simple, comparable aux hypertrophies spléniques des autres maladies infectieuses, par de la sclérose, des gommes, plus rarement par de la dégénérescence amyloïde qui vient s'ajouter aux lésions scléreuses ou gommeuses.

En clinique, l'influence de la syphilis sur la rate se traduit par un seul symptôme, l'hypertrophie.

La syphilis semble être la cause la plus fréquente de l'hypertrophie chronique de la rate des nouveau-nés.

Elle s'observe dans la moitié des cas d'hérédo-syphilis. Facile à percevoir par la palpation, elle est très précoce et semble rare après deux ans.

Dans certains cas, la syphilis héréditaire précoce ne se manifeste que par la splénomégalie : « Forme splénomégalique de l'hérédo-syphilis. »

C'est un symptôme à rechercher et un excellent élément pour le diagnostic et le pronostic.

Cette splénomégalie s'accompagne fréquemment d'une anémie intense, et certains auteurs considèrent que « l'anémie splénique pseudo-leucémique infantile » de von Jaksh et Luzet est d'origine syphilitique.

2° Dans la *syphilis acquise*, les notions sont plus obscures.

Les examens anatomiques ont cependant révélé l'existence de lésions analogues à celles de la syphilis héréditaire, mais mieux caractérisées. Ce sont : l'hypertrophie parfois considérable, la splénite interstitielle ou parenchymateuse, la gomme avec ses deux variétés, enfin la dégénérescence amyloïde.

En clinique, l'hypertrophie seule révèle la syphilis de la rate chez l'adulte.

Cette hypertrophie est moins facilement perçue que celle de l'enfant : d'après certains auteurs, elle serait fréquente à toutes les périodes de l'infection; il est acquis qu'elle existe presque toujours durant les périodes actives : elle s'observerait, dès la période primaire, pendant la période secondaire, persisterait durant la période tertiaire, où elle atteindrait parfois des dimensions considérables.

Dans la syphilis tertiaire, comme dans l'hérédo-syphilis, l'infection peut se traduire par la splénomégalie seule, c'est « la syphilis tertiaire à prédominance splénique ».

La recherche de ce symptôme doit être faite, elle peut éclairer le diagnostic et servir au pronostic.

Il existe une lymphadénie, leucémique et aleucémique, d'origine syphilitique probable, coexistant avec des lésions spléniques.

3° La *syphilis héréditaire tardive* peut donner lieu à une splénomégalie assez considérable, souvent sans lésions spécifiques concomitantes. Les stigmates de l'hérédo-syphilis peuvent être mal accusés et le diagnostic en être très difficile.

Le diagnostic de l'hypertrophie splénique syphilitique, facile à faire dans la plupart des cas, est parfois d'une difficulté considérable.

Il doit se faire : chez le nouveau-né avec l'hypertrophie qui accompagne les affections aiguës et un certain nombre de maladies chroniques, telles que la tuberculose, le rachitisme, le paludisme, les leucémies.

Chez l'adulte, on devra songer aux mêmes affections, tout en tenant compte de maladies spéciales, kystes de la rate, splénomégalie primitive, épithélioma primitif.

Le traitement mercuriel est « la pierre de touche de la nature spécifique de la lésion »; il agit le plus souvent rapidement sur la splénomégalie qui est un véritable réactif permettant d'en suivre l'influence et l'efficacité.

Traitement local des gommes syphilitiques par les injections d'iodure de potassium. (J. Boisseau. Th. de Paris, 1906; G. Steinheil, édit.) — La thérapeutique locale, lorsqu'elle est non seulement symptomatique mais encore curative, peut rendre de très grands services; elle est surtout indiquée dans les affections locales ou dans les manifestations locales des maladies générales; le but de la méthode est de déposer le médicament dans le point où il est utile et d'épargner le reste de l'économie. Elle trouve son indication dans la syphilis, principalement dans les accidents tertiaires de cette affection.

L'iodure de potassium n'est évidemment qu'un adjuvant du

mercure qui restera longtemps encore sans doute le médicament spécifique de la syphilis. Mais l'action de l'iodure, surtout dans le traitement des gommes, est d'une efficacité incontestée.

Les injections locales d'iodure peuvent donc être utilisées avantageusement, quand il s'agit d'accidents peu nombreux comme le sont les accidents tertiaires. Elles présentent les avantages suivants : la dose de médicament actif injectée est minime et utilisée par les tissus malades et par eux seuls; elles suffisent à elles seules à guérir les accidents; elles agissent rapidement, et ne donnent jamais d'accidents d'intoxication iodique même chez les malades qui présentent de l'intolérance à ce médicament absorbé par la bouche.

On peut les employer soit en les associant au traitement général mercuriel, soit isolément; employées concurremment avec le traitement mercuriel, elles hâtent certainement la guérison.

Elles doivent être utilisées de préférence à l'administration de l'iodure par la voie buccale, quand le traitement mercuriel est contre-indiqué (en particulier par une élimination rénale défectueuse), en raison de la rapidité de leur action, en raison aussi de la dose minime de médicament introduite dans l'organisme, ce qui n'est pas à dédaigner lorsque les éliminations se font mal.

Elles constituent le seul mode de traitement dans les cas de contre-indication à la médication mercurielle et en même temps d'intolérance à l'iodure de potassium. Elles peuvent guérir des lésions qui ont résisté au traitement mercuriel.

Elles peuvent être employées comme moyen de diagnostic, comme traitement pierre de touche.

L'auteur croit, pour toutes ces raisons, que les injections d'iodure de potassium doivent prendre une place importante dans le traitement des accidents tertiaires de la syphilis, soit comme adjuvant du traitement mercuriel, soit comme moyen curateur isolé.

PHYSIOLOGIE

Contribution à l'étude du liquide parotidien. (H. Monteil. Th. de Paris, 1906; Henri Jouve, édit.) — Le liquide parotidien est en général facile à obtenir chez l'animal par fistule expérimentale et chez l'homme par cathétérisme du canal de Sténon ou encore par fistule acquise.

Il contient certainement un ferment saccharifiant; la présence du sulfocyanure est contestée.

Normalement sa cytologie est négative. A l'état pathologique, elle est positive, du moins dans les oreillons, où l'on trouve un exode cellulo-glandulaire caractéristique.

Au point de vue bactériologique, ce liquide contient à l'état normal surtout des anaérobies, rencontrés dans les premières portions du canal excréteur. A l'état pathologique, les microbes les plus variés, surtout des aérobies.

La glande saine permet l'élimination plus ou moins facile d'un grand nombre de substances. A l'état normal, l'iodure de potassium passe très rapidement dans la salive parotidienne. Lorsque la glande est envahie dans sa presque totalité par un processus pathologique, l'élimination provoquée de ce sel peut être retardée ou même faire défaut. Cette discordance de perméabilité de la glande peut trouver à l'occasion son application clinique.

RADIOLOGIE

La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires articulaires et osseuses. (C. Rœderer. Th. de Paris, 1906; J. Rousset, édit.) — La radiothérapie des tuberculoses ganglionnaires, articulaires et osseuses a donné entre les mains de nombreux expérimentateurs, tant en France qu'à l'étranger, des résultats plus satisfaisants que ne le faisait prévoir l'étude des faits expérimentaux.

Des observations produites, il ressort :

Qu'on obtient la régression, mais rarement la disparition des adénopathies chroniques enveloppées d'une gangue de périadénite ;

Que les rayons X ont une action caséifiante sur les adénopathies aiguës ou qui ont une tendance au ramollissement;

Que les adénites suppurées ouvertes, après une phase d'augmentation des sécrétions, se résorbent presque constamment.

La cicatrisation des ulcérations semble évoluer rapidement et toutes les cicatrices ont un meilleur aspect que celles qui se produisent spontanément.

Dans les spinæ ventosæ, la méthode paraît donner des résultats brillants ;

Dans les autres ostéites superficielles ouvertes, l'action se rapproche de celle observée dans les adénites suppurées ;

Dans les arthrites, on constate presque toujours la disparition rapide des douleurs.

Le mal de Pott et la coxalgie échappent à ce bienfait dans les conditions actuelles d'instrumentation et de technique.

Dans les jointures plus superficielles on a pu ralentir parfois l'évolution du processus ;

Dans tous les cas où l'intervention opératoire est nécessaire (curetage, extirpation, résection), la radiothérapie rendra encore des services. Elle complétera l'action chirurgicale qui ne peut toujours être parfaite et préviendra les récidives.

Quels qu'aient été les cas traités, l'action sur l'état général semble avoir été satisfaisante.

La radiothérapie ne paraît pas avoir pour conséquences d'essaimer ou de généraliser la tuberculose.

Cette méthode sera associée avec profit aux autres procédés physiothérapiques (héliothérapie, courants continus ou à haute fréquence, méthode de Finsen) ou à la méthode de Bier dans les tumeurs blanches ou aux traitements oxygénés dans les cas fistuleux.

On doit en même temps faire appel à la résistance globale de l'organisme et tenter de modifier l'état général par la cure d'air ou le séjour à la mer, par les différents médicaments usités en la circonstance.

Le mode d'action des rayons sur la tuberculose locale est encore incomplètement élucidé.

Au point de vue de la technique, on appliquera strictement les règles établies par le docteur Béclère pour le cancer superficiel. On emploiera des tubes assez durs. Le temps de pose importe peu. Deux éléments ont seuls une signification : la quantité et la qualité des rayons qui seront scrupuleusement dosés. On évitera ainsi tout accident local.

La radiodermite réactionnelle semble en effet inutile, malgré l'avis de certains auteurs.

Afin de favoriser l'échange des résultats d'où doit sortir la démonstration définitive des effets thérapeutiques à attendre des rayons X dans les tuberculoses locales, on peut souhaiter voir adjoindre à toutes les observations, suivant les cas, des photographies ou la justification de mesures métriques rigoureuses et une fiche radiothérapique à représentation graphique.

Dès maintenant, la radiothérapie s'annonce comme un excellent traitement auxiliaire de la chirurgie.

Radiographie et diagnostic clinique des fractures. (G. MARCELOT. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Les radiographies renferment toujours des causes d'erreur : *a.* Certaines fractures restent invisibles; *b.* les objets, représentés par des images parfois floues, sont amplifiés ou déformés; *c.* quelques cals sont assez transparents pour n'être pas reproduits.

Il est indispensable d'établir une technique rationnelle et invariable que tout le monde adoptera. Si on ne peut l'employer, annoter au bas de l'image les positions respectives de l'ampoule, de l'objet et de la plaque sensible.

Nécessité d'une comparaison entre les données radiographiques et les données cliniques et d'une interprétation faite par un chirurgien compétent.

Une radiographie ne peut pas faire juger de la gravité d'une fracture. Elle peut être faussée à volonté et, même bien faite, elle contient des causes d'erreurs. Donc obligation pour les juges de tenir le plus grand compte des conclusions médicales établies par un médecin radiographe expert.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Le psychisme inférieur. Etude de physiopathologie clinique des centres nerveux (1), par le professeur GRASSET.

Certains sujets agissent sans le savoir et sans le vouloir, c'est-à-dire *inconsciemment* et *automatiquement*. Tel est le cas de lady Macbeth, qui, dans sa crise de somnambulisme, voit le flambeau qu'elle tient et ne voit pas, de ses yeux grands ouverts, le médecin et la dame suivante; tel est le sujet de Voltaire, qui, la nuit, se levait, s'habillait, faisait la révérence, dansait le menuet, se déshabillait et se recouchait. De même l'abbé de Diderot se levait nuitamment pour écrire ses sermons, les relire, les corriger, les annoter.

Chez ces sujets, les impressions du dehors arrivent assez haut dans le cerveau pour leur permettre de se vêtir adroitement, d'écrire correctement, de marcher sans trébucher, sans heurter même les personnes qu'ils ne voient pas. Mais elles n'arrivent pas jusqu'à leur conscience et à leur volonté; elles n'arrivent pas jusqu'à leur *psychisme supérieur*.

Il y a donc un *psychisme inférieur*, que caractérisent essentiellement l'inconscience et l'automatisme. Ce psychisme inférieur est depuis longtemps connu : c'est *l'autre* de Platon, c'est la *bête*, la délicieuse bête du *Voyage autour de ma chambre*, mais c'est surtout à M. Grasset que revient le mérite d'avoir bien distingué deux groupes d'actes psychiques, les uns supérieurs, conscients, volontaires et libres, les autres, automatiques et involontaires, auxquels correspondent deux groupes de centres et de neurones psychiques : un centre polygonal, ou inférieur, un centre O, sus-polygonal ou supérieur. Le premier est constitué, d'un côté, par les centres sensoriels de réception, de l'autre, par les centres moteurs de transmission. Ces centres, tous situés dans l'écorce grise, sont reliés entre eux par des fibres transcorticales, intrapolygonales, reliés à la périphérie par des voies sous-polygonales centripètes et centrifuges, et reliés aux centres supérieurs O par des fibres sus-polygonales, les unes centripètes ou idéo-sensorielles, les autres centrifuges ou idéo-motrices. Les actes automatiques se combinent dans le polygone qui réunit les centres du psychisme inférieur, la conscience personnelle siège en O. Toutes les fois que les fibres sus-polygonales fonctionneront normalement, on aura conscience des actes automatiques; lorsqu'elles ne fonctionneront pas, il y aura désagrégation sus-polygonale, émancipation et activité isolée du polygone désagrégé.

C'est au moyen de cette très ingénieuse hypothèse que M. Grasset se propose, dans son livre, d'étudier nombre de troubles psychiques jusqu'ici bien obscurs. Aux états de désagrégation sus-polygonale appartiennent les phénomènes de l'hypnose et de la suggestion, le somnambulisme, l'hystérie, les tics, les aphasies, les agnoscies; l'analyse de ces différents phénomènes permet à M. Grasset d'étudier successivement la sensibilité, les idées, la mémoire, l'imagination, la volonté polygonales, et de décrire le psychisme inférieur dans la vie individuelle, dans la vie sociale et dans la vie de l'espèce, et de démontrer peu à peu le rôle prépondérant que joue le polygone dans la vie psychique. La détermination de ses localisations corticales et de ses rapports avec la responsabilité et la thérapeutique terminent ce livre curieux, où l'auteur a le mérite d'expliquer un très grand nombre de phénomènes par une hypothèse unique, indépendante de toute idée métaphysique, et qui cadre avec les idées classiques sur l'anatomie et la physiologie des centres nerveux.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°. — Paris, Chevalier et Rivière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 15 octobre au 20 décembre 1906, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris et Sabatié.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-huit leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, sauf les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Il commencera le lundi 15 octobre 1906 et finira le jeudi 20 décembre 1906.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours : M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Queyrat. Blennorragie aiguë. Blennorragie chronique. Complications et traitement de la blennorragie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus.— M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. Cancer de la verge. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Photothérapie et radiothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Pelade et alopécies. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Lèpre. Leucoplasie. — M. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Phtiriase. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — M. Sabatié. Dermites artificielles. Tumeurs de la peau.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

Physiologie uroséméiologique (nouvelles recherches). Comment on lit une analyse d'urine, par le docteur GAUTRELET. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE V. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1906

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement*, *gazes* et *cotons antiseptiques*, *mackintosch*, *protective*, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1906.

Ces fournitures sont évaluées approximativement avant rabais à :

1er lot. *Gaze iodoformée et au salol*, 18 000 fr.
2e lot. *Coton au salol et boriqué*, *mackintosh*, *protective*, 16 000 fr.
3e lot. *Coton hydrophile*, 45 000 kilogr.
4e lot. d° 45 000 —

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures (Bureau des adjudications).

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bayonne. — La place d'interne de l'hôpital de Bayonne est vacante à partir du 1er novembre prochain.

La commission administrative désire confier ce poste à un étudiant de quatrième année.

Les conditions de service sont les suivantes : logé, chauffé, éclairé et nourri, avec un traitement de 600 francs. Si le titulaire désire prendre ses repas en ville, le traitement est fixé à 1 200 francs.

— Montpellier. — Le lundi 3 décembre 1906, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'hospice général un concours de onze places d'externe titulaire et cinq places d'externe provisoire dans les hospices de Montpellier.

Tout candidat devra justifier d'au moins quatre inscriptions de doctorat en médecine. L'examen sera fait en public par un jury médical de trois membres, sous la présidence d'un membre de la commission administrative, désigné par elle. Le concours comprendra une épreuve écrite sur l'anatomie (ostéologie, syndesmologie, myologie), une épreuve orale de petite chirurgie et une épreuve pratique de petite chirurgie avec explication orale.

Les pièces à produire et la demande d'inscription seront reçues au bureau du secrétariat général des hospices (hospice général) jusqu'au samedi 1er décembre, cinq heures du soir.

L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE MEXICO met au concours, pour l'année 1905-1906, les questions suivantes :

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Mesures qu'il convient d'adopter contre la propagation de la maladie. — Prix : 500 dollars.

Fréquence de la lèpre dans la république mexicaine. Quels types revêt le plus souvent cette affection ? Quelles sont les mesures à prendre pour éviter sa propagation ? — Prix : 500 dollars.

Les bases du concours, prescrites par le règlement, sont les suivantes :

Les mémoires relatifs à ces questions devront être remis au secrétariat général de l'Académie, *avant le 1er octobre 1906, rédigés en espagnol*, sans signature, accompagnés d'un pli fermé contenant le nom de l'auteur, et sur la couverture desquels sera le titre ou signe particulier, placé en tête du mémoire.

Seront admis tous les travaux originaux, conduisant à la solution des demandes ci-dessus.

Les faits sur lesquels s'appuie l'auteur devront être originaux ; il pourra utiliser les données étrangères ; les uns et les autres seront dûment appréciés et rigoureusement vérifiés.

En désignant le mémoire qui aura obtenu le prix ou la récompense, on ouvrira le pli fermé correspondant pour proclamer l'auteur, et l'on mettra de côté les plis restants sans les ouvrir, à moins que les auteurs ne le permettent.

Tous les mémoires présentés à ce concours, récompensés ou non, resteront propriété de l'Académie, qui devra les publier, si le jury le demande et que l'Académie l'approuve, avec le nom de l'auteur, s'il le désire, ou sans nom,

Les plis fermés des mémoires non récompensés seront détruits au bout de six mois.

L'Académie supportera les frais d'impression de chaque mémoire récompensé, et dont les exemplaires, au nombre de 200, seront remis à leurs auteurs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Chapotin (de Lorient), Fredet (de Saint-Chamond) ; Jaumes, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, et Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

DEUX INTERNES DES HOPITAUX commenceront en octobre une conférence privée d'internat. S'adresser au concierge de l'hôpital de la Charité.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 196, 18 août 1906.) WIDAL et CHALLAMEL : Deux cas de glycosurie soumis aux courants de haute fréquence sans modifications de la glycosurie ni des échanges chlorurés et azotés. — VAQUEZ : Hypertension artérielle et haute fréquence. — LAQUERRIÈRE : Note sommaire sur les résultats obtenus à la clinique Apostoli-Laquerrière dans le traitement du diabète par la haute fréquence.

Archives générales de médecine. — (N° 34, 21 août 1906.) BERTHAUT : Considérations sur le mécanisme de l'accouchement physiologique. — BÉRIEL : Un cas d'insuffisance aortique avec souffle piaulant en grande propagation.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 4, 26 juillet 1906.) John L. HILDRETH : Le médecin praticien et le spécialiste. — Joel E. GOLDTHWAIT : Le traitement de la tuberculose osseuse et articulaire. — W. P. GRAVES : La valeur diagnostique du tissu décidual. — Major Charles LYNCH : Le service de santé de l'armée japonaise (*suite* du n° 3, p. 57). — (N° 5, 2 août.) John M. T. FINMEY : L'iléus gastromésentérique (avec 5 fig.). — W. H. PALMER : Rupture spontanée du cœur avec la description d'un cas (1 fig.). — Harry W. MILLER : Rupture spontanée du cœur dans un cas de démence sénile. — Major Charles LYNCH : Le service de santé de l'armée japonaise (*suite* des n° 3, p. 57, n° 4, p. 96, *fin*). — (N° 6, 19 août.) Walter R. STEINER : La maladie de Stokes-Adam avec la description de trois cas inédits. — Aynes C. VICTOR : Introduction à l'étude des causes fondamentales des ptoses viscérales. — L'insuffisance abdominale : action de la croissance. — George L. RICHARDS : Quelle doit être la règle de conduite dans les sanatoria publics vis-à-vis de la tuberculose laryngée ; propositions pour établir un plan général de traitement de ces cas dans les sanatoria. — Franck C. RICHARDSON : Les cas litigieux dans les accidents. — La notion populaire du « germe » des maladies.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 5, 8 août 1906.) ROCHARD : Plaies du cœur et massage du cœur. De l'emploi de ce dernier moyen dans les syncopes anesthésiques. — PERROT et HURRIER : Sur la matière médicale sino-annamite. — (N° 6, 15 août 1906.) SÉE : De l'emploi thérapeutique des oxydases et des métaux en solution colloïdale.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 16 août 1906.) CÜMMEL : Résultats de l'opération précoce dans l'appendicite. — BICKEL : Recherches expérimentales sur la sécrétion gastrique chez l'homme. — MEYER : La dysenterie chronique et son traitement. — LEUCHS : Sur les milieux de culture au vert de malachite pour la recherche des bacilles typhiques et paratyphiques. — OPITZ : Sur quelques progrès dans le domaine de l'obstétrique. — JACOBSOHN : Blessure de l'utérus gravide. — SKLODOWSKI : Traitement de la maladie de Basedow par les rayons Röntgen.

Medizinische Blatter. — (N° 33, 18 août 1906.) GARRIGUES : La lithiase biliaire et l'assurance sur la vie.

Écho médical du Nord. — (N° 34, 26 août 1906.) DELÉARDE. Le lait aliment toxique pour l'enfant. — OUI : Morcellement et énucléation par la voie vaginale de volumineux fibromes interstitiels du corps et du col utérin.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 34, 26 août 1906.) LARNAC : Le souffle d'asthénie cardiaque et les bruits de galop (*suite*). — GUYOT : Résultat du traitement chirurgical dans le double pied bot congénital.

Journal des praticiens. — (N° 34, 25 août 1906.) RENAULT : De la blennorragie féminine. Symptômes et traitement. — MÉRY : La percussion dans la pleurésie infantile. — LIÉGEOIS : Le chardon bénit. — THIBIERGE : La tricophytie des parties glabres.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 8, 25 août 1906.) POUX : Le lactagol ou extrait de graines de cotonnier comme galactogène (*fin*).

Montpellier médical. — (N° 32, 12 août 1906.) VIRES : Cours de pathologie et de thérapeutique générales. Les nouveaux procédés d'exploration dans le diagnostic et le pronostic des maladies.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 21 août 1906.) HOFMEIER : Sur le traitement par les pessaires. — CONRADI : Sur la culture des bacilles du sang des typhiques dans la bile. — HASSLAUER : L'hypérémie de stase dans le traitement des suppurations de l'oreille. — MARTIN : Un cas d'avortement à travers le rectum avec terminaison favorable. — Sacho MÜCKE : Un procédé de sédimentation des crachats. — Benno ARLT : Nouvelle instrumentation pour l'anesthésie lombaire. — SCHMIDT : Appareil pour la fabrication rapide et à bon marché du matériel de pansement. — RITTER : Pronostic et traitement de la lithiase biliaire. — STENIERT et BIELCHOSOSKI : Contribution à la physiologie et à la pathologie de mouvements verticaux de l'œil.

Nord médical. — (N° 284, 1er août 1906.) LEMOINE : Traitement des vomissements. — VANVERTS : Doit-on pincer la langue au cours de l'anesthésie générale ?

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 33, 19 août 1906.) EDELMANN : Embolie de l'artère mésentérique supérieure. — PAPP : Sur les bains d'air.

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1906.) ROGER et GARNIER : Les poisons du tube digestif à l'état normal. — LABBÉ et VITRY : La nature, la production et la signification des sulfo-éthers urinaires (1 tracé). — PIÉRY et JACQUES : Les adénopathies pulmonaires. Etude anatomique, radioscopique et clinique (8 fig.).

Revue médicale de l'Est. — (N° 14, 15 juillet 1906.) HERRGOTT : But et fonctionnement de l'Œuvre de la maternité à la clinique obstétricale de Nancy. — REMY : A propos de l'avortement (*suite*). — BARTHÉLEMY : L'appendicite chez le vieillard. — (N° 15, 1er août.) PARIS : Quelques considérations spéciales relatives aux soins physiques et moraux nécessaires aux femmes enceintes et aux nourrices pour elles-mêmes, pour les enfants et pour la société. — REMY : A propos de l'avortement (*suite et fin*). — BARTHÉLEMY : L'appendicite chez le vieillard (*suite*).

Revue scientifique. — (N° 7, 18 août 1906.) BERTIN : Les vagues de la mer. Leur dimension et les lois du mouvement de l'eau. — MANSION : Les loirs. — DE VARIQUEZ : La question de la pisciculture marine. — (N° 8, 25 août.) CHARRIN : L'hérédité. Son rôle dans les maladies. — Les vraies et les fausses hérédités. — BERTIN : Les vagues de la mer. Leur dimension et les lois du mouvement de l'eau.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 15, 15 août 1906.) GUELLIOT : Complications inflammatoires aiguës des calculs : difficultés du diagnostic.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 33, 16 août 1906.) SCHRÖTTER : L'endoscopie dans les maladies du poumon. — BUCURA : Un cas d'utérus et de vagin rudimentaire. — FRITSCH : Le képhaldol, nouvel antipyrétique et antinévralgique. — OPPENHEIM : Etat actuel du traitement de la syphilis.

LES DERNIÈRES VENUES DES TUBERCULIDES

Par M. GOUGEROT,

Interne des hôpitaux de Paris.

Il nous a été donné d'étudier ici les formes les plus connues des tuberculoses atypiques (*Gaz. des hôpit.*, Rev. gén., n°s 93, p. 1107, et 96, p. 1143). Mais, chaque jour, de nouveaux travaux décèlent la tuberculose soit dans des lésions déjà connues (angiokératome de Mibelli, chéloïdes, parapsoriasis), soit dans des types nouveaux (sarcoïde de Bœck, sarcoïde de Darier-Roussy). Il nous a paru utile de résumer chacun de ces types et de montrer sur quels arguments on se fondait pour suspecter leur nature tuberculeuse. Ce court résumé de ces formes récemment individualisées sera le complément de l'étude des tuberculoses atypiques.

Sarcoïde hypodermique de Darier-Roussy (1906). — [L'origine tuberculeuse est prouvée par transitions cliniques et anatomiques avec les autres tuberculoses de l'hypoderme : gomme tuberculeuse, tuberculose nodulaire de Kraus, érythème induré de Bazin. — Antécédents tuberculeux. — Structure tuberculoïde. — (Mais : Absence de bacille de Koch dans les coupes. — Inoculation négative, *un seul essai.*) — Réaction *locale* et générale à la tuberculine dans les deux cas où elle fut cherchée.]

Cette tuberculose atténuée de l'hypoderme, caractérisée par des nodosités sous-cutanées, a été individualisée par Darier et Roussy (1). Elle n'a atteint, jusqu'ici, que des femmes adultes de vingt-cinq à trente ans, suspectes de bacillose.

Le début est lent, insidieux, rarement subaigu, marqué par une fluxion œdémateuse rouge pseudophlegmoneuse ou par de légères douleurs « locales... pouvant parfois durer plusieurs mois ». Les *nodosités* sont *hypodermiques*, tantôt isolées et arrondies de 3 millimètres à 4 centimètres, tantôt agglomérées soit en cordons noueux suivant la direction des vaisseaux de la région, soit en placards irrégulièrement bombés, pouvant atteindre 15 à 20 centimètres. Leurs bords sont difficiles à délimiter. Elles sont *dures*, fibreuses, non fluctuantes. Elles sont nettement *mobiles sur les plans profonds* et, pour la plupart, *adhérentes à la peau* (phénomène de la peau d'orange) qui présente, à leur niveau, une teinte lilacée, parfois rougeâtre, sans dilatations veineuses. *Indolentes*, elles passent facilement inaperçues; parfois, elles gênent certains mouvements et sont sensibles à la pression; rarement, elles sont le siège de petits élancements et de tension douloureuse. Disséminées, avec une symétrie très imparfaite, au *tronc*, plus rarement aux membres (jamais à la face), elles sont en nombre très variable, 2 à 30, toujours moindre que dans le sarcoïde de Bœck.

L'*état général n'est pas touché*, sauf, parfois, quelques signes de bacillose débutante. Leur *évolution* est *bénigne* sans tendance à l'envahissement ganglionnaire, elles grossissent lentement, puis, restent stationnaires, il y a parfois des poussées subaiguës douloureuses amenant un gonflement passager de la tumeur qui, bientôt, revient à son volume primitif. Elles sont d'une extrême chronicité, peuvent diminuer sans jamais disparaître complètement. *Jamais ne s'ulcèrent ni suppurent :* Darier et Roussy virent, une seule fois après traumatisme, une nodosité du mollet se ramollir, puis s'ulcérer à son centre et ressembler à une gomme scrofuleuse.

Le *diagnostic* est très difficile, sinon impossible, d'après les seules ressources de la clinique... et les cas « sans examen histologique laissent une certaine arrière-pensée ». Le lymphosarcome envahirait les ganglions et tendrait à ulcérer la peau. Le sarcome fasciculé serait moins dur. Les lipomes, fibromes molluscums et kystes sont moins fermes et nettement limités et n'ont pas cette adhérence diffuse de la peau ; les fibromes durs sont rarement multiples, se développent très lentement et restent nettement circonscrits, ne s'agminant jamais en placards. Les liomyomes sont dermiques et hypodermiques, doués de contractilité et d'une sensibilité exquise.

Les gommes syphilitiques et tuberculeuses sont d'évolution *très différente.*

« Une éruption de *gommes syphilitiques* multiples se compose d'éléments d'âge différent, et il y en aura de ramollies et d'ulcérées en même temps que d'autres à l'état de crudité... la marche rapide vers la fonte ne permet aucune erreur.

La *gomme tuberculeuse* se développe presque toujours sur le trajet de lymphatiques... partant d'un foyer de tuberculose locale... plus longtemps qu'une gomme syphilitique, elle peut rester au stade de néoplasie sous-cutanée, mais elle se fond ensuite, dans son ensemble, et s'évacue par un orifice arrondi à bords violacés » (Darier).

Certaines *mycoses* sont impossibles à distinguer.

L'induration déprimée et atrophique un peu pigmentée, qui peut succéder à la guérison d'une sarcoïde sous-cutanée pourrait peut-être simuler une plaque de dermatosclérose.

Histologie. — La structure est analogue à celle de l'érythème induré de Bazin.

Quelquefois circonscrite, elle est, d'ordinaire, plus ou moins adhérente aux tissus voisins, parfois même diffuse. La masse principale est *hypodermique*, elle envoie des *prolongements*, en haut, dans le derme, sous forme de boyaux cylindroïdes périvasculaires, englobant les glandes sudoripares, en bas, dans les *travées conjonctives devenues scléreuses* et entre les lobules adipeux auxquels elle tend à se substituer. La masse principale d'infiltration est tantôt étendue en nappe, tantôt formée de petits amas conglomérés, séparés par des bandes scléreuses, l'architecture cellulo-adipeuse sclérosée y est conservée, mais tout est infiltré. L'infiltrat est formé — de cellules épithélioïdes qui sont en majorité, — de cellules géantes au centre de ces nodules épithélioïdes et en nombre très variable, suivant les points, — de lymphocytes groupés en amas ou en couronne, autour des nodules épithélioïdes. Parfois, le centre de ces follicules est nécrosé, mais ces points de nécrose sont petits,

(1) *Arch. de méd. expérim.*, n° 1, 1906.

isolés, disséminés, au contraire, de l'énorme masse nécrosée centrale et unique de la gomme tuberculeuse. C'est la *structure du follicule tuberculeux type.* Si l'inflammation chronique du tissu adipeux peut, dans l'*atrophie proliférative* (*Wucheratrophie* de Flemming, Marchand) simuler des amas épithélioïdes avec cellules géantes, mais rarement ordonnées, ici la nature tuberculeuse de ces follicules est affirmée par les *nodules tuberculeux développés dans les parois d'artérioles.* Lésions des fibres élastiques dans les traînées d'inflammation récente, vascularites.

La néoplasie envahit en s'infiltrant dans les canaux lymphatiques, en suivant les vaisseaux, en s'insinuant entre les cellules adipeuses.

Lupoïde de Darier ou sarcoïde (dermique) bénigne multiple de Bœck, 1899. — [Transitions cliniques et anatomiques entre cette sarcoïde et les tuberculoses typiques : lupus disséminé de Willan. — Structure tuberculoïde. — Absence de bacilles dans les coupes. — Inoculation négative (essais encore peu nombreux). — Réaction à la tuberculine.]

Cette sarcoïde dermique de Bœck a été rattachée à la tuberculose par Darier qui l'avait déjà vue et décrite sous le nom de lupoïde. Ce terme a l'avantage de préciser les rapports de structure et de cause qui relient cette tuberculose atypique à l'une des plus typiques, lupus de Willan, aussi Bœck lui-même l'a-t-il adopté. Hallopeau et Eck, au contraire, la séparent des tuberculides pour la ranger dans les granulomes, « à côté de la lèpre, de la tuberculose et du mycosis ».

Suivant Hallopeau et Eck, la sarcoïde de Bœck ne s'est vue que sur des sujets d'excellente santé, sans tare héréditaire ou personnelle. Suivant Darier, au contraire, « plusieurs des malades atteints de lupoïdes disséminées, étaient manifestement des tuberculeux ». Tous les cas connus intéressent des hommes (1) d'âges divers de trente-six à soixante-quatre ans.

La topographie n'a rien de systématique : la sarcoïde commence indifféremment par un point quelconque du « corps, elle semble cependant débuter, de préférence, par les membres ». Dans le cas de Bœck, les premières tumeurs apparurent au front. Dès le début, les diverses parties du corps peuvent être prises simultanément, les lésions sont répandues d'une façon assez symétrique sur la face d'extension des membres et la partie dorsale du *tronc;* c'est là et à la *figure* qu'elles sont surtout nombreuses. D'autres sont disséminées à la face antérieure du tronc, au cuir chevelu où elles revêtent un type spécial, aux organes génitaux où elles « simulent, à s'y méprendre, un chancre induré ».

L'*éruption est polymorphe* (2), les lésions éruptives sont très différentes. — Ce sont des nodules profondément enchâssés dans le derme, saillants, arrondis ou ovulaires. Leurs bords sont nets, sauf au cuir chevelu. Leurs dimensions oscillent entre « d'assez importantes limites » ; à côté de nodules miliaires, on en voit de volumineux à contours irréguliers pouvant dépasser 20 millimètres. Ils sont rouge vif au début, puis bientôt rouge violacé, presque ecchymotiques; enfin, jaunes ou bruns. A la face, ils sont très particuliers. Leur bordure est saillante, jaunâtre, le centre est un peu déprimé et bleuâtre, parcouru de vaisseaux dilatés. L'épiderme reste lisse, mais souvent de gros nodules se couvrent, au centre, d'une croûtelle adhérente et noirâtre. Leur consistance est d'abord fibreuse, puis elles se ramollissent et tendent à s'étendre par la périphérie et à s'affaisser au centre. Jamais il n'y a d'ulcération. Leur affaissement laisse une cicatrice déprimée, amincie et souple, d'abord rouge et brillante qui, peu à peu, devient blanc mat. Des macules se mélangent aux papules; de même qu'elles, elles sont « de formes et dimensions tout à fait irrégulières », leurs bords sont peu nets et diffus.

Cette diversité des nodosités dermiques suivant qu'elles siègent à la face, au cuir chevelu, aux membres et suivant leur grosseur, fait de la sarcoïde de Bœck une maladie très polymorphe et l'on comprend l'exactitude de la dénomination de Balzer et Alquier : *tuberculide multiforme.*

L'éruption est indolore, tout au plus un peu prurigineuse, elle ne retentit pas sur l'état général et la lésion cutanée résume toute la maladie ; cependant, elle engorge fréquemment les ganglions.

Son *évolution est d'une extrême lenteur*, elle n'atteint que lentement sa période d'état, sa marche est chronique, de durée indéterminée, parfois accidentée de *poussées aiguës*, survenant souvent sans cause. Les divers éléments *n'évoluent pas simultanément.* « Ils se développent, au contraire, chacun pour leur propre compte ; ce n'est pas la maladie qui présente une période de début d'état, et de réparation, ce sont chacune des néoplasies. » A côté de petits éléments débutants on trouve des macules et papules de la période d'état, des cicatrices terminales.

Histologie d'après Bœck et Darier (*Arch. de méd. expérim.*, n° 1, 1906, fig. 11 et 12). Les lésions sont *dermiques :* « La néoplasie, dit Bœck, forme des foyers *irréguliers*, *bien limités*, disséminés dans toute l'épaisseur du derme, siégeant dans les espaces périvasculaires » ; elles sont constituées, dit Darier, par des amas et boudins d'infiltrations cellulaires (bosselés et lobulés) « paraissant logés dans les espaces lymphatiques périvasculaires, qu'ils distendent au point de remplir presque tout le chorion au niveau du nodule »... Ce sont des néoformations *tuberculoïdes* avec dégénérescence épithélioïde considérable ; caséification et rares cellules géantes. « Les éléments cellulaires néoplasiques sont des cellules épithélioïdes, en grande majorité, avec quelques leucocytes et mastzellen et çà et là de rares cellules géantes; au centre des tractus, on note de la dégénérescence granuleuse. » On voit à côté des amas lymphoïdes (coupe Darier) en nodules et traînées. Il faut signaler *l'absence de vrais follicules tuberculeux, la rareté relative des cellules géantes.* Dans les amas, le tissu élastique a complètement disparu, les

(1) Les observations de sarcoïde chez la femme publiées ont été séparées par Darier de la sarcoïde de Bœck (dermique) pour faire un groupe spécial des sarcoïdes *hypodermiques.*

(2) Musée de l'hôpital Saint-Louis : Hallopeau, 56-2237.

fibres à la limite du derme sain s'arrêtent brusquement sans pénétrer dans les foyers cellulaires. *Les travées du derme qui sépare les amas sont indemnes*, « absolument normales, sans trace de réaction inflammatoire ou de dégénérescence ».

Le *diagnostic* doit être posé avec la lèpre, les tuberculoses gommeuses, le mycosis, les sarcomes dermiques types... et le lupus disséminé auquel la relient toutes les transitions.

Le pronostic semble bénin.

Le traitement arsenical (liqueur de Fowler) a donné plusieurs guérisons (Bœck, Hallopeau, Danlos).

Angiokératome de Mibelli (1889) ou nævus a pernione de Bazin (1862). — [Cas de transitions avec le lupus érythémateux et les tuberculides avec télangiectasies. — Evolution clinique et antécédents tuberculeux. — Lésions vasculaires thrombophlébite. Pas de follicules tuberculeux; ni de bacilles dans les coupes, ni d'inoculation positive (1), ni de réaction locale à la tuberculine.]

L'aspect clinique est très particulier [voyez *Gaz. des hôpit.*, n° 96, p. 1151 (2)]. Ce sont des lésions irrégulièrement disséminées, parfois confluentes en petits groupes — constitués de petits angiomes de 1 à 6 millimètres avec ou sans kératome — débutant dans l'enfance — chez des sujets scrofuleux, entachés de tuberculose, aux mains acroasphyxiques à la suite d'engelure, d'où leur localisation aux extrémités, mains, pieds, nez, oreilles. — A marche lente; indolentes, bénignes, augmentant de nombre après chaque poussée hivernale d'engelures.

Anatomie. Pathologie. — Ses lésions, d'après Leredde, la placent auprès du lupus érythémateux, de l'acnitis de l'érythème induré (*Sem. méd.*, 1900, n° 1).

L'*angiome* capillaire est le fait constant, les dilatations portent sur les capillaires des plexus papillaires et sous-papillaires; plus elles sont superficielles, plus elles sont volumineuses, à ce maximum de développement, elles remplissent et dilatent la papille, refoulent le tissu conjonctif, se mettent en contact avec l'épiderme qui, souvent, les englobe et s'amincit. Parfois, ces capillaires s'oblitérant par coagulation sanguine, le caillot s'élimine, ce qui constitue un mode de guérison. Le *kératome* est inconstant, il est formé par l'épaississement de *toutes les couches de l'épiderme* restant *normales*, sans troubles de kératinisation. Légère infiltration du tissu conjonctif ou des espaces périvasculaires.

C'étaient là les lésions classiques, Leredde et Mibelli y ont ajouté la notion si importante des *vascularites profondes*, endartérite oblitérante, périartérite scléreuse, traînées lymphoïdes périvasculaires, *thrombophlébite oblitérante* parfois même nécrosante, (*lésions des tuberculides*) et qui expliquent les dilatations des capillaires dermiques.

Pathogénie. — Mibelli et Pringle reconnaissent à l'angiokératome trois causes : la dilatation des vaisseaux normaux, les néoformations vasculaires angioblastiques et une néoplasie lacunaire hématique, les deux dernières sont tout hypothétiques. Reste la dilatation des vaisseaux normaux qui n'est pas une explication mais la constatation d'un fait anatomique. La théorie *tuberculeuse* accorde la plus grande importance aux lésions vasculaires et aux lésions profondes (1) : endovascularites oblitérantes, et manchons lymphocytaires périvasculaires allant jusqu'à la nécrose (veines, artères, capillaires). La phlébite oblitérante explique la dilatation des plexus capillaires sous-épidermiques, et « peut-être faut-il admettre, comme Philippson, pour les tuberculoses nodulaires, une phlébite profonde à la base de tout le processus aboutissant au type clinique de l'angiokératome » (Pautrier).

A ces arguments histologiques des lésions vasculaires (angiodermites) et de toutes les transitions histologiques qui rattachent l'angiokératome à d'autres tuberculides, Pautrier ajoute les arguments cliniques; coexistence d'autres manifestations tuberculeuses cutanées et extracutanées et surtout transitions (cas de Brocq et Laubry).

Les *objections* ont été nombreuses :

Truffi, sans nier les coïncidences tuberculeuses (ce qui n'est pas niable), se rapproche de la théorie d'Escande (1893) de la faiblesse congénitale des capillaires et surtout de l'hypothèse de Tommasoli : « La tuberculose se borne à créer, par la parésie des vaisseaux des extrémités, une prédisposition à l'angiokératome. » Elle n'agirait pas autrement que pourrait le faire toute autre maladie infectieuse ou toute intoxication, qui, par un mécanisme quelconque, provoqueraient des troubles circulatoires. Il n'a pas été difficile à Pautrier de réfuter ces allégations : il y a plus qu'une parésie vasculaire puisque l'on note des vascularites oblitérantes et la tuberculose n'est pas si indifférente puisque l'on n'a observé encore l'angiokératome qu'à sa suite.

Hallopeau a combattu la pathogénie tuberculeuse en s'appuyant sur la notion de maladie familiale, il croirait plutôt à une dystrophie héréditaire et familiale, à une malformation congénitale analogue aux nævi, à la neurofibromatose de Recklinghausen. Cependant, avec son grand sens clinique, M. Hallopeau reconnaît la valeur des faits signalés par Leredde; il admet que « peut-être nous confondons deux affections sous le nom d'angiokératome : l'une, familiale, comparée aux nævi; l'autre, non familiale, d'origine tuberculeuse ». L'unité semble devoir être faite. Le caractère familial ne peut être une objection : Leredde nous a appris à connaître les « tuberculoses cutanées familiales ».

(1) M. R. Duval et moi avons cru, un moment, être en possession de cette preuve. Le cobaye inoculé sous la peau présenta une fistulette qui finit par se refermer comme dans certaines tuberculoses atténuées, et une adénite qui persista longtemps. Sacrifié, au bout de trois mois, on trouva, dans la rate, plusieurs nodules blancs, d'apparence caséeuse. Sans l'examen histologique, on aurait pu prétendre ce cas démonstratif. Or, c'étaient des abcès chroniques cocciens, ce que démontra l'examen histologique et bactériologique. On ne saurait donc s'en rapporter, en matière d'inoculation, à l'autopsie macroscopique seule.

(2) Mains 76-2436, De Beurmann et Gougerot. — Région plantaire 76-2048, Leredde et Haury.

(1) D'où la nécessité des biopsies profondes.

C'est donc, en résumé, la pathogénie tuberculeuse qui, jusqu'à preuve du contraire, se concilie le mieux avec la clinique et l'anatomie pathologique.

Acroasphyxie et engelures. — Depuis le démembrement de l'ancienne scrofule, on ne sait encore quelle valeur exacte leur attribuer, mais il est un fait certain, c'est leur constatation devenue banale chez des tuberculeux et chez les porteurs de tuberculoses cutanées atypiques. On peut même se demander si l'acroasphyxie n'est pas due à des phlébites profondes d'origine tuberculeuse. Et l'on connaît des cas de transitions entre elles et les tuberculides nodulaires (angiodermites tuberculeuses des mains), les lupus pernio.

Chéloïdes. — Les chéloïdes sont des « tumeurs » fibreuses rosées, saillantes et dures, planes et lisses, presque toujours douloureuses, leurs bords sont tantôt nets et arrondis, tantôt diffus, irréguliers avec prolongements rayonnés (1). Elles sont, le plus souvent, secondaires à des ulcérations et surviennent soit au moment de la cicatrisation, soit longtemps après. Parfois, elles paraissent primitives, ce n'est là qu'une apparence, Dénériaz a, en effet, montré l'origine acnéique des chéloïdes dites primitives et spontanées (2). Histologiquement, elles se caractérisent par du tissu fibreux dense formé de longs faisceaux de collagène à groupement parallèle, moins larges que les faisceaux normaux finement fibrillaire du derme; entre eux, se disséminent des cellules conjonctives isolées, allongées et amincies à noyau riche de chromatine, à protoplasma basophile et dont les prolongements sont nettement visibles, tous caractères que ne possède pas la cellule conjonctive normale du derme et qui indiquent une réaction inflammatoire. Les fibres élastiques ont disparu. Les vaisseaux sont peu nombreux, presque toujours en légère réaction inflammatoire. Aux limites de la néoplasie fibreuse, il est constant, sur les chéloïdes jeunes, de voir des amas lymphoïdes et des vaisseaux enflammés avec infiltration cellulaire périvasculaire.

La pathogénie est obscure. Peu à peu s'est imposée la théorie microbienne infectieuse (Darier). Les principaux arguments sont: Début sous forme de poussée, tantôt immédiatement après la cicatrisation des lésions primaires, tantôt longtemps après, sur vieille cicatrice, à la manière d'une infection secondaire; éruption, à distance, de petites chéloïdes en des points indemnes de plaies ou cicatrices, à la suite de la scarification d'une chéloïde (Marie, Société de méd. des hôpit., 1893: « peut-être s'était-il fait une dissémination par voie sanguine d'agents infectieux inconnus »), inégale répartition des chéloïdes sur les cicatrices d'un même malade (Darier; De Beurmann et Gougerot. Soc. dermat., déc. 1905). Repullulation sur certains points de suture seulement, après ablation (Darier). Un malade de Lefranc affirmait que les ulcérations syphilitiques cautérisées au AzO^3Ag restaient indemnes de chéloïdes.

L'histologie confirme la clinique : dans les chéloïdes jeunes avant que la transformation fibreuse soit achevée, on voit des cellules conjonctives jeunes, abondantes autour des vaisseaux et à la limite de la tumeur (zone d'accroissement) et même des cellules géantes.

Cette *lésion* paraît être due à des causes diverses non univoques, de même que d'autres processus, par exemple : la sclérose dont elle n'est qu'un des modes. Il en est peut-être de syphilitiques (cas d'Hallopeau, régression par le traitement) bien que la plupart, même nées sur syphilitiques, résistent au traitement (seraient-ce des lésions parasyphilitiques?). Il en est d'origine coccienne succédant à l'acné staphylococcique (Dénériaz, Vidal, *Annal. dermat. et syphil.*, 1890, t. I, p. 206). Certains vieux lépromes encore bacillaires ont, par place, une structure chéloïdiforme (De Beurmann et Gougerot. Soc. dermat., avril 1906).

Plusieurs semblent d'origine tuberculeuse manifeste. — Darier, parmi plusieurs cas négatifs, a obtenu, une fois, une tuberculose généralisée du cobaye. James Nevins, Hyde (*Journ. of cut. a. genito-urin. des.*, oct. 1897) a « produit la *tuberculose dans les cobayes après inoculation du tissu chéloïdien*, et, dans quelques rares cas, on a pu reconnaître des *bacilles tuberculeux dans les cellules conjonctives des plus petites tumeurs* ». La clinique et l'histologie viennent ajouter leur preuve, et nous possédons un cas de lupus vulgaire, dont le bord, devenu chéloïdien, montre la néoplasie conjonctive ordonnée autour des tubercules typiques; elle constitue alors la forme la plus haute de la barrière scléreuse qui entoure certains tubercules.

La chéloïde apparaît donc un mode de réaction scléreuse particulier, ordonné autour des lésions inflammatoires diverses qu'elle étouffera; dans plusieurs cas, elle paraît avoir été provoquée par la tuberculose.

Parapsoriasis. — Tout récemment (*Annal. de dermat. et syphil.*, avril 1906), Civatte étudiant les lésions histologiques de trois cas de parapsoriasis, ou maladie de Brocq, dont « le *diagnostic clinique avait été fait par Brocq* », a été tout étonné d'y trouver les *lésions des tuberculides*. Il se demande donc s'il faut distraire ces cas du groupe parapsoriasis en en faisant une variété de tuberculide, ou si tous les parapsoriasis ne sont pas des tuberculides! L'absence de lésions spécifiques tuberculeuses dans les autres cas de parapsoriasis, s'expliquerait peut-être par la courte durée des follicules tuberculeux qui n'existeraient qu'au début du processus (?).

Suivant la description de Brocq (*Annal. de dermat. et syphil.*, 1902, p. 433), le parapsoriasis est:

Une éruption bigarrée d'éléments maculeux puis maculosquameux, petits (p. guttata) (1) ou grands

(1) Par exemple n° 8-1715 et 1921.

(2) Dans les très jeunes chéloïdes, dites primitives, les cellules conjonctives jeunes, rondes et fusiformes, nombreuses, groupées autour des follicules pilo-sébacées, enflammées, prouvent que le processus chéloïdien est secondaire (Vidal. *Annal. D.* et *S.*, 1890, p. 206).

(1) Musée. 49-2278.

(p. en plaques) variant du rose au livide, du rose bistre au rouge brunâtre; — squame mince, plate, peu adhérente, facile à détacher d'une seule pièce, recouvrant un épiderme presque sain, un peu rouge et lisse, mais qui ne suinte pas et ne saigne pas; — respectant le cuir chevelu, le visage, le cou, et, en général, les extrémités; — non prurigineux; — évoluant lentement et insidieusement, laissant, au bout de plusieurs semaines, une cicatricule passagère; — *résistance extraordinaire au traitement*, rendant la guérison très lente et incertaine.

Civatte retrouve les mêmes arguments cliniques (tuberculoses pulmonaires, mère morte de tuberculose) et histologiques que dans les tuberculides (follicules tuberculeux types dans deux des trois cas et un petit foyer de lymphangite caséeuse dans le troisième cas). Il n'y a eu, jusqu'ici, ni constatation de bacilles, ni inoculation, ni réaction à la tuberculine. On croyait, jusqu'à ces faits nouveaux, que les lésions décrites du parapsoriasis étaient banales et non caractéristiques, ; on les savait seulement distinctes du psoriasis vrai caractérisé par les microabcès de Sabouraud.

Constatant ces étroites analogies, observant des faits de parapsoriasis d'abord typiques, qui, quelques mois après, se modifient et s'écartent du type primitif; Civatte élargissant le groupe du parapsoriasis, y fait entrer les « dermatites nodulaires psoriasiformes » de Jadossohn, Neisser, ou pityriasis lichenoïde chronique qu'il avait d'abord exclus, et il l'identifie à *l'une des formes du parapsoriasis de Brocq*.

Les formes transitionnelles entre le parapsoriasis et certaines tuberculides papulosquameuses proches de certaines papulonécrotiques et de certains lichen scrofulosorum seraient des arguments nouveaux.

Cette conception hardie, appuyée sur des faits précis, demande de nouvelles recherches confirmatives. Nous croyons savoir que M. Brocq ne l'admet pas, se refusant à voir, dans ces cas à lésions de tuberculides, de vrais parapsoriasis.

BIBLIOGRAPHIE

Jusqu'en 1903 consulter la thèse de Pautrier 1903 (Paris, Naud, édit.). Les indications très complètes sont réunies à la fin de chaque chapitre. Nous n'indiquerons donc que les mémoires capitaux avant cette date : Hallopeau. Cong. de Londres, 1896. — Darier. Cong. de Paris, 1900. — Lenglet. Lupus, *Prat. dermat.*, III. — J.-B. Laffite. Tuberculose cutanée, *Ibid.*, IV.

Déjà, chemin faisant, nous avons cité plusieurs travaux importants, nous relevons en outre depuis 1903 :

Travaux d'ensemble. — Darier. *Bulletin méd.*, leçon, déc. 1905, n° 96. — Deméтriade. *Zur Kasuistik der Tuberculid Fälle auf unserer dermatologischen. Klinik, Cong. de Berlin*, 1904, t. II, p. 3 et 303. — Nobl. Zur Pathologie der Tuberculide im Kindalter, *Cong. de Berlin*, 1904, t. II, p. 3 et 296. — Ehrmann. Die Beziehungen der sogenannten Tuberkulide zu einander, *Cong. de Berlin*, 1104, t. II, p. 1 et 107. — Tanaka. Uber Impfversuche der Hauttuberculose, *Japan. Zeits. f. Dermat. und Urol.*, déc. 1904, p. 461. — Bodin. Sur les tuberculoses cutanées atypiques, *Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, juillet 1904. — Colcott Fox. Tuberculid, Derm., Soc. of London, 10 fév. 1904; — *Journ. de dermat.*, mars 1904, p. 98. — Gellis. Beitrag zur Lehre von den Tuberkuliden, *Halb. Monast. f. Haut u. Harnk.*, 1904, p. 133, 141, 149. — Seiner. Tuberkulide, *Arch. f. dermat.*, 1904, t. LXXII, p. 271. — Juliusberg. Uber Tuberkulide u. disseminate Hauttuberkulosen, *Mitth. aus der Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1904, t. XVIII, n°s 4 et 5. — Poncet. Tuberculoses inflammatoires, *Bull. de l'Acad. de méd.*, passim 1904, 1905 et 1906.

Lichen scrofulosorum. — Comby. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1904, p. 193. — Mendes da Costa. *Nederl. tizds. voor Geneesk.*, 1904, n° 17. — Little (Gr.). *Brit. Journ. of Dermat.*, sept. 1904, p. 342. — Pringle. *Ibid.*, déc. 1904, p. 459. — Hallopeau, Lichen scrofulosorum, Cong. de la tuberculose, Paris, 1905, et Hallopeau et Vieillard. Soc. de dermat., 4 mars 1904.

Sarcoïdes. — Darier et Roussy. Sarcoïde sous-cutanée, *Arch. med. Exper.*, 1906, n° 1. — Eck. *Sarcoïde de Bœck*, Th. de Paris, 1905. — Bœck. Sarcoïde multiple, *Arch. de dermat. et de syphil.*, 1905.

Tub. papulonécrotiques. — Darier et Walter. Tuberculide papulonécrotique, *Arch. de dermat. et de syphil.*, 1905, p. 621. — Gastou et Seminario. Tuberculides papuloséborréiques (acnitis), Soc. de dermat. et de syphil., 2 mars 1905. — Alexander. Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie der Follicilis, *Arch. f. Dermat.*, mai 1904, t. LXX, p. 17. — Balzer et F. Dainville. Deux observations de papulonécrotiques, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1904, p. 1016. — Ehrmann. Follikis, *Arch. de dermat. et de syphil.*, sept. 1904, t. LXXI, p. 464; — Tuberkulid, *Wien. klin. Wochens.*, 23 juin 1904, p. 721. — Hallopeau et Norero. Forme vésiculo-pustuleuse, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1904, p. 556. — Little (Gr.). Acne scrofulosorum, *Brit. f. Dermat.*, fév. 1904, p. 76. — Gaucher et Weil. Tuberculose cutanée papuleuse en plaques, *Ann. de dermat.*, avril 1904, p. 336. — Mayer. Tuberculoses papulonécrotiques, *Derm. Journ.*, juillet 1904, p. 527. — Pick. Acnitis, *Wien. dermat. Gesell.*, 27 janv. 1904; — *Arch. f. Dermat.*, 1904, t. LXXII, p. 193 et 282. — Ronsburg. Hauttuberculide, *Jahr. f. Kinderheilk.*, 1904, t. LIX, n° 3. — Sequeira. Tubercular eruption. Dermat. Soc. of London, 11 mai 1904. — Mober. Tuberculoses papulonécrotiques, Soc. dermat. de Stockholm, 24 nov. 1904, B. J. D., p. 226. — Danlos. Tuberculoses papuloacnéiques, *Ann.*, 1905, p. 84. — Hallopeau et Krantz. Tuberculoses polymorphes, *Ibid.*, 1905, p. 71. — Finger. Acné télangiectode, *Arch. f. u. z.* (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 1905, p. 690).

Pityriasis rubra. — Haslung. Soc. danoise de dermat., 4 mars 1903. — Riehl. *Arch. f. Dermat.*, t. LXX, p. 141, et t. LXXI, p. 463. — Sokolew. Lésion débutante, *Journ. russe de dermat.*, mai 1904.

Lupus érythémateux. — Lauzi. *Cong. de Berlin*, 1904, t. II, p. 3 et 311. — Metscherski. Lupus érythémateux et dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi, Soc. dermat. de Moscou, 17 déc. 1904, p. 125. — Piffard. *Journ. of cut. diseas.*, mars 1905, p. 120. — Spiegler. *Arch. f. Dermat.*, 1904, t. LXXIV, p. 317, et t. LXXV, p. 112. — Bornemann. *Dermat. Zeits.*, 1905, p. 349. — Finger. *Arch. f. Dermat.*, 1905, t. LXXVI, p. 433. — Gellis. *Ibid.*, t. LXXVI, p. 431. — Oppenheim. *Ibid.*, p. 428. — Little (Gr.), *Brit. Journ. Dermat.*, fév. 1905, p. 58. — Mac Leod. *Ibid.*, p. 60. — Grand-Clément. Rhumatisme tuberculeux et lupus érythémateux, *Lyon méd.*, 1905, p. 1026. — Hyde. Chicago Dermat. Soc., *Journ. of cut. diseas.*, avril 1905, p. 183. — Pardee. *Ibid.*, p. 186. — Ormerod. Lupus érythémateux télangiectodes, *Brit. Journ. Dermat.*, 1905, p. 141. — Kren. Uber die Bezeitung der lupus erythemateux zur tuberculose, *Arch. f. Dermat.*, 1905, t. LXXV, p. 303. — Hartigan. Acute lupus erythemateux, *Brit. Journ. Dermat.*, avril 1905, p. 148. — Michelsen. Zur Casuistik der Carcinom bildung auf Lupus erythemateux, *Dermat. Centralbl.*, 1905, p. 165. — Nicolas et Courmont. Le séro-diagnostic chez les lupiques (lupus érythémateux), Cong. de la tuberculose, Paris 1905. — De Beurmann et Gougerot. Dermatite faciale atro-hypertrophique

(forme nouvelle de lupus érythémateux), *Bull. de la Soc. de dermat.*, nov. 1905. — Thibierge. Lupus érythémateux à forme d'atrophodermie en plaques, *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1905, p. 913. — Balzer, Germain et F. Dainville. Lupus exanthématique. Foyers de lupus érythématoïdes, *Ærtz. Verein in Hamburg*, 21 fév. 1905.

Faits isolés. — De Beurmann et Gougerot. Chéloïdes, *Ann.*, déc. 1905 et fév. 1906. — Civatte. Parapsoriasis, *Ann. de dermat. et de syphil.*, avril 1906. — De Beurmann et Gougerot, Angiokeratome de Mibelli, *Ann.*, nov. 1905.

ANALYSES

MÉDECINE

L'embolie de l'artère pulmonaire dans la fièvre typhoïde. (*Riforma med.*, 5 mai 1906, n° 18.) — L'examen minutieux post mortem de deux typhiques conduit le professeur Masalongo à ces conclusions : l'embolie de l'artère pulmonaire dans la fièvre typhoïde ne doit pas être très rare, et beaucoup de cas de mort subite attribués à la paralysie cardiaque, par suite de la présence de coagulums volumineux dans les cavités droites du cœur, peuvent être au contraire la conséquence d'embolus transportés ou de thrombose propagée venant des veines périphériques internes atteintes de phlébite qui, elle, a échappé à la recherche anatomique.

L'embolie de l'artère pulmonaire dans la fièvre typhoïde peut avoir lieu en dehors de la phlébite des grandes veines périphériques, phlegmatia alba dolens vulgaire, par suite de processus phlébitiques portant sur les rameaux périphériques des veines internes, en particulier les veines hypogastriques. Il faut donc dans tous les cas de mort rapide ou subite, indépendants de la péritonite par perforation ou de l'entérorragie, examiner très soigneusement non seulement le cœur et ses cavités, mais encore le système veineux.

Cette phlébite infectieuse de certains rameaux périphériques des veines hypogastriques peut être primitive, ou, comme cela s'est passé probablement dans les deux cas de l'auteur, secondaire à un processus phlébitique de quelques rameaux périphériques des veines mésaraïques par propagation à travers les anastomoses qui existent entre le système de la veine cave inférieure et celui de la veine porte.

Mais ces anatomoses se faisant généralement avec les rameaux périphériques de la veine mésaraïque inférieure, il semble nécessaire que le processus phlébitique infectieux frappe de préférence les rameaux périphériques de cette veine, ce qui arrive d'autant plus facilement quand les ulcérations typhiques sont étendues au côlon (colotyphus) d'où partent les rameaux veineux tributaires de la veine mésaraïque inférieure. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Sur la fréquence et le pronostic opératoire de l'actinomycose de l'abdomen chez l'homme. (L. Friedrich. *Deuts. med. Wochens.*, 2 août 1906, n° 31, p. 1258.) — L'actinomycose est une maladie fréquente dans la région de Greifswald, et Friedrich a eu l'occasion d'en observer des cas nombreux à la clinique chirurgicale de cette ville. Il attire spécialement l'attention sur la possibilité de la pénétration du champignon pathogène au niveau de la muqueuse intestinale et particulièrement de la région iléo-cæcale et de l'appendice. En trois ans il a pu recueillir huit cas d'appendicite actinomycosique, sur deux cents cas d'appendicite opérés. En effet presque toutes les fois, le diagnostic clinique posé avant l'entrée ou à l'entrée du malade à l'hôpital était celui d'appendicite aiguë.

L'envahissement de l'appendice et de la région appendiculaire par l'actinomycose se fait d'une façon insidieuse, sans troubles de la santé générale, sans symptômes intestinaux, si ce n'est parfois de la diarrhée. Puis brusquement éclatent des phénomènes et appendicite aiguë : douleurs, fièvre, frissons, vomissements, météorisme, constipation.

Ces phénomènes s'apaisent en quelques jours, mais, quelques semaines ou même quelques mois plus tard, sans nouvelle attaque aiguë, sans fièvre, se montre au niveau de la paroi abdominale une sorte de tumeur, à peine ou pas douloureuse, étalée, d'une dureté ligneuse et qui progresse peu à peu. Parfois on note aussi des troubles dans les mouvements du membre inférieur correspondant dus à l'envahissement du muscle psoas iliaque, en même temps l'amaigrissement se montre. Des huit malades observés par Friedrich, un a succombé, malgré une intervention pratiquée immédiatement après la première attaque aiguë, à des lésions actinomycosiques rapidement progressives de toute la cavité péritonéale ; chez les sept autres, les interventions chirurgicales ont été aussi larges que possible, de façon à dépasser les limites du mal. Friedrich a plusieurs fois réséqué des segments entiers d'intestin et des portions considérables des muscles de la paroi abdominale.

Ces sept malades sont actuellement en parfaite santé; mais les interventions sont encore trop récentes pour qu'on puisse parler de guérisons définitives. A. LEMIERRE.

Kystes entériques et mésentériques. (James C. Ayer. *Amer. Journ. of the med. sciences*, vol. CXXXI, n° 1, janvier 1906, p. 89-108). — Chez un Japonais de vingt-trois ans, ayant présenté depuis plusieurs années des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite et chez qui le diagnostic d'appendicite avait été posé, l'opération montra un appendice sain; la lumière du cæcum était occupée par une masse de la dimension d'un œuf d'oie, tendue, fluctuante, lisse, n'adhérant pas à la paroi opposée de l'intestin, et recouverte par une muqueuse érodée et ulcérée. La valvule iléo-cæcale était perméable; mais la moitié supérieure de cette valve semblait être soudée à la tumeur. Une incision de la tumeur donna issue à 120 grammes d'un liquide clair et visqueux. La face interne du kyste était grisâtre et lisse. La paroi mesurait 5 millimètres d'épaisseur. Un prolongement de 5 centimètres de long s'étendait en arrière entre les feuillets du mésentère de la fin de l'iléon. L'énucléation du kyste était impossible. On eût pu l'enlever par une résection intestinale étendue ; on se contenta de réséquer la portion de paroi libre du kyste et d'arrêter l'hémorragie de cette tranche par un surjet. Guérison sans incidents.

A propos de ce cas, Ayer passe en revue la question des kystes abdominaux. Ceux-ci lui semblent ressortir à une des subdivisions de la classification suivante : kystes à point de départ dans les glandes de la paroi intestinale, kystes parasitaires, kystes embryonnaires, kystes des organes rétropéritonéaux, kystes des tumeurs malignes.

Son cas, qui a peu d'analogues dans la littérature, semble appartenir à la première catégorie, quoique l'examen histologique n'ait pu être pratiqué. F. GARDNER.

Intervention chirurgicale pour les hémorragies intracraniennes des nouveau-nés. (Harvey Cushing. *American Journal of the medical sciences*, oct. 1905.) — Un enfant nouveau-né supporte bien une opération cranienne pourvu que l'hémostase soit bien exécutée et que toutes précautions soient prises pour diminuer le choc. La coagulation du sang est

aussi rapide chez le nouveau-né que chez l'adulte. Il relate quatre opérations pour hémorragies intracraniennes chez des nouveau-nés. Dans les quatre cas le sang était coagulé. L'un de ces cas est particulièrement intéressant parce que, si l'existence d'une hémorragie intracranienne ne faisait point de doute, le siège du caillot était fort douteux. Comme il y eut protrusion subite, non pulsatile, du globe oculaire avec œdème des lèvres et de la face, ce qui ne se voit guère en dehors de la thrombose du sinus caverneux, il était vraisemblable qu'il y avait fracture de la base avec lacération du sinus et thrombose consécutive. Cushing tailla un lambeau ostéoplastique comprenant la presque totalité du temporal. La tension cérébrale était si considérable et le cerveau si mou qu'il fut impossible de soulever le lobe temporal suffisamment pour voir s'il y avait un caillot à la base. On se contenta d'enlever de nombreux caillots sanguins sur la convexité. Même taille de lambeau de l'autre côté, même enlèvement de caillots; et on laissa s'échapper une certaine quantité de liquide céphalorachidien. La tension baissa considérablement. Réunion sans drainage. Amélioration immédiate. La circulation se rétablit peu à peu et la protrusion de l'œil disparut. L'enfant est aujourd'hui fort et semblable en apparence à tout autre enfant normal. Ce cas, en même temps qu'il montre les difficultés possibles de l'intervention, établit une fois de plus l'importance fondamentale de la décompression dans ces cas.

F. GARDNER.

L'état du sang après les opérations et les fractures. (Frank I. Dawson. *The Edinburgh med. Journ.*, nov. 1905, vol. XVIII, n° 5, p. 426.) — A la suite de patients et longs examens pratiques dans les divers services de chirurgie des hôpitaux d'Edimbourg, et dont il donne la description dans cet article, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Après toute opération aseptique on observe presque toujours une élévation de température de 1 degré Fahrenheit. Cette élévation a lieu d'ordinaire le lendemain de l'opération et disparaît en quelques heures. Elle a lieu quel que soit le bon aspect de la plaie.

Après chaque opération aseptique on observe une augmentation considérable du nombre des leucocytes dans le sang, alors que les hématies ne changent pas. Cette augmentation débute trois ou quatre heures après l'opération et la décroissance se fait progressivement après deux ou trois jours.

Cette augmentation porte surtout sur les polynucléaires, un peu moins sur les gros mononucléaires. L'augmentation de ces derniers s'observe surtout au moment de la décroissance de la leucocytose. Les petits mononucléaires, les éosinophiles sont au contraire moins nombreux que normalement, surtout le lendemain de l'opération.

Dans certains cas une faible réaction du glycogène peut être obtenue dans les polynucléaires.

L'auteur démontre successivement que cette hyperleucocytose ne peut être due :

Ni à l'hémorragie opératoire dont elle est indépendante;

Ni à la gravité de l'opération;

Ni à l'anesthésique employé. Le chloroforme diminue plutôt le nombre des leucocytes. L'éther les augmente à peine et porte surtout son action sur les hématies; son action hémolytique nette est à retenir si on a à opérer des anémiques et des cachectiques;

Ni à l'augmentation de température. Les deux phénomènes qui reconnaissent sans doute la même cause, se montrent le plus souvent indépendants;

Ni à la préparation générale du malade comme l'emploi de purgatifs, ni à sa préparation locale par emploi d'antiseptiques;

Ni à l'emploi des antiseptiques pendant l'opération, car on l'observe après des interventions purement aseptiques;

Ni à la résorption du sang et des caillots et à l'attrition des tissus, car on ne l'observe pas dans les fractures, même dans les fractures de la rotule où l'épanchement peut être énorme;

Ni à la diète plus ou moins complète des malades; on l'observe dans des opérations pratiquées avec un anesthésique local sans aucun changement de régime.

Par élimination l'auteur en arrive à conclure que de même que l'élévation thermique, cette hyperleucocytose est toujours due à une infection atténuée de la plaie. Ces faits démontreraient que l'asepsie absolue est impossible et qu'après chaque opération il y a une réaction de l'organisme contre les microorganismes introduits dans le champ opératoire.

On voit l'intérêt pratique de ces recherches : en présence d'un opéré qui donne des inquiétudes, il faudrait craindre une infection opératoire si la température ne s'abaissait pas le second jour après l'opération, si en même temps on n'observait pas une diminution de l'hyperleucocytose, ou si après cette défervescence on observait une nouvelle poussée de leucocytose.

M. LANCE.

PHYSIOLOGIE

Origine nerveuse de certaines lésions anatomiques et de certains troubles fonctionnels de l'estomac. (*Il Policlinico.* Section méd., avril 1906.) — Le professeur Schupfer ayant lié plusieurs fois chez les chiens les racines spinales antérieures et postérieures comprises entre la quatrième et la huitième dorsale ou entre la cinquième et la neuvième, et cela des deux côtés à la fois, a observé constamment une augmentation de l'acidité du suc gastrique due principalement à HCl combiné. Aucune modification du côté de l'acide lactique, du labferment, de la pepsine ni de la mobilité gastrique.

Chez les animaux ainsi traités, Schupfer a constaté au niveau de la muqueuse, surtout vers le pylore de petits points nécrosés et des incisions hémorragiques superficielles; il les attribue à une lésion des fibres d'origine du grand splanchnique, lesquelles joueraient un rôle dans les phénomènes trophiques et sécrétoires de l'estomac.

Passant à la pathologie humaine, l'auteur rapporte une série de recherches sur le chimisme et la motilité gastriques pratiqués chez des malades atteints de lésions de la moelle épinière généralement transversales et situées à des hauteurs diverses; or le chimisme n'était altéré que lorsque l'altération siégeait entre la huitième et la neuvième dorsale.

Schupfer pense donc que chez l'homme également, quand il y a lésion des cellules ou des rami communicantes correspondant au grand splanchnique, il peut exister non seulement des altérations du chimisme mais encore de la motilité de l'estomac. Il reconnaît cependant que ses observations sont encore trop peu nombreuses pour permettre d'en tirer autre chose qu'une hypothèse.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

VARIOLE

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS

La variole est une fièvre éruptive, contagieuse, épidémique, inoculable d'un individu à un autre, et qui peut affecter quatre formes principales (1) :

a. VARIOLE ORDINAIRE. — Elle peut être *discrète* ou *confluente.* Dans la variole *discrète* (syn. : *commune, régulière*), l'éruption cutanée est peu abondante, de telle sorte qu'il existe, entre les éléments éruptifs, de notables étendues de peau saine, les phénomènes généraux n'atteignent pas toute l'intensité qu'ils acquièrent dans la plupart des autres formes ; la guérison est relativement fréquente. Dans la variole *confluente*, l'éruption recouvre, au contraire, la plus grande partie des téguments; les phénomènes généraux sont extrêmement graves, la mort presque fatale. Cependant, dans la variole confluente, il faut distinguer deux groupes de faits : ceux où la confluence est primitive, et ceux (*varioles cohérentes-confluentes*) où elle n'est que secondaire : ceux-ci comportent un pronostic beaucoup moins sévère que ceux-là.

b. VARIOLE ABORTIVE (syn. : *varioloïde*, *variole modifiée*, Trousseau), La varioloïde n'est ni une variole bénigne, ni une fausse variole : c'est une variole *qui n'aboutit pas à la période de suppuration.*

c. VARIOLE HÉMORRAGIQUE. — *Précoce* ou *tardive*, selon que les hémorragies y apparaissent *avant* ou *après* l'éruption, elle est toujours très grave.

d. VARIOLE INOCULÉE. — C'est elle qui constituait jadis la *variolisation*, faite dans le but de donner, à l'individu inoculé, une variole légère, le mettant à l'abri de toute variole ultérieure. On peut en rapprocher la *variole des femmes enceintes* et la *variole fœtale.*

SYMPTOMATOLOGIE. — Variole ordinaire. — § 1. VARIOLE DISCRÈTE. — Elle passe par *quatre périodes.*

a. INCUBATION. — *Dix à douze jours en moyenne* (Balzer et Dubreuilh), avec des variations de huit à quatorze jours. Elle serait un peu plus courte dans les pays chauds (Borsieri). Les prodromes sont absolument exceptionnels, et, *le plus souvent, la période d'incubation reste tout à fait silencieuse.*

b. INVASION *brusque*, caractère capital. L'invasion se manifeste par deux ordres de symptômes : les uns habituels, les autres, plus rares.

I. *Symptômes habituels.* — Ce sont : 1° La *fièvre* précédant d'un à deux jours le *frisson*, lequel est souvent unique et prolongé, comme dans la pneumonie, et s'accompagne de *tachycardie* (100 à 120 degrés chez les adultes, 120 à 150 degrés chez les enfants), le pouls étant habituellement dur et régulier, et d'accélération respiratoire ; 2° La *céphalalgie*, contemporaine du frisson, est constante; surtout frontale, elle peut être très violente, pulsatile, rappelant la céphalée méningitique ; 3° La *rachialgie*, moins fréquente, apparaît à la même époque ; ordinairement modérée, siégeant dans la région lombaire, elle peut s'accompagner, dans les cas graves, de rétention d'urine, et, surtout, de paraplégie temporaire, attribuée par Trousseau à la congestion de l'axe cérébro-spinal, et, par Jaccoud, à la compression des nerfs, au niveau du trou de conjugaison, par les plexus veineux, gorgés de sang; 4° Les *troubles digestifs* les plus importants sont les *vomissements* qui ne manquent jamais ; glaireux, alimentaires ou bilieux, ils durent vingt-quatre à quarante-huit heures, rarement plus; puis viennent l'*épigastralgie*, souvent accompagnée de douleurs « sur la fossette du cœur » (Sydenham), et la *constipation*, absolument constante chez l'adulte, et durant autant que la maladie. Chez l'enfant, il y a quelquefois de la diarrhée. L'*anorexie* est complète : la soif vive, la langue pâteuse, blanche sur le dos, rouge sur les bords ; la muqueuse pharyngienne est congestionnée, douloureuse à la déglutition. Le *foie* et la *rate* sont *augmentés de volume;* 5° Enfin, les malades éprouvent une *sensation de malaise* des plus pénibles : leur face est vultueuse, leurs conjonctives injectées, leur appareil circulatoire en état d'éréthisme ; la peau est couverte de sueur, ou, au contraire, très sèche ; il y a de l'agitation, de l'insomnie, du délire, de l'anxiété, des étourdissements, des vertiges, des tendances à la syncope lorsque les malades s'assoient, etc., etc. ; 6° Les *urines* sont un peu moins abondantes que normalement, fortement colorées, d'acidité exagérée, de densité élevée ; elles ne contiennent que peu de matières extractives. Parfois, il existe un peu d'albuminurie transitoire ; 7° Les *hémorragies* (en dehors de toute variole hémorragique) ne s'observent que chez la femme et chez l'enfant. Chez celui-ci, elles se traduisent par des épistaxis ; chez celle-là, par un avancement ou une exagération du flux menstruel.

II. *Symptômes plus rares.* — Ils sont de deux ordres : *nerveux* et *cutanés :*

1. *Nerveux.* — Ce peuvent être : α. des *douleurs* sur le trajet des différents nerfs, ou au niveau des muscles, des articulations, des viscères : elles sont d'origine congestive; les anciens leur attribuaient une signification des plus fâcheuses; β. des *convulsions* observées surtout chez les adultes nerveux et les enfants, et présageant, d'après Sydenham, une variole discrète ; γ. du *délire*, dont Jaccoud distingue trois types : délire calme, délire du nervosisme et de la fièvre; délire alcoolique; délire aigu, hyperpyrétique, conduisant parfois les malades au suicide, pouvant revêtir les formes adynamique ou ataxique, comportant toujours un pronostic très grave; δ. des *troubles de la parole*, exceptionnels, coïncidant parfois avec la paraplégie ; ε. des *accidents dyspnéiques.* Le coma peut aussi, dans quelques cas, ouvrir la scène.

2. *Cutanés.* — Ce sont les *rash*, éruptions éphémères, érythémateuses ou purpuriques, et rattachées à la variole, depuis Trousseau. Ils *apparaissent habituellement le deuxième ou le troisième jour.* Pour Barthélemy, leur date d'apparition dépendrait de leur forme. Leur fréquence varie selon les épidémies : ils accompagnent surtout la varioloïde (Trousseau), mais peuvent s'observer dans toutes les formes de la variole. Leur valeur pronostique est encore mal connue ; les uns admettent, avec Balzer et Dubreuilh, qu'ils ne modifient en rien la marche de la fièvre ou celle de l'éruption ; les autres admettent, avec Roger, qu'ils accompagnent surtout les formes graves de la variole. Ils présentent deux variétés :

a. *Rash érythémateux.* — Ils peuvent être : α. *morbilliformes :* ils se localisent alors à la poitrine et à la région sous-ombilicale de l'abdomen, et forment des taches confluentes ou discrètes ; β. *érysipélateux :* ceux-ci, très rares, sauf dans les formes graves, se distinguent de l'érysipèle par l'absence de bourrelet et d'adénite ; γ. *ortiés :* très rares aussi.

b. *Rash hémorragiques.* — α. La plus fréquente est le *rash scarlatiniforme.* Parfois, précédé de démangeaisons, il débute dans la région inguinale, et, de là, s'étend rapidement aux aines, à l'hypogastre et à la face interne des cuisses (*triangle crural*), quelquefois aussi aux flancs, aux aisselles et à la face interne des bras (*triangle brachial*). Jamais il ne revêt toute la surface du corps. Il offre quelquefois une disposition métamérique, ce qui démontrerait son origine médullaire. Il se couvre, parfois, par places, de taches ecchymotiques. Au bout de un jour ou de deux, il disparaît en prenant successivement des teintes de plus en plus dégradées (Barthélemy); β. quelquefois, à sa suite, on observe un véritable rash hémorragique léger, peu grave.

La *durée* de la période d'incubation, dans la variole discrète, est *de trois à quatre jours* (Syndenham, Trousseau).

(*A suivre.*)

(1) BIBLIOGRAPHIE. — Lire, parmi les auteurs modernes : BALZER et DUBREUILH, *Dict. Jaccoud*; AUCHÉ, *Traité Brouardel-Gilbert*, 2e édit. ; DIEULAFOY, *Manuel de pathologie interne.*

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de saison à prix réduits* [Berne, Interlaken, Zermatt (Mont-Rose-Gornergrat)], validité : 60 jours.

De Paris à ou vice-versâ : Berne, 1° via Dijon-les-Verrières, à l'aller et au retour, 2° via Dijon-les-Verrières à l'aller et via Délémont-Delle, Paris-Est, au retour : 1re classe, 100 francs; 2e classe, 75 francs; 3e classe, 50 francs; — Interlaken (mêmes itinéraires que pour Berne) : 1re classe, 112 francs; 2e classe, 83 francs; 3e classe, 56 francs; billets délivrés du 1er avril au 15 octobre.

De Paris à Zermatt (sans réciprocité), via Dijon-Pontarlier-Lausanne : 1re classe, 140 francs; 2e classe, 108 francs; 3e classe, 71 francs; billets délivrés du 15 mai au 27 septembre.

Ces billets ne peuvent être utilisés entre Viège et Zermatt que jusqu'au 31 octobre (le chemin de fer de Viège à Zermatt ne fonctionnant pas après cette date).

Arrêts facultatifs sur tout le parcours. Franchise de 30 kilogrammes de bagages sur le réseau P.-L.-M. Aucune franchise en Suisse.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE. 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'intervention opératoire dans les fractures, par le docteur Albin Lambotte (d'Anvers). In-8° de 220 p., avec fig.— Prix : 15 francs. — Paris, A. Maloine.

Nouveau formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par le docteur Odilon Martin, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon. Préface du professeur Grasset (de Montpellier). In-18 de 900 pages, sur papier extra-mince, cartonnage souple. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La prothèse par les injections de paraffine, par le docteur Lagarde. In-8° de 259 p. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Bibliothèque de la nutrition. L'œil diathésique. Relations de la diathèse avec les affections des organes de la vision, par le docteur Fernand Giraud. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

L'évolution de la prostitution, par le docteur Félix Regnault, professeur au collège libre des sciences sociales. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique, par le docteur Wicart. In-8° de 188 p. — Paris, Paulin et Cie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

N° 99. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1906. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Caboche (de Paris) et Loup, médecin-major à l'hôpital thermal de Vichy.

— La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après :

Médaille d'argent. — M. le docteur Marianelli, agent sanitaire principal à Rochefort-sur-Mer.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Fruitet et Mialaret, médecins civils en Nouvelle-Calédonie.

GUERRE. — ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Voici la liste, par ordre de mérite, des candidats nommés élèves à l'école du service de santé militaire par décision du ministre de la Guerre du 25 août 1906, à la suite du concours de cette année :

1. Russo, Coville, Bolotte, Bonjean, Maux, Bénard, Accolas, Razou, Marc, Galey.

11. Rougeux, Vermelin, Guilmain, Bureau, Rottier; Brusset, Tronyo (ex æquo); Séry, Buisson, Naudet.

21. Bertet, You, Gabrielle, Saulnier, Touranjon, Rémy, Lombardy, Vignol, Barral, Rasse.

31. Soderlindh, Blondel, Birat, Drouet, Ferry; Barbier, Bernard, Ayrolles (ex æquo); Brunhammer, Guibert.

41. Roshem, Maire, Bendon, Pilod, Abecassis, Maignier; Ollé, Achard (ex æquo); Bernard, Lacaze.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Primislas-Lallement, du port de Toulon, est désigné pour embarquer immédiatement sur le *Calédonien* (poste vacant).

M. le médecin de deuxième classe Bruhat, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le *Gaulois* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Carrère, promu médecin de première classe.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-troisième semaine, 844 décès, au lieu de 842 pendant la semaine précédente (moyenne 828). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 37, au lieu de la moyenne 44.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2, au lieu de 5 la semaine précédente (moyenne 18).

La rougeole a causé 4 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente, la moyenne est 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 29, au lieu de 36 précédemment.

La scarlatine a causé 2 décès, chiffre identique à la moyenne; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 28, il s'élevait à 44 pendant la semaine précédente (moyenne 52).

La coqueluche a causé 4 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 28, au lieu de 39 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 60.

La diarrhée infantile a causé 102 décès de 0 à 1 an, au lieu de 122 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 18 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 57 décès, au lieu de 78 pendant la semaine précédente (moyenne 81). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 1 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 3 (moyenne 10); pneumonie, 15 (moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 38 (moyenne 46), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 14 à la broncho-pneumonie.

En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès.

DEUX INTERNES DES HOPITAUX commenceront en octobre une conférence privée d'internat. S'adresser au concierge de l'hôpital de la Charité.

REVUE GÉNÉRALE

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR LA PATHOLOGIE RÉNALE

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE DU REIN

SES ALTÉRATIONS TOXI-INFECTIEUSES ET LEURS CONSÉQUENCES

Par J. CASTAIGNE.

En 1884, dans le livre si documenté et si instructif que Cornil et Brault ont consacré à la pathologie rénale, l'importance de l'expérimentation était bien mise en relief, et les travaux personnels des auteurs venaient s'ajouter à ceux qu'avaient entrepris, antérieurement, Prévost et Cotard, Vulpian, Charcot et Gombault, Germont, etc. Depuis lors, les médecins continuèrent à demander à l'expérimentation le secret de tant de points restés obscurs dans l'histoire des néphrites, et c'est ainsi que Gaucher, dans sa thèse d'agrégation, cherche à baser, sur des constatations de ce genre, la pathogénie des néphrites.

Puis, avec l'ère microbienne, sont mis successivement en relief le rôle des microbes et de leurs toxines, grâce aux travaux de Bouchard, de Charrin et, plus récemment, de Claude.

Mais, à côté des poisons microbiens, le rôle des auto-intoxications, dans les néphrites, est certainement considérable et Gouget a cherché à l'établir expérimentalement pour les poisons d'origine intestinale et hépatique. Enfin, dans ces dernières années, la notion des cyto-toxines telle que l'a conçue Metchnikoff nous a semblé directement applicable aux reins et dans une série de travaux expérimentaux faits en collaboration avec Rathery, nous avons montré toutes les conséquences pratiques qui découlent de la connaissance des néphro-toxines.

Entre temps, d'ailleurs, les chirurgiens demandaient aussi des éclaircissements à la pathologie expérimentale. Il faut citer, en premier lieu, le travail publié, en 1889, par Tuffier, sous le titre d'*Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein*, puis la thèse d'Albarran et l'ensemble de ses expériences qu'il a réunies dans son article du *Traité de chirurgie pratique*. Enfin, les tentatives faites par Pousson, par Edebohls, pour guérir chirurgicalement les néphrites aiguës et chroniques, amenèrent différents auteurs à tenter des expérimentations pour savoir si ces opérations sont, ou non, justifiées.

Tels sont, dans leurs grandes lignes et pour n'en citer que les principaux acteurs, les travaux de pathologie rénale expérimentale qui ont été entrepris dans ces derniers temps. Ils sont si importants que l'on pourrait dire, sans crainte d'exagérer, que, à l'heure actuelle, chacun des chapitres de la pathologie rénale humaine se double d'un chapitre expérimental qui éclaire et complète l'étude anatomo-clinique.

C'est cette pathogénie expérimentale du rein que nous voulons étudier ici, en montrant, d'un mot, les services que chaque intervention sur l'animal a rendus à la clinique humaine. Mais de même que les maladies des reins peuvent être scindées en maladies toxi-infectieuses et maladies de cause mécanique, de même les expérimentations sur les reins peuvent être utilement divisées en deux groupes, selon que l'on met en œuvre une action mécanique ou toxi-infectieuse. Ce sont ces dernières que nous avions seules en vue dans ce chapitre, nous réservant d'étudier ensuite les altérations mécaniques et leurs conséquences.

I

Des méthodes employées pour élucider expérimentalement la pathologie des reins. — La pathologie expérimentale du rein, comme celle de tous les organes, comprend forcément, au moins, deux temps : le premier comporte la mise en action de la substance destinée à provoquer une lésion ; le second est consacré à l'étude des lésions qu'on a provoquées. Le premier temps pourra varier, pour ainsi dire, à l'infini, puisque l'étiologie des néphrites expérimentales est très complexe ; pour le second temps, au contraire, il sera indispensable d'être très méthodique et d'employer une technique irréprochable et toujours la même, afin que les lésions constatées dans les différents cas, puissent être toujours comparables entre elles.

1° L'*étude histologique des lésions* (1) constitue donc la partie la plus importante et la plus difficile dans la pathologie expérimentale des reins.

Les recherches que nous avons entreprises avec Rathery nous ont montré que deux grandes causes avaient faussé toute une série des résultats histologiques obtenus par les expérimentateurs : d'une part, les altérations cadavériques de l'épithélium rénal ; d'autre part, les altérations dues aux mauvais fixateurs.

L'épithélium des tubes contournés est, en effet, un de ceux qui s'altèrent le plus rapidement après la mort, et nous avons pu, dans nos expériences avec Rathery, apprécier expérimentalement la rapidité de cette altération. Nous avons sacrifié une série de lapins normaux, et nous avons prélevé leurs reins pour en faire l'examen histologique, dix minutes, trente minutes, une heure, deux heures, douze heures, vingt-quatre heures après la mort de l'animal. Nous avons ainsi constaté que les altérations cadavériques étaient très prononcées, dès la première heure après la mort ; il est même à remarquer que ces lésions ne sont guère plus avancées après vingt-quatre heures qu'après deux heures. Ces altérations de l'épithélium des tubes contournés sont surtout de deux ordres : ou bien les cellules se sont détachées de leur membrane basale et sont

(1) Il nous sera impossible de décrire en détail ici la technique dont nous nous sommes servi dans nos expériences personnelles non plus que l'ensemble des déductions pratiques auxquelles nous sommes arrivé. Pour les questions théoriques, nous renvoyons à la très excellente thèse de Rathery, et quant aux applications pratiques, nous les avons détaillées dans le *Manuel des maladies des reins* de Debove, Achard et Castaigne où nous avons étudié les néphrites au point de vue surtout clinique.

libres dans la lumière du tube; ou bien, l'épithélium qui est resté en place, laisse échapper des boules sarcodiques qui s'épanchent à l'intérieur du tube. Il faudra donc se garder de prendre ces altérations cadavériques pour des lésions produites par l'expérimentation qu'on a mise en œuvre.

De même nous avons vu, avec Rathery, qu'il est très difficile, par les méthodes usuelles de fixation et d'inclusion, de ne pas entraîner des altérations traumatiques ou chimiques des épithéliums. Nous avons montré, en effet, que les milieux fixateurs employés, étaient souvent cause des altérations épithéliales que l'on constate sur les coupes, de telle sorte qu'il est très difficile de savoir si les altérations constatées sont dues à l'expérience que l'on a faite ou au fixateur que l'on a employé. En revanche, nous avons obtenu des résultats toujours identiques par la méthode de Van Gehuchten Sauër, légèrement modifiée, mais à condition qu'on la suive fidèlement dans tous ses détails.

De ces constatations découlent des conclusions très importantes pour l'étude de l'histologie expérimentale du rein. Si l'on veut que ces études aient une réelle valeur, il faut que l'animal sur lequel on intervient n'ait pas été anesthésié (l'anesthésique employé lèse le plus souvent le rein); qu'on ne se soit pas servi de substances antiseptiques, le plus souvent toxiques pour le rein; que le rein à étudier ait été prélevé aussitôt après la mort, fixé, et inclus immédiatement par une technique impeccable. Toutes ces précautions minutieuses sont indispensables pour que la pathologie expérimentale du rein ait quelque valeur.

2° *Étude expérimentale « in vivo »*. — Cette méthode d'étude, la seule employée, jusqu'à ces derniers temps, consiste dans la mise en œuvre, sur un animal vivant, d'une cause quelconque de lésions des reins (traumatisme du rein, ligature de tout ou partie du pédicule rénale, injection à l'animal d'un poison d'une toxine ou d'un microbe, ingestion d'une substance toxique, etc., etc.). Cette méthode est excellente, mais à une condition, c'est qu'on ne lui demande pas plus qu'elle ne peut donner, et il nous semble qu'on est allé trop loin dans les conclusions qu'on en a tirées.

En réalité, c'est le procédé idéal pour étudier l'histologie fine des néphrites expérimentales et suivre leur évolution. Les résultats obtenus, à ce point de vue, par toute une série d'auteurs et en particulier par Cornil et Brault au point de vue des lésions aiguës et par Claude au point de vue de l'évolution des lésions, sont des constatations du plus haut intérêt que nous résumerons, d'ailleurs, plus loin.

Mais peut-on dire aussi que cette méthode permet d'étudier l'action toxique que peut avoir, sur le rein, un liquide donné; peut-on, autrement dit, affirmer que toutes les substances solubles qui, injectées sous la peau des animaux, produisent des lésions rénales, sont toxiques pour le rein? Nous ne le croyons pas et, à ce point de vue, il nous semble nécessaire de préciser le fort et le faible de cette méthode expérimentale.

C'est que ce procédé, s'il a pu rendre de bons services, est, en réalité, trop sensible : il est facile, en effet, de se rendre compte que tout liquide injecté à des animaux de petite taille produit — à coup sûr — des lésions rénales : nous avons pu le constater personnellement en nous servant de liquides en apparence très inoffensifs tels que l'eau simple, l'eau salée, etc., et nous pouvons ajouter, d'ailleurs, que les lésions ainsi provoquées étaient de même nature que celles qu'on détermine par l'injection de la plupart des substances réellement toxiques.

Dans ces conditions, on a beau jeu, quand on veut appuyer une théorie pathogénique ou thérapeutique, à venir dire : La preuve que telle substance est toxique pour le rein, c'est, qu'injectée sous la peau des animaux, elle produit des lésions rénales.

Or, comme on peut invoquer cet argument expérimental pour donner un fondement, en apparence scientifique, à des théories qui peuvent ensuite être prises pour des réalités, il nous a semblé, pour cette raison, nécessaire de montrer que, si cette méthode d'étude a rendu de très réels services à l'étude de l'histologie des lésions et à celle de leur évolution, en revanche, elle est beaucoup trop sensible pour renseigner sur l'action toxique que peuvent avoir, sur le rein, les différentes substances solubles.

3° *Méthode d'expérimentation « in vitro »*. — Ce procédé que nous avons préconisé avec Rathery est, sans doute, plus difficile à mettre en pratique que le précédent, mais il a cet immense avantage d'avoir pu nous permettre de préciser le mode d'action bien différente que peuvent avoir, sur le rein, les diverses substances solubles dont l'action « in vivo » produit la même albuminurie et les mêmes lésions rénales.

Nous ne pouvons pas exposer ici, en détail, les principes de cette méthode pas plus que le procédé dont nous nous servons, et nous devons nous borner à en indiquer les conclusions pratiques.

Disons, cependant, que nous avons cherché à mettre en œuvre une technique analogue à celle, bien connue maintenant, qui sert à étudier l'hématolyse. Il nous fallait donc trouver d'abord un liquide réno-conservateur, c'est-à-dire dans lequel on puisse plonger un fragment de rein pendant une demi-heure ou une heure, sans que ses épithéliums soient altérés.

Ce milieu idéal, nous l'avons trouvé après bien des tâtonnements; il correspond à une solution de chlorure de sodium ayant un point cryoscopique de — 0°78. Toute solution salée ayant une concentration différente, altère le rein par osmo-nocivité.

De la connaissance de ce milieu réno-conservateur, il nous fut facile de tirer le moyen d'étude cherché; il suffit de préparer des milieux artificiels avec les différentes substances dont on peut étudier le pouvoir nocif sur le rein, de telle façon qu'ils aient un point cryoscopique de — 0°,78. On plongera dans ces milieux portés à l'étuve à 37 degrés, des fragments de reins qu'on retirera au bout d'une demi-heure et qu'on fixera et inclura par les procédés que nous avons indiqués.

Si les épithéliums sont lésés, on pourra affirmer que la substance étudiée avait une action toxique sur le rein, puisqu'on s'est mis à l'abri d'une erreur possible provenant d'une action osmo-nocive.

Ce qui nous a permis d'affirmer la sensibilité de cette méthode, c'est qu'elle nous a donné des résultats différents avec des substances qui, injectées « in vivo », provoquèrent toutes de l'albuminurie, alors que l'on savait pourtant qu'elles ne pouvaient pas avoir une action analogue sur le rein. C'est ainsi, par exemple, que l'albuminurie est provoquée par les injections de solutions mercurielles, de toxines microbiennes, d'eau distillée, d'eau salée : on ne pouvait pas, cependant, dire pour cela que ces différentes substances avaient la même action.

Notre méthode d'étude « in vitro » a, selon nous, le mérite de préciser le mode d'action différent de chacune de ces substances, comme nous allons l'établir dans le chapitre suivant.

II

Résultats obtenus par l'étude expérimentale des toxi-infections des reins. — Nous ne pouvons que donner une très faible idée des innombrables travaux qui ont été faits à ce sujet, en relatant, à grands traits, leur histoire : on s'est d'abord servi des substances toxiques dont on connaissait le pouvoir très nocif (cantharide, sublimé, phosphore, arsenic), et l'on a constaté qu'elles produisaient des lésions très diffuses et très profondes des reins qui ont été décrites, avec le plus grand soin, en particulier par Cornil et Brault. On a cherché alors à appliquer la même méthode d'étude aux néphrites infectieuses. Les travaux de Bouchard et de Kannenberg sur l'élimination urinaire des bactéries conduisirent à incriminer l'action, directement nocive, des germes, sur le filtre rénal.

Les recherches de Cornil et de Berlioz sur les bacilles de macération du Jequirity, celles de Straus et Chamberland sur le charbon expérimental, parurent, un instant, contredire les constatations précédentes. Mais, cette contradiction apparente s'expliqua grâce à l'étude des toxines, et, en particulier, du poison pyocyanique, entreprise avec tant de suite par Charrin et aussi de la toxine diphtérique dont Roux et Yersin, Enriquez et Hallion nous ont fait connaître l'action expérimentale sur le rein. A partir de ce moment, l'action nocive des toxines, sur le rein, fut étudiée expérimentalement par de nombreux auteurs, et les travaux de Claude eurent le mérite d'établir expérimentalement les lésions diverses que l'on peut produire dans les reins, non seulement avec des poisons microbiens différents, mais encore avec la même toxine employée à dose massive ou à doses faibles et répétées, et l'on put ainsi préciser l'évolution histologique des lésions rénales.

Cette même méthode expérimentale fut employée pour prouver la réalité des *néphrites par auto-intoxication* et, dès 1888, Gaucher provoquait de l'albuminurie par l'injection de matières extractives.

Les recherches plus récentes de Gouget (1895) sont arrivées à montrer l'action nocive d'une série de poisons d'origine interne, à savoir : l'urine de malades atteints d'ictère ou de cirrhose; la bile; la bilirubine; les sels biliaires; l'urée; les matières extractives; les sels ammoniacaux; l'acide lactique; les peptones; les acides sulfo-conjugués, etc., etc.

Enfin, dans ces dernières années, la notion des cyto-toxines établie par Metchnikoff a suscité une série de travaux sur les néphro-toxines, et la méthode d'expérimentation nouvelle que nous avons proposée avec Rathery, nous a permis d'élucider toute une série de questions intéressant l'étiologie et la pathogénie des néphrites.

On voit, par cet exposé, combien nombreux sont les travaux publiés à ce sujet, et cependant nous avons été forcément très concis et nous avons passé sous silence la plus grande partie des auteurs qui ont collaboré à la pathologie expérimentale du rein. Il nous semble, en effet, beaucoup plus intéressant d'insister sur les résultats pratiques obtenus par cette méthode et, à ce point de vue, nous étudierons l'action des microbes — des toxines et des poisons — des néphrotoxines et enfin, dans un chapitre spécial, nous envisagerons les résultats fournis par l'étude expérimentale de l'hérédité en pathologie rénale.

1° Les microbes. — Ils ont été injectés sous la peau ou dans le torrent circulatoire, et leur passage, dans l'urine, est un fait mis en relief dès les premières expériences. Plus récemment, Biedl et Kraus ont montré que, si l'on fait une injection intra-veineuse de microbes (staphylocoques, coli-bacilles, bactéridies charbonneuses), l'élimination microbienne par les urines peut commencer cinq à six minutes après et se termine rapidement; von Klecké va même jusqu'à admettre, à ce sujet, que dans tous les cas d'infection sanguine, les microbes sont éliminés par le rein, et quand on ne constate plus la présence de bactéries dans l'urine, cela signifie que le sang n'en contient plus.

A côté de ces faits de bactériurie qui sont universellement admis, il existe aussi toute une série de cas dans lesquels l'étude des reins dont on fait l'examen histologique montre la présence de microbes soit dans les tubes contournés (travaux de Enriquez sur la néphrite pneumococcique), soit dans les glomérules, soit dans les espaces conjonctifs qui séparent les tubes urinifères.

Le rein sert donc de passage aux microbes qui, dans certains cas, y font un séjour plus ou moins durable.

Mais, malgré que ces constatations soient admises par tous les auteurs, on ne croit pas, en général, que les microbes jouent, par eux-mêmes, un rôle dans la production des lésions de néphrite et l'on se base pour appuyer cette affirmation : d'une part, sur les cas où l'élimination urinaire de microbes (en particulier, de la bactéridie charbonneuse) ne provoque expérimentalement aucune lésion; d'autre part, sur ce fait que l'action des seules toxines permet d'expliquer toutes les lésions provoquées par les microbes.

La pathogénie admise à l'heure actuelle est la suivante : le microbe, par son développement dans l'or-

ganisme, produit une série de poisons qui, en s'éliminant par les reins, sont la cause des néphrites, tandis que l'élimination des microbes ne donne lieu à aucune lésion.

Pour notre part, tout en reconnaissant le rôle très important des toxines solubles, nous croyons devoir insister sur le fait que des colonies microbiennes peuvent séjourner dans le rein et causer des lésions rénales du fait de leur présence.

Cette action pathogène des microbes est, d'ailleurs, admise pour les lésions suppurées, et l'on admet que les petits abcès développés à la surface du rein staphylococcique sont certainement produits par les microbes eux-mêmes; on peut en dire autant des tubercules miliaires produits par le bacille de Koch et des granulations multiples que l'on trouve à la surface des reins des animaux inoculés avec l'oïdium albicans.

Ces lésions prouvent donc bien l'action pathogène des microbes sur le rein, mais pourra-t-on objecter, il ne s'agit pas là, à vrai dire, de lésions de néphrite. Cette objection n'est pas absolument exacte, car, si l'on examine le tissu rénal qui environne ces productions spécifiques, on verra toujours une zone plus ou moins étendue dans laquelle il existe les altérations habituelles de la néphrite diffuse.

Et, à côté de ces cas où le microbe a une virulence suffisante pour produire l'ensemble des lésions dont nous venons de parler, il en est d'autres, où moins virulent il ne crée pas le second ordre d'altérations; on voit alors de véritables amas microbiens dans un vaisseau ou dans le tissu interstitiel et on constate que, si ces microbes n'ont pas déterminé d'infiltrations purulentes ni de lésions spécifiques, ils ont déterminé, autour d'eux, des lésions de néphrite diffuse. Nous avons pu constater des altérations semblables produites par injection de microbes peu virulents dans l'artère rénale, et on nous a montré des reins tuberculeux obtenus expérimentalement analogues à ceux que Jousset a décrits chez l'homme et dans lesquels il n'existe pas de granulations tuberculeuses, mais où des lésions localisées de néphrite sont constatées exclusivement dans les territoires où l'on rencontre des amas de bacille de Koch.

Nous ne voulons pas dire, pour cela, que les microbes agissent par pure action mécanique; nous sommes bien persuadé, au contraire, que, vivant au niveau du rein, ils sécrètent là, comme dans tout l'organisme, des produits toxiques qui diffusent dans les cellules de voisinage; c'est donc encore, si l'on veut, la toxine qui agit, mais pas, ainsi qu'on l'admet, en général, la toxine amenée par la voie circulatoire; ici, c'est un poison formé au niveau du rein lui-même et qui a une action purement locale.

2° Les toxines et les poisons. — Nous savons déjà que les expériences faites avec ces différentes substances solubles ont été entreprises dans un double but: étudier ou bien l'histologie et l'évolution des lésions rénales, ou bien le pouvoir toxique des différents poisons.

A. *L'histologie et l'évolution des lésions rénales* ont été admirablement bien étudiées par la méthode expérimentale « in vivo ». En ce qui concerne l'action immédiate des poisons, les descriptions de Cornil et Brault sur la néphrite cantharidienne expérimentale seront toujours relues avec fruit, de même que les travaux de Claude montrent bien l'évolution des lésions.

Nos constatations personnelles nous ont amené à soutenir qu'il faut distinguer, dans l'évolution histologique des lésions du rein, l'action toxique et la réaction morbide.

Si l'on injecte un poison directement dans un parenchyme quelconque, on provoque, tout d'abord, une lésion des cellules nobles elles-mêmes, et c'est ce qui caractérise l'action toxique proprement dite; mais, aussitôt, il se produit une vaso-dilatation, une diapédèse plus ou moins abondante que l'on pourrait considérer comme la réaction. C'est l'union de ces deux phénomènes morbides, pour ainsi dire inséparables, action et réaction, qui caractérise schématiquement l'inflammation. Si l'on a soin de ne pas prendre ces termes dans un sens absolument strict, et de ne pas croire aussi que la réaction a toujours un but défensif, puisqu'elle peut devenir dangereuse par excès et même être nocive d'emblée, cette notion de l'action morbide et de la réaction est capable d'expliquer la pathogénie des lésions inflammatoires, en général, et celle des néphrites, en particulier. Nous étudierons donc, successivement, l'action des poisons sur le rein, puis la réaction du tissu rénal, et nous verrons enfin comment les effets combinés de ces deux processus expliquent les différentes formes de néphrite.

Action des poisons sur le rein. — La première lésion en date est la cytolyse protoplasmique de l'épithélium des « tubuli contorti », c'est elle qui constitue l'action toxique proprement dite.

Mais cette cytolyse a des degrés au point de vue de l'étendue et de la profondeur des lésions.

Dans les cas où la substance toxique est très nocive pour le rein, toutes les cellules nobles sont atteintes à la fois et la cytolyse est à son comble, il y a destruction complète de la cellule. Ce sont là, d'ailleurs, des cas rares : le plus souvent, l'action toxique, sur le rein, est moins intense et plus limitée; la cytolyse reste aux stades que nous avons décrits, avec Rathery, sous le nom de premier ou de deuxième degré, et les lésions sont parcellaires.

Déjà Germont, Cornil et Brault avaient noté que, dans la néphrite cantharidienne subaiguë, à côté de systèmes glomérulo-tubulaires très altérés, d'autres restent absolument indemnes. De même, Charcot et Gombault, dans leurs recherches sur la néphrite saturnine expérimentale, faisaient remarquer que les territoires rénaux se prennent graduellement et, pour ainsi dire, un à un. Nos études personnelles sur les néphrites expérimentales aiguës et chroniques, faites avec Rathery, nous ont montré qu'il s'agissait là d'une loi générale et que, sauf les intoxications suraiguës qui donnent des lésions globales du rein, les autres intoxications aiguës et surtout lentes donnent lieu à des lésions parcellaires avec intégrité complète des zones rénales voisines.

Ainsi donc, on le voit, les différentes substances qui lèsent le rein peuvent avoir des processus différents, mais, de toutes façons, l'action nocive, sur le rein, se traduit essentiellement par la dégénérescence des cellules pouvant aller depuis le premier degré de la cytolyse protoplasmique jusqu'à la désintégration cellulaire complète, et l'on conçoit que, dans les cas où cette action se produit dans toute l'étendue du parenchyme rénal, la mort en soit la conséquence fatale, avant même que le parenchyme rénal ait le temps de réagir. Mais, d'une façon générale, les choses ne se passent pas ainsi, et la néphrite est essentiellement constituée par le mélange d'action toxique et de réaction rénale.

Réaction du tissu rénal contre l'intoxication. — Ici, comme dans tous les organes, les vaisseaux sanguins forment, très rapidement, une réaction contre l'intoxication. Elle se traduit, tout d'abord, par une vaso-dilatation marquée au niveau du bouquet glomérulaire, et cette vaso-dilatation entraîne une exsudation dans la cavité glomérulaire. Quand on sacrifie des animaux dans les premières heures qui suivent l'injection sous-cutanée de cantharidate, par exemple, on note que la cavité glomérulaire est distendue par un liquide qui contient de grosses cellules lymphatiques et des granulations d'origine hématique. Si la lésion obtenue est d'origine microbienne, on constate qu'il existe de nombreux microbes à côté de ces granulations, et on a tout lieu de croire que cet exsudat glomérulaire représente un moyen de défense contre la toxi-infection.

Dans un stade un peu plus avancé on constate une vaso-dilatation de tous les capillaires de la substance corticale, et on peut voir que beaucoup de ces capillaires sont entourés par un manchon de globules blancs. C'est la vaso-dilatation et la diapédèse défensive qui n'a, d'ailleurs, rien de particulier au rein.

Un peu plus tard, on voit proliférer les cellules du tissu conjonctif et les cellules plates qui tapissent la cavité glomérulaire, mais il s'agit plutôt là d'une action toxique que d'une réaction analogue aux précédentes.

Lorsque les altérations ainsi constituées ont tendance à s'organiser en tissu scléreux, comme, le plus souvent, il s'agit de cas où une série de territoires rénaux n'ont pas eu à souffrir, il se produit, d'après Tuffier et Toupet, Albarran, Chauffard, un processus d'*hypertrophie compensatrice*.

Mais, à côté de ces réactions défensives du rein, il faut tenir compte de l'existence des *réactions offensives* dont, jusqu'à ces dernières années, on ne s'était guère préoccupé; c'est l'étude des néphrotoxines faite avec Rathery qui nous a révélé leur existence. Nous avons pu montrer, en nous servant non seulement de l'expérimentation « in vivo », mais surtout de notre méthode plus précise « in vitro », que les reins atteints de néphrite laissent passer, dans la circulation, une substance toxique dont l'action nocive s'exerce d'une façon exclusive sur les reins, de telle sorte que l'on peut comprendre ainsi comment une intoxication passagère peut entraîner des lésions évoluant d'une façon continue. Si le sang apporte, par exemple, au rein une substance toxique telle qu'une toxine microbienne, il se produit alors des lésions rénales. La toxi-infection est bientôt guérie, mais si la néphrite persiste, les reins envoient, de ce fait, dans la circulation, des néphrotoxines qui reviennent aux reins avec le sang de l'artère rénale et créent des lésions nouvelles qui engendrent, à leur tour, des cyto-toxines et ainsi s'explique la continuité des lésions rénales, malgré que l'intoxication primitive ait été, en apparence, passagère.

Les effets combinés de l'action et de la réaction rénale expliquent les différentes formes anatomiques des néphrites. — C'est en partant de ces notions essentielles que nous avons pu établir que les différentes formes des néphrites étaient dues au mélange, en parties plus ou moins inégales, de l'action toxique et de la réaction morbide.

Quand l'action toxique est très violente, la destruction des cellules nobles est totale et complète, c'est la néphrite suraiguë, telle qu'on l'observe à la suite des intoxications massives : l'anurie et la mort en sont les conséquences.

Si l'intoxication est forte mais non brutale, il y a mélange des lésions actives et des réactions vasculaires et leucocytaires, et l'on peut assister à la formation de tous les types anatomiques de la néphrite aiguë ou subaiguë.

Si l'intoxication est lente, ces lésions sont parcellaires, la réaction est beaucoup plus marquée que l'action toxique elle-même, et les lésions évoluent vers la sclérose.

B. *Le pouvoir toxique des différents poisons* ne peut pas être apprécié, avons-nous déjà dit, par la méthode d'expérimentation « in vivo », et c'est surtout pour cette étude que nous avons préconisé avec Rathery la méthode « in vitro ».

Nous sommes ainsi arrivé à admettre que l'action nocive sur le rein peut s'exercer de trois façons différentes qui constituent, en quelque sorte, une échelle de gravité, que nous allons étudier en partant des cas les plus graves.

Une toxicité vraie directe. — C'est le cas, par exemple, des solutions mercurielles ou des sels de cantharidate, etc. : ces substances produisent des lésions rénales par injection à l'animal, et altèrent les épithéliums « in vitro ».

Une toxicité indirecte qui se comprend de la façon suivante : la substance injectée à l'animal est toxique pour d'autres tissus (par exemple, le sang ou le foie), et ces tissus lésés produisent, à leur tour, des humeurs toxiques pour le rein. C'est le cas, par exemple, de certaines toxines, et nous avons pu en donner une preuve péremptoire pour la toxine diphtérique : « in vitro » elle ne produit pas d'altérations des épithéliums rénaux; en revanche, injectée à l'animal, elle provoque des lésions rénales, et la preuve que c'est grâce à de nouvelles substances toxiques formées dans l'organisme et qui sont passées dans le sang, c'est que le sérum de ces animaux ainsi préparés est toxique « in vitro » pour le rein, alors que le mélange de sérum et de la toxine ne l'était pas.

Enfin, certaines substances produisent des *lésions rénales par osmo-nocivité*. — C'est ainsi que nous expliquons l'albuminurie produite par les injections d'eau distillée et de chlorure de sodium. Le sérum de ces animaux ramené au point de congélation de — 0°78 n'est, en effet, pas toxique, pas plus que ne le sont les solutions de NaCl au même point de congélation.

3° Sérums néphro-toxiques. — On sait l'importance qu'ont prise les cyto-toxines dans l'étude des causes d'altérations des organes et des tissus. Les résultats obtenus par les élèves de Metchnikoff au sujet des néphro-toxines furent loin de répondre, au premier abord, à ce que l'on observait pour le sang et certains autres tissus. La cause des contradictions signalées dans les premiers travaux tient, selon nous, à deux raisons : la première que tous les sérums injectés aux animaux peuvent produire des lésions rénales; la seconde que l'on n'employait pas des méthodes précises de fixation et d'inclusion.

Nous avons pu, avec Rathery, nous mettre à l'abri de ces deux causes d'erreur, et nous avons ainsi établi une série de constatations qui ont une importance étiologique et clinique.

Tout d'abord, nous avons montré que l'émulsion rénale était toxique, même à une dose assez faible, et entraînait rapidement la mort de l'animal auquel on l'injectait. Cette première conclusion a été vérifiée par Albarran et Bernard, qui ont fait de nombreuses expériences destinées à contrôler les nôtres et qui admettent que « la toxicité du parenchyme rénal est très élevée ». Il faudra dorénavant tenir compte de cette notion que nous avons établie, quand on fera des essais d'opothérapie rénale : c'est, d'ailleurs, ce que, dans un article récent, le professeur Teissier fait remarquer à l'occasion de la toxicité rénale, qu'il considère comme bien démontrée par nos constatations.

Quant à la production de substances néphrotoxiques dans le sang des animaux auxquels on injecte une émulsion de tissu rénal, nos expériences faites avec Rathery nous paraissent avoir levé tous les doutes, à ce sujet.

Nous savons, pour l'avoir constaté bien des fois, que si l'on amène le sérum d'un sujet normal, au point cryoscopique de — 0°78, par adjonction de quelques gouttes d'une solution saline à saturation, ce sérum ainsi modifié est réno-conservateur. Si l'on amène, de la même façon, à un point de congélation de — 0°78 le sérum d'un animal préparé par des injections d'émulsion rénale, on constate que ce sérum altère, d'une façon très notable, les épithéliums des reins.

L'existence d'une cyto-toxine produite par injection d'émulsion rénale à un animal, ne peut donc plus être mise en doute, et nous avons même pu démontrer que cette cyto-toxine se formait aussi dans l'organisme des animaux chez lesquels on provoque des lésions rénales expérimentales : nous allons voir, à ce sujet, comment l'expérimentation nous a amené à des constatations qui ont leur application directe en clinique humaine.

Quand on provoque, chez un animal, des altérations traumatiques d'un seul rein (ligature de l'uretère notamment), on peut se rendre compte que son sérum devient néphro-toxique, et plus tard, d'ailleurs, on constate que le rein du côté opposé subit un processus de néphrite progressive.

En employant cette même méthode d'étude du sérum, nous avons pu constater, chez l'homme, que le sang de certains malades atteints de néphrite était fortement néphro-toxique.

De même à la suite d'une hydronéphrose, d'un traumatisme portant sur un seul rein, nous avons vu que certains sujets présentent, plus tard, tous les signes d'une néphrite chronique bilatérale, et les autopsies nous ont montré que le rein non traumatisé était atteint lui aussi de toutes les lésions de la néphrite atrophique lente. Nous avons pu démontrer, à cette occasion, qu'à la suite d'une lésion même traumatique d'un rein, il passe dans le sang des substances néphro-toxiques qui vont altérer l'autre rein.

A la notion déjà classique du réflexe réno-rénal, nous avons ajouté celle du retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre par l'intermédiaire du sérum néphro-toxique.

Enfin, nous avons été amené à concevoir le mécanisme pathogénique de l'hérédité en pathologie rénale à la suite de constatations positives faites sur la toxicité « in vitro » du sérum et du liquide amniotique des femelles pleines qui sont atteintes de lésions rénales.

Ainsi donc, cette notion des néphro-toxines qui paraissait imprécise et même discutable aux premiers expérimentateurs, devient, de jour en jour, plus nette, car elle se base sur des constatations indiscutables, et plus féconde parce qu'elle nous donne l'explication de toute une série de constatations dont la pathogénie était très difficile jusqu'alors et qui maintenant — comme nous allons le voir — paraissent des plus simples.

4° Les néphrites unilatérales ont été l'objet de nombreux travaux, dans ces dernières années, en raison surtout des interventions chirurgicales qui ont été préconisées contre les néphrites en général. Nous avons, dès 1902, publié avec Rathery une série de travaux à ce sujet : notre opinion fut, à cette époque, adoptée par le professeur Lépine, et, depuis lors, nous avons pu recueillir une série de faits nouveaux qui ont été exposés récemment dans la thèse de notre élève Hédouin.

L'*expérimentation* ne fait, d'ailleurs, que confirmer les résultats fournis par l'observation anatomo-pathologique. Dans les intoxications que nous avons cherché à produire par injection sous-cutanée ou intraveineuse de poisons ou de toxines, quels que fussent la dose injectée et le manuel opératoire employé, nous avons toujours obtenu des lésions bilatérales, avec intensité sensiblement égale sur l'un ou l'autre rein. En revanche, nous avons pu provoquer des lésions suppuratives d'un seul rein, par injections intra-veineuses de culture microbienne. D'ailleurs, Albarran avait déjà provoqué des lésions unilatérales, après injections intra-veineuses

de coli-bacille : dans ce but, il contusionnait l'un des deux reins d'un animal auquel il venait d'injecter, dans la veine de l'oreille, une culture de *bacterium coli*. En faisant l'autopsie de l'animal le surlendemain, on constatait exclusivement, au niveau du rein contusionné, les stries jaunâtres de la suppuration commençante.

Il ressort, en somme, de l'ensemble de ces faits tant anatomiques qu'expérimentaux, qu'il peut exister sans doute des néphrites vraiment unilatérales ou à prédominance unilatérale, mais ce sont là des cas exceptionnels que l'on constate dans les cas de suppurations rénales.

La rareté de ces lésions unilatérales est facilement expliquée par ce fait que les poisons contenus dans le sang s'éliminent par les deux reins et doivent, par conséquent, les léser tous les deux : mais alors même qu'un seul rein aurait été primitivement touché, la néphrite ne restera pas longtemps unilatérale, parce que, comme nous l'avons montré avec Rathery, l'*altération d'un seul rein entraîne secondairement des lésions de l'autre rein*.

5° De l'hérédité en pathologie rénale. — Cette notion a été de même éclairée par la pathologie expérimentale. Mais avant d'exposer nos *résultats expérimentaux*, nous tenons à montrer que la clinique jointe à l'anatomie pathologique permet, à elle seule, d'affirmer l'importance de l'hérédité en pathologie rénale.

Nous avons constaté que les enfants issus de mères qui étaient atteintes de néphrite au moment de leur grossesse, présentaient une tendance plus marquée à être atteints d'albuminurie et de néphrite; nous avons vu quelques-uns de ces enfants mourir aussitôt après leur naissance, et l'examen histologique des reins a montré qu'ils étaient atteints de néphrite diffuse. Comme, d'autre part, l'examen de toute une série de reins d'enfants morts dans les premiers jours de leur vie ne nous a pas permis de constater les mêmes lésions rénales, si leurs mères n'étaient pas atteintes de néphrite grave, nous pensons que toutes ces raisons d'ordre anatomo-clinique sont suffisantes pour admettre l'influence de l'hérédité sur le développement des lésions rénales et pour en faire soupçonner la pathogénie. Il nous a semblé, toutefois, que si l'expérimentation permettait de reproduire des lésions identiques, la preuve de la nature héréditaire des altérations serait encore plus éclatante.

Nos recherches, dans ce sens, étaient facilitées par les travaux antérieurs de Charrin et de ses élèves : « Chez des femelles pleines, dit Charrin, tantôt nous avons malaxé, broyé, détérioré le rein droit ou gauche, exceptionnellement les deux; tantôt nous avons lié le pédicule vasculo-nerveux. Or, à côté d'indiscutables échecs, plus d'une fois, au niveau des glomérules ou des *tubuli* des petits lapins ou cobayes nouveau-nés, nous avons constaté l'existence de zones de congestion et d'hémorragies juxtaposées à des altérations épithéliales, à la vérité peu marquées. » Nous avons tenu à reproduire *in extenso* ce passage d'un article de Charrin, afin de montrer que les connaissances expérimentales qui en découlent sur l'hérédité rénale, sont encore bien minimes. C'est ce qui ressort également de la thèse plus récente de M. Delamare.

Aussi nous a-t-il semblé nécessaire d'étudier de plus près ces lésions congénitales, transmises expérimentalement, d'autant plus que nous pouvions entreprendre cette étude d'une façon très précise, grâce aux recherches que nous avions faites précédemment sur l'histologie pathologique du rein.

Nos expériences, avec Rathery, ont été conduites de façons diverses, qui nous permettent de classer, en deux grands groupes, les résultats obtenus : le premier comprend les cas où nous avons pratiqué des injections de substances néphro-toxiques à des femelles pleines; le second groupe, qui répond mieux à ce qui se passe en clinique humaine, comprend les cas où nous avons pu faire couvrir et rendre pleines des femelles auxquelles nous avions produit antérieurement des lésions rénales.

Les injections d'émulsion rénale ou de sérums néphrotoxiques sont très mal supportées par les femelles pleines, et il faut avoir soin de ne pas injecter de fortes doses si l'on veut éviter l'avortement.

Sur 10 femelles que nous avons ainsi traitées, 3 ont mis bas des fœtus morts, respectivement un jour, trois jours et dix-sept jours après l'injection. Les autres ont donné naissance à des petits vivants, mais chétifs, malingres, se développant mal et qui, pour la plupart, sont morts rapidement de cachexie progressive ou à la suite de convulsions.

L'étude des lésions rénales présentées par les jeunes animaux, dont *les mères étaient atteintes de néphrite avant d'être couvertes*, se rapproche davantage des faits que l'on a l'habitude d'observer en clinique, mais expérimentalement, ces lésions sont assez difficiles à provoquer, pour les raisons que nous allons énoncer.

Il faut, en effet, tout d'abord, que la néphrite produite chez la femelle soit assez intense pour qu'il passe dans la circulation des substances néphrotoxiques qui pourront envahir ultérieurement l'organisme fœtal. Mais il importe que ces lésions ne soient pas trop accentuées, afin que l'organisme puisse faire les frais nécessaires à la conception, à la grossesse et à la mise-bas à terme.

Nous avons pu, dans trois cas au moins, éviter ces deux écueils et provoquer, chez des femelles, des néphrites intenses, sans doute, mais permettant, toutefois, des mises-bas à terme, de sorte que nous avons pu étudier histologiquement les reins de leurs produits.

Les lésions que nous avons constatées dans ces deux séries d'expérimentations, sont analogues et offrent deux variétés : tantôt les altérations étaient uniquement épithéliales, et, pour ainsi dire, superficielles; tantôt, elles étaient diffuses et durables.

Les lésions épithéliales se présentent sous l'aspect que nous avons nommé cytolyse protoplasmique, et sont tout à fait comparables à celles que l'on observe chez les animaux auxquels on a injecté de l'émulsion rénale. On trouve, en effet, disséminés sur l'étendue des coupes, une série d'îlots formés

de quatre ou cinq tubes et tranchant, par leur coloration claire, sur les tubes voisins qui sont tout à fait intacts. Si l'on examine ces zones altérées à un plus fort grossissement, on note que les cellules ont perdu presque complètement leurs granulations, surtout dans les parties sus et péri-nucléaires. Il s'agit donc là de lésions très marquées des tubes contournés, entraînant le passage d'albumine dans les urines, mais de lésions limitées, permettant la survie des animaux.

Les altérations diffuses que nous avons produites expérimentalement sont analogues à celles dont nous avons signalé l'existence chez de jeunes enfants nés de mères atteintes de néphrite interstitielle.

A un faible grossissement, on constate des zones très nettes de sclérose péri-glomérulaire et péri-tubulaire. Il s'agit, dans ces cas, de sclérose jeune (tissu conjonctif avec nombreuses cellules embryonnaires), mais les fibrilles sont cependant assez volumineuses et prennent intensément le carmin, de sorte qu'on ne peut pas croire que ce soit du tissu mésenchymateux, lequel est constant, comme nous l'avons montré, dans les reins des fœtus normaux mais disparaît complètement à la naissance.

Les tubes contournés qui sont encerclés par la sclérose prennent un aspect étoilé et s'atrophient, de même que les glomérules voisins deviennent imperméables et que les parois des artérioles sont très nettement épaissies.

En dehors des zones conjonctives, on trouve, par places, des groupes de tubes contournés dont l'épithélium est très altéré : la bordure en brosse a complètement disparu, et le protoplasma cellulaire n'est plus représenté que par une bande très mince adhérant à la membrane basale. On assiste, en ces points, à la formation de cylindres intratubulaires.

Telles sont les lésions expérimentales que nous avons pu provoquer, et il est facile de comprendre que leur connaissance complète utilement les notions anatomo-cliniques. Nous n'avions constaté, en effet, que les lésions ultimes, non compatibles avec l'existence de l'enfant; expérimentalement, nous avons reproduit ces lésions diffuses et montré ainsi qu'elles sont bien dues à l'hérédité, mais de plus, nous avons pu établir que, dans un grand nombre de cas, les lésions sont plus superficielles, compatibles avec l'existence, et cela nous permet de comprendre les formes héréditaires moins graves, notamment de débilité rénale.

De l'ensemble de ces faits, il résulte que la notion de l'hérédité en pathologie rénale repose sur une triple base : clinique, anatomo-pathologique, expérimentale.

La clinique nous apprend que des mères atteintes de néphrite donnent naissance à des enfants dont les reins sont moins résistants aux infections et aux intoxications (débilité rénale, albuminurie héréditaire et familiale). Dans certains cas même, les altérations rénales sont tellement prononcées qu'elles ne sont pas compatibles avec l'existence, et les enfants succombent dès les premières heures ou les premiers jours de leur vie.

C'est dans ces derniers cas qu'il nous a été possible de faire des examens histologiques, qui nous ont montré que les reins des enfants nouveau-nés pouvaient être atteints de néphrite diffuse très profonde.

Mais nous n'arrivions ainsi qu'à la connaissance des cas extrêmes, non compatibles avec l'existence, et nous n'étions pas fixé sur le substratum de ces faits cliniques, beaucoup plus fréquents, que nous avons décrits sous le nom de débilité rénale.

L'expérimentation nous permet de combler cette lacune, tout en confirmant les résultats d'histologie humaine. Nous avons pu, en effet, produire des néphrites chroniques chez des femelles que nous avons fait couvrir par la suite : les produits de ces femelles présentaient des altérations rénales que nous avons pu classer en deux groupes, selon les observations. Dans certains cas, il s'agissait de néphrites diffuses tout à fait comparables à celles que nous venons de signaler chez les fœtus humains. Dans d'autres cas, les lésions étaient beaucoup plus superficielles, exclusivement épithéliales, compatibles avec la vie, mais déterminaient cependant de l'albuminurie. Il y a tout lieu de supposer qu'il existe des altérations semblables chez les enfants atteints de débilité rénale ou d'albuminurie héréditaire.

Enfin, l'étude du pouvoir néphrotoxique du sérum et du liquide amniotique des femelles pleines, atteintes de néphrites, nous a montré qu'il existe des substances néphrotoxiques dans le sang maternel et qu'elles sont transmises très abondamment au fœtus.

Dans ces conditions, le mécanisme pathogénique des différentes formes de l'hérédité rénale est facile à comprendre : puisque toute malade atteinte de néphrite présente, dans son sérum, des substances très toxiques pour le rein, et puisque ces substances passent facilement de la mère au fœtus, on conçoit que, dans tous les cas où une femme atteinte de néphrite devient enceinte, le fœtus est, pendant toute la durée de son développement, irrigué et baigné par des humeurs néphrotoxiques. Mais il y a des degrés dans la toxicité : aussi, dans certains cas, les altérations seront-elles si marquées que la mort surviendra dans les premiers jours ou même les premières heures, tandis que, dans d'autres, les altérations sont superficielles et compatibles avec la vie; mais le rein n'en reste pas moins un point faible, prêt à présenter des réactions lésionnelles à l'occasion des moindres poussées toxiques on infectieuses.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie vient de publier un album artistique intitulé *Itinéraire illustré Paris-Simplon-Milan.*

Cet album, qui renferme des panoramas cartographiques, des reproductions en simili-gravures et dessins à la plume, est mis en vente au prix de 50 centimes dans les bibliothèques des principales gares du réseau; il est envoyé également à domicile sur demande accompagnée de 60 centimes en timbres-poste et adressée au Service centrale de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

ANALYSES

MÉDECINE

Bacilles paratyphiques et infections paratyphoïdes. (F. Chevrel. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — Les bacilles paratyphiques sont les agents des infections paratyphoïdes, de certaines lésions localisées, peut-être de certains cas de choléra nostras. Ces bacilles se rencontrent souvent dans le sang et les excreta des malades atteints d'infections paratyphoïdes.

On peut distinguer deux formes cliniques communes, l'une sévère, ressemblant à la fièvre typhoïde d'intensité moyenne; l'autre bénigne, confondue dans le cadre de l'embarras gastrique. Le diagnostic étiologique ne peut être porté par les seules ressources de la clinique. Les agents étiologiques incriminés sont l'eau de boisson et, peut-être, les viandes avariées.

Le pronostic des infections paratyphoïdes est en général bénin.

Les lésions anatomiques sont représentées par des altérations inconstantes de l'intestin grêle. Dans les cas où elles existent, ces altérations diffèrent par quelques caractères des lésions classiques de la fièvre typhoïde.

Divers caractères de culture (gélatine, rouge neutre, lait, milieux sucrés) différencient les bacilles paratyphiques du colibacille et du bacille typhique.

Ces mêmes caractères de culture permettent de différencier deux types, généralement désignés A et B; toutefois, la séparation n'est pas absolue; il existe des échantillons anormaux.

L'épreuve de l'agglutination donne des résultats complexes :

a. Tout sérum paratyphique, humain ou expérimental, agglutine un certain nombre de bacilles paratyphiques. En général, les sérums du type A sont plus actifs sur les échantillons du même groupe que sur le représentant du groupe B, et il en est de même, *mutatis mutandis*, pour les sérums du type B, mais cette règle est sujette à de très nombreuses exceptions.

b. Les sérums paratyphiques humains ou expérimentaux sont plus actifs sur l'échantillon infectant que sur la plupart des autres échantillons du même type.

c. Tout les sérums paratyphiques humains sont beaucoup plus actifs sur les bacilles correspondants que sur le bacille d'Eberth. Toutefois, par suite de l'inégalité de l'agglutination des bacilles paratyphiques devant un même sérum, il y a des parasérums qui agglutinent autant ou plus le bacille typhique que certains échantillons de bacilles paratyphiques.

d. Certains Eberth-sérums agglutinent plus les bacilles paratyphiques que les bacilles typhiques; toutefois, le fait est rare.

e. Dans les cas où le diagnostic se trouve gêné par le fait de la co-agglutination, on peut avoir recours à l'épreuve de la saturation des agglutinines. La valeur de cette épreuve est soumise cependant à quelques réserves, dans ses applications à la pathologie humaine.

f. Les relations agglutinatives réciproques des colibacilles et des bacilles paratyphiques sont imprécises.

Il existe des sensibilisatrices paratyphiques; elles ne sont pas étroitement spécifiques.

Il existe également des précipitines paratyphiques spécifiques, nettement différentes des précipitines typhiques.

Le pouvoir pathogène des bacilles paratyphiques est généralement élevé. Par injections sous-cutanées ou intra-péritonéales, on tue facilement le cobaye, le lapin, le rat blanc. Par ingestion, le cobaye succombe en un temps variable; les lésions macroscopiques sont peu marquées, mais il existe des altérations histologiques de la muqueuse de l'intestin grêle.

Les rapports des bacilles paratyphiques avec divers microbes très voisins, en particulier avec les différentes variétés de bac. enteritidis (Gaertner), sont encore certains. En ce qui concerne les bacilles de Gaertner, il est impossible de les différencier, par les caractères de culture, des bacilles paratyphiques.

Le diagnostic des infections paratyphoïdes ne peut être fait qu'à l'aide des procédés biologiques. Le plus sûr actuellement est l'ensemencement du sang. Les résultats qu'il fournit doivent toujours être contrôlés par l'étude des caractères des bacilles isolés et des propriétés des sérums.

NEUROLOGIE

De la « main bote » dans la maladie de Friedreich. (B. Menaut. Th. de Paris, 1906; Henri Jouve, édit.) — Il existe dans la maladie de Friedreich une main bote comparable au pied bot de cette maladie.

Son principal caractère est d'être une main creuse avec hyperextension des premières phalanges et flexion des deux autres.

C'est une main bote due à un défaut d'équilibre musculaire (parésie des interosseux), sans rétraction tendineuse ou modification des surfaces articulaires.

Il est impossible actuellement de dire sa fréquence et par conséquent son importance.

OBSTÉTRIQUE

Du décollement du placenta inséré normalement au cours de la grossesse. (Paul Landon. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Quatre causes de décollement du placenta normalement inséré sont anatomiquement démontrées : l'albuminurie, la brièveté du cordon, l'hydramnios et le traumatisme.

La rupture du sinus circulaire, connue seulement depuis quelques années d'après les travaux récents que nous avons signalés, est une cause relativement fréquente de cette complication.

Le pronostic est très sombre pour l'enfant, et en dépit des statistiques des hôpitaux, il restera très sérieux pour la mère.

Le dosage de l'hémoglobine est un bon moyen clinique à la disposition du praticien pour éclairer un diagnostic particulièrement difficile dans les hémorragies internes.

Aussitôt cette grave complication reconnue, il faut vider le plus tôt possible l'utérus dans les cas graves.

L'opération césarienne restera dans les cas désespérés la seule chance de salut pour la mère. L. GAYARD.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'appareil digestif. Notes de clinique et de thérapeutique (2e série), par les docteurs Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et J. CH. ROUX, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 160 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Second Annual report of the Henry Phipps Institute. 1 vol. de 452 p. — Philadelphie, 238, Pine Street.

N° 100. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 4 SEPTEMBRE 1906. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. de Massary, Poulard, Lesné, Garnier, Proust, Wiart, Labey et Rudaux.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 octobre prochain, un concours public pour une place de chirurgien de ses établissements.

Ce concours aura lieu devant la Commission, assistée d'un jury médical. Il se composera de cinq épreuves.

Le chirurgien à nommer entrera en fonctions le 1er juillet 1907, son traitement est fixé à 2500 francs par an.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 40, à Saint-Etienne.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 30 août 1906, les officiers dont les noms suivent ont été nommés aux postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Lacronique est remis à la disposition de l'hôpital militaire Bégin (service).

MM. les médecins-majors de première classe Silice, passe à l'hôpital militaire de Nancy (service); — Descosse, aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (service); — Barate, désigné pour l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé (service); — Buy, passe à l'hôpital militaire de Versailles (service); — Piot, au recrutement de la Seine et prison militaire de Paris (service); — Renard, affecté, pour ordre, à l'hôpital militaire de Lille; — Drely, passe au 130e d'infanterie (service); — Notin, affecté, pour ordre, aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans; — Papon, passe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Routier, passe au 9e d'artillerie (service); — Patte, au 4e d'infanterie (service); — Labougle, au 115e d'infanterie (service); — Zumbiehl, aux hôpitaux de la division d'Oran (service); — Chambaud, au 73e d'infanterie (service); — Visbecq, à la section technique du service de santé; — Capillery, à l'École d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau; — Haury, au 5e bataillon de chasseurs à pied (service); — Poullain, aux hôpitaux de la division d'Oran (service); — Bouquet de Jolinière, au 35e d'artillerie (service); — Serre, au 4e chasseurs d'Afrique (service); — Vandenbosche, affecté au 32e d'artillerie, et détaché aux batteries de la 7e division de cavalerie à Fontainebleau (service); — Capmas, passe au 19e escadron du train des équipages (service); — Davis de Drézigué, au 12e hussards (service); — Bourcier, au 162e d'infanterie (service); — Tartavez, au 141e d'infanterie (service); — Ehrmann, affecté à l'École militaire préparatoire d'infanterie des Andelys (service); — Mazière, passe au 30e d'artillerie (service); — Oullier, aux hôpitaux de la division de Constantine (service); — Malaspina, affecté aux hôpitaux de la division d'Alger et détaché au bataillon du génie à Alger (service); — Grenier de Cardinat, passe aux hôpitaux de la division d'Alger (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Sylvestre, passe aux hôpitaux de la division de Tunisie (service); — Anthony, au 30e d'infanterie (service); — Talon, aux hôpitaux de la division d'Alger (service); — Moisseney, au 145e d'infanterie (service); — Babon, au 1er tirailleurs (service); — Demard, au 90e d'infanterie (service); — Do, au 9e d'artillerie (service); — Schnaebelé, au 152e d'infanterie (service); — Villa, au 67e d'infanterie (service); — Notin, au 42e d'infanterie (service); — Perrin, à la Compagnie saharienne de la Saoura-Beni-Abbès (service); — Azémar, au 2e spahis (service); — Guénot, aux hôpitaux de la division d'Alger (service); — Ribaut, au 119e d'infanterie (service); — Miorec, au bataillon du 122e d'infanterie détaché en Crète

(service); — Mathieu et Bellot, aux hôpitaux de la division d'Alger (service); — Dabat, au 9e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Roubaud, passe au 13e cuirassiers (service); — Peutot, au 5e hussards (service); — Chatain, au 125e d'infanterie (service); — Cazottes, affecté aux hôpitaux de la division de Tunisie (service); — Pernin, désigné pour le 12e bataillon de chasseurs à pied (service).

MARINE. — Voici la liste, par ordre alphabétique et par port, des candidats à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

BREST. — *Médecine.* — MM. Adrien, Alexandre, Ardouin, Artur, Bienvenue, Bizard, Boileau, de Bourayne, Carpentin, Chapel, Chauvel, Commenge, Congard, Cudennec, Demelun, Gaudiche, Govy, Hamet, Hébert, Hédérer, Henry, Kervella, Le Coniac, Léger, Le Houerff, Le Jeune, Le Portz, Lescan du Plexis, Lhuerre, Le Strat, Le Tulle, Louarn, Maigneu, Navennec, Pichon, Quéméner, Thiédu, Vincent, Voure'h, Yver.

ROCHEFORT. — *Médecine.* — MM. Barbier, Beauvallet, Bérard, Blazy, Cahuzac, Chagnaud, Chastel, Daubas, Decomis, Dumolt, Filâtre, Franconie, Gallet, Gaussin, Guierre, Guy, Hervier, Laurence, Le Dentu, Marmouget, Mazérès, Melchior, Merlet, Mirabail, Montel, Moreau, Neveu, Nicomède, Parcelier, Pautet, Pellet, Pénissou, Petit-Georges, Perrier, Pougault, Ramond, Ratel, Rolland, Rondet, Saporte, Sarramon, Séguy, Siec, Solcard, Thomae.

TOULON. — *Médecine.* — MM. Abécassis, Auguste, Ayrolles, Babin, Bau, Baus, Besson, Betta, Boutin, Calvi, Curet, Fabri, Fiolle, Franck, Gautier, Granié, Huot, d'Isoard de Chènerilles, Mège, Meynadier, Moutet, Narbonne, Pasquet, Pellissier, Quenouille, Robert, Rossi, Rouillier, Sauze, Soulayrel, Triquera, Turrel, Vincens, Voizard, Zivré.

— M. le médecin de deuxième classe Cristau, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur l'*Achéron* (division navale de l'Indo-Chine), en remplacement de M. le docteur Goéré, qui doit arriver prochainement au terme de sa période réglementaire d'embarquement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Schmitt (de Paris) et Hospital (de Clermont-Ferrand).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Emile Yot, médecin expert près le tribunal de Versailles, médecin de l'Ecole normale, membre du Conseil d'hygiène et président de la Société des médecins de Versailles.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 68, 29 août 1906.) HIRTZ : Difficulté de diagnostic entre certaines formes de péricardite sèche et l'insuffisance aortique. — CHEVALLEREAU : Des kératites en général. — NOEL : Organisation du corps de santé de la marine.

Journal des praticiens. — (N° 35, 1er septembre 1906.) BROCA : Kyste séreux congénital multiloculaire de la paroi thoracique latérale. — RENAULT : De la blennorragie féminine. Symptômes et traitement (*fin*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 34, 25 août 1906.) CAMELOT : Cholécystite et péricholécystite. Rétention biliaire par coudure du cholédoque.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 34, 23 août 1906.) MASAY : Expérience sur l'action d'un sérum hypophysotoxique.

Lyon médical. — (N° 34, 26 août 1906.) RABOT et BARLATIER : Méningite tuberculeuse. — LÉPINE : Méningite spinale et syndromes radiculaires dans le rhumatisme chronique.

Pédiâtrie pratique. — (N° 18, 1er septembre 1906.) BOSC et COTSAFTIS : Compte rendu de la consultation de nourrissons de Montpellier pour l'année 1905-1906 [2e année], (*suite et fin*). — SAQUET : Du traitement des tumeurs blanches par le massage léger et la mobilisation prudente. — BOULLOCHE et GRENET : Un cas de collapsus grave au cours de l'eczéma chez un nourrisson.

Presse médicale. — (N° 65, 15 août 1906.) J. LE FAURE : A propos de l'appendicite. — JOURDRAN : Du tremblement palustre. — H. DE ROTHSCHILD : Traitement de la coqueluche par le chloroforme. — (N° 66, 18 août.) GOSSET : L'ulcère peptique du jéjunum. — ROBINSON : Un petit mot à propos du promontoire du bassin. — POSTERNAK : Quelques remarques à propos de l'article de M. Martinet : « L'état actuel de la médication phosphatée. » — (N° 67, 22 août.) GOUGET : Sur quelques lésions de l'intoxication tabagique expérimentale. — BUSQUET : Diététique. La graisse. Alimentation économique des convalescents. — (N° 68, 25 août.) Jules VOISIN et Roger VOISIN : Emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie. — BOUCHER : La flore microbienne de l'ulcère des pays chauds. — CHAMPEAUX : Le surmenage aigu. Petits et grands signes.

Province médicale. — (N° 34, 25 août 1906.) MONGOUR : De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. — BADAL et LAFON : Le traitement médical des cataractes commençantes. — BELBÈZE : La maladie du pollen.

Revue médicale de l'Est. — (N° 16, 15 août 1906.) ZILGIEN : De la supériorité de la poudre de quinquina sur les sels de quinine dans certains cas de fièvres intermittentes. — Marc BARTHÉLEMY : L'appendicite chez le vieillard (*suite et fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 34, 25 août 1906.) TEXIER : Trois observations d'occlusion osseuse congénitale des choanes, diagnostic et traitement.

Revue neurologique. — (N° 15, 15 août 1906.) RAYMOND et LEJONNE : Deux cas de myasthénie bulbo-spinale. — GAUSSEL et SMIRNOFF : Un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, type Déjerine-Klumpke, par méningite tuberculeuse rachidienne.

Semaine médicale. — (N° 34, 22 août 1906.) LEGRAND : Le présent et l'avenir de la médecine européenne en Chine.

Semaine gynécologique. — (N° 33, 14 août 1906.) DURET : Sur deux cas de grossesse extra-utérine intra-ligamentaire opérés avec succès. — PICHEVIN : De la paramétrite. — (N° 34, 21 août.) PICHEVIN : Opération sur les annexes par la voie vaginale.

Tribune médicale. — (N° 31, 18 août 1906.) WIDAL et CHALLAMEL : Deux cas de glycosurie, soumis aux courants de haute fréquence sans modifications de la glycosurie ni des échanges chlorurés et azotés. — (N° 32, 25 août.) DE NAGALHAES : De l'éléphantiasis et des manifestations chirurgicales de la filariose.

TRAITEMENT ESTHÉTIQUE

DES

FRACTURES DE LA CLAVICULE

Par le docteur COUTEAUD,
Médecin en chef de première classe de la marine,
Correspondant de la Société de chirurgie.

Quel est le meilleur appareil à fracture pour la clavicule? Quand on pose cette question à des chirurgiens, les réponses obtenues sont loin de se ressembler. Les divergences d'opinion ont dû être de tous les temps à en juger par les innombrables appareils inventés depuis les anciens jusqu'à nos jours, et dont « la simple énumération exciterait la nausée du lecteur » (Malgaigne). Et qu'on ne dise pas que leur diversité a été inspirée par la variété des fractures de la clavicule, car, pratiquement parlant, il n'en existe que trois : la fracture au tiers externe, celle au tiers moyen et celle au tiers interne. Un certain accord semble s'être fait autour d'un petit nombre de bandages, mais on les emploie, semble-t-il, plutôt par acquit de conscience que par conviction raisonnée. Cependant, quelques chirurgiens se convertissent peu à peu à cette idée qu'il n'existe pas de bon moyen de contention des fragments, comme si ce but était au-dessus des ressources de l'art. Sous un appareil immobilisateur, une fracture de la clavicule peut certainement guérir, mais je trouve mauvais que le cal déjà obtenu soit, le plus souvent, irrégulier, voire vicieux, déformant, inesthétique, parfois même offensif pour les parties molles. Ces constatations, tout chirurgien peut les faire à la levée de l'appareil; il est vrai que ces imperfections s'atténuent à la longue, mais il faut un temps assez long pour voir disparaître — et non toujours — la saillie disgracieuse du cal. Si l'on revoyait au bout de huit ou dix ans, les anciens blessés, on n'aurait pas de peine à retrouver les traces de leur ancien traumatisme. Cette vérité éclaterait à tous les yeux si l'on prenait toujours, après guérison, les radiographies ou les photographies des malades. La prétendue immobilisation des fragments, par les appareils, donne une sécurité trompeuse aux malades et aux médecins.

L'exemple suivant montre que la fracture abandonnée à elle-même peut très bien guérir sans appareil.

Observation I. — Il y a une quinzaine d'années, dans une précipitation d'un lieu élevé, un hôtelier de Toulon se fait des blessures graves à la tête et au visage, et se fracture la clavicule à la partie moyenne. Le médecin traitant, préoccupé de l'importance des premières lésions, ne s'aperçut que deux ou trois jours après de l'existence de la fracture et voulut appliquer un appareil. Le malade, douillet et très nerveux, refusa énergiquement de se laisser appliquer quoi que ce soit sur l'épaule, et on l'abandonna à lui-même. Au bout d'un mois la nature, la bonne nature, avait réparé la clavicule par un cal solide, tandis que les lésions de la tête et de la face demandèrent le double du temps pour guérir.

Je pense qu'on pourrait recueillir d'assez nombreuses observations de ce genre. Les premières connues remontent à Hippocrate qui critique ainsi les bandages : « ... A entendre la description de ces déligations, un homme expérimenté les trouve assez conformes aux conditions naturelles ; mais, à l'application, on les trouve inefficaces... Si le médecin, rapprochant le bras des côtes, le porte à sa plus grande élévation de manière à rendre l'épaule aussi pointue que possible, il est clair que, de cette façon, le fragment scapulaire sera affronté avec le fragment sternal dont il a été arraché. Ainsi celui qui agira ainsi... dans le but de procurer une prompte guérison, persuadé que tout est inutile excepté l'attitude ci-dessus indiquée, celui-là se fera une juste idée des choses et son traitement sera le plus court et le meilleur. Toutefois, il importe grandement que le patient reste couché; quatorze jours sont suffisants s'il garde le repos, vingt jours, au plus (1) ». Paul d'Egine (2) crut avantageux de placer le point d'appui non, comme Hippocrate, au milieu du dos, mais sous l'aisselle. L'idée de renoncer à tout moyen de contention eut des fortunes diverses, mais s'éclipsa dans l'antiquité pour reparaître avec A. Paré (3) : « Semblablement, ne faut oublier à commander au malade de tenir les bras en arrière, posant sa main sur la hanche, ainsi que les villageois la mettent quand ils dansent, faisant la *ie renie goy*, afin que l'os soit mieux tenu à sa place. Toutefois, quelque diligence qu'on puisse faire, il y demeure quasi toujours déformité... Le callus en cest os est fait, le plus souvent, en vingt jours, à cause qu'il est rare et spongieux. » A ce propos, Malgaigne dit : « ... Cette innovation dont on ne sait pas bien le but ne paraît avoir été adoptée, après lui, par personne; et peut-être conviendrait-il d'essayer ce qu'elle peut donner. » Après un long temps de sommeil, l'idée du traitement sans appareil se réveille dans la première moitié du XIXe siècle où elle trouve comme adeptes Pelletan, Dupuytren, Larrey, Grout. « ... Pelletan tenait ses malades couchés, le bras soutenu par un oreiller présentant un plan oblique sur lequel le coude est situé plus haut que l'épaule... Dupuytren a, pour ainsi dire, érigé cette habitude en méthode... et sa clinique fournit des observations de fractures de la clavicule guéries, en trente jours, sans difformité. Depuis longtemps, M. Flaubert (de Rouen) emploie presque exclusivement cette méthode et n'a jamais observé que la cure par la position soit un obstacle à la guérison avec peu ou même sans difformité (4). » Nélaton (5) reste fidèle aux appareils, mais sans intransigeance : « ... La consolidation se fera avec une difformité plus ou moins marquée ; mais comme cette difformité est inévitable, du moins chez les adultes, quel que soit l'appareil que l'on emploie, il est évident que l'appareil qui cause le moins de gêne devra obtenir la préfé-

(1) Hippocrate. *Traduction Littré*, t. IV, p. 127.
(2) X. Bichat. *Œuvres de Desault*, t. I, p. 74.
(3) A. Paré. *Œuvres*, par Malgaigne, t. II, p. 309.
(4) Fabre. *Diction. de méd.*, 1850, t. II, p. 562.
(5) Nélaton. *Pathologie chirurgicale*, t. I.

rence. » Malgaigne (1) dresse la liste des chirurgiens désenchantés, désireux de revenir à la pratique la plus simple. Il déclare que plusieurs chirurgiens lui ont dit « avoir guéri, sans difformité, des fractures dont les fragments étaient primitivement déplacés. Je regarde donc la chose comme possible, bien que, pour mon compte, je n'en aie jamais vu d'exemple ». Hamilton, après avoir passé en revue les opinions des chirurgiens de tous les pays, trouve qu'aucun appareil n'évite la déformation, ce qui ne l'empêche pas d'en proposer un de son invention. De tous les classiques, Richet est celui qui semble avoir été le plus enclin à supprimer les moyens de contention, mais en théorie seulement. En somme, l'impression qui résulte de la lecture des écrits tant anciens que modernes, c'est que, parmi ceux qui ont proclamé la faillite des appareils immobilisateurs, bien peu ont eu le courage de mettre leurs actes d'accord avec leurs pensées et de s'affranchir du joug de la coutume. Néanmoins, il reste bien établi que le traitement des fractures de la clavicule sans appareil ni bandage, par le simple repos au lit, n'est point une idée nouvelle.

Je me propose de réhabiliter ce mode de traitement, de montrer qu'il est efficace et, en outre, le plus capable de restituer à la clavicule cassée, sa forme naturelle.

On m'accordera que dans les fractures extra-coracoïdiennes les fragments restent juxtaposés et n'ont besoin d'aucune réduction. C'est un point établi depuis longtemps que ces sortes de fractures guérissent rapidement sans laisser ni difformité ni infirmité (2).

Il en est de même des fractures incomplètes qu'on peut regarder comme des contusions osseuses, sans fragments constitués.

Les seuls cas sur lesquels la discussion pourrait s'établir sont les fractures sises à la réunion du tiers externe et du tiers moyen, celles du tiers moyen, celles du tiers interne. Je n'ai expérimenté le traitement, par le repos au lit, que dans les deux premiers cas ; je ne puis affirmer que les fractures du tiers interne, les plus rares, d'ailleurs, soient justiciables du simple repos, quoique, par induction, je sois porté à le croire.

J'estime que l'immobilisation des fragments de la clavicule, comme l'entendent les classiques, est un leurre et que la guérison, dans ces conditions, doit peu à l'appareil à fracture. Des raisons anatomophysiologiques le démontrent surabondamment. « Dans la respiration ordinaire, et, à plus forte raison, dans les grands mouvements respiratoires comme ceux de la toux et de l'éternuement, les côtes et le sternum avec lequel l'autre extrémité de l'os est unie s'élevant et s'abaissant en raison des mouvements du diaphragme, peuvent défaire tout votre ouvrage... (3). » L'emploi des rayons X prouve, à n'en pas douter, que les mouvements de la respiration se transmettent aux fragments de la clavicule brisée.

(1) Malgaigne. *Fractures et luxations.*

(2) B. Anger. *Atlas des fractures et luxations des membres.*

(3) Turner, in Hamilton. *Fractures et luxations.*

C'est la cause du résultat, un peu flou, des radiographies, car, « pendant le temps d'impression de la plaque, l'image des trabécules osseuses n'est jamais suffisamment nette pour faire voir, sur le cliché, le trait d'une fracture incomplète, sans déplacement des lèvres de la solution de continuité (1) ».

La physiologie nous apprend que le nombre des respirations est de dix-huit par minute, soit environ vingt-six mille par jour et, par conséquent, deux cent soixante mille en dix jours, période de temps qui correspond au maximum de l'activité ostéogénique déployée par la clavicule brisée, puisque, d'après l'expérience de certains chirurgiens américains, cités par Hamilton, on aurait constaté des soudures osseuses accomplies en onze jours, dix jours et même neuf jours.

Réduire la fracture n'est rien, la maintenir réduite est tout. Quelle influence pourraient exercer des moyens de contention sur un os dont la locomotion est aussi étroitement liée aux mouvements du thorax, dont l'amplitude d'excursion est plus grande chez la femme à cause de son mode respiratoire à type costo-supérieur ?

D'ailleurs, dans l'asthme, dans la grossesse avancée, l'immobilisation des fragments n'est-elle pas illusoire ?

On le voit déjà, les difficultés du traitement classique augmentent, chez la femme, d'autant plus que tout le monde ne peut avoir à sa disposition « la main d'un aide intelligent appliquée, à demeure, sur les deux fragments, ainsi que Mayer dit qu'on l'a fait pour une demoiselle Berlin (2) ».

Les fractures de la clavicule, au point de vue de la juxtaposition et de l'immobilisation des fragments, sont comparables à celles des côtes. « Les extrémités d'une côte brisée se consolident si bien malgré le mouvement que, dans certaines opérations, on a toutes les peines du monde à lutter contre une ossification trop rapide, même après perte de substance. La clavicule se répare si bien malgré le mouvement incessant dont les fragments sont animés, et en dépit des prétentions des chirurgiens et des appareils, que la pseudarthrose de la clavicule est fort rare (1) ». L'immobilisation est donc une chimère et non un facteur indispensable de la formation d'un bon cal.

J'aborde maintenant la question de la restitution de la forme de l'os, et je vais tâcher de démontrer que le traitement, par le repos au lit, en attitude convenable, est celui qui fournit la meilleure soudure osseuse au point de vue morphologique et peut-être la guérison la plus rapide.

Je laisserai, d'abord, la parole aux faits que j'ai observés.

Obs. II. — Un matelot du *Chanzy* entre, le 3 mai 1904, à l'hôpital de Saint-Mandrier, salle 1, pour fracture de la clavicule gauche à la partie moyenne. Je le fais coucher sur un lit

(1) Loison. *Emploi des rayons X*, etc., p. 240.

(2) Malgaigne. *Traité des fractures et luxations.*

(3) L. Championnière. *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation*, 1895.

à fracture en laissant pendre le membre supérieur du côté blessé verticalement hors du lit, l'épaule en porte à faux. Cette attitude maintient les fragments en juxtaposition aussi exacte que possible.

5 mai. Le malade a trouvé la position incommode les deux premiers jours, mais il s'y est habitué. Je laisse reposer l'avant-bras à demi fléchi, sur un plan élastique à 20 centimètres en contre-bas du plan horizontal du lit.

20 mai. Le malade est autorisé à se lever.

22 mai. La clavicule est soudée sans chevauchement; le cal est solide, appréciable au toucher, mais sans saillie disgracieuse.

Le marin quitte l'hôpital quelques jours après.

Obs. III. — Un soldat de l'armée coloniale a la clavicule cassée (dans une rixe?) à la partie moyenne, le 23 juin 1904: son médecin-major l'examine le lendemain et l'envoie à l'hôpital de Saint-Mandrier, le 25; je ne vois le blessé que le 26, au matin. Je constate une fracture nette à la partie moyenne de la clavicule gauche; douleur très vive à la pression en ce point, mobilité anormale, ecchymose gagnant progressivement la partie antérieure de l'épaule. Le blessé est placé dans un lit à fracture, l'épaule gauche en porte à faux, le bras pendant et l'avant-bras replié, reposant sur un plan garni de drap à 20 centimètres en contre-bas du lit. Le docteur Viguier, mon chef de clinique, me dit le lendemain : « Les fragments sont si bien coaptés que si je ne savais que la fracture existe, je la nierais. »

10 juillet. La fracture étant consolidée sans chevauchement, sans cal saillant, le malade cesse de laisser pendre son bras et est autorisé à se coucher comme tout le monde. Le membre est œdématié, ce à quoi remédient quelques massages. L'articulation scapulo-humérale est un peu enroidie, ce que font disparaître deux bains sulfureux. Le soldat quitte l'hôpital quelques jours après en possession d'un congé de convalescence.

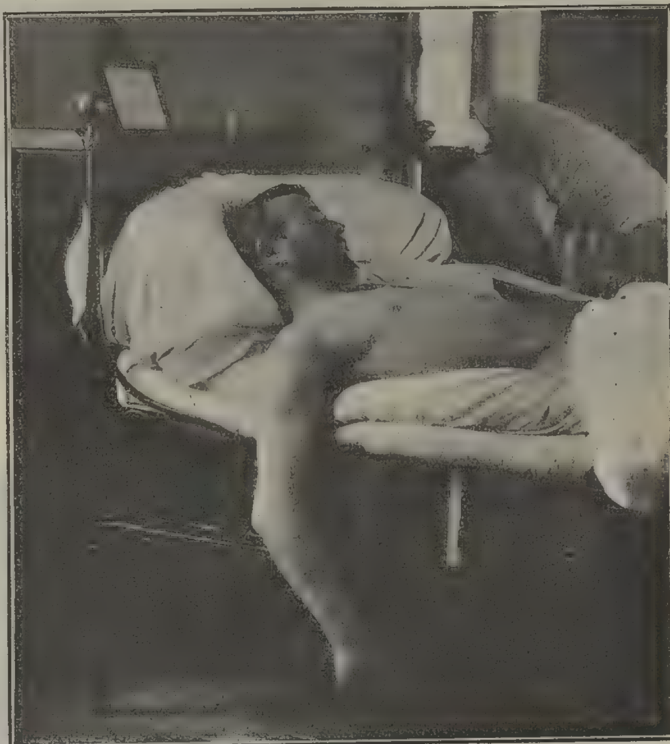


Fig. 1. — *Attitude imposée pendant le jour.* (Obs. IV.)

Obs. IV. — Le 6 novembre 1905, entre à l'hôpital maritime de Cherbourg l'artilleur G..., atteint de fracture de la clavicule droite à la partie moyenne. Une échelle l'a frappé de champ sur l'épaule; une marque très nette de contusion indique la trace du coup.

Je fais coucher le blessé sur un lit ordinaire, dont le bord droit a été rendu rigide, en laissant pendre le membre supérieur droit à l'extérieur, l'épaule en porte à faux. Pour prévenir l'ennui de cette attitude prolongée, je permets au malade de laisser reposer l'avant-bras sur un oreiller placé en contre-bas sur une chaise à la tête du lit: cette tolérance bornée d'abord à la nuit est étendue, à partir du 20, au reste de la journée. Au bout de quelques jours, je fais constater, à plusieurs chirurgiens, le maintien de la coaptation; le doigt peut suivre le contour de la clavicule sans constater ni ressaut ni méplat, sans causer de douleur, si bien que je pourrais moi-même douter de la fracture si je n'avais constaté le frottement, bien net, des fragments et leur mobilité.

16 novembre (dixième jour). Légère ecchymose, tardive sous-scapulaire; on sent le cal commençant.

24 novembre. Le cal est solidement constitué, sans saillie ni déformation. (Voir fig. 1.)

26 novembre. Le malade est autorisé à se lever. On prescrit des massages sur le membre supérieur œdématié. La clavicule fracturée mesure 7 millimètres de moins que celle du côté sain; à la vue, on ne distingue aucune différence entre les deux côtés. Le malade, libérable, va reprendre son métier de tailleur de pierres.

Obs. V. — G..., matelot du *Henri IV*, vingt-deux ans, en tombant dans une échelle de bord, se fracture la clavicule droite au tiers externe. Le docteur Girard voit le blessé aussitôt et me l'adresse à l'hôpital de Cherbourg, le 13 janvier 1906. On constate une douleur fixe, une mobilité anormale, une crépitation nette qui ne laissent aucun doute sur le diagnostic. Les infirmiers du service, en mon absence, ont placé le fracturé dans la position habituelle : membre supérieur pendant, décubitus dorsal, épaule en porte à faux.

29 janvier. Après avoir, pendant quinze jours, laissé pendre le membre supérieur droit hors du lit, j'autorise le malade à reposer l'avant-bras à demi fléchi sur un coussin placé sur une chaise, au-dessous du plan du lit. Le blessé déclare que sa première attitude lui a paru pénible seulement les deux premiers jours; il s'y est, depuis, parfaitement habitué. Œdème du bras marqué se dissipant rapidement par le massage.

1er février. Le blessé quitte le lit et se promène le bras en écharpe. Nulle déformation apparente. Le lendemain, je note une légère douleur dans les mouvements d'adduction du bras et il me semble que le cal est un peu mou. Je fais reprendre la position de repos au lit et fais manger beaucoup de sucre au malade pour minéraliser son cal.

8 février. Le blessé se lève; cal solide, à peine apparent, non douloureux. Mensuration : clavicule saine, 18 centimètres; clavicule blessée, 17°8. En somme, le vingt-cinquième jour, cicatrisation osseuse parfaite, sans ressaut ni difformité visible. (Voir fig. 2 et 3.)

A ces observations personnelles, je pourrais en joindre une autre due à mon ami, le docteur Girard, qui l'a recueillie à l'hôpital de Toulon et a vérifié le bien fondé de mon procédé.

Le repos au lit dans le décubitus dorsal donne, avec les précautions que j'indique, une immobilisation *au minimum* efficace, suffisante, sans le secours d'un lit spécial. J'ai cru, au début de mes recherches, que le lit à fracture serait indispensable : en réalité, un lit ordinaire suffit, mais s'il était trop mou, il serait défectueux, car il serait un obstacle à la mise en porte à faux de l'épaule blessée. Avec un lit ordinaire, il importe de rendre rigide, par un artifice quelconque, le bord avoisinant la clavicule brisée. On peut obtenir le porte à faux de l'épaule par le traversin seul, supportant le cou et la tête, ainsi que je l'ai toujours fait ; je pense qu'on pourrait aussi bien disposer un coussin étroit et un peu dur entre les épaules. Sous l'empire d'idées théoriques, j'ai pensé longtemps que le membre supérieur devait pendre verticalement en totalité, en dehors du lit, pour faciliter l'affrontement des fragments ; j'admets, aujourd'hui, un tempérament à cette règle, et je ne crois pas que la mise en demi-flexion de l'avant-bras,

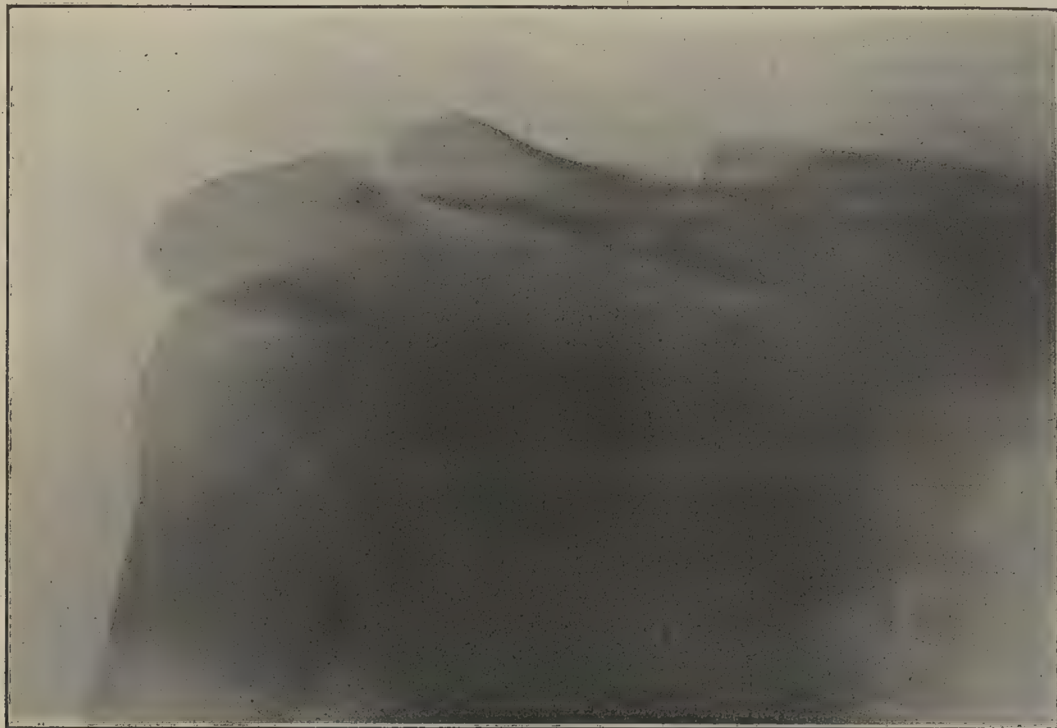


Fig. 2. — *Radiographie avant le traitement.* (Obs. V.)



Fig. 3. — *Radiographie après guérison.* (Obs. V.)

horizontalement placé, compromette le succès. J'ai tâtonné quelque peu à ce sujet, et de nouvelles observations me sont nécessaires pour mieux fixer ce point, à savoir, s'il est indifférent de placer le membre supérieur absolument pendant dans la journée, par exemple, et replié pendant le repos de la nuit. Je serais enclin aujourd'hui à me départir de ma sévérité première. Une chaise, munie d'un coussin en contre-bas du plan dorsal de l'alité, suffit pour supporter l'avant-bras.

Combien de temps faut-il laisser le membre supérieur pendant? Mon premier sujet a réclamé dix-sept jours, le second quatorze, le troisième dix-huit et le quatrième vingt-cinq jours. L'observation du deuxième cas semble indiquer qu'il n'est pas indispensable d'imposer l'attitude prescrite avant les trois premiers jours. Il y aura toujours des différences individuelles selon la nature de la fracture et la constitution du fracturé. Il semble que l'emploi du sucre soit recommandable. La solidification du cal m'a paru plus hâtive qu'avec les procédés classiques.

Un des petits inconvénients de la méthode est l'œdème du membre supérieur, mais quelques massages en viennent facilement à bout. Quant au massage de la clavicule, je le crois inutile, au moins pendant les dix premiers jours; plus tard, il pourrait être avantageux, mais je manque d'expérience à cet égard. Le grand inconvénient de ce traitement, c'est qu'il exige la collaboration du patient et du praticien; si le premier se révolte, il n'y a rien à faire. Peut-être pourrait-on vaincre certaines résistances involontaires en exerçant des tractions par des poids sur le membre supérieur.

Le patient s'habitue infiniment mieux qu'on ne peut le croire à cette position incommode qui ne provoque jamais ni douleurs ni crampes, mais seulement un engourdissement de tout le membre.

Le traitement que je préconise, lequel, je le redis, n'est pas nouveau, puisque je tente de le ressusciter, est en contradiction avec les idées classiques, c'est vrai, mais cette objection n'arrêtera pas les chercheurs, car elle serait la négation de tout progrès. Ce n'est point une vue de l'esprit que je livre à la méditation de mes confrères, mais une série de faits positifs, des résultats acquis qui ont été vérifiés dans deux grands hôpitaux, par de nombreux collègues. La simplicité de ce traitement le rend applicable par tout le monde. Je me demande même comment cette idée si simple, appliquée de rares fois, par de rares médecins, n'a pas conquis la faveur des chirurgiens. Serait-ce parce qu'elle est trop simple et que notre esprit s'essaie d'abord aux choses compliquées?...

Je ne dis pas: hors de ce procédé point de salut! En usera qui voudra, et, si le moyen ne convient pas au malade, le chirurgien aura toujours la ressource d'appliquer un appareil. Je prétends seulement qu'on ne peut guérir la fracture de la clavicule sans déformation, par un moyen plus facile. Je ne puis garantir que tous les cas soient justiciables de cette pratique. Ainsi, par exemple, dans les fractures rares dont un fragment transperce la peau ou la menace, j'incline à penser que la suture osseuse est le traitement de choix. En somme, cette méthode est applicable à la majorité des fractures.

Les sujets de mes observations ont été des marins et des soldats, gens dociles par métier, qui se sont accommodés bien vite à l'attitude spéciale que j'ai exigée d'eux. On est autorisé, je pense, à conclure de l'homme à la femme et à affirmer que ce qui est bon pour un sexe l'est aussi pour l'autre. Dans mon esprit, ce traitement de patience conviendrait plus particulièrement aux femmes et surtout à celles qui attachent un grand prix à la conservation de leurs charmes. Nul traitement ne peut mieux et plus aisément restituer à la clavicule sa forme première, nul traitement n'est plus esthétique.

N'est-il pas vrai qu'une clavicule trop raccourcie rompt les proportions et la symétrie des attaches du cou? qu'un relief trop prononcé du cal peut muer de gracieux méplats en fâcheuses salières? Les appareils classiques effacent mal la trace du traumatisme claviculaire, et se préoccupent peu des dommages plastiques. Une guérison rapide et aussi parfaite que possible vaut bien quelques ennuis.

Quand la femme qui désire plaire, ou que l'étiquette et le cérémonial obligent à montrer ses épaules nues, sera affligée d'une fracture de la clavicule, elle deviendra docile pour bien guérir. Elle trouvera des trésors de patience pour se soumettre au joug du chirurgien, si elle est bien persuadée que la ligne de ses épaules retrouvera, en un peu plus de deux semaines, sa pureté première.

La femme accepte bien d'autres sujétions pour la conservation de sa beauté! Dans le cas qui nous occupe, la coquetterie sera le meilleur auxiliaire du médecin qui consentira à rester le modeste élève de la nature médicatrice.

ANALYSES

MÉDECINE

La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës. (A. Lancet. Th. de Paris, 1906; A. Maloine, édit.) — L'apparition de frissons avec brusque élévation de la température et accélération du pouls, dans la période d'état d'une appendicite aiguë, doit faire redouter, spécialement en l'absence d'organisation de défense locale, une perforation imminente ou constituée dans un péritoine non protégé par des adhérences. La chute dissociée du pouls et de la température vient quelquefois confirmer la tendance de la péritonite à se généraliser. Quelquefois, la chute incomplète et parallèle ou même complète du pouls et de la température, fournissent des indications consécutives un certain temps rassurantes, qui masquent la redoutable échéance péritonéale, toute proche ou déjà réalisée.

Un état infectieux gastro-intestinal peut déterminer du côté des voies biliaires une inflammation qui passe à la résolution, et du côté d'un « appendice taré », une inflammation suppurée. Au cours d'une appendicite aiguë, l'apparition de frissons avec brusque ascension thermique et accélération du pouls, peut être suivie d'une période d'accalmie dans le pouls et la température, bien que la péritonite ait franchi sa pre-

mière étape. L'hypotension vasculaire avec fréquence normale du pouls, doit faire redouter au même titre que la discordance du pouls « une péritonite déjà existante ou en train de se diffuser ». L'état actuel de quelques appendicites aiguës graves peut, exceptionnellement, ne pas se trouver inscrit sur les graphiques du pouls et de la températnre. Dans ces cas, d'autres symptômes principaux ou secondaires, isolés ou associés, deviennent prépondérants ; sont les premiers signes révélateurs du danger, et ne laissent pas de doute sur la gravité de la situation, malgré la sédation du pouls et de la température. Quelques faits très rares présentent, un certain temps, une contradiction entre la gravité anatomo-pathologique et la bénignité clinique, qu'il est difficile d'expliquer et de dépister.

La chute de la fièvre n'est nullement synonyme d'absence de suppuration (Brun). Certaines appendicites subaiguës, *rigoureusement traitées*, peuvent suppurer après une période quelquefois très longue de sédation réelle générale et locale, de pouls normal et d'apyrexie complète. Ces appendicites sont apyrétiques et bénignes parce que bien enkystées. La persistance, au niveau du plastron, d'un point douloureux au palper (Brun, Routier), l'accroissement de la tuméfaction inflammatoire locale même indolente (Quénu), sont des signes de suppuration qui peut s'établir et se collecter presque à froid, sans température et sans accélération du pouls.

Les cancers chez les cardiaques. (J. Bertier. Th. de Paris, 1906; A. Maloine, édit.) — L'étude de l'influence qu'exercent les néoplasmes sur le cœur a été poussée assez loin, tandis qu'il n'existe aucun travail sur les particularités anatomiques et cliniques que présentent les cancers chez les porteurs de lésions du cœur, du péricarde ou de l'aorte.

De l'examen de douze observations de coexistence de cardiopathies et de cancers, il ressort que les cas de ce genre ne sont pas rares, mais que la malignité des néoplasmes est alors notablement diminuée : leur évolution est plus longue, souvent latente, ils récidivent plus rarement après l'ablation, leur envahissement local est moins étendu et ils se généralisent peu aux ganglions et aux viscères.

Cette évolution spéciale est sous la dépendance de l'hyposystolie dont les cardiopathies s'accompagnent, atténuation de la malignité et stase ayant toujours un développement parallèle; c'est pour cette raison que les lésions endocardiaques rhumatismales (anciennes, mitrales, complexes, accompagnées de lésions du myocarde) agissent sur les tumeurs malignes de façon plus active que les lésions athéromateuses (récentes, aortiques, univalvulaires).

Inversement, le cancer complique peu la maladie cardiaque; on ne peut mettre à son actif que la détermination de poussées d'endocardite végétante, fréquente au niveau des anciennes lésions endocardiaques; l'hypertrophie du cœur est, de plus, modérée.

Les néoplasiques mitraux meurent ordinairement asystoliques, tandis que les aortiques meurent cachectiques, en cancéreux.

Le pronostic du cancer est moins grave chez les cardiaques que chez les individus normaux.

Dans ces cas de coïncidence, le diagnostic complet est difficile : lorsque l'affection du cœur entraîne des troubles (mitraux ordinairement), c'est le cancer qui échappe parce qu'il est latent et larvé ; lorsqu'elle est bien tolérée (aortiques ordinairement), on ne diagnostique que le cancer et l'affection cardiaque reste larvée, le souffle dû à la lésion orificielle étant pris pour un souffle anorganique qu'on met sur le compte de l'anémie.

Le mode d'action intime de la stase est de porter au maximum les défectuosités des conditions circulatoires des tumeurs.

On doit rapprocher les particularités d'évolution qu'elle leur imprime de celles qu'elle fait subir à la tuberculose, d'autant plus que le terrain favorable à ces deux affections est le même (aplasie viscérale) et qu'elles coexistent souvent chez les mêmes sujets. C'est là une preuve indirecte de l'origine parasitaire du cancer.

Il faut pratiquer l'ablation chirurgicale des cancers chez les cardiaques toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication absolue.

De quelques formes de tuberculose oculaire, kératite parenchymateuse tuberculeuse et tuberculose de l'iris, et en particulier de leur traitement. (E. Brillaud. Th. de Paris, 1906 ; A. Michalon, édit.) — Il existe une variété de kératite parenchymateuse, distincte de la kératite d'Hutchinson, et qui est manifestement d'origine tuberculeuse.

Elle est due au bacille de Koch ou à ses toxines arrivant à la cornée, soit par voie exogène, soit le plus souvent par voie endogène (voie sanguine).

Cliniquement, l'infiltration peut aboutir ou non à des érosions cornéennes; le plus souvent, elle reste interstitielle, le trouble est diffus ou nodulaire.

Elle coexiste le plus souvent avec une tuberculose endooculaire plus ou moins évidente.

Le diagnostic avec la kératite hérédo-syphilitique est délicat.

La kératite interstitielle est justiciable d'un traitement général intensif, dans lequel les préparations iodées, la viande crue, l'huile de foie de morue tiendront le premier rang.

Ce seul traitement général nous a donné de bons résultats dans des cas de tuberculose de l'iris; il n'a pas les inconvénients de l'iridectomie, de l'énucléation et de l'exentération simple : il leur est donc préférable.

CHIRURGIE

Fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens. (P. Mousnier. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — A côté des fibrosarcomes intra-pharyngiens, il faut décrire des fibro-sarcomes extra-pharyngiens. Nous en avons recueilli trente-trois observations.

Ces tumeurs ne forment pas une classe univoque; elles comprennent :

a. Des tumeurs d'origine périostique......... 13 cas.
b. Des tumeurs d'origine aponévrotique....... 9 —
c. Des tumeurs d'origine nerveuse............ 2 —
d. Des tumeurs d'origine dure-mérienne...... 4 —
e. Des tumeurs qui ne se rattachent à aucun organe de la région et qui pourraient être dites « essentielles », nous ignorons leur point de départ; mais j'incline vers l'hypothèse d'origine branchiale.

Ce sont généralement des tumeurs mixtes; tissus surtout fibromateux et sarcomateux, accessoirement cartilagineux, lipomateux, myxomateux ; toujours très vasculaires et ordinairement encapsulées.

Contrairement aux polypes naso-pharyngiens, on les observe à toutes les périodes de la vie, et ces néoformations ne régressent pas à l'adolescence. Elles sont plus fréquentes chez la femme.

Les symptômes sont en général trop vagues pour que le

diagnostic soit possible. Celui-ci ne peut être posé que par la reconnaissance d'un pédicule. Une mention spéciale doit être faite des fibro-sarcomes dure-mériens qui s'accompagnent de troubles médullaires rappelant la sclérose latérale amyotrophique.

Le pronostic n'en est pas très grave, car la récidive après l'ablation en est très exceptionnelle.

Leur extirpation constitue le seul traitement rationnel qui puisse leur être opposé. Elle doit être précoce, totale, et éviter les lésions des parties voisines et toute cicatrice trop visible.

La tuberculose du pubis chez l'enfant. (P. Déhéry. Th. de Paris, 1906; Henry Paulin et Cie, édit.) — La localisation pubienne de la tuberculose dans l'enfance est rare et reste le plus souvent isolée.

Elle se développe dans les parties ossifiées du pubis, c'est-à-dire au niveau du point primitif qui existe seul chez l'enfant, et reste par conséquent toujours éloignée de la symphyse pubienne contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte. On la rencontre avec une égale fréquence sur la branche horizontale et sur la branche descendante.

La lésion consiste, soit en une caverne incluse dans l'épaisseur de l'os, soit dans la séquestration d'une partie plus ou moins étendue du corps ou des branches : elle donne naissance à des abcès froids qui peuvent se propager au loin en suivant les gaines musculaires ou les espaces de tissu cellulaires avoisinants.

La symptomatologie de l'affection revêt deux types distincts :

a. Dans l'un, la lésion n'a pas de retentissement sur les fonctions de la hanche, elle évolue avec les symptômes de toute tuberculose osseuse, située en un point accessible à l'exploration, et ne devient d'un diagnostic difficile que lorsque l'abcès s'éloigne du pubis et va s'ouvrir uniquement à la marge de l'anus.

b. Dans l'autre, la lésion détermine de la gêne de la marche et simule plus ou moins une coxalgie. Il existe toujours, dans ce cas, un contraste entre les troubles fonctionnels et l'absence presque complète de limitation des mouvements de la hanche ; ce contraste peut sembler disparaître à la dernière période de l'affection, dans les cas graves avec fistules périarticulaires multiples, mais la liberté des mouvements se manifestera de nouveau par l'anesthésie.

La tuberculose pubienne peut déterminer des complications vésicales toujours bénignes ou se propager à la hanche. Elle semble donner lieu, dans ce cas, à une forme grave de la coxalgie.

Le pronostic est bénin s'il n'y a pas de complication articulaire et si les abcès ossifluents ne donnent pas lieu à des décollements trop étendus, susceptibles d'entraîner la mort par hecticité. Cependant la guérison spontanée est exceptionnelle.

Le diagnostic facile dans les cas de fistules voisines du pubis est plus difficile en présence de fistules périarticulaires : on éliminera la coxalgie qui entraîne une limitation de tous les mouvements de la hanche, et le mal de Pott qui s'accompagne de signes caractéristiques, au niveau de la colonne lombaire ; on écartera également la tuberculose de l'ischion dont les fistules sont fessières et qui amène la limitation de la flexion et de l'extension de la cuisse. La radiographie est nécessaire pour préciser le diagnostic, elle montre toujours très nettement le siège et l'étendue des lésions.

Le traitement sera chirurgical et consistera dans l'ablation opératoire des séquestres et dans l'ouverture et le drainage des trajets fistuleux. Il donne en général des résultats promptement satisfaisants.

Pronostic et traitement des affections lentes du genou. (Edouard Dubois. Th. de Paris, 1905 ; Henri Jouve, édit.) — Les affections du genou : hydarthrose, arthropathies, tumeurs blanches bénignes, sont accompagnées de troubles sérieux de l'articulation : la synoviale est épaissie, les ligaments d'abord relâchés et distendus, ont ensuite une tendance à la rétraction. Du côté des muscles on constate une atrophie plus ou moins accentuée. Ces troubles paraissent être de nature fonctionnelle ;

Le pronostic de ces affections n'est pas toujours aussi bénin qu'on le croit ; mal soignées, elles entraînent après elles une diminution de valeur fonctionnelle ;

Par suite de l'atrophie des muscles de la cuisse, il persiste le plus souvent après la guérison de l'arthrite proprement dite des désordres articulaires qui sont la cause d'épanchements à répétition ;

Des troubles nerveux, indice d'une lésion de la moelle corrélative à l'existence de ces troubles articulaires sont possibles ;

Le traitement consiste en : thermothérapie, massage, électrisation et, surtout, exercices méthodiques de gymnastique de chambre.

La syndactylie congénitale. (Roblot. Th. de Paris, 1906 ; Maulde, Doumenc et Cie, édit.) — La syndactylie est l'union de deux ou plusieurs doigts.

Le développement embryonnaire des doigts passe par deux périodes différentes : *a*. La formation (phase de division cellulaire) ; *b*. Le développement (phase d'accroissement).

En clinique, à cause de la multiplicité des formes de syndactylie, il est commode d'adopter une classification basée sur le mode d'union des doigts ; l'étendue de cette union nous a permis d'individualiser deux grands groupes :

Les syndactylies incomplètes et les syndactylies complètes.

Au point de vue pathogénique, les différentes variétés de ces deux groupes cliniques reconnaissent deux mécanismes : *a*. Une altération pathologique due à un traumatisme (bride) frappant des doigts complètement formés ; *b*. Un arrêt de développement dû à un trouble de l'activité cellulaire frappant des doigts pendant leur période de formation.

Pour le traitement, à la diversité des formes cliniques répond une multiplicité de procédés opératoires. Pour chacune des formes, il est un procédé de choix.

La syndactylie peut s'associer à d'autres malformations dans lesquelles on peut distinguer une forme traumatique et une forme par trouble de l'activité cellulaire : chacune de ces deux formes ne se trouve associée qu'à une syndactylie de même nature.

Toutes les malformations congénitales par arrêt de développement (ectrodactylies absolue et relative, brachydactylie, syndactylie) ne sont que des effets d'une même cause : le trouble de l'activité cellulaire, mais se produisant à des phases différentes de la formation des doigts.

Contribution à l'étude des anus vulvaires. (Paul Martin. Th. de Paris, 1906 ; Henri Jouve, édit.) — L'ouverture congénitale de l'anus à la vulve est une forme assez fréquente d'abouchement anormal du rectum. Dans ces cas, elle se fait le plus souvent en avant de l'hymen, au voisinage de la fourchette.

Cette malformation nécessite souvent des interventions d'urgence. Toute intervention sur l'anus vulvaire a donné des résultats encourageants.

Attendre longtemps pour intervenir, c'est laisser l'enfant sous la menace d'accidents subits; c'est laisser venir des troubles digestifs; c'est laisser se produire de l'atonie et de la distension des fibres musculaires; c'est laisser des matières solides augmenter le diamètre de la fistule.

D'autre part, on peut sans inconvénients attendre que l'enfant soit un peu développé. Jusqu'au sevrage, les matières étant molles, elles passeront facilement. Les résultats n'étant pas meilleurs dans l'intervention tardive, l'époque préférable pour opérer est de six à huit mois.

On fera la transplantation de l'anus au périnée. C'est une opération simple, bénigne, rationnelle.

Les résultats immédiats sont toujours très bons. Les résultats éloignés doivent compter avec quelques légères complications.

Contribution à l'étude de l'extension continue dans le traitement des fractures obliques de jambe. (Félix Merlot. Th. de Paris, 1906; G. Steinheil, édit.) — Les fractures obliques du tibia s'accompagnent de grands raccourcissements et de modifications dans l'axe statique. Les appareils à extension continue peuvent seuls arriver à corriger ces raccourcissements et ces déviations;

L'appareil d'Hennéquin nous avait appris la bonne attitude à donner au blessé et nous fournit une excellente gouttière à attelles latérales pour la jambe;

L'appareil d'Ombrédanne est un perfectionnement de celui d'Hennequin en ce que la pantoufle est plus facile à placer et est mieux tolérée que la bottine plâtrée;

L'appareil d'Ombrédanne est supérieur à l'appareil de Holden en ce que, entre le pied et la gouttière jambière, existe, pour la première fois, un dispositif obligeant automatiquement le fragment inférieur à venir se placer dans l'axe du fragment supérieur. Le mode de préparation de la pantoufle est plus simple que dans la manière de faire de Holden;

Cet appareil a l'avantage de pouvoir être exécuté par n'importe quel praticion, même loin des grands centres, puisque tous les accessoires sont usuels.

Les résultats que nous avons constatés sont pratiquement irréprochables.

De la cure radicale de l'anévrisme artériel poplité par l'extirpation. (G. Aloncle. Th. de Paris, 1905; H. Jouve, édit.) — Tout anévrisme poplité supérieur ou inférieur doit être traité par l'extirpation, cure radicale, coupant court à tout accident ultérieur.

Dans les cas même les moins bons, sujets artério-scléreux, l'extirpation est préférable à la ligature, car elle expose moins à la gangrène.

Elle trouve ses indications aussi bien dans les grosses que dans les petites tumeurs, dans les anévrismes haut ou bas placés, dans les cas de menace de rupture du sac, dans les cas avec rupture où elle permet la limitation de la gangrène par diminution de tension du membre et rétablissement de la circulation collatérale.

Nous avons relevé 52 cas d'anévrisme poplité traités par l'extirpation avec 47 guérisons et cinq échecs dont une mort à quatre mois et demi : *a.* cas de Polosson, 1885. Quatre gangrènes ayant nécessité l'amputation; *b.* cas d'Augener, Berlin, 1898; *c.* cas de Zwicke, 1886. Il s'agissait d'un anévrisme poplité avec épanchement dans le genou, et on a dû pratiquer une amputation de jambe au lieu d'élection; *d.* cas Durand, Lyon, 1904. Dans ce dernier cas la gangrène existait avant l'extirpation et a été limitée grâce à l'opération; *e.* cas Faure, 1905.

La technique opératoire est simple. Il faut enlever l'anévrisme comme une tumeur. La bande d'Esmarch ne nous semble pas mériter l'ostracisme dont elle a été l'objet. La blessure de la veine n'a pas l'importance qu'on lui attribue. Les nerfs peuvent et doivent être disséqués avec soin.

De la luxation du semi-lunaire. (Louis Née. Th. de Paris, 1905; Jules Rousset, édit.) — La luxation du semi-lunaire est la lésion du carpe la plus fréquente dans les traumatismes violents du poignet. Elle se fait toujours en avant. Elle est due le plus souvent à une hyperextension forcée de la main. Elle peut se produire aussi par la flexion extrême de la main, mais beaucoup plus rarement. Elle est la conséquence de la luxation en arrière du grand os.

Le ligament radio-semi-lunaire antérieur peut déterminer l'arrachement du semi-lunaire.

La disposition anatomique de ces os et le mode d'insertion des ligaments favorisent beaucoup sa luxation en avant.

La luxation est simple ou compliquée. Elle est souvent accompagnée de fracture du scaphoïde avec luxation concomitante du fragment proximal du scaphoïde, qui a conservé ses connexions avec le semi-lunaire. Elle est compliquée quelquefois de fracture de l'extrémité inférieure du radius au lieu d'élection ou de fracture de Rhéa Barton.

Les symptômes sont suffisamment caractéristiques pour permettre de poser le diagnostic au début. Mais la radiographie devra toujours être faite pour le confirmer.

Le pronostic, si on n'intervient pas, est sévère pour l'avenir de l'articulation, au point de vue fonctionnel.

Deux traitements peuvent être pratiqués : *a.* Dans la luxation simple et récente, on devra tenter la réduction; *b.* Dans la luxation ancienne ou compliquée, on devra extirper le semi-lunaire et le fragment du scaphoïde, s'il est aussi luxé.

Le massage et les mouvements actifs et passifs doivent être pratiqués pendant longtemps, après la réduction ou l'extirpation.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude des rémissions dans la paralysie générale. (André Vallet. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Il est fréquent d'observer, dans la paralysie générale, des temps d'arrêt dans l'évolution, des irrégularités dans la marche.

Plus rarement se produisent de véritables rémissions constituées non seulement par la disparition des complications (rémissions par contraste), mais encore par une marche régressive de l'affection.

Ces rémissions peuvent se produire lorsque le fonctionnement des organes permet l'élimination des agents toxiques qui ont causé la paralysie générale.

Ces rémissions rarement complètes durent souvent quelques mois, parfois quelques années.

Au point de vue médico-légal un paralytique général en rémission doit encore être considéré comme un malade irresponsable, à moins que l'acte commis ne soit et parfaitement coordonné et raisonnable.

Le médecin doit placer les paralytiques généraux dans des conditions telles qu'ils soient à l'abri des causes d'intoxication

exogènes et endogènes. Il y arrivera par l'hygiène, le régime, le repos.

OBSTETRIQUE

De la conception au cours de l'aménorrhée (aménorrhée de la lactation et aménorrhée essentielle. (Louis Bricout. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Dans cette brève étude sur la conception au cours de l'aménorrhée nous nous sommes déclaré nettement partisan de la théorie de la disjonction ou de l'indépendance des deux fonctions : ovulation et menstruation. Il nous a semblé que c'était l'hypothèse qui s'accordait le mieux.

1° Avec les faits anatomiques : découverte à l'autopsie de cicatrices de corps jaunes chez des petites filles avant la puberté, chez des femmes non réglées ou après la ménopause, ou, au contraire, impossibilité d'ovulation ou absence de traces d'ovulation (cicatrices) chez certaines femmes qui avaient été réglées pendant leur vie;

2° Avec les preuves cliniques tirées des cas de conception au cours de l'aménorrhée.

En règle générale l'ovulation et la menstruation sont deux phénomènes concomitants; mais cette simultanéité peut être détruite sans qu'il soit possible quelquefois d'invoquer aucune cause pour expliquer cette perturbation du rythme habituel.

La conception au cours de l'aménorrhée due à la lactation est assez fréquente dans la classe ouvrière qui forme la clientèle hospitalière.

Il existe une aménorrhée essentielle qui présente cette particularité curieuse que les règles ont pu s'exercer normalement auparavant. La conception dans ces cas prouve que la ponte ovulaire, bien que silencieuse, s'effectuait normalement. Les cas de conception au cours de l'aménorrhée sont en réalité assez rares — si on excepte toutefois l'aménorrhée spéciale à l'allaitement — ils sont cependant suffisants pour nous empêcher de décréter la stérilité chez des femmes aménorrhéiques, mais pourvues d'organes génitaux sains et bien conformés.

L. Gayard.

Conformations thoraciques chez les tuberculeux, par Albert Bezançon. In-8°, 133 p. — Paris, Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'évolution de la prostitution, par le docteur Félix REGNAULT, professeur au collège libre des sciences sociales. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

N° 101. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 6 SEPTEMBRE 1906. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Jousset, Poulard, Lesné, Garnier, Proust, Wiart, Labey et Rudaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — En vue de l'année scolaire 1906-1907, viennent d'être chargés des cours ci-après désignés :

MM. les docteurs et agrégés Méry (maladies des enfants); Thiroloix (clinique médicale); Branca (histologie); Marion (pathologie externe); Mauclaire (pathologie chirurgicale); Wallich et Demelin (accouchements).

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — BORDEAUX. — Un concours pour trois places de médecin-adjoint du bureau de bienfaisance de Bordeaux s'ouvrira le 6 novembre prochain, au siège de l'administration, 63, rue du Loup.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 27 août 1906, M. le médecin-major de deuxième classe Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, actuellement hors cadres, sans solde, est placé, à dater du même jour, dans la position « en mission pour service », et maintenu hors cadres, sans solde.

CONCOURS DE CASERNEMENT. — A la suite du concours ouvert pour les améliorations à apporter aux casernes, tant pour la construction que pour les aménagements intérieurs, les récompenses suivantes ont été décernées :

Médailles d'honneur. — MM. les médecins-majors Teyssier, Duchêne-Marullaz et Sabatier.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS D'ASSURANCES. — Un Congrès international de médecins d'assurances aura lieu à Berlin du 11 au 14 septembre.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — *Cours de vacances* (9e série, septembre 1906). — Du 17 au 29 septembre 1906, une série de cours auront lieu. En voici la liste :

I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Massage, M. Marchais; — Electrothérapie, M. Zimmern; — Accouchements, M. Dubrisay; — Thérapeutique appliquée, M. Landowski; — Hygiène et thérapeutique infantiles, M. Lesné; — Maladies nerveuses, M. A. Riche; — Chirurgie dentaire, M. Roy.

II. *Dans différents services.* — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (établissement dermatologique); — Otorhino-laryngologie, M. G. Laurens (Clinique de la Trinité); — Auscultation, M. X; — Ophtalmologie, M. Morax (Lariboisière); — Maladies des voies urinaires, M. X (Necker); — Maladies du tube digestif, M. Enriquez (Hôtel-Dieu); — Chirurgie infantile; orthopédie, M. Barbarin (hôpital Anne-Marie); — Chirurgie pratique et gynécologie, M. Savariaud (Lariboisière).

Tous les cours commenceront le lundi 17. Repos le dimanche 23.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Marchais, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 9, septembre 1906.) AUCHÉ et Mlle CAMPANA : Dysenterie bacillaire infantile. — PIGNERO : Epidémie de rougeole.

Archives générales de médecine. — (N° 35, 28 août 1906.) CANTONNET et COUTELA : L'hémianopsie bi-temporale dans les fractures de la base du crâne. — RUDAUX : Accès éclamptiques au cours d'un accouchement gémellaire chez une femme ne présentant aucun trouble urinaire. — BABINSKI : Ma conception de l'hystérie et l'hypnotisme.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 7, 16 août 1906.) Henry F. HEWES : Deux cas de gastrosucorrhée ou hypersécrétion gastrique, associés avec la cirrhose atrophique du foie. — G. A. WATERMAN : Traitement du goitre exophtalmique par le sérum. — Aynès C. VICTOR : Introduction à l'étude de la cause fondamentale des ptoses viscérales : l'insuffisance abdominale, les facteurs de son développement. — Charles Gilmore VIERLEY : L'incontinence d'urine.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 23 août 1906.) RIEDINGER : Le traitement des hémorroïdes. — ELSNER : Un spéculum rectal modifié. — RUPPEL : Sur le méningocoque et ses rapports avec le gonocoque — BRUCK : Sur des anticorps spécifiques contre le gonocoque. — ARONSON : Action thérapeutique du sérum antistreptococcique. — STRÜBING : L'asthme bronchique. — GRŒDEL : Action des eaux thermales chlorurées sodiques contenant de l'acide carbonique sur l'hypertension sanguine. — BRENTANO : Une nouvelle table de toilette pour hôpitaux de campagne. — JOSEPH : Leucoplasie buccale. — OPITZ : Sur quelques progrès dans le domaine de l'obstétrique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 35, 2 sept. 1906.) GAUDUCHEAU : Note sur le bacille pyocyanique dans les abcès du foie au Tonkin. — LAMACQ : Le souffle d'asthénie cardiaque et les bruits de galop (*suite*).

Lyon médical. — (N° 35, 2 sept. 1906.) GENTIL : Goitre parenchymateux suffocant par coudure de la trachée.

Medizinische Blatter. — (N° 34, 25 août 1906.) GARRIGUES : La lithiase biliaire et les assurances sur la vie. — RUDNIK : L'albuminate de gaïacol « histosau » et son emploi dans la tuberculose pulmonaire et intestinale.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 28 août 1906.) LŒWENFELD : Alcool et névroses. — WEICHARDT : Etudes sur un nouveau corps empêchant. — SCHULTZE : Y a-t-il une origine intestinale de l'anthracose pulmonaire ? — WOCLENBERG : Le trajet des voies nerveuses intramusculaires, son importance pour la plastique des tendons. — BAUM : Sept cas de tuberculose iléo-cæcale hyperplastique sténosante opérés. — RIEBOLD : Sur la question de la curabilité et du traitement de la méningite tuberculeuse. — MARX : Sur les hémorragies de la conjonctive dans la tuberculose miliaire. — KRÖBER : Sur sept cas de méningite épidémique. — DIEUDONNÉ, WÜSCHER, WURDINGER : La méningite au 1er bataillon du train à Münich. — STAUDER : Crampes épileptiformes dans le diabète sucré. — JIMKER : Sur une préparation d'iode : la sapodine. — VOCKE : L'alcoolisme à Münich.

Normandie médicale. — (N° 17, 1er sept. 1906.) FÉRÉ : Note sur les indiosyncrasies. — DESHAYES : Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 34, 26 août 1906.) SCHWEITZER : Sur le traitement de la coqueluche. — PAPP : Sur les bains d'air.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Fasc. VI, juin 1906.) Prof. G. D'URSO : Kyste du mésocôlon transverse à contenu graisseux. Contribution à la pathogénie d'une variété de kyste du mésentère. — Prof. Angelo CHIAVARO : Histoire et progrès de l'odontoiatrie. — Prof. G. PEREZ : Un cas de bactériémie à évolution prolongée et à localisations multiples. — Ettore VARVARO : Contribution à l'étude du mode d'action de la stovaïne. — (Fasc. VII, juillet 1906.) Prof. Paolo FIORI : Considérations cliniques sur 30 cas de néphropexie. — Ettore VARVARO : Contribution à l'étude du mode d'action de la stovaïne. — Giuseppe GALLINA : Contribution à l'étude des tumeurs glandulaires du rein. — (Fasc. VIII, août.) G. BETAGH : Résultats éloignés de l'élongation du nerf pour mal perforant du pied. — Ettore VARVARO : Contribution à l'étude du mode d'action de la stovaïne. — Valentino BARNABO : Etiologie de l'estomac en besace. — *Section médicale.* — (Fasc. VI.) Emilio CAVAZZANI : Contribution à l'étude de la viscosité des humeurs. — Prof. F. MARIANI : Les théories modernes sur l'immunité et les injections endo-veineuses de sublimé. — Alberto DEMARCHI : L'action des rayons de Röntgen dans l'infection malarienne. — Polidoro EICCI : La nucléo-histone et la nucléo-histonurie dans la leucémie. — (Fasc. VII.) Alessio NAZARI : Contribution à l'étude histo-pathologique des appendicites. — Prof. F. MARIANI : Les théories modernes sur l'immunité et les injections endo-veineuses de sublimé. Publio CIUFFINI : Contribution à la pathologie de la maladie de Basedow. Note préliminaire sur les altérations histologiques du sang. — R. TARANTINI : Contribution à l'étude des lésions aortiques produites par la paragangline. — Giovanni CATALANO : Altérations anatomo-pathologiques du système nerveux dans l'empoisonnement expérimental chronique par le plomb. — (Fasc. VIII.) Amerigo BARLOCCO : Recherches sur le fonctionnement du foie dans certains empoisonnements. — Vasco FORLI : Sur la pathogénie de l'ictère dans un cas de pneumonie asthénique bilieuse. — A. NAZARI : Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du foie. Contribution à l'étude des néoformations épithéliales associées à la cirrhose du foie.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 16, 30 août 1906.) X... : Blindages et projectiles à rupture. — SCHREBER : Les moteurs à infection de liquides volatiles. — MARIE : L'électro-chimie appliquée aux recherches et aux préparations de la chimie organique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 35, 1er sept. 1906.) TRÉTROP : Troubles auriculaires comme premiers symptômes d'un anévrisme probable de l'artère méningée moyenne. — LUC : De l'infection possible de l'antre frontal par les injections pratiquées dans l'antre maxillaire.

Revue scientifique. — (N° 9, 1er septembre 1906.) CALMETTE : Les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse et la défense de l'organisme. — CHARRIN : L'hérédité. Son rôle dans les maladies. Les vraies et les fausses hérédités.

Tribune médicale. — (N° 33, 1er sept. 1906.) DE MAGALHAES : De l'éléphantiasis et des manifestations chirurgicales de la filariose (*fin*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 34, 23 août 1906.) BONDI et RÜDINGER : Influence de l'ingestion de graisse sur l'excrétion du sucre. — ZYPKIN : Sur les épanchements pseudo-chyleux. — DŒRR : Réponse à l'article de Salus sur les « agressives ». — OPPENHEIM : Etat actuel du traitement de la syphilis.

DIABÈTE ET TROUBLES MENTAUX

Par M. L. MARCHAND,
Médecin-adjoint de l'Asile de Blois,
et M. OLIVIER,
Interne au même Asile.

Quand, à la suite des travaux de M. le professeur Bouchard sur les auto-intoxications, on groupa sous le nom de folies toxiques les folies viscérales ou diathésiques dont on méconnaissait jusque-là la pathogénie, la psychiatrie s'enrichissait d'un nouveau groupe nosologique qui devait, sous l'impulsion de M. Régis, prendre une remarquable extension. Dès lors, la recherche des maladies organiques fut faite avec soin chez les aliénés, et on s'efforça d'établir un lien de causalité entre les troubles organiques et l'affection cérébrale.

Le diabète, dont les accidents nerveux sont si fréquents [Mary (1), Bernard et Féré (2), Dreyfous (3), Lecorché (4), Auerbach (5), Mabille et Lallemand (6), Desbonnets (7), Lapinsky (8), Chauffard (9)], était particulièrement indiqué comme devant causer certains troubles mentaux. Les travaux sur cette question sont en effet très nombreux, mais il ressort de leur ensemble que la question est des plus complexes et que certaines divergences existent encore sur le rôle étiologique joué par cette maladie diathésique.

Il ne suffit pas de constater du sucre dans l'urine d'un aliéné pour conclure immédiatement que l'aliénation est causée par la glycosurie. En recherchant le sucre dans les urines des aliénés, MM. Féré (10), Briand (11), Band (12) ont montré que, si la glycosurie était fréquente chez ces malades, elle était souvent intermittente, qu'elle survient passagèrement à la suite de surmenage physique ou intellectuel, de repas copieux. M. Toy (13) a étudié cette glycosurie transitoire et a montré que si elle s'accompagne parfois d'une recrudescence dans les phénomènes délirants, d'autres fois, et ce sont les cas les plus nombreux, elle n'apporte aucune modification dans l'état physique ou mental du malade.

(1) Mary. *Contribution à l'étude de quelques troubles nerveux qui surviennent chez les diabétiques*, Th. de Paris, 1881.

(2) Bernard et Féré. Des troubles nerveux chez les diabétiques, *Arch. de neurol.*, 1882, t. IV, p. 336.

(3) Dreyfous. *Pathogénie des accidents nerveux du diabète*, Th. d'agrég. de Paris, 1883.

(4) Lecorché. Troubles nerveux dans le diabète chez la femme, *Arch. de neurol.*, 1886, t. II, p. 50.

(5) Auerbach. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 9 déc. 1887.

(6) Mabille et Lallemand. Folies diathésiques, Acad. de méd., 1890.

(7) Desbonnets. *Les complications nerveuses du diabète sucré*, Th. de Paris, 1899-1900.

(8) Lapinsky. Des lésions du système nerveux dans le diabète, *Moniteur neurol.*, fasc. 1, 1901.

(9) Chauffard. Les petits accidents nerveux du diabète sucré, *Semaine méd.*, 1893, n° 10.

(10) Ch. Féré. Soc. méd. psych., 27 fév. 1888.

(11) Briand. Soc. méd. psych., 27 fév. 1888.

(12) H. Band. Diabète et aliénation mentale, *Brit. med. Journ.*, 28 sept. 1895.

(13) Toy. *Contribution à l'étude de la glycosurie transitoire chez les aliénés*, Th. de Lyon, 1895.

Il est donc nécessaire, quand on doit établir les rapports de causalité qui existent entre la glycosurie et les troubles mentaux, de préciser si la glycosurie est intermittente ou au contraire si elle est continue. Cette glycosurie doit être recherchée, car elle ne se traduit ordinairement par aucun autre symptôme diabétique [Lailler (1)].

Dans ce travail, nous n'aurons en vue que les rapports de la glycosurie persistante avec les troubles mentaux. Celle-ci est assez rare chez les aliénés. D'après Lailler, elle serait cependant plus fréquente chez ces derniers que chez les sujets sains. Blair (2) l'a rencontrée chez 2 à 5 p. 100 de ses malades. Une plus forte moyenne a été relevée par Band (3) qui, sur 175 aliénés, trouva chez 12 d'entre eux de la glycosurie persistante.

Les rapports du diabète avec les troubles mentaux peuvent être groupés de la façon suivante :

1° Le diabète est d'origine nerveuse ; il est symptomatique de la maladie cérébrale, cause elle-même des troubles mentaux ;

2° Le diabète est la cause de l'aliénation mentale ;

3° Diabète et aliénation mentale sont sous l'influence du même trouble général de nutrition et sont simplement concomitants ;

4° Il y a alternance entre le diabète et les troubles mentaux ;

5° L'aliénation mentale survient chez un diabétique sans qu'il y ait aucun rapport entre les deux maladies.

On voit d'après ces diverses propositions combien est complexe la question des rapports du diabète avec les troubles mentaux.

Le diabète d'origine nerveuse est assez rare, et ce sont surtout les lésions du bulbe et en particulier du quatrième ventricule qui le déterminent. Ces lésions, outre qu'elles s'accompagnent rarement de troubles mentaux, provoquent plutôt la glycosurie que le diabète. Cependant d'après Andral, Trousseau, Fritz (4), Marchal de Calvi (5), Durand-Fardel (6), Seegen (7), Cotard (8), Rouillard (9), Lecorché (10), Blair (11), les altérations du cerveau (tumeur, ramollissements, hémorragies, paralysie générale, etc.), peuvent déter-

(1) Lailler. De la glycosurie chez les aliénés, *Ann. méd. psych.*, 5e série, t. II, juil. 1869, p. 16.

(2) D. Blair. Influence des psychoses sur les glycosuries nerveuses, *The Journ. of ment. sc.*, oct. 1900.

(3) H. Band. Loc. cit.

(4) Andral, Trousseau, Fritz. Cité par E. Demange, art. diabète, *Dict. encyclop. des sc. méd.*

(5) Marchal de Calvi. *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète*, Paris, 1864.

(6) Durand-Fardel. Cité par E. Demange, loc. cit.

(7) Seegen. *Der diabetes mellitus auf grandlage zahlreicher besbachtungen*, 1875, cité par Bernard et Féré.

(8) Cotard. Aliénation mentale et diabète, *Arch. gén. de méd.*, 1877.

(9) Rouillard. Observation de la glycosurie au début de la paralysie générale, Soc. méd. psych., 27 fév. 1888.

(10) Lecorché. Loc. cit.

(11) Blair. Loc. cit.

miner la glycosurie. Comme ces lésions cérébrales peuvent s'accompagner de troubles mentaux, on voit qu'un certain nombre d'aliénés peuvent présenter de la glycosurie symptomatique. Parfois le diabète apparaît en même temps que les troubles cérébraux, d'autres fois il ne se montre que plusieurs mois après leur apparition.

Il est difficile de donner une explication pathogénique de cette glycosurie nerveuse, mais on peut admettre que la lésion cérébrale détermine dans l'organisme un défaut de nutrition générale et le diabète en est la conséquence. M. Toy (1) considère que tous les aliénés qui présentent de la glycosurie doivent être rangés dans la classe des neuro-arthritiques, et que la glycosurie doit être rapportée à une excitation du système nerveux par suite d'un vice de nutrition comparable à une intoxication. Quand le diabète est associé à une névrose (épilepsie, neurasthénie, paralysie agitante), il est dû également à un trouble constitutionnel de la nutrition générale [Ebstein (2)]. Comme le dit Bellisari (3), les maladies mentales ne sont pas capables à elles seules de diminuer dans l'organisme le pouvoir de destruction du sucre. Diabète et troubles mentaux sont alors simplement concomitants et sous l'influence d'une même tare héréditaire. On sait combien il est fréquent de rencontrer dans les familles de neuro-arthritiques l'épilepsie et le diabète (Seegen, Wesphal, Griesinger, Lockart, Clarke, Bernard et Féré).

Les cas où le diabète semble être la cause de l'affection mentale sont ceux où la glycosurie apparaît et disparaît en même temps que les troubles mentaux [Legrand du Saulle (4), Cotard (5), de Los Santos (6), Fassy (7), Campbell (8), P. Marie et Robinson (9), Lépine (10), Oberthur et Chenais (11)]. Liebe (12) rapporte le cas d'une femme de cinquante-trois ans, qui depuis quelque temps est sujette à des accès de dépression mélancolique. Diabétique depuis un an, la maladie prend un caractère aigu en même temps que le sucre persiste dans les urines. La guérison de la maladie mentale et la disparition de la glycosurie suivirent une évolution parallèle. Dans un cas de Cornu (13), les impulsions diminuèrent en même temps que s'abaissait le taux du glucose et disparurent simultanément.

(1) Toy. Loc. cit.

(2) Ebstein. Concomitance du diabète et de l'épilepsie, *Deuts. med. Woch.*, 6 janv. 1898.

(3) Bellisari. Recherches sur la glycosurie alimentaire dans les maladies mentales au point de vue des rapports de la folie et du diabète, *Nouvelle revue clinico-thérapeut.*, n° 4, 1899.

(4) Legrand du Saulle. L'état mental de certains diabétiques, *Gaz. des hôpit.*, 22 déc. 1877, et *Gaz. des hôpit.*, 26 fév. 1884.

(5) Cotard. Loc. cit.

(6) De Los Santos. *De l'état mental chez certains diabétiques*, Th. de Paris, 1878.

(7) Fassy. *Considérations sur l'état mental chez certains diabétiques*, Th. de Bordeaux, 1887.

(8) K. Campbell. *The Journ. of ment. Sc.*, juillet 1896.

(9) P. Marie et Robinson. *Semaine méd.*, 1897.

(10) Lépine. Sur le syndrome lévosurique et sur les troubles mentaux consécutifs au diabète, *Semaine méd.*, 25 oct. 1899.

(11) Oberthur et Chenais. Psychasthénie et diabète, Cong. de Pau, 1904.

(12) Liebe. Soc. psych. de Berlin, 10 juil. 1888.

(13) E. Cornu. Un cas de glycosurie avec mélancolie et impulsions érotiques, *Ann. méd. psych.*, 8e série, t. XV, 1902, p. 393.

Pour expliquer l'apparition de la folie sous l'influence du diabète, diverses théories ont été émises qui toutes convergent vers la théorie de l'auto-intoxication [Roubinovitch (1)]. Kussmaul attribue les phénomènes d'auto-intoxication à l'acétonémie; Ruffstein et Gerhard à l'acide diacétique; Klemferer à la décomposition de l'albumine; Walter, Hallevorden, Minkowski, Roques, Devic, Hugonenq à l'hypoalcalinité du sang; M. Barth à l'hyperglycémie, Dawson à un vice de nutrition du cerveau dû à la réduction de l'oxygène du sang par les substances anormales qu'il renferme. M. le professeur Bouchard estime que les troubles nerveux du diabète et par conséquent les troubles mentaux sont dus à des altérations humorales qui peuvent entraîner un trouble dans la nutrition cérébrale ou même provoquer des altérations vasculaires capables de modifier l'irrigation du système nerveux central.

Le plus souvent, le diabète et l'aliénation mentale sont sous l'influence d'un trouble général de nutrition et sont simplement concomitants. « Le diabète, dit Demange (2), peut survenir chez un aliéné, de même que l'aliénation peut apparaître chez un diabétique. » Dans ce dernier cas on retrouve chez le sujet une hérédité neuro-arthritique. C'est également l'opinion de MM. Bernard et Féré (3) qui n'attachent à la glycosurie qu'un rôle secondaire : « Ce qui montre bien, disent-ils, que la présence du sucre dans les urines n'est pas la condition indispensable à la production des accidents, c'est qu'ils se manifestent souvent quand le sucre a diminué, et il n'est pas rare de voir des diabétiques succomber à des accidents cérébraux précisément au moment où ils ne sont plus glycosuriques. »

Au point de vue pathogénique, il est toujours très difficile de préciser si la glycosurie est la cause des troubles mentaux ou si elle est simplement concomitante. Il faut, pour que l'on puisse considérer le diabète comme cause de l'aliénation mentale, qu'il y ait parallélisme entre la marche de l'aliénation et la glycosurie. Dans tous les autres cas où les troubles mentaux persisteront après la disparition de la glycosurie et réciproquement, on pourra hésiter à considérer le syndrome mental et la glycosurie comme symptomatiques tous deux d'un trouble général de nutrition.

Les cas les plus curieux qui n'avaient pas échappé aux auteurs anciens, sont ceux où diabète et troubles mentaux alternent, se substituent l'un à l'autre [Monneret et Fleury (4), Marchal de Calvi (5), Cotard,

(1) Roubinovitch. Troubles mentaux dans les auto-intoxications, *Traité de pathologie mentale*, 1903, p. 465.

(2) Demange. Art. diabète, in *Dict. encyclop.*, t. XXVIII, 2e partie, p. 570.

(3) Bernard et Féré. Loc. cit.

(4) Monneret et Fleury. Art. diabète, in *Correspond. de méd. prat.*, III, 1839.

(5) Marchal de Calvi, Cotard, Legrand du Saulle, Seegen, de Los Santos. Loc. cit.

Legrand du Saulle, Seegen, de Los Santos, Savage (1)]. Dans un cas de Mendel (2), le sujet atteint d'une glycosurie persistante présente un délire hallucinatoire aigu. Pendant la crise mentale, l'urine ne contient plus de sucre. Dès la convalescence, la glycosurie reparaît. Bond (3) qui a étudié de nombreux cas de glycosurie chez les aliénés, rapporte les faits suivants : Dans deux cas, il observe une rémission légère des symptômes mentaux lors de l'apparition du diabète ; dans un cas, le sucre disparaît lorsque les symptômes de manie apparurent. Band (4) a observé deux mélancoliques qui ont guéri en même temps que le sucre disparaissait des urines. Blair (5) s'appuie sur cette alternance des troubles mentaux avec le diabète pour expliquer la rareté de ce dernier chez les aliénés.

Enfin un dernier groupe comprend les faits où l'aliénation mentale survient chez un diabétique sans que la glycosurie soit modifiée en rien dans son évolution. Dans ces cas, la folie a une autre cause qui est fréquemment l'alcoolisme ; l'observation suivante en est un exemple :

Observation. — A. F..., quarante-six ans, vigneron, entre à l'asile le 6 septembre 1905 avec un certificat médical qui le déclare « atteint de manie d'origine alcoolique avec idées de suicide et de persécutions, hallucinations de l'ouïe ».

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire à soixante ans. Mère âgée de soixante-sept ans, bien portante. Une sœur bien constituée.

Antécédents personnels. — Enfance normale, intelligence moyenne. Le malade n'a jamais eu d'affection grave. Pas de syphilis. Marié à vingt-sept ans, il a actuellement une fille bien portante âgée de dix-sept ans. Excès de boisson depuis plusieurs années : glycosurie depuis quatre ans ; pas d'autres symptômes diabétiques qu'une sensation continue de soif.

Un des parents de A. F... est mort depuis peu. Or il y a quelques jours, A. F... est devenu inquiet. Il a cru qu'on l'accusait d'avoir brisé les scellés au moment de l'inventaire de la maison de commerce de son parent. Il a même entendu qu'on le lui reprochait. Il se croit déshonoré, ruiné même, bien qu'il soit dans une situation de fortune aisée. Il a essayé d'attenter à ses jours, d'abord en se jetant hors d'un train, ensuite en se jetant à l'eau. Depuis lors, l'excitation continue malgré le bromure et les bains qu'il a pris tous les jours. Quelques heures de repos seules interrompent son excitation.

Etat actuel. — A son arrivée à l'asile, A. F... présente l'habitus extérieur suivant : taille moyenne ; un certain degré d'obésité, varicosités des joues et du nez. Pas de signes physiques de dégénérescence.

La mémoire est troublée. Il ne sait pas son âge et croit être né le 27 mai 1879. Il se souvient cependant qu'on est en 1905. Il pense que la mort de son beau-frère remonte à huit jours, et il avoue avoir la tête brouillée depuis lors.

(1) Savage. Alternance des névroses, *The Journ. of ment. Sc.*, janv. 1887.

(2) Mendel. Soc. psych. de Berlin, 10 juil. 1888.

(3) C.-H. Bond. Quelques remarques sur les rapports du diabète avec la folie, *The Journ. of ment. sc.*, 1896.

(4) H. Band. Loc. cit.

(5) D. Blair. Loc. cit.

Il dort mal ; il est sujet à des cauchemars dans lesquels il lui arrive de voir les gendarmes. Il rêve aussi qu'il tombe dans des précipices ; il ne cesse de voir sa maison. Ces visions se reproduisent également le jour.

On l'a amené ici, dit-il, parce qu'il avait fait du bruit chez lui, et parce qu'il avait toujours grand soif. Il ne paraît pas avoir d'idées de persécution bien nettes ; il reconnaît seulement que parfois on le regardait de côté. Il s'est jeté à l'eau pour se détruire tandis qu'on l'amenait à l'asile. Il ne veut plus vivre, car il est déshonoré. Il a fait, assure-t-il, du scandale dans son pays ; on l'a même accusé d'avoir enlevé les scellés.

Il se croit ruiné ; sa mère « est enfermée dans la maison ; cette pauvre femme est malheureuse, on a tout vendu chez moi ». Il s'imagine qu'il est ici au secret et qu'on commence à l'interroger. « J'ai fait du propre, je suis ruiné », répéte-t-il en marmottant des paroles sans suite.

Les fonctions organiques semblent s'accomplir d'une façon normale. Il faut noter cependant la saburralité de la langue, de l'inappétence. Enfin le malade transpire abondamment.

Tremblement des mains. Absence des réflexes rotuliens. Le chatouillement de la plante des pieds ne provoque pas le retrait de la jambe. Les pupilles sont égales ; leurs réflexes sont conservés. Pas de signe de Romberg. Marche normale. Le malade porte sur les jambes des contusions et des plaies qui se sont produites lors de sa chute volontaire dans l'eau.

Température normale.

Durant les premières vingt-quatre heures, le malade donne 1 100 grammes d'urine ; et, à l'analyse, les dires du malade se trouvent confirmés. Il y a en effet 27 grammes de sucre par litre. Pas d'albumine.

Traitement : bains tièdes prolongés, chloral ; purgations, régime lacté.

8 septembre : le malade n'a pas dormi ; aussitôt couché, il se levait de son lit. Mêmes idées et interprétations délirantes, mêmes hallucinations, température normale.

Les mêmes troubles persistent les jours suivants, et l'examen des urines décèle une glycosurie persistante.

Vers la fin du mois de septembre, amélioration des symptômes mentaux. Le malade dort mieux et les idées délirantes sont en partie disparues. Il présente encore de la confusion dans les idées. L'appétit est bon.

Le 5 octobre, les urines contiennent encore 38gr46 de sucre par litre. La totalité des urines dans les vingt-quatre heures est de 900 grammes. Les troubles mentaux sont à cette époque en partie disparus. Les symptômes physiques de l'intoxication alcoolique persistent encore, mais atténués.

Le 16 octobre, le malade est complètement guéri ; les urines contiennent 41gr60 de sucre. La quantité des urines des vingt-quatre heures est de 910 grammes.

A. F... sort de l'asile le 31 octobre 1905.

L'intoxication alcoolique est dans notre cas la principale cause des troubles psychiques. Si le diabète n'est pas capable à lui seul de déterminer les psychoses, l'intoxication alcoolique en surajoutant ses effets détermine la folie, et on peut dire que la meilleure façon pour un diabétique de délirer est de se livrer à des excès alcooliques. Bouchardat (1) avait déjà relevé que les accidents nerveux du diabète étaient surtout fréquents chez ceux qui font

(1) Bouchardat. *De la glycosurie ou diabète sucré*, 1864.

des excès de boissons alcooliques, et Bond (1) trouve que sur quatorze diabétiques délirants qu'il a observés, sept avaient fait des excès éthyliques.

Les troubles mentaux qui apparaissent chez les diabétiques ont-ils des caractères particuliers tels qu'on puisse dire qu'ils sont dus au diabète. Le parallélisme entre la marche de l'aliénation et la glycosurie peut seul permettre d'établir ce fait. Les troubles mentaux sont eux-mêmes des plus variés et ne diffèrent en rien de ceux que l'on rencontre au cours des diverses intoxications. La confusion mentale, le délire hallucinatoire aigu se rencontrent surtout dans les observations des auteurs. On a signalé également les accès de mélancolie simple, anxieuse ou délirante; les accès de manie aiguë sont plus rares. Les symptômes classiques des auto-intoxications tels que céphalalgie, troubles des réflexes, tremblement plus ou moins généralisé, troubles gastro-intestinaux, etc., n'offrent aucun caractère particulier et ne permettent pas de préciser les rapports de causalité entre le diabète et les troubles mentaux. Les troubles psychiques et somatiques sont quelquefois si accentués qu'ils peuvent simuler la paralysie générale [Laudenheimer (2), Ingenieros (3)]. Ce syndrome paralytique est d'ordinaire fugace et comparable en tous points au syndrome paralytique fugace que l'on rencontre dans l'intoxication alcoolique. Il cesse en même temps que la glycosurie disparaît sous l'influence du régime antidiabétique.

ANALYSES

MEDECINE

Sur la dilatation aiguë de l'estomac et l'occlusion intestinale dite artério-mésentérique. (NECK. *Münch. med. Wochens.*, 7 août 1906, n° 32, p. 1561.) — Neck rapporte quatre cas nouveaux de dilatation aiguë de l'estomac, qui, cliniquement, se sont manifestés de la façon suivante : vomissements ayant débuté subitement, douleurs plus ou moins intenses, ballonnement du ventre, pouls petit et fréquent, absence de température. A l'examen, dans la partie gauche de l'abdomen, présence d'une collection de liquide abondante avec succussion hippocratique.

Le cathétérisme de l'estomac a permis de retirer dans chaque cas plusieurs litres de liquide et de débris alimentaires.

L'un de ces cas de dilatation stomacale aiguë s'est produit après une ingestion immodérée de fruits; un autre après l'administration à un tuberculeux de 0gr50 de véronal. Ces deux malades ont guéri.

Les deux autres cas sont survenus, en dehors de toute alimentation exagérée, chez des sujets atteints de cypho-scoliose ancienne; l'un deux s'est terminé par la mort, et l'autopsie a montré une dilatation énorme de l'estomac et de la portion descendante du duodénum, avec refoulement complet dans le petit bassin du reste de l'intestin grêle.

(1) C.-H. BOND. Loc. cit.

(2) R. LAUDENHEIMER. Paralytische geistesstörung in folge von Zuckerkrankheit (diabetische pseudo-paralyse), *Arch. f. psych.*, XXIX, 2, p. 546.

(3) J. INGENIEROS. La pseudo-paralysie générale diabétique, *Revue neurol.*, 1905, p. 709.

Un certain nombre des observations de dilatation aiguë de l'estomac publiées actuellement concernent également des sujets atteints de cypho-scoliose.

La pathogénie de ces accidents est mal connue : on a observé qu'en pareilles circonstances l'estomac, souvent disloqué, avait une situation plus verticale et que le pylore était abaissé. Peut-il se produire alors, lorsque l'estomac est distendu, un refoulement dans le petit bassin des anses grêles, en même temps que le duodénum est comprimé ou tordu en un de ses points? La tension du mésentère et de l'artère mésentérique supérieure est-elle suffisante parfois, comme l'a supposé Kundrat, pour déterminer une stricture du duodénum au point où celui-ci est croisé par ces organes? C'est ce qu'il est difficile de dire actuellement : mais dans beaucoup de cas l'influence d'un excès d'aliments ne peut être mise en doute.

Le traitement consiste à vider le plus tôt possible l'estomac avec la sonde. Cette évacuation faite à temps est en général suivie d'une amélioration rapide et d'un rétablissement complet en quelques jours. A. LEMIERRE.

Ulcère duodénal chez un nourrisson. (TORDAY. *Jahrb. f. Kind.*, mai 1906, p. 563-570.) — Un enfant de huit mois, atrophique et rachitique, entre à l'asile d'Etat de Budapest, le 4 mars 1905. Il est orphelin, et l'on ne sait rien de ses antécédents, si ce n'est qu'il a été élevé au biberon. Dès les premières heures de son arrivée, on constate qu'il vomit un quart d'heure environ après chaque essai d'alimentation. Torday pense à une gastro-entérite et prescrit sans succès du lait refroidi, coupé, et administré à toutes petites doses. Malgré les lavages d'estomac, l'emploi des narcotiques, la réduction et l'espacement des repas, et la substitution, au lait de vache, du lait de femme, l'enfant continue à vomir après chaque repas, et l'on remarque que la quantité de matières vomies est supérieure à la quantité de lait absorbée. L'examen du contenu gastrique montre que, le plus souvent, trois heures après le dernier repas, l'estomac renferme encore 15 centimètres cubes du liquide ainsi constitué :

1. HCl +; acide chlorhydrique libre, 0,03 par centimètre cube; acidité totale, 17;
2. HCl —; acide lactique +; acidité totale, 13;
3. HCl —; acide lactique +; acidité totale, 15;
4. HCl —; acide lactique +; acidité totale, 9; acides gras —; peptone +;
5. HCl —; acide lactique +; acidité totale, 11; acides gras —; peptone +.

En plus des vomissements, il existait une constipation tenace. Un lavage d'intestin ramena des matières mi-solides, mi-grumeleuses, ne contenant pas de sang. L'estomac, dilaté, descendait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; il était le siège de mouvements péristaltiques nettement visibles sous la peau, mais la palpation ne permettait pas de sentir le pylore.

Les jours suivants, l'enfant s'affaiblit progressivement, s'amaigrit, perd ses forces, malgré les injections de sérum, et finalement, succombe le 18 avril, à une broncho-pneumonie du lobe supérieur droit. Il était alors âgé de dix mois et pesait 2 900 grammes.

A l'autopsie, en plus des lésions banales de l'athrepsie, et de celles propres à la broncho-pneumonie, on trouva un ulcère rond du duodénum. Cet ulcère, situé à 5 millimètres au-dessous du pylore, intéressait aussi bien la paroi antérieure que la postérieure. Sa largeur était de 8 millimètres. Ses pa-

rois, lisses, pâles, ramollies, conduisaient à un fonds cicatriciel au milieu duquel l'on voyait une dépression également cicatrisée, avec, à la surface de cette dépression, une érosion grosse comme une tête d'épingle, marquée par une hémorragie punctiforme. La partie supérieure du jéjunum contenait un mucus jaunâtre, mélangé de bile et de sang. Dans les dernières parties du duodénum, le contenu intestinal devenait franchement hémorragique. Même aspect dans la plus grande partie du gros intestin, mais l'S iliaque et le rectum, au contraire, ne renfermaient que des matières jaunâtres et grumeleuses. La muqueuse des segments de l'intestin correspondant aux foyers hémorragiques était, par places, infiltrée de sang.

Examinées histologiquement, les parois de l'ulcère montrèrent les lésions habituelles : lésions vasculaires, foyers d'infiltration, épaississement de la sous-muqueuse, modifications cellulaires diverses. Le pylore était normal.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est que l'ulcère a évolué sous les traits d'une sténose fonctionnelle du pylore, tout à fait analogue à celle que l'on peut observer chez certains nourrissons. *Il n'y eut jamais de sang*, ni *dans les vomissemenls*, ni *dans les selles*. Il est probable que si l'hémorragie ultime avait été moins brusque, le sang aurait eu le temps d'apparaître à l'extérieur, et de faire soupçonner au moins le diagnostic exact.

Torday profite de ce cas pour étudier la symptomatologie de l'ulcère rond chez l'enfant. Il insiste sur la rareté de cette affection dans les premières années de la vie et rappelle que la plupart des cas qui en ont été publiés n'ont été reconnus qu'à l'autopsie (Brinton, Kundrath, Rilliet et Barthez, Gunz, Rehn, Reimer, Wertheimber et Eröss).

Peut-être pourrait-on arriver au diagnostic si on pensait à l'ulcère duodénal toutes les fois que, chez un nourrisson, on constate l'existence d'hématémèses ou de melœna. Il y a cependant des cas où l'un et l'autre de ces symptômes font absolument défaut : le tableau clinique de la maladie ne permet alors aucune supposition ferme. Landau attribue l'ulcère à l'arrêt, dans la muqueuse duodénale, d'un caillot sanguin venu de la veine d'Arantius, et à la nécrose consécutive de la partie correspondante de l'épithélium.

La maladie est surtout rare au-dessous de dix ans : sa symptomatologie est difficile à fixer, parce que les signes qui la caractérisent peuvent manquer longtemps (Comby). Une hématémèse foudroyante suivie, éventuellement, de péritonite aiguë peut constituer le seul symptôme de l'affection. Le melœna est presque constant. Ces hémorragies s'accompagnent fréquemment de douleurs épigastriques, irradiant vers la colonne vertébrale, et s'exacerbant à la suite des repas. La palpation de la région malade est douloureuse. L'anémie et la perte des forces sont les conséquences fatales d'une dénutrition prolongée.

L'étiologie et la pathogénie de l'ulcère duodénal sont encore mal connues : embolie artérielle (Virchow), thrombose ou spasme vasculaire (Klebs), stase veineuse (Rokitanski), etc. Pour les uns, l'hyperchlorydrie est la cause du spasme du pylore ; pour les autres, au contraire, l'existence de l'ulcère parapylorique explique le spasme pylorique qui, secondairement, conditionnerait l'hyperchlorhydrie.

L'anatomie pathologique est tout à fait semblable à celle de l'ulcère gastrique. Signalons le siège des ulcères près du pylore, à la face antérieure de l'intestin, leur origine embolique dans certains cas, leur multiplicité possible, leur terminaison, soit par perforation intestinale, soit par cicatrisation. Dans ce dernier cas, la partie de l'intestin située au-dessus de l'ulcère se dilate, le pylore devient insuffisant et l'estomac se laisse distendre. Lorsque la perforation se produit, elle aboutit à une péritonite généralisée ou localisée : elle peut être le premier symptôme de la maladie.

Le pronostic est difficile à établir. La guérison est certainement plus fréquente qu'on ne croit (50 p. 100 des cas). Quant au traitement, il consiste à lutter contre les principaux symptômes, dans les cas aigus, et dans les formes chroniques, d'établir un régime rationnel. Le traitement chirurgical n'aurait pas encore été essayé chez l'enfant.

Le diagnostic le plus difficile, chez le nourrisson, c'est celui de la sténose pylorique. Lorsque, à cet âge, on voit survenir des vomissements à la suite de chaque tentative d'alimentation, que ces vomissements se répètent malgré l'institution d'un régime convenable, et qu'il n'y a de sang, ni dans les matières rejetées par la bouche, ni dans les selles, et qu'en plus, on ne possède aucun renseignement sur les antécédents du malade, on pense forcément à une sténose pylorique, et seule, l'autopsie vient, comme dans le cas de l'auteur, rectifier le diagnostic primitivement porté.

L. BABONNEIX.

Les déplacements du cœur dus à l'augmentation de pression dans la cavité pleurale gauche. (*Il Policlino.* Section médicale, mars 1906.) — De ses observations cliniques et de ses recherches sur le cadavre, le docteur Carletti (de Pavie) conclut qu'il n'existe pas un mode unique de déplacement du cœur, mais que celui-ci est subordonné au développement anatomique et aux changements de situation des organes voisins.

D'une façon générale, lorsqu'il y a augmentation de pression dans la cavité pleurale gauche le cœur se déplace en totalité vers la droite lorsqu'il est volumineux et que le diaphragme est peu incliné. Si au contraire il y a une légère inclinaison du diaphragme et que le cœur ne soit pas très gros, il se déplace en totalité en devenant vertical et quelquefois en tournant autour de son grand axe de façon que le ventricule gauche devienne plus antérieur qu'à l'état normal et que, d'autre part, le ventricule droit devienne postérieur.

Quand l'inclinaison diaphragmatique est considérable, le cœur se déplace en masse vers la droite en tournant autour de la ligne qui unit les deux veines caves.

Alors que dans les trois cas précédents la pointe du cœur est située à gauche par rapport à la base, on peut la voir se porter à droite du sternum un peu plus que la base, laquelle est répulsée en arrière ; il en est ainsi lorsqu'il n'y a qu'une faible inclinaison diaphragmatique et un cœur plutôt petit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Symphyse tuberculeuse latente du péricarde. (Thomesco et Graçoski. *Arch. de méd. des enf.*, 1906, n° 3.) — D'une observation personnelle, rapprochée d'un certain nombre d'autres éparses dans la littérature, MM. Thomesco et Graçoski concluent que la symphyse tuberculeuse du péricarde ne s'accompagne pas toujours et à toutes les périodes de son évolution de cirrhose du foie. Ils recommandent donc, lorsqu'on se trouve en présence du *syndrome d'Hutinel*, d'employer la désignation de *symphyse tuberculeuse latente du péricarde*, qui a l'avantage de correspondre à un état anatomique réel de l'organe central de la circulation, état anatomique ne se traduisant, ainsi que le laisse entendre le mot *latente*, que par très peu de signes cardiaques, tout en ne préjugeant pas des lésions hépatiques.

L. BABONNEIX.

La zone transversale de matité au niveau du troisième cartilage costal gauche, et son importance pour le diagnostic des lésions cardiaques. (*Rivista critica di clinica medica*, 1906, nos 15-16.) — On sait qu'Orsi et Grocco ont établi qu'en percutant chez l'individu sain au niveau du troisième cartilage costal gauche on obtient une zone de matité d'environ 1 centimètre carré. Il était intéressant d'étudier ses variations selon les différentes lésions cardiaques; c'est ce qu'a fait G. Castelli. Cette zone n'est pas modifiée par les lésions aortiques, elle augmente au contraire, mais de façon variable, dans les lésions mitrales, le maximum d'accroissement correspondant à la sténose mitrale pure. Il faut cependant se souvenir que certaines affections telles que la chlorose, l'anémie grave, la péricardite, les accès de dilatation cardiaque de la maladie de Basedow peuvent augmenter la zone de matité indiquée ci-dessus, et qu'il est indispensable de savoir dépister ces causes morbides. Il n'en est pas moins vrai que le symptôme qu'on vient de signaler a une grande importance pronostique et qu'il peut être un signe de la compensation ou de la non-compensation des lésions orificielles du cœur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Diverticulite (pas de Meckel) provoquant une obstruction intestinale. Diverticules acquis mésentériques multiples de l'intestin grêle. (Hermon C. Gordinier et John A. Simpson. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. XLVI, no 21, 26 mai 1906, pp. 1 585-1 591.) — Un femme de quarante-six ans, constipée habituelle, ayant déjà eu plusieurs crises abdominales vagues, présente après la dernière qui avait fait songer à une appendicite anormale, une constipation opiniâtre et une masse en boudin superficielle juste à gauche de l'ombilic, avec une autre, plus petite et plus profonde au niveau de l'ombilic même. Une intervention exploratrice est décidée. Les grands lavages préparatoires de l'intestin amènent l'évacuation de deux grosses pierres intestinales, après quoi les tumeurs disparaissent.

Laparotomie, libération de l'épiploon, on amène à l'extérieur le côlon transverse auquel adhère une anse d'intestin grêle. Sur celui-ci, sur une longueur d'environ 40 centimètres on trouve treize diverticules variant de 0,5 à 1,5 centimètre de longueur, tous implantés sur le bord mésentérique, tous facilement invaginables dans l'intestin et aussi larges à leur sommet qu'à leur base. C'étaient des hernies de la muqueuse et de la sous-muqueuse sous le péritoine du mésentère à travers des points faibles de la paroi musculaire, c'est-à-dire qu'ils étaient constitués par toutes les tuniques intestinales moins la musculeuse. En détachant l'anse grêle du côlon on creva un petit kyste infecté d'environ 1,5 centimètre de diamètre. Ce kyste était très vraisemblablement un diverticule dont la communication avec l'intestin s'était oblitérée à la suite d'une inflammation. L'origine de certains kystes du mésentère aux dépens de diverticules intestinaux a été récemment soutenue par Ayer (1). Comme les diverticules se drainaient bien dans l'intestin, que leur position ne les exposait pas à des changements pathologiques et qu'enfin la seule intervention possible eût été la résection d'un long segment d'intestin à cause des rapports intimes que chacun de ces kystes présentait avec les vaisseaux de l'intestin, on n'y toucha pas, on se contenta de drainer et la guérison fut régulière.

Suit une revue générale complète de la question des diverticules intestinaux acquis de l'intestin. Ceux-ci sont rares, si l'on s'en tient aux chiffres obtenus en additionnant les statistiques d'autopsie (28 pour le petit et le gros intestin réunis sur plus de 14 000 autopsies). Mais, en réalité, ils sont beaucoup plus fréquents, seulement on ne les recherche guère aux autopsies, et ils restent le plus souvent sans histoire clinique. Toutes les causes de distension de l'intestin se retrouvent dans l'étiologie, mais il faut qu'elles soient aidées par une faiblesse de certains points de la paroi. C'est pourquoi les expériences de Beer qui n'ont tenu compte que de l'augmentation de pression en négligeant ce dernier facteur, sont incomplètes.

Le cas relaté ici est le premier où des diverticules de l'*intestin grêle* aient donné lieu à des symptômes quelconques. Ici la diverticulite a mené à la mésentérite, et celle-ci à l'obstruction, par suite de la rétraction post-inflammatoire du mésentère. Ceci est d'accord avec les idées de Brehm. Tout compte fait, les diverticules acquis de l'intestin grêle sont peu dangereux, beaucoup moins que le diverticule de Meckel au passif duquel Porter a rassemblé récemment 164 méfaits auxquels de nombreux viennent s'adjoindre tous les jours; et surtout que l'appendice qui, lui aussi, n'est qu'un diverticule. S'ils nécessitent une intervention, la résection est la seule possible à cause de leurs rapports étroits avec les vaisseaux nourriciers de l'intestin.

Les diverticules du gros intestin sont plus fréquents et plus sujets à des changements pathologiques plus graves (inflammations, fistules). Les auteurs relatent un cas de leur pratique, mais de diagnostic un peu incertain. L'ablation du diverticule est indiquée lorsqu'elle est possible sans trop troubler l'apport vasculaire des parois.

F. GARDNER.

Les suites éloignées de soixante ans d'hystérectomie subtotale pour fibrome. (Alban Doran. *Transactions of the obstetrical society of London*, 25 sept. 1905, vol. XLVII, part. IV, p. 363.) — Dans ce travail l'auteur a étudié soixante malades opérées déjà depuis au moins deux ans de fibromes par l'hystérectomie subtotale. Il s'est intéressé surtout à l'étude des troubles de la ménopause artificielle et à la recherche des moyens de l'éviter. Selon Abel et Zweifel, pour éviter cette ménopause, il conviendrait de respecter non seulement les deux ovaires ou un seul ovaire, mais aussi une partie de la muqueuse du corps utérin au-dessus de l'orifice interne.

Doran a constaté que sur 28 malades où les deux ovaires ont été enlevés, 3 ont eu une ménopause incomplète et non immédiate, et sur 2 au moins d'entre elles le sang pouvait provenir d'une portion d'endomètre conservé. Chez 6, toutes au-dessus de trente-huit ans, la ménopause a été complète sans troubles. Chez 9, autres la ménopause n'a entraîné que des troubles légers, tandis que les 10 dernières ont souffert de désordres graves. Deux malades qui avaient eu des troubles mentaux auparavant, ont vu la castration suivie de l'apparition de nouveaux troubles.

Dans 26 cas un seul ovaire a été enlevé, 8 fois les menstrues ont été régulières pendant un temps plus ou moins long après l'intervention, 5 fois elles persistèrent mais irrégulièrement. Dans les 13 autres observations, la ménopause a été complète immédiatement après l'opération, 4 fois sans inconvénients, 9 fois au contraire avec des troubles aussi graves que lorsque les deux ovaires ont été enlevés.

Enfin chez 6 malades les deux ovaires furent épargnés. Chez 3 d'entre elles les règles continuèrent à être régulières, chez 2 autres elles apparurent puis cessèrent presque aussi-

(1) Voir l'analyse dans la *Gazette des hôpitaux*, no 98, p. 1172.

tôt, chez la dernière leur absence fut complète sans aucun trouble.

Ces constatations viennent à l'appui de la théorie soutenue par Abel et Zweifel. C'est ainsi que, sur 7 des 8 malades chez lesquelles un ovaire fut conservé et où les règles restèrent régulières, et sur 2 des 3 opérées où les deux ovaires furent laissés et qui continuèrent à être réglées, l'auteur avait, de propos délibéré, amputé l'utérus au-dessus du niveau de l'orifice interne.

Doran fait remarquer que dans certaines observations où un lambeau de muqueuse du corps a été épargné, on a vu les règles persister d'abord puis disparaître, il est probable que ce lambeau, malade ou endommagé pendant l'opération, s'est éliminé, ou il a été enclavé dans la cicatrisation du moignon.

Il considère qu'une analyse semblable de 60 cas d'hystérectomie totale pour fibrome aurait une grande valeur comparative, la muqueuse utérine étant nécessairement entièrement absente. M. LANCE.

Un cas de greffe ovarienne hétéroplastique suivie de grossesse et d'accouchement normal. (Robert T. MORRIS. *Medical record*, vol. LXIX, n° 18, 5 mai 1906, p. 697-698.) — Dans ses études sur les greffes ovariennes, études qu'il poursuit depuis plusieurs années, la principale difficulté rencontrée par l'auteur vient de l'hémolyse, de la dissolution des tissus d'un animal lorsqu'ils sont greffés sur un autre animal, et par conséquent de la rareté d'une greffe vraiment permanente. Il cherche en ce moment un procédé qui fasse tolérer mieux les tissus greffés. Que cette tolérance soit cependant rencontrée quelquefois est démontré par le fait suivant. Une femme de vingt et un ans, souffrant d'ovarite scléro-kystique double avec symptômes de ménopause anticipée, fut ovariotomisée en février 1902 à l'aide de l'angiotribe de Tuffier (et non à l'aide des méthodes à ligature, avec lesquelles on n'est jamais sûr de ne pas laisser une parcelle de tissu ovarien, ainsi que Morris a pu s'en assurer dans ses études expérimentales), puis l'on greffe de chaque côté dans une fente du péritoine, près de la trompe, un ruban d'ovaire prélevé sur une femme de trente-trois ans, opérée au même moment pour prolapsus. Menstruation en juin 1902, puis interruption, puis menstruation régulière à partir de novembre 1902. En mars 1906, naissance d'une fille à terme, pesant 7 livres et demie. Il sera intéressant de voir à laquelle de ses deux mères l'enfant ressemblera le plus. F. GARDNER.

Un cas de tuberculose d'un diverticule de la vessie contenu dans une hernie inguinale. (Edred M. CORNER et Cecil W. ROWNTREE. *The Brit. Journ. of children's diseases*, déc. 1905, n° 12, vol. II, p. 554.) — L'observation rapportée par les deux chirurgiens est extrêmement curieuse et unique dans la science. Il s'agit d'un enfant de dix-huit mois entré à l'hôpital pour une hernie inguinale droite. Existant dès la naissance, la hernie s'était accrue peu à peu. Elle était manifestement irréductible. Ces deux constatations déterminent une intervention immédiate. Après ouverture du canal inguinal on trouve une masse volumineuse dans laquelle on dissèque d'abord une couche musculaire, puis une couche fibreuse qu'on pense être le sac, on l'incise, il s'écoule de l'urine : on était dans la vessie.

Une dissection attentive du diverticule montre qu'il ne présente aucune gaîne péritonéale, que les éléments du cordon sont dissociés autour de lui et lui adhèrent. On réussit à l'isoler à sa partie supérieure, mais à la partie inférieure la dissection est très pénible, le diverticule est très épais, ses parois forment une masse qui ressemble, disent les auteurs, comme forme et dimension à un col utérin ; à ce niveau se trouve une ulcération.

Après l'ablation totale du diverticule qui a 6 centimètres de long, on reconstitue la paroi par un Bassini. L'enfant guérit par première intention.

Les auteurs passent en revue tous les cas publiés de hernie de la vessie chez l'enfant. Ils montrent que la hernie directe ne s'y observe pas, que les cas de hernie oblique sont très rares. Enfin leur observation est la seule où le péritoine fut absolument absent de la hernie.

L'examen de la pièce montre, à la grande surprise des auteurs, que toute la partie inférieure du diverticule était atteinte de tuberculose.

Deux mois après l'opération l'enfant revient avec une ascite volumineuse. Une laparotomie est pratiquée. On trouve, après évacuation du liquide, que le péritoine viscéral et pariétal est couvert de tubercules miliaires. Au niveau de l'anneau interne du canal inguinal droit, le péritoine est très épaissi. On essuie avec soin le péritoine et on ferme la paroi.

Le liquide ne s'est pas reproduit, et le malade depuis quatorze mois semble complètement guéri. M. LANCE.

NEUROLOGIE

La claudication intermittente de la moelle. (J. DÉJERINE. *Revue neurol.*, 30 avril 1906, p. 241-250.) — L'auteur décrit la claudication intermittente de la moelle épinière, affection cliniquement identique à ce que Charcot a décrit sous le nom de claudication intermittente des membres, mais s'en distinguant par les caractères suivants, qui permettent de faire le diagnostic : conservation des battements artériels, absence de troubles vaso-moteurs, exagération des réflexes, voire même apparition du signe de Babinski pendant les périodes de claudication : existence de troubles sphinctériens. Le professeur Déjerine publie trois observations, l'une avec guérison, la seconde avec amélioration considérable par le traitement spécifique. Chez le troisième malade, à la claudication intermittente succéda ultérieurement une paraplégie spasmodique. Ces faits montrent la gravité du pronostic et indiquent le traitement à employer, l'affection paraissant être, le plus souvent, d'origine syphilitique. L'auteur croit qu'il s'agit d'une ischémie de la moelle par rétrécissement artériel : la pathogénie serait ainsi analogue à celle de la claudication intermittente des membres. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

De l'alimentation par les décoctions végétales de la gastro-entérite infantile. (A. ARON-KAHAN-REYVIDE. Th. de Paris, 1906 ; H. Jouve, édit.) — La décoction de céréales et de légumineuses possède, sur les fermentations de l'intestin, un pouvoir antiputride marqué. Elle réhydrate l'enfant par les chlorures qu'elle contient, le nourrit, surtout au-dessus de six mois, et paraît indiquée surtout dans les gastro-entérites aiguës infantiles. Mais elle ne doit être considérée que comme un traitement diététique provisoire, auquel succédera au plus tôt un régime approprié à l'âge et aux troubles dyspeptiques présentés par l'enfant. Elle peut aussi rendre des services dans les entérites de la deuxième enfance : on l'emploiera alors sous forme de bouillie épaisse.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

VARIOLE

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS (1)

Éruption. — Elle débute, en général, *quatre jours* après l'apparition des premiers symptômes, et *dure quatre à cinq jours.* Elle se fait à la fois sur la peau et sur les muqueuses.

A. L'*éruption cutanée* envahit *d'abord la face* (front, cuir chevelu, pourtour des cavités naturelles), puis, de là, en vingt-quatre à quarante-huit heures, gagne le cou, le tronc, les membres. Elle passe par les stades suivants : a. *macules* arrondies, rouges, disparaissant sous la pression; *b.* dès le deuxième jour de l'éruption (cinquième jour), les macules se transforment en *papules*, entourées d'une collerette rosée; *c.* au sommet des papules, le troisième jour de l'éruption (sixième jour) apparaissent des *vésicules* qui, le lendemain, augmentent de volume; certaines d'entre elles *s'ombiliquent; d.* le cinquième jour de l'éruption (huitième jour de la maladie), leur contenu blanchit : les *pustules* sont constituées.

L'éruption ayant débuté par le visage, la suppuration (apparition de pustules) commencera également par cette région pour, de là, gagner le tronc et les membres; elle est lente à s'effectuer dans les endroits où l'épiderme est épais (paume, plante). Quelle que soit l'abondance de l'éruption, dans la variole discrète, les macules sont toujours séparées par des intervalles de peau saine au moins égaux à leur diamètre; elles sont surtout nombreuses à la face; groupées sans ordre elles peuvent, quelquefois, se réunir en amas, toujours séparées par de grands placards de peau saine (forme *en corymbes*, Jaccoud); elles prédominent aux régions irritées.

B. L'*éruption muqueuse* (énanthème) débute en même temps que l'éruption cutanée (exanthème). Au début, elle est constituée par des papules, bientôt recouvertes par une pellicule blanchâtre qui se déchire en laissant à sa place une petite ulcération superficielle. Elle se fait sur les *muqueuses bucco-pharyngée*, d'où salivation, dysphagie; *pituitaire*, d'où enchifrènement, coryza purulent; *laryngo-trachéo-bronchique*, d'où dyspnée, raucité de la voix, toux quinteuse, expectoration muco-purulente; *oculaire*, d'où larmoiement, photophobie, spasme palpébral; *anale, vulvaire, vaginale*, etc.

Phénomène capital, dans les varioles discrètes typiques, *les phénomènes généraux s'atténuent dès le début de l'éruption :* « les symptômes diminuent extrêmement, ou même ils disparaissent tout à fait, et le malade est assez bien » (Sydenham). La fièvre tombe, la dyspnée, le malaise rétrocèdent, et cette amélioration persiste jusqu'au début de la suppuration.

Suppuration. — Elle débute *vers le huitième jour. Au visage*, le contenu des vésicules devient blanchâtre, puis jaunâtre, les boutons s'agrandissent; de doux au toucher (*leves ad tactum*) qu'ils étaient jusqu'à présent, ils deviennent rudes (*asperiores* [Sydenham]), *se rompent* et rendent une liqueur jaune couleur de miel (*Id.*). Les intervalles qui les séparaient commencent à se tuméfier, à devenir rougeâtres, ils s'enflamment, et l'œdème apparaît là où le tissu cellulaire est lâche : les oreilles s'enflent, les paupières prennent l'aspect de vessies gonflées et transparentes; les régions ainsi tuméfiées sont le siège de douleurs et de sensations de tension souvent fort pénibles.

Sur le reste du corps, les pustules deviennent au contraire moins rudes et plus blanches; elles se *dessèchent sans se rompre;* l'enflure des mains et des pieds apparaît après celle du visage.

Pour les *anomalies de l'éruption* (pustules géantes, v. en corymbes; v. cornées, etc., v. Auché, loco citato).

En même temps, *les phénomènes généraux réapparaissent, plus intenses que jamais.* La fièvre (*fièvre secondaire, fièvre de suppuration*) se réinstalle : elle est continue, avec des rémissions matinales marquées; le pouls s'accélère, la tension artérielle s'abaisse. Tous les symptômes pénibles du début reviennent. Les urines sont rares, hautes en couleur; elles contiennent fréquemment de l'albumine. Ces phénomènes durent de deux à quatre jours.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 98, p. 1174.

Dessiccation et desquamation. — Après la période de suppuration, la plus grave, la plus fertile en complications, apparaît la dernière période.

Phénomènes locaux. — A la *face*, par suite de la rupture des pustules, le liquide qu'elles contenaient s'échappe et se concrète en *croûtes* jaunâtres, puis brunes et noirâtres. Au *tronc* et aux *membres*, le contenu des pustules se dessèche sans rupture et se concrète également en croûtes plus ou moins épaisses.

Une fois les croûtes éliminées, les régions malades de la peau se *cicatrisent* et forment, soit des macules rouge-brun, soit des papules brunâtres, parfois (régions riches en glandes sébacées) bourgeonnantes. Au bout d'un certain temps, à la place des éléments éruptifs, il ne reste plus que des taches blanches, luisantes, présentant une dépression cicatricielle : ces taches sont caractéristiques (*visage grêlé, couturé*).

La dessiccation se ferait du douzième au vingtième jour, la desquamation du vingtième au trentième; la durée de ces deux périodes peut être abrégée par l'usage des bains. Quelquefois, c'est à cette phase qu'apparaît seulement l'ombilication : cette ombilication tardive, *secondaire*, comportait, pour les anciens, un funeste pronostic.

Les *phénomènes généraux* s'atténuent : la température baisse régulièrement, sauf s'il doit survenir des suppurations diverses (Brouardel); les urines deviennent plus abondantes : la rétention chlorurée, que l'on pouvait noter jusque-là, disparaît, la toxicité urinaire, diminuée pendant toute la période aiguë, s'élève tout d'un coup, l'urée et l'acide phosphorique diminuent, et la *convalescence* (abstraction faite des complications) est *courte* et *rapide*.

La variole discrète ne suit pas toujours la marche que nous lui avons assignée. Il y a des *varioles discrètes malignes*, bien étudiées par les anciens auteurs, où les symptômes du début présentent une intensité extrême, et revêtent rapidement les formes ataxique ou adynamique, où l'éruption « sort lentement et avec peine, et ne suit pas l'ordre accoutumé dans les discrètes bénignes » (Bordieri), et se prolonge cinq, six, sept jours et plus, sans que les phénomènes généraux subissent la moindre rétrocession. A la phase de suppuration, les phénomènes locaux sont beaucoup plus marqués que dans les formes précédentes; les phénomènes généraux s'aggravent encore, et, parmi eux, les spasmes, le coma, la petitesse du pouls, présages fréquents de mort. D'autres fois, la variole, au commencement de l'éruption, paraît discrète et bénigne; elle ne devient maligne qu'une fois les pustules apparues. Dans ces deux grandes formes de variole discrète maligne, la mort est très fréquente, mais non absolument fatale.

§ 2. Variole confluente. — L'invasion s'y caractérise habituellement par *les mêmes signes que la variole discrète*, quelquefois, cependant, ces signes acquièrent une notable intensité. Fait important, cette période *dure moins* que dans la variole discrète : deux jours à deux jours et demi environ (Trousseau).

L'éruption *débute au commencement du troisième jour.* — A. *Eruption cutanée.* — La face, tuméfiée, est envahie *dans sa totalité* par une rougeur luisante : elle est recouverte par des *papules* petites, *serrées*, *dont les aréoles se confondent*, d'où les comparaisons classiques avec la peau de chagrin, avec l'éruption de la rougeole ou de l'érysipèle. Les *vésicules* apparaissent au troisième jour de l'éruption; elles sont plus petites que dans la variole discrète; elles confluent rapidement les unes dans les autres (quatrième jour), et, formant de vastes ampoules aplaties, recouvrent la face comme d'un parchemin mouillé. Les vésicules se transforment en *pustules* dès le cinquième ou le sixième jour. L'éruption se généralise avec rapidité au tronc et aux membres.

B. L'*éruption muqueuse* est également très intense. Sur de nombreux points, les muqueuses se boursouflent, puis, à ces places, apparaissent des papules, bientôt surmontées, à leur sommet, d'une vésicule. Celle-ci, une fois déchirée, se recouvre d'une fausse membrane grisâtre ou noirâtre.

Les *phénomènes généraux ne disparaissent pas à cette phase :* au contraire, le malaise, l'insomnie, la fièvre, le délire, la diarrhée (plus fréquente que la constipation), persistent.

La période d'éruption est *plus courte* que dans la variole discrète : elle ne dure que *trois jours.* (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La médecine au théâtre dans les temps modernes, par le docteur Paul Descoust ; préface de M. François de Curel. In-8° de 246 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Boulangé.

La neurasthénie génitale féminine, par le docteur Jules Batuaud. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Effets obtenus par la balnéation carbo-gazeuse (spécialisation fonctionnelle de Royat) chez les malades hypertendus et les insuffisants du cœur, par L. Landouzy, professeur de la clinique Laënnec à la Faculté de médecine de Paris, et Jean Heitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Royat. In-8°, avec 58 fig. et tracés. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour individuels ou collectifs pour toutes les stations thermales du réseau P.-L.-M. notamment :* Aix-les-Bains, Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Genève, Menthon (lac d'Annecy), Uriage (Grenoble), Royat (Clermont-Ferrand), Thonon-les-Bains, Vichy, etc.

1° *Billets d'aller et retour individuels* valables 10 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 31 octobre 1906, dans toutes les gares du réseau; réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes.

2° *Billets d'aller et retour de famille* valables 33 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 15 octobre 1906, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billets (individuels ou collectifs) 4 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Nota. — Il peut être délivré, à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 102. — SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1906. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Jousset, Poulard, Lesné, Garnier, Proust, Wiart, Labey et Rudaux.

LE PRIX DE LA VISITE MÉDICALE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le ministre du Commerce, de l'Industrie et du Travail, sur la proposition du directeur de l'assurance et de la prévoyance sociale, vient de prendre les arrêtés suivants réglant suivant les localités le prix de la visite médicale pour les accidents du travail :

« Article premier. — Est arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement élevée à 2 fr. 50 :

Alpes-Maritimes : Nice. — Calvados : Lisieux. — Charente : Angoulême. — Eure : Evreux, Vernon. — Gironde : Bordeaux. — Hérault : Cette. — Isère : Vienne. — Loire : Firminy, le Chambon-Feugerolles, Roche-la-Morlière, Saint-Etienne. — Loire-Inférieure : Nantes. — Maine-et-Loire : Saumur. — Orne : Laigle. — Rhône : Caluire-et-Cuire, Lyon, Oullins, Villeurbanne. — Saône-et-Loire : Digoin. — Seine : Alfortville, Asnières, Aubervilliers, Boulogne-sur-Seine, Champigny, Charenton, Clichy, Colombes, Gennevilliers, Issy-les-Moulineaux, Ivry-sur-Seine, Joinville, Levallois-Perret, le Perreux, les Lilas, Maisons-Alfort, Malakoff, Montrouge, Nanterre, Nogent-sur-Marne, Noisy-le-Sec, Pantin, Saint-Mandé, Saint-Ouen, Vanves, Villemonble, Vincennes, Vitry-sur-Seine. — Seine-Inférieure : le Havre, Rouen. — Seine-et-Marne : Melun. — Seine-et-Oise : le Raincy, le Vésinet, Mantes, Rambouillet, Versailles, Villeneuve-Saint-Georges. — Deux-Sèvres : Thouars. — Somme : Amiens.

Art. 2. — Est arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement porté à 1 fr. 50 :

Aisne : Bobain, Saint-Quentin. — Meurthe-et-Moselle : Lunéville. — Nord : Anzin, Armentières, Denain, Dunkerque, Hautmont, la Madeleine-lez-Lille, le Cateau, Lille, Maubeuge, Roubaix, Tourcoing, Wattrelos. — Pas-de-Calais : Arras, Boulogne-sur-Mer, Hénin-Liétard, Saint-Omer.

Art. 3. — Est arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement fixé à 2 francs :

Ain : Sathonay. – Ardennes : Dom-le-Mesnil, Flize, Haybes. — Aube : Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse. — Drôme : Anneyron, Bourdeaux, Montmeyran, Moras, Saint-Sorlin. — Eure : Broglie, Brosville, Bourth, Breteuil-sur-Iton, Charleval, Claville, Conteville, Epaignes, Francheville, Gaillon, la Croix-Saint-Leuffroy, la Ferrière-sur-Risle, Mainneville, Rugles, Sainte-Barbe-sur-Gaillon, Saint-Pierre-de-Bailleul, Tillières-sur-Avre, Verneuil. — Eure-et-Loir : Toury. — Gironde : Ambès, Cestas, Gauriac, Gradignan. — Indre-et-Loire : Ballan, Esvres, Fondettes, Joué-les-Tours, Monnaie, Montbazon, Noisay, Reugny, Rochecorbon, Saint-Martin-le-Beau, Saint-Paterne, Sorigny, Veigné, Vernou-sur-Brenne, Vouvray. — Isère : Allevard, Barraux, Chapareillan, Crolles, Décines-Charpieu, Domène, Goncelin, le Péage-de-Roussillon, le Touvet, Meyzieux, Pont-Evêque, Saint-Ismier. — Loire : Maclas, Neulize, Pélussin, Saint-Martin-d'Estréaux, Saint-Symphorien-de-Lay, Villars. — Haute-Loire : Dunières. — Loiret : Arthenay, Chaingy, Chambon, Ingré, la Chapelle-Saint-Mesmin, Ligny-le-Ribault, Marcilly, Menestreau-en-Villette, Saint-Jean-de-la-Ruelle. — Oise : Balagny-sur-Thérain, Bury, Chantilly, Froissy, Lermes, Laigneville, Morienval, Mouy, Nogent-les-Vierges, Romy, Rully, Saint-Leu-d'Esserent, Saint-Maximin, Sacy-le-Petit, Verneuil. — Orne : Mortagne. — Rhône : Anse, Aveizes, Belleville-sur-Saône, Bron, Cublize, Denicé, Fontaines-sur-Saône, la Mulatière, Larajasse, Neuville-sur-Saône, Sainte-Colombe, Sainte-Foy-les-Lyon, Saint-Fons, Saint-Genis-Laval, Saint-Jean-d'Ardières, Saint-Lager, Tizy, Thurins, Vaulx-en-Velin, Venissieux. — Saône-et-Loire : Beaubery, Bois-Sainte-Marie, Bourbon-Lancy, Chalmont, Charolles, Chassigny-sur-Dun, Chauffailles, Chenay-le-Châtel, Ciry-le-Noble, Coublanc, Cronat, Fleury-la-Montagne, Génelard, Gibles, Gueugnon, Iguerande, Joncy, la Chapelle-sous-Dun, la Clayette, la Motte-Saint-Jean, Ligny-en-Brionnais, Marcigny, Mélay, Martigny-le-Comte, Neuvy-Grand-Champ, Oyé, Ozolles, Palinges,

Paray-le-Monial, Perrecy-les-Forges, Poisson, Pouilloux, Rigny-sur-Arroux, Saint-Agnan, Saint-Bonnet-de-Cray, Saint-Bonnet-de-Joux, Saint-Christophe-en-Brionnais, Saint-Julien-de-Civry, Saint-Maurice-lez-Châteauneuf, Salornay-sur-Guye, Semur-en-Brionnais, Sanvignes, Senozan, Toulon-sur-Arroux, Uxeau, Vendenesse-sur-Arroux, Vendenesse-les-Charolles, Verosvre. — SAVOIE : la Rochette. — SEINE : Antony, Bry-sur-Marne, Châtillon, Créteil, Epinay, Sceaux. — SEINE-INFÉRIEURE : Argueil, Aumale, Blangy, Croissy-sur-Andelle, Dampierre, Ferrières, Forges-les-Eaux, Foucarmont, Gaillefontaine, Gournay, la Feuillie, le Houlme, Londinières, Maromme, Neufchâtel, Réalcamp, Saint-Saëns. — SEINE-ET-MARNE : Brie-Comte-Robert, Chartrettes, Cesson, Grisy, Ozouer-le-Voulgis, Suisnes. — SEINE-ET-OISE : Ablon, Andrésy, Angerville, Arpajon, Athis-Mons, Auvers-sur-Oise, Beynes, Bougival, Brunoy, Carrières-sur-Seine, Chars, Chatou, Croissy-sur-Seine, Dampierre, Dourdan, Forges-les-Bains, Garancières, Garches, Gif, Herblay, Jouy-en-Josas, la Ville-du-Bois, le Chesnay, Limours, l'Isle-Adam, Louveciennes, Mandres, Méry-sur-Oise, Montesson, Montlhéry, Mours, Nauphle-le-Château, Orsay, Orgerus, Palaiseau, Pierrelaye, Presles, Saint-Chéron, Savigny-sur-Orge, Thoiry, Vaucresson, Verrières-le-Buisson, Villiers-sur-Marne, Vigny. — DEUX-SÈVRES : Coulonges-sur-l'Autize, Mauzé-Thouarsais, Thénezay. — VAR : Saint-Zacharie. — VENDÉE : Angles, Nieuil-sur-l'Autize, Vouvant. — VIENNE : Bouresse, Chaunay, la Roche-Posay, Lencloître, Loudun, Lhommaizé, Saint-Léger-de-Monbrillais, Sommières-du-Clain. — VOSGES : Vittel. »

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (23 août 1906.) ROCHARD : Plaies du cœur et massage du cœur. De l'emploi de ce dernier moyen dans les syncopes anesthésiques (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 69, 1er sept. 1906.) GALLOIS : Gastro-entérite infantile traitée par le fromage frais. — (N° 70, 5 sept.) DIEULAFÉ : Sur la topographie du pancréas; applications chirurgicales.

Écho médical du Nord. — (N° 33, 2 sept. 1906.) CARLIER : Indications et résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. — SONNEVILLE : Action paralysante du chlorure de sodium sur la digestion peptique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 35, 1er sept. 1906.) H. LAVRAND : Otite moyenne suppurée et paralysie faciale à droite, à gauche paralysie de l'orbiculaire et du frontal d'origine traumatique.

Riforma medica. — (N° 23, 9 juin 1906.) G. PASCALE : La chirurgie conservatrice dans les tumeurs de l'épaule. — Umberto BACCARANI : Contribution à l'étude de l'infection staphylococcique. — Oreste CIGNOZZI : Névrectomie du grand occipital avec ablation du deuxième ganglion cervical pour névralgie. — (N° 24, 16 juin.) Carlo GUALDI : De la valeur de certaines méthodes cliniques pour la détermination des oxydations organiques. — G. PASCALE : La chirurgie conservatrice dans les tumeurs de l'épaule. — P. CASCIANI : Recherches sur le chlore et sur les acides biliaires dans la bile avec l'usage des eaux chlorurées-sodiques. — (N° 25, 23 juin.) Egisto MAGNI : Sur la transmissibilité de certaines altérations rénales expérimentales de la mère au fœtus. — Salvatore CAPPELLANI : Observations cliniques et expérimentales sur les pneumonies post-diphtériques. — M. SEGALE : Sur la régénération des fibres nerveuses. — Taddeo TADEI : Un cas de monstre double humain. — (N° 26, 30 juin.) V. PATELLA : De quelques conséquences rapprochées et éloignées de l'infection typhique. — C. LOMBARDO : A propos de la recherche histo-chimique du mercure. — A. GHELFI : Sur la structure des globules rouges. — Francesco PANCRAZIO : Induration des veines périphériques. — (N° 27, 7 juillet.) Giovanni MARTINOTTI : Action de la formaldéhyde sur le développement du bacille de la tuberculose et du staphylococcus pyogenes aureus. — Giuseppe RONCHI : Contribution à l'étude du syphiloderma pigmentaire primitif. — Napoleone SOMA : Considérations cliniques à propos d'un cas de spondylose rhizomélique. — (N° 28, 14 juillet.) Iginio TANSINI : A propos de mon nouveau procédé d'amputation de la mamelle. — Francesco SANFELICE : Sur l'action des produits solubles des blastomycètes au point de vue de l'étiologie des tumeurs malignes. — Luigi BOLDASSARI : Expériences sur la plastique de la vessie urinaire. — Francesco SARCINELLI : Observations cliniques sur les intoxications. — G. MUGGIA et B. OHANESSIAN : Action du radium sur l'excitabilité électrique des muscles. — Carlo PAGANI : A propos de deux cas de mal de Pott où se retrouve le signe de Kernig. — (N° 29, 21 juillet.) G. SPAGNIOLO : Maladie de Glénard avec cœur mobile. — Bindo DE VECCHI : Les tissus animaux comme substratums nutritifs pour le bacille de la tuberculose. — Pietro CAPASSO : Le délire dans la phase de guérison de certaines occlusions intestinales. — Gino DE ROSSI : Résultats pratiques de l'emploi de mon typho-diagnostic. — (N° 30, 28 juillet.) Oreste CIGNOZZI : La maladie de Hodgkin et la tuberculose à forme néoplastique des glandes lymphatiques. — Carlo BASTA : Contribution à la connaissance des tumeurs du quatrième ventricule. — Gino MONZARDO : La transplantation tendineuse dans la cure du strabisme. — (N° 31, 4 août.) Vincenzo GALLETTA : Recherches histo-bactériologiques et considérations cliniques sur un cas de toxidermie infectieuse. — Oreste CIGNOZZI : La maladie de Hodgkin et la tuberculose à forme néoplastique des glandes lymphatiques. — Raffaele PIRONA : Les rayons de Röntgen dans la leucémie. — (N° 32, 11 août.) Emilio Ugo FITTIPALDI : Un nouveau pigment urinaire. — Domenico TADDEI : Recherches cliniques sur la séparation endo-vésicale des urines des deux reins. — Oreste CIGNOZZI : La maladie de Hodgkin et la tuberculose à forme néoplastique des glandes lymphatiques. — (N° 33, 18 août.) Dario MARAGLIANO : Les cancroprécipitines et leur application au diagnostic précoce du carcinome gastrique. — Domenico TADDEI : Recherches cliniques sur la séparation endovésicale des urines des deux reins. — Giacomo VALDONIO : Deux observations d'encéphalite hémorragique. — (N° 34, 25 août.) Gustavo PADOA : A propos de l'action protectrice du foie vis-à-vis de la toxine cholérique. — Roberto CAMPANA : Comment faut-il interpréter le phénomène du spirochæte pallida de Hofmann dans la syphilis. — G. CASTRONUOVO : Sur la formation des anticorps consécutivement à l'ingestion de glutines végétales. — Alessandro BALDONI : Sur la présence du plomb dans les glaces.

Semaine gynécologique. — (N° 35, 28 août 1906.) PICHEVIN : Des hémorragies utérines à la ménopause. — (N° 36, 4 sept.) PICHEVIN : Toutes les salpingites doivent-elles être opérées radicalement?

Semaine médicale. — (N° 35, 29 août 1906.) CHEINISSE : La polycythémie splénomégalique. — (N° 36, 5 sept.) FERNET : Les satellites de l'alcoolisme.

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER DE LA PROSTATE

Par M. F. GARDNER (de New-York),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Il n'y a pas un demi-siècle que l'histoire des tumeurs malignes de la prostate est réellement entrée dans le domaine scientifique. Si Lallemand fut le premier à signaler leur présence dans le chaos des affections prostatiques, si Mercier, Velpeau, Civiale, Bérard, Vidal en citèrent quelques cas, si même Adam et Gross écrivirent deux monographies sur le sujet, il n'en faut pas moins arriver à Thompson (1861, 2e édition, 18 cas), pour trouver autre chose que des faits plus ou moins correctement rapportés ou des exposés de la question en une dizaine de lignes. En 1866, Wyss porte le total des cas à 28; Jolly, en 1869, à 40. Plus tard, Voillemier et Le Dentu, puis Jullien (1882, 55 cas), apportèrent leur contribution. En 1886, M. Guyon consacra au cancer de la prostate plusieurs leçons cliniques et érigea, en règle, la tendance extrême à la diffusion de la maladie à laquelle il donna les noms significatifs de *cancer prostato-pelvien diffus* ou *carcinose protasto-pelvienne diffuse*. La thèse d'Engelbach (1888), sur les tumeurs malignes de la prostate, est basée sur l'étude d'une centaine de cas et est un fidèle énoncé de la doctrine de l'Ecole de Necker (1).

Dès lors, l'étude clinique de l'affection est fixée. On ne publie plus guère les cas isolés à moins de particularités intéressantes. En France, l'enseignement de Guyon fut admis sans conteste. En dix ans, nous n'avons à signaler que des travaux secondaires, un article de Troquart (1891), les thèses de Rigaud (Bordeaux, 1891), de Labadie (Lyon, 1895), de Julien (Paris, 1895), deux communications de Carlier, une de Pauly et un court article de Guépin. En 1898, la thèse de Pasteau contient les résultats de consciencieuses, recherches sur l'état du système lymphatique dans le cancer de la prostate. Il conclut à la constance de la propagation ganglionnaire et au nihilisme opératoire.

A l'étranger, la doctrine de la carcinose prostato-pelvienne diffuse ne fut pas admise avec la même unanimité. Les travaux ne sont, d'ailleurs, pas très nombreux; la plupart se rapportent à des tentatives opératoires isolées; Beach, Heath, Belfield, Küster exposent leurs essais; Wind et Buchal écrivent de courtes dissertations inaugurales. Socin (1894) fait un peu plus; il esquisse la première tentative de réaction contre l'absolu de la doctrine de Guyon et décrit le cancer intra-capsulaire circonscrit. Mais il n'y a pas, dans ces travaux étrangers, assez pour faire avancer notablement la question.

Et il faut attendre jusqu'au mémoire d'Albarran et Hallé pour la voir faire un progrès qui compte. Ces auteurs démontrèrent, par de nombreux examens histologiques rigoureux, l'existence de formes de début du cancer prostatique, formes qui ne sont autres que des transformations progressives de l'adénome prostatique, lésion fondamentale de toute hypertrophie sénile. Cette découverte des plus importantes eut, pour conséquence, de faire naître l'espoir de la possibilité d'une cure chirurgicale; et, comme la prostatectomie était, à ce même moment, à l'ordre du jour, les premiers faits ne se firent pas attendre. Adenot opéra le premier cas en 1899. Pousson se fit l'avocat convaincu du traitement opératoire. Il publia une leçon clinique et inspira le mémoire d'Oraison et la thèse de Fournier. En Angleterre, au contraire, Harrison (1903) insista sur l'utilité d'un diagnostic précoce, mais précisément pour s'abstenir de toute intervention dans les cas de cancer. Les idées de l'Ecole allemande furent exposées dans la thèse de Fürstenheim. En Amérique, Young (de Baltimore) est devenu un interventionniste convaincu et, en 1905 et 1906, a publié plusieurs études passionnées dans lesquelles il émet des théories révolutionnaires sur les propagations lymphatiques dans l'affection qui nous occupe. Mais il est à remarquer que la dernière contribution anatomo-pathologique, l'étude de Motz et Majewski, est une confirmation des travaux antérieurs de l'Ecole de Necker et n'est pas précisément faite pour soulever un vif enthousiasme opératoire.

II

Etiologie. — Le cancer primitif a, d'abord, été considéré comme exceptionnellement rare. Mais c'est parce qu'on ne voit que ce que l'on a appris à voir. Peu à peu, à mesure que les connaissances cliniques se perfectionnaient, le nombre des cas augmentait rapidement, ainsi qu'en témoignent les chiffres donnés dans l'historique. En 1888, sur 700 malades venus en neuf mois à Necker, Engelbach trouva quatre carcinoses prostato-pelviennes. Julien, en 1894, trouva 14 cas dans le même service, et M. Albarran trouva 28 cas en trois ans. Nous-même, alors que nous étions interne à la Terrasse, en avons trouvé 6 cas en trois mois. La fréquence devient beaucoup plus considérable, elle atteint des proportions naguère insoupçonnées si l'on emploie conjointement avec la clinique le microscope, comme moyen de diagnostic. Dans une série de 100 prostates hypertrophiées recueillies au hasard de la série à Necker, Albarran et Hallé en ont trouvé 14 présentant des lésions épithéliales manifestes. Cette proportion de 14 p. 100 (1/7) est la plus forte qui ait été donnée jusqu'ici; c'est celle à laquelle se rallie Young. Ce dernier, en juin 1905, déclarait avoir trouvé 25 cancers parmi 300 prostates hypertrophiées, soit une proportion de 8,33 p. 100, et il

(1) Jusqu'ici les auteurs englobent, dans leurs études, toutes les tumeurs malignes de la prostate, sarcomes aussi bien que tumeurs épithéliales. Une semblable confusion se retrouve encore dans les statistiques opératoires, même celles qui ont été publiées récemment. Il y a lieu de séparer, pour la prostate, aussi bien que pour tous les autres organes, les tumeurs du type conjonctif des tumeurs épithéliales auxquelles seule s'applique la désignation clinique de cancer.

avait alors une statistique de 40 cas personnels en réunissant les faits cliniques et les constatations histologiques; six mois plus tard, il avait 10 cas de plus. Oraison, en 1903, accusait 16 cancers sur un total de 186 prostates hypertrophiées, soit 8,6 p. 100, (et non pas 9,5 p. 100, comme il le dit), sensiblement la même proportion que celle donnée dans la première statistique de Young.

Le cancer de la prostate est, comme tous les cancers, une affection de l'âge avancé. La période de la vie pendant laquelle on l'observe se superpose, en grande partie, à celle où l'on observe l'hypertrophie simple, mais est plus étendue que cette dernière. En effet, on ne devient pas prostatique avant cinquante-cinq ans, ni après soixante-dix ans; tandis que l'on a vu des cancers de la prostate à quarante-huit ans (Belfield, Pasteau, cas inédit de Haubold), à quarante-neuf ans (Albarran et Hallé). Pousson a cité un cas chez un homme de quarante-huit ans également, mais ce cas n'est point probant, puisque l'examen histologique fit conclure à un néoplasme primitivement vésical. Sans doute, le maximum de fréquence se trouve, pour les deux affections, après soixante ans, mais les cas de cancer développés après soixante-quinze ans ne sont pas exceptionnels.

Pousson a signalé l'influence possible de l'hérédité. Il en relate 2 cas dans la thèse de Rigaud (cancer du sein et cancer de l'utérus chez la mère). Labadie rapporte un autre exemple. Engelbach et Pasteau publient chacun l'observation d'un malade dont le père était mort d'un cancer du pylore, mais l'immense majorité des observations est simplement muette sur ce point.

La véritable et primordiale cause du cancer prostatique n'est pas mieux connue que celle du cancer en général. Mais, grâce aux travaux d'Albarran et Hallé, nous connaissons un fait des plus intéressants et des plus importants, à savoir qu'une relation intime unit les lésions de la classique et bénigne hypertrophie sénile à celles du cancer. La lésion fondamentale et constante de toutes ces hypertrophies, quelle qu'en soit la forme, est une prolifération régulière, adénomateuse, de l'élément glandulaire. Que cette prolifération de typique devienne atypique, il se constituera une hiérarchie de lésions épithéliales malignes menant de l'hypertrophie légitime aux formes les plus diffuses de la carcinose prostato-pelvienne, en passant par les stades intermédiaires bien décrits par Albarran et Hallé, de l'hépithélioma adénoïde, de l'infiltration épithéliale du stroma et du cancer alvéolaire. L'objection de Forgue à cette doctrine, objection qu'il formule ainsi : « Certes, il est des cas où l'on voit le cancer « évoluer après une hypertrophie sénile bénigne; « mais il nous paraît que cette éventualité clinique « est plus rare que l'anatomie pathologique ne le fait « redouter; le cas n'est pas isolé, et les kystes de « l'ovaire nous en fournissent une belle démonstra- « tion », ne saurait être admise. Trop de faits sont venus démontrer, depuis qu'elle fut émise, l'évolution cancéreuse des hypertrophies séniles. Pour une fois, le microscope a mené et la clinique a suivi. L'exemple des kystes de l'ovaire est spécieux; c'est peut-être le seul qu'il ne soit pas permis d'invoquer ici. Au contraire, toutes les autres glandes de l'économie offrent des processus absolument comparables à cette évolution des hypertrophies prostatiques.

La théorie du développement du cancer aux dépens de l'hypertrophie, étayée sur des faits cliniques, des faits histologiques et des raisonnements d'anatomie générale, est donc solidement établie aujourd'hui. Une question peut se poser : Tous les cancers de la prostate proviennent-ils de la transformation d'une hypertrophie? Il est plus que vraisemblable que le cancer passe toujours, au début, par le stade d'adénome, mais ce dernier stade n'a pas, dans tous les cas, la même valeur. En fait, il y a lieu de distinguer nettement deux évolutions : dans l'une, il y a réellement hypertrophie bénigne pendant longtemps, six, dix, quinze ans ou même davantage; puis, subitement, l'allure change et le cancer apparaît; dans l'autre, l'augmentation de volume de la prostate s'accompagne d'emblée de symptômes qui trahissent la nature maligne de l'affection. Dans le premier cas, il y a réellement hypertrophie et dégénérescence secondaire; l'adénome reste longtemps la seule lésion; dans le second, le stade d'adénome n'est qu'un stade transitoire de l'évolution du cancer. Nous n'avons pas, dans ce dernier cas, le droit de parler d'hypertrophie transformée en cancer; parlons d'hypertrophie « à tendance cancéreuse » (Fournier), mieux encore, parlons d'emblée de cancer, car il s'agit là de véritables cancers primitifs de la glande.

Le cancer secondaire de la prostate est, dans son ensemble, notablement plus rare que le cancer primitif. Ce qui est rare surtout, ce sont les métastases sur la prostate d'un cancer éloigné; à tel point que, dans un cas où il y avait à la fois un épithélioma adénoïde de la prostate, une petite ulcération néoplasique à l'embouchure de l'uretère gauche et un noyau néoplasique oblitérant ce même uretère à la croisée du détroit supérieur, MM. Albarran et Hallé, plutôt que d'admettre une détermination prostatique secondaire, se sont ralliés à l'opinion d'une coexistence de néoplasmes multiples, ce qui n'est pas d'occurrence très fréquente non plus. Cependant, les faits déjà anciens de Langstaff, Mercier, Guyot, nous offrent des exemples de la curiosité anatomique d'un cancer prostatique secondaire à un cancer de l'estomac. Plus fréquents sont les cancers prostatiques développés par continuité avec un cancer d'organe voisin. Curling et Bennett ont relaté des cas de cancer de la paroi antérieure du rectum propagés à la prostate, et Demarquay a opéré, il y a déjà longtemps, deux cas du même ordre; plus récemment Pasteau a cité un autre cas. Les néoplasmes prostatiques qui résulteraient de la propagation à la glande d'un néoplasme vésical, sont d'une authenticité beaucoup plus discutable. Plusieurs traités classiques ne font pas mention de l'existence de cette variété, qui n'est pas très couramment admise; nous aurons à revenir sur ce point. Dans un cas, cependant diagnostiqué par Pousson cancer et opéré comme tel, l'examen histologique fit conclure à un papillome vésical qui, ayant subi une dégénérescence maligne, aurait infil-

tré et détruit la paroi postérieure de la vessie et fait irruption dans la loge prostatique, ne laissant, de la glande, qu'une écorce périphérique. Nous avons observé, l'année dernière, un cas analogue qui, à en juger uniquement par l'évolution clinique, était bien un cancer de la prostate secondaire à un cancer de la vessie. Un homme de soixante ans fut opéré le 18 juin pour papillome sessile de la vessie implanté sur la moitié droite du trigone. Au moment de l'intervention, un examen direct de la prostate avec le doigt sembla donner la certitude de son intégrité; il n'y avait là aucune induration suspecte. La guérison opératoire fut rapide. L'examen histologique de la tumeur enlevée montra du papillome dans la moitié supérieure et, dans la moitié inférieure, des figures de prolifération cellulaire active indiquant une dégénérescence maligne. Dans les premiers jours d'août, apparurent des douleurs continues dans les lombes; au milieu d'août le toucher rectal fit reconnaître une carcinose prostato-pelvienne déjà diffuse dont l'évolution fut suraiguë, le malade succombant au commencement de septembre, après plusieurs jours de coma urémique. *A priori*, il ne semble pas que l'on puisse discuter la nature secondaire de la carcinose prostato-pelvienne, puisque l'examen direct de la prostate, au moment de l'opération, semblait en démontrer l'intégrité à ce moment; mais nous verrons, au chapitre de l'anatomie pathologique, qu'il n'en est probablement pas ainsi, et qu'il convient de donner à ces faits, ainsi qu'aux cas figurant dans la thèse de Pasteau (douze propagations prostatiques sur 88 néoplasmes vésicaux ayant dépassé les limites de la vessie), une interprétation toute différente.

III

Anatomie pathologique. — Les anciens auteurs décrivaient, dans la prostate, le carcinome encéphaloïde, variété la plus fréquente, et le squirrhe. Cette division n'a plus d'intérêt aujourd'hui. A Motz et Majewski nous devons un résumé, en quelques lignes très claires, de toute l'anatomie pathologique du cancer de la prostate : « Les tumeurs épithéliales de la prostate sont formées, soit de productions épithéliales alvéolaires (cancer alvéolaire), soit de productions plus ou moins alvéolaires, mais accompagnées ou précédées d'une néoformation de culs-de-sac glandulaires. Les glandes néoformées sont, d'ordinaire, beaucoup plus petites que les glandes normales de la prostate. Leur nombre, dans certains cas, est très restreint (adénocarcinome); dans d'autres cas, au contraire, il est considérable (adéno-épithélioma d'Albarran et Hallé). Ces deux dernières variétés constituent la grande majorité des tumeurs épithéliales de la prostate. »

Il est probable que les deux observations anciennes de Stafford et de Langstaff décrites comme cancers mélaniques de la prostate, reposent sur une erreur d'interprétation; en tout cas, il leur manque le contrôle histologique. Curling, en 1859, publia une observation bizarre de squirrhe de la prostate devenu à moitié colloïde et déterminant une obstruction rectale complète contre laquelle il pratiqua une colostomie lombaire gauche. Mais, ce sont là faits anciens et peut-être discutables, en tout cas ne méritant pas plus qu'une brève mention.

Le développement du cancer est toujours, ainsi que nous l'avons déjà dit plusieurs fois, précédé de néoformation d'acini glandulaires. Voici comment Albarran et Hallé décrivent l'épithélioma adénoïde (ou adéno-épithélioma), forme qu'ils ont le plus fréquemment rencontrée, et la transition qui mène de l'adénome à cette variété de cancer. L'épithélioma adénoïde peut être, soit diffus, soit circonscrit. Quand il est circonscrit, il est formé de tubes épithéliaux serrés les uns contre les autres, séparés seulement par de très minces tractus conjonctivo-musculaires. Ces tubes sont tapissés par un revêtement continu de cellules épithéliales disposées sur un ou plusieurs rangs; dans les rangées superficielles, ces cellules prennent souvent l'aspect de cellules claires signalé dans d'autres épithéliomas, en particulier par Grawitz dans ceux du rein. Les vaisseaux sont rares dans ces lésions. Dans la forme circonscrite, il y a une capsule; souvent cette capsule est incomplète, et à une de ses extrémités, le lobule adénoïde se continue avec un lobule adénomateux typique. D'autres fois, la lésion est diffuse, la capsule n'existe plus et, par transitions insensibles, nous arrivons à l'infiltration épithéliale du stroma et aux îlots de cancer alvéolaire. Beaucoup de cellules épithéliales et peu de stroma caractérisent l'épithélioma adénoïde; plus de stroma et moins de cellules glandulaires donnent l'adéno-carcinome. Dans ce dernier et dans le cancer alvéolaire, le stroma conjonctivo-musculaire de la prostate devient ordinairement scléreux. Dans l'adéno-épithélioma, cette transformation fibreuse ne se produit pas ou se produit très lentement (Motz et Majewski). L'importance de ce dernier fait est capitale, elle n'échappera à personne si l'on songe que c'est le tissu fibreux qui donne naissance à l'induration et que celle-ci est à peu près le seul symptôme sur lequel un diagnostic positif puisse s'appuyer. En fait, dans ces stades précoces, l'apparence macroscopique de la glande n'est guère différenciable de celle d'une simple hypertrophie ainsi qu'Albarran et Hallé l'ont expressément dit : « La glande n'a pas dépassé le volume qu'elle atteint dans l'hypertrophie moyenne ou légère; elle a conservé sa forme générale. Les bosselures, les formations lobulées de la coupe ne se distinguent guère de ce que l'on observe dans l'hypertrophie. L'urètre, le col vésical sont intacts. La capsule de la prostate et les tissus fibreux périprostatiques paraissent indemnes de tout envahissement. » Cela est si vrai que les cas de cancers jeunes diagnostiqués *hypertrophie* avant l'opération ou avant l'examen microscopique, sont infiniment plus nombreux que ceux diagnostiqués cancer dans les mêmes conditions, ceux-ci étant restés jusqu'à présent l'exception. A tel point même, que dans certains cas, telle la seconde observation de Harrison, un examen superficiel sembla d'abord confirmer le diagnostic d'hypertrophie, et il en fallut un deuxième, plus minutieux, pour reconnaître le schéma anatomique habituel de cette forme de

cancer, de l'adénome à la périphérie, du carcinome ou de l'épithéliome au centre.

L'évolution de ces tumeurs conduit à la diffusion et à l'envahissement du système lymphatique. La tendance diffusive a été érigée en règle par M. Guyon, qui justifie, de la façon suivante, le nom nouveau qu'il a créé pour la maladie : « Si j'ai préféré la dénomination du cancer prostato-pelvien diffus, c'est qu'il m'a semblé bon d'avertir, dès l'abord, le clinicien qu'il n'a ordinairement pas affaire, dans ces cas, à une lésion localisée évoluant, avec plus ou moins d'intensité, au niveau de son point de départ. Le caractère dominant de cette espèce de cancer est sa rapide et multiple extension. » En face de cette opinion admise sans conteste par l'Ecole de Necker se dresse aujourd'hui la thèse absolument inverse soutenue par Socin et Burckhardt, et admise par Fürstenheim, à savoir que la participation des ganglions lymphatiques, dans le cancer de la prostate, n'est pas aussi considérable que dans les autres cancers. Et Young de déclarer qu'il n'a trouvé de ganglions que dans un petit nombre de cas, *même parmi les plus avancés*, et que, comme on les trouve parfois en cas de prostatite banale, *leur présence ou leur absence n'a que peu d'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic*, à moins qu'ils ne soient un des traits principaux de la maladie (?). Et il ajoute qu'une caractéristique remarquable du cancer prostatique est qu'il envoie des métastases dans le système osseux plus souvent qu'il ne se propage aux ganglions. A l'appui de son opinion, il présente sa statistique où l'envahissement ganglionnaire se trouve noté 11 fois sur 40 cas, 4 fois dans les ganglions pelviens, 5 fois dans les inguinaux, 2 fois dans les iliaques, 2 fois dans les sacrés, 1 fois dans les axillaires, 1 fois dans le ganglion épitrochléen. Ceci, dit-il, concorde avec l'opinion de Kaufmann qui n'a trouvé de ganglions que dans 27 p. 100 des autopsies. Dans un de ses cas où il y avait des métastases étendues dans les tibias, les vertèbres et les côtes, il n'y avait qu'un seul ganglion, et c'était un ganglion bronchique. *A priori*, une telle opinion est peu d'accord avec les notions anatomiques que nous possédons sur l'appareil lymphatique de la prostate, véritable éponge lymphatique sous-vésicale en communication directe avec tous les groupes de ganglions du petit bassin, et avec les lois ordinaires de la propagation des cancers, lois qui veulent que l'envahissement et la diffusion soient d'autant plus rapides que le système lymphatique d'une région est plus riche. Mais elle est aussi absolument en désaccord avec les constatations anatomiques qui ont été faites dans l'immense majorité des autopsies de cancer prostatique. Dans les formes avancées et les formes moyennes de la maladie, la propagation ganglionnaire *est la règle et la règle absolue*. Pasteau l'a trouvée, 70 fois sur 71 cas, Motz et Majewski 25 fois sur 26, pour ne citer que ces deux auteurs auxquels nous pourrions en ajouter nombre d'autres. Pour expliquer la divergence radicale d'opinion de Young, nous pouvons admettre qu'il a eu affaire à une série exceptionnelle; mais la vraie raison est, croyons-nous, que sa statistique englobe des cas très différents, difficilement comparables entre eux et difficilement comparables aux cas qui sont généralement employés pour faire les statistiques de propagations ganglionnaires dans les cancers des autres organes. Elle contient certainement un grand nombre, sinon une majorité, de cancers histologiques, c'est-à-dire diagnostiqués tels seulement par l'emploi du microscope. Or, le microscope fait souvent voir, dans la prostate, de simples modifications de prolifération cellulaire qui sont anatomiquement de véritables cancers, mais des cancers très jeunes, beaucoup plus jeunes que les cas ordinaires avec lesquels on établit, d'habitude, les statistiques anatomo-pathologiques. Ces stades-là, comme il est naturel, n'ont pas d'adénopathie, ou, du moins, n'en ont pas fréquemment. Si donc l'on prend pour faire des statistiques que l'on veut comparer entre elles, d'une part, des cancers de la prostate n'ayant pas dépassé le stade microscopique, et, d'autre part, des cancers cliniquement diagnostiquables d'autres organes, on conçoit que l'on puisse arriver à la conclusion de l'Ecole allemande; mais qui ne voit le sophisme fondamental de cette façon de raisonner? Si, au contraire, on compare des cas cliniquement comparables entre eux, la vérité de la doctrine soutenue par l'Ecole de Necker apparaît entière. Et il convient même d'ajouter que, même dans les stades précoces, microscopiques, le cancer de la prostate montre encore une tendance à la diffusion plus accentuée que celle des cancers de même âge d'autres organes. En effet, c'est une erreur de dire et de croire que ces formes précoces n'ont jamais d'envahissement ganglionnaire. C'est une erreur aussi que de dire, avec Fournier que, sur leurs 14 cas, Albarran et Hallé n'ont pas noté la propagation ganglionnaire. C'est une erreur dans l'esprit, sinon dans la lettre. Car s'il est vrai que ces auteurs n'ont trouvé de ganglions qu'une fois, et que ces ganglions étaient simplement inflammatoires, il n'en est pas moins vrai qu'ils ont trouvé, dans deux cas, et ils insistent sur ce fait, un envahissement précoce des voies lymphatiques, ce qui, au point de vue thérapeutique, revient absolument au même. Pasteau relate un fait où un épithélioma circonscrit s'accompagnait, à gauche, d'un amas volumineux formé par des ganglions réunis en une seule masse étendue de la corne prostatique gauche jusqu'au diaphragme en suivant le trajet des vaisseaux iliaques et de l'aorte, masse qui comprimait l'uretère. A droite, il y avait plusieurs ganglions disséminés le long des vaisseaux iliaques. Nous pouvons encore citer le malade sur lequel Baudet pratiqua la première prostatectomie faite en France. Ce malade avait été admis à l'hôpital par notre ami Kendirdjy, de qui nous tenons ce détail, pour une énorme masse ganglionnaire de l'aine gauche, de nature indéterminée. Cette adénopathie fut opérée facilement. Pendant le repos au lit à la suite de l'opération, et vraisemblablement à cause du décubitus prolongé, il manifesta des symptômes urinaires qui firent diagnostiquer une hypertrophie prostatique pour laquelle Baudet pratiqua la prostatectomie. Moins de dix-huit mois après, ce malade était mort d'une récidive maligne.

N'est-il pas vraisemblable qu'il s'agit ici d'un de ces cancers de la glande, si facilement méconnus, qui empruntent, pour un court moment, le masque de l'hypertrophie, et, dès lors, la nature indéterminée de l'adénopathie inguinale gauche ne s'éclaire-t-elle pas d'un jour tout nouveau? Et enfin, un cas de Young lui-même, chez qui il diagnostiqua un cancer limité et qu'il opéra par sa méthode; le malade mourut et l'autopsie démontra l'existence de vastes métastases péritonéales qui ne peuvent correspondre qu'à un envahissement par voie lymphatique. Ces faits, qui deviendront plus nombreux à mesure que les stades précoces de l'affection seront plus connus, et il ne faut pas oublier que l'étude de ces stades ne fait que commencer, nous font voir que la tendance à la diffusion que l'anatomie normale et que la pathologie générale des tumeurs nous font craindre pour le cancer de la prostate, que la clinique montre indiscutable dans l'immense majorité, nous devrions dire la totalité, des cas diagnostiqués cliniquement, existe aussi dans les formes jeunes de la maladie, et c'est là la justification complète de la théorie que M. Guyon a toujours défendue.

Ceci dit sur la tendance à la propagation en général, voici les lésions que l'on trouve à l'autopsie. La *prostate* est généralement envahie dans sa totalité, mais l'affection prédomine sur l'un des lobes, le droit dans la majorité des cas; Thompson et Harrison ont cité des cas où le lobe moyen seul était intéressé. La glande est augmentée de volume, elle est grosse comme une mandarine; elle présente des bosselures irrégulières, de dureté pierreuse caractéristique, parfois cependant ramollies et fluctuantes.

Les *ganglions* envahis sont, par ordre de fréquence : les iliaques, pelviens et sacrés (87 p. 100 des cas), les lombaires (27,5 p. 100, les inguinaux (36,2 p. 100), les sus-claviculaires (6 p. 100) et les mésentériques (5 p. 100). Les masses ganglionnaires sont souvent énormes. Un point intéressant est le mode d'envahissement des ganglions inguinaux. Ceux-ci ne communiquent pas directement avec les lymphatiques de la prostate, et pourtant ils sont pris dans plus d'un tiers des cas. M. Guyon explique cette fréquence par l'envahissement de l'étage inférieur du périnée, de l'anus et de l'urètre qui lui aussi est très fréquent au cours de la maladie. L'École allemande, après Jolly, y voit « un de ces faits si intéressants pour la pathologie générale du transport rétrograde des éléments d'une tumeur ». Dans cette théorie, les éléments cancéreux reflueraient des ganglions pelviens dans les iliaques et de ceux-ci dans les inguinaux profonds et superficiels.

Les *vésicules séminales* sont souvent envahies. Motz et Majewski les ont trouvées intéressées dans 26 cas sur 29 (77 p. 100), et, disent-ils, l'envahissement est beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite. Young est aussi d'avis que la vésicule est le premier organe envahi parce qu'elle se trouve la première sur la ligne de propagation du néoplasme, ligne qui se dirige directement de bas en haut. Dans la statistique de Young, les propagations vésiculaires figurent 29 fois sur 40 cas (72,5 p. 100).

La *vessie* n'est point envahie ou ne l'est que tard, disent les classiques. C'est l'opinion formulée par Pousson dans sa thèse, en 1886, que les néoplasmes de la vessie et ceux de la prostate se développent indépendamment les uns des autres, et qu'il fit répéter à Rigaud, en 1891, en ces termes : « Le cancer de la prostate ne se propage pas plus à la vessie que celui de la vessie à la prostate. » Cependant Klebs, dès 1871, avait soutenu l'opinion inverse, et aujourd'hui, il semble bien que ce soit lui qui ait raison. Les faits où l'on a observé une tumeur intravésicale consécutive à un cancer prostatique sont loin d'être rares. Sur 71 néoplasmes de la prostate figurant dans le tableau de Pasteau, 13 fois il y avait tumeur dans la vessie. Et si l'on compte les cas où il y a simplement infiltration des parois de la vessie sans tumeur intravésicale proprement dite, la proportion devient autrement forte. Young déclare que la région du trigone est très fréquemment envahie; il a trouvé des altérations vésicales 7 fois sur 23 cas examinés au cystoscope, et 3 fois il y avait tumeur. Motz et Majewski ont trouvé des altérations vésicales 20 fois sur 26 cas de carcinose prostato-pelvienne diagnostiqués cliniquement : soit sous forme larvée, visible seulement au microscope, soit sous forme de productions visibles à l'œil nu. Quand la propagation vésicale n'est pas très considérable, elle se présente sous l'aspect soit de nodosités ulcérées ou non disséminées sur le trigone, soit celui de gros bourrelets coiffés de muqueuse vésicale, soit enfin sous celui de petites tumeurs plus ou moins sessiles. Dans d'autres cas, la tumeur ulcère et infiltre largement les parois de la vessie. Voici donc qui met l'envahissement de la vessie par les néoplasmes prostatiques hors de doute. Mais il y a plus, et Motz et Montfort soutiennent que la plupart des tumeurs infiltrées de la vessie qui ne dérivent point de l'épithélium urinaire, dérivent de la prostate et sont des néoplasmes prostato-vésicaux. Leurs arguments ont de la valeur, et certes on a le droit de voir plus qu'une coïncidence dans la prépondérance écrasante du nombre de ces tumeurs chez l'homme et dans leur localisation presque exclusive à la région du trigone. Que la tumeur vésicale donne la dominante de l'allure clinique et que la tumeur prostatique ne donne, elle, aucun symptôme, ceci ne saurait nous empêcher d'admettre que la tumeur vésicale soit secondaire et la prostatique primitive; car nous savons qu'une tumeur vésicale reste bien rarement latente, tandis que la latence subjective des cancers de la prostate est au contraire des plus remarquables, et que les symptômes objectifs dépendent de la réaction du stroma conjonctif vis-à-vis de l'invasion épithéliale, réaction que nous avons vue être extrêmement variable et manquer souvent. Ceci vient encore élargir le cadre du cancer de la prostate, cette fois aux dépens de cas étiquetés cancers de la vessie. Il est probable que c'est une interprétation de ce genre qui convient à ces faits tels que celui que nous avons rapporté plus haut, où une carcinose prostato-pelvienne évolua très rapidement après une intervention pour papillome infiltré de la vessie. L'apparente intégrité de la prostate au moment de l'intervention ne signifie rien; il est plus que vraisemblable qu'il

y avait là des lésions microscopiques et qu'il s'agissait d'un cancer prostato-vésical auquel une opération incomplète donna un coup de fouet. Ce qui tend à venir à l'appui de cette conception, c'est que les douleurs lombo-sacrées dont le malade se plaignit après l'opération, alors que l'exploration rectale montra une grosse tumeur prostatique, étaient, disait-il, absolument pareilles à celles qu'il avait eues avant l'intervention et qui avaient été mises par le chirurgien sur le compte du néoplasme vésical et de la cystite concomitante. Or nous verrons tantôt que les douleurs lombo-sacrées sont un des signes les plus constants des formes de début du cancer prostatique. Il y a donc lieu de mettre en doute l'existence des cancers de la prostate secondaires aux cancers vésicaux; il s'agit dans ces cas de cancers primitivement prostatiques dont la localisation primitive est simplement méconnue par suite de la prépondérance clinique que prend la détermination secondaire sur la vessie. Il y a donc lieu aussi de renverser la proposition de Rigaud citée plus haut et de dire aujourd'hui : « Le cancer de la prostate envahit beaucoup plus la vessie que celui de la vessie n'envahit la prostate. »

La propagation *urétrale* n'est pas rare: trouvée 5 fois sur 71 cas par Pasteau, elle a été observée 7 fois sur 26 par Motz et Majewski sous forme soit de végétations néoplasiques (2 fois), soit d'ulcération profonde (4 fois), soit même de destruction totale de l'urètre postérieur (1 cas). Le corps spongieux a été trouvé envahi 3 fois. Un abcès urineux peut résulter de l'ulcération et de la destruction des parois de l'urètre; Buffet a même signalé un cas d'ulcération à la racine des bourses.

Tous les autres organes pelviens sont menacés ou envahis dans la forme diffuse du cancer de la prostate. Les *uretères* sont comprimés de bonne heure, soit par la masse elle-même près de la base de la prostate, soit par les ganglions; la dilatation du rein et l'hydronéphrose en sont les conséquences. La compression uretérale est le plus souvent unilatérale, mais elle peut être bilatérale, ainsi que Budd le vit une fois dans un cas où la tumeur allait derrière la vessie comprimer l'uretère gauche et oblitérer le droit. Le *rectum*, souvent entouré de masses cancéreuses considérables, reste ordinairement intact; tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Pasteau, dans le texte, à un endroit, donne le chiffre de 19 propagations rectales sur 71 cas; mais, en se reportant à son tableau, on trouve que le rectum était envahi dans 5 observations seulement, et encore deux de ces 5 cas se rapportent-ils à des cancers du rectum propagés à la prostate, cas que l'on doit naturellement éliminer. Sur 40 cas, Young a trouvé deux participations rectales; dans l'une, il y avait perforation.

Les métastases osseuses sont fréquentes. Nous avons déjà dit que Young les considère comme plus fréquentes que les propagations ganglionnaires, ce qui, sans contredit, est exagéré; toutefois, il faut bien convenir que le cancer de la prostate est un de ceux qui donnent le plus fréquemment des déterminations osseuses. Naturellement, les os du bassin sont les plus fréquemment atteints; le pubis et l'ischion figurent 7 fois dans les 71 observations de Pasteau; dans un cas de M. Guyon, relaté par Rollin, l'adhérence du néoplasme aux os du bassin était telle qu'il fallut sculpter sur ces os pour pouvoir extraire les organes pelviens. Les vertèbres ont été vues attaquées par Julien et Harrison; le fémur, par Pasteau et Motz et Majewski; les tibias, par Sasse et Young; les côtes, une fois par Young.

Le péritoine est quelquefois le siège de déterminations secondaires; il peut même l'être de façon précoce (cas de Young). Pasteau signale trois localisations sur l'intestin, et Motz et Majewski autant sur 26 cas.

Les vaisseaux pelviens sont parfois comprimés par les chaînes ganglionnaires. Dans le cas ancien de Moore, il est dit que la masse ganglionnaire gauche était traversée par l'iliaque interne, la fessière et l'ischiatique; mais l'intégrité des vaisseaux dans de telles circonstances doit être exceptionnelle. Wyss a trouvé la veine fémorale oblitérée et, dans le cas de Rollin, déjà cité, l'aorte et la veine cave étaient englobées et les vaisseaux iliaques fusionnés avec l'uretère.

Chose curieuse, nous n'avons pas trouvé de mention de l'état anatomique des troncs nerveux du bassin dans le cancer de la prostate, et pourtant l'on sait quel rôle prépondérant ils jouent dans la symptomatologie. Qu'ils soient comprimés, c'est certain; qu'ils soient envahis dans bon nombre de cas, c'est plus que vraisemblable; mais les protocoles d'autopsie ne contiennent pas de renseignements directs. Nous avons plus de données sur l'état des nerfs endo- et périprostatiques. Ceux-ci sont atteints de bonne heure dans les stades précoces de la maladie. Albarran et Hallé ont signalé parmi leurs 14 cas un cas où les gaines lymphatiques des nerfs périprostatiques étaient envahies par la néoplasie épithéliale; elles étaient bourrées de cellules polygonales qui formaient au nerf une couronne circulaire; en quelques points même, le filet nerveux était pénétré et dissocié par l'infiltration épithéliale néoplasique. Leur dessin est très explicite sur cette lésion qui qui doit être assez fréquente puisque Pousson l'a retrouvée très nettement dans trois des 6 cas de cancer prostatique au début qu'il a opérés. Cette lésion joue certainement un rôle important dans la production des douleurs qui marquent l'apparition du cancer de la prostate.

IV

Symptomatologie. — Il n'y a pas longtemps encore, la description clinique du cancer de la prostate était limitée à celle de la carcinose prostato-pelvienne diffuse, seule affection prostatique couramment reconnue et diagnostiquée cancéreuse. Aujourd'hui le cadre de la carcinose n'englobe plus tous les cas qu'il est légitime de rattacher au cancer de la prostate. Ici, le microscope a devancé la clinique et dit cancer là où elle ne pouvait que dire hypertrophie. Il y a donc lieu aujourd'hui d'ajouter à la description de la forme diffuse celle de formes précoces, moins étendues, jadis méconnues parce

qu'elles ne forcent pas l'attention et parce que leurs lésions objectives sont d'une interprétation beaucoup plus délicate que celles de la carcinose prostato-pelvienne diffuse. Et d'emblée, une question intéressante se pose. Que devient, dans ce remaniement et cet élargissement de la conception du cancer prostatique, la carcinose prostato-pelvienne diffuse? Faut-il la considérer comme une description incomplète de la maladie ne convenant qu'aux phases avancées? Ou bien faut-il y voir avec Pousson, non pas le résultat tardif de la néoplasie abandonnée à elle-même, mais une forme clinique spéciale, « une manière d'être particulière de son évolution chez certains sujets »? Le fait que la carcinose prostato-pelvienne a un caractère clinique très spécial, qu'elle est toujours semblable à elle-même, nous paraît militer contre l'opinion qui en ferait seulement l'aboutissant de tout cancer prostatique. La forme diffuse et la forme non diffuse du cancer de la prostate nous semblent, toutes proportions de fréquence relative gardées, avoir entre elles les mêmes rapports que les formes aiguës et les formes ordinaires du cancer du sein. Bien entendu, en pathologie, tout se tient, et il y a des intermédiaires nombreux. Cela n'empêche qu'il soit nécessaire de décrire à part les formes qui ont une individualité clinique nettement caractérisée. Il y a donc lieu de décrire une forme clinique correspondant aux lésions précoces, — d'aucuns disent limitées, — et une forme diffuse. Laquelle de ces deux formes est-elle en réalité la plus fréquente? Jusqu'à présent les cas de la seconde espèce diagnostiquée cliniquement sont beaucoup plus nombreux que ceux de la première. Mais la connaissance de celle-ci est aussi beaucoup plus récente, et peut-être qu'à l'avenir, la proportion sera renversée lorsqu'on connaîtra et surtout cherchera mieux les stades précoces, dont Pousson et Young affirment déjà la prépondérance numérique.

Les symptômes de début de la forme localisée sont généralement ceux d'une hypertrophie bénigne, fréquence et difficulté de la miction survenant chez un homme âgé. En fait, c'est le tableau d'une banale hypertrophie à laquelle cependant le cancer imprime certaines particularités qui doivent éveiller l'attention du chirurgien, et peuvent le mettre sur la voie du diagnostic. Nous avons déjà parlé plus haut des deux modalités possibles, l'une où l'hypertrophie est réellement bénigne pendant nombre d'années, puis dégénère, et l'autre où elle n'est qu'une brève introduction à un cancer manifeste. Cette différence correspond à une différence clinique signalée par Fürstenheim. S'il y a réellement hypertrophie qui dégénère, l'apparition de la fréquence nocturne précède de plusieurs années l'apparition des troubles de la miction dus à une évacuation incomplète de la vessie; si au contraire, il y a hypertrophie à tendance d'emblée cancéreuse, les troubles mictionnels apparaîtront en même temps que la fréquence nocturne. Freudenberg, dit Fürstenheim, considère cette simultanéité d'apparition comme très suspecte. Il y a évidemment une parenté plus qu'étroite entre cette particularité et le fait signalé par tous que, dans le cas de cancer, la rétention s'établit de façon beaucoup plus précoce et est beaucoup plus marquée que dans le cas d'hypertrophie simple. Ce fut un des gros arguments cliniques avancés par Albarran et Hallé pour individualiser comme cancers certains cas jusque-là décrits comme hypertrophies que, dans certains cas, la rétention s'établit de bonne heure, tandis que, dans l'hypertrophie, elle ne vient que tard. Oraison et Young sont du même avis. Oraison donne même une explication, à savoir que cela tient au développement plus considérable et plus rapide pris par la prostate en cas de cancer. Nous ne croyons pas que l'explication soit aussi valable que le fait clinique, qui, lui, est indiscutable, car le développement de la prostate est loin d'être parallèle à celui de la rétention; il peut y avoir résidu considérable avec petite prostate; et même Harrison et Young déclarent, en se basant sur la cystoscopie, que la saillie intravésicale n'existe pas en cas de cancer. Il y a certainement d'autres raisons qui expliquent la précocité du résidu en cas de cancer.

La *douleur* vient s'ajouter fréquemment, dans 30 p. 100 des cas, nous dit Young. Il ne saurait s'agir ici des douleurs de la miction, ni des douleurs provoquées, ni des douleurs irradiées, le long des nerfs qui sont un des symptômes les plus constants et les plus caractéristiques de la forme diffuse, mais bien de douleurs spontanées, sensations de gêne, de lourdeur au périnée avec irradiations dans la région lombo-sacrée. Ces douleurs sur lesquelles Pousson a insisté, qu'il a comparées aux douleurs des lésions chroniques de l'utérus et des annexes, sont attribuées par lui à une névrite des nerfs de la prostate, émanés du plexus hypogastrique, dont les connexions avec le plexus lombo-aortique et la portion sacrée du grand sympathique sont bien connues. Engelbach donne comme cause à la douleur précoce la pression de la capsule tendue sur les nerfs endo-prostatiques. Guépin fait jouer un rôle primordial à l'engorgement de l'excrétion des acini glandulaires (?). Cette dernière mise à part, toutes ces théories sont vraisemblables, mais, dans beaucoup de cas, n'y a-t-il pas plus que simple névrite? Ce que nous avons dit plus haut sur l'infiltration néoplasique des nerfs prostatiques constatée par Albarran et Hallé dans un cas, retrouvée par Pousson dans 3 des 6 cas qu'il a opérés, nous le fait croire. Il y a dans cette dernière proportion de 50 p. 100 plus qu'une coïncidence, et il nous paraît plus que permis de faire jouer à la névrite *cancéreuse*, à l'envahissement des nerfs par la néoplasie, un rôle capital dans la genèse des douleurs qui accompagnent le début du cancer prostatique. Ces douleurs ne peuvent être des douleurs de compression des troncs; d'ailleurs l'Ecole française, quoi qu'en dise Fürstenheim, n'a jamais invoqué cette pathogénie que pour la forme diffuse où elle est indiscutable. Les douleurs dont nous venons de parler n'ont aucun rapport avec le volume de la néoplasie, elles existent avec une petite prostate. Elles se montrent de bonne heure, avant tout autre symptôme parfois. Cependant, le cas relaté par Pousson où elles auraient précédé de douze ans l'apparition des autres signes n'a pas de valeur démonstrative bien nette, puisque l'examen histologique fit con-

clure à un néoplasme primitivement vésical, qui aurait envahi, après dégénérescence maligne, la loge prostatique, et l'aurait évidée à peu près complètement, ne laissant de la glande qu'une mince coque et la capsule. Quoique nous ayons fait des réserves sur l'envahissement de la prostate par les néoplasmes vésicaux, nous devons accepter l'opinion de l'auteur dans ce cas particulier, car il n'arriva à cette conclusion qu'après un examen soigné de la pièce; il serait d'ailleurs difficile de comprendre un cancer prostatique commençant à causer des douleurs douze ans d'avance, tandis que la longue durée des phénomènes douloureux s'explique très bien avec l'évolution montrée par l'histologie. Escat a signalé un cas où un cancer de la prostate s'accompagnait d'une névralgie rebelle siégeant dans le cordon et irradiant dans les lombes. Young a constaté plusieurs fois une douleur sourde dans la région sus-pubienne, augmentant pendant la réplétion de la vessie. Encore une fois, ces phénomènes douloureux sont précoces et tout à fait hors de proportion avec l'étendue de la lésion.

Plus tard, dans un quart des cas, il y a douleur pendant la miction, douleur souvent rapportée à l'extrémité de la verge, mais souvent aussi localisée à l'urètre profond et au périnée. La douleur rectale fait, le plus souvent, défaut; Young ne l'a trouvé que dans un 1/10 des cas. A ce moment, il peut y avoir aussi douleur provoquée par la pression sur la prostate.

L'*hématurie* vient aussi s'ajouter quelquefois ; non point l'hématurie provoquée par un cathétérisme maladroit, mais l'hématurie spontanée, se produisant sans cause apparente le jour ou la nuit, urétrorragie rapide suivant l'expression de Forgue, teintant l'urine du début ou bien celle de la fin de la miction; rarement abondante, cependant parfois assez copieuse pour produire des caillots. Toutefois, ce n'est que rarement que l'on voit l'hématurie au début du cancer prostatique ; Young ne l'a notée que 4 fois sur 50 cas. Un amaigrissement progressif se voit assez fréquemment dans les cas de cancer au début. Une hypertrophie qui s'y associe est évidemment une hypertrophie suspecte.

Telle est la symptomatologie souvent fruste, exceptionnellement bruyante, de ces formes précoces, dites limitées, du cancer de la prostate. *A priori*, il semble très naturel de supposer que, dans la forme diffuse, les signes subjectifs seront beaucoup plus accusés. Il n'en est rien, et c'est ici un fait des plus curieux, sur lequel il convient d'insister, car il n'a pas encore reçu l'attention qu'il mérite : les phénomènes subjectifs, surtout ceux de la sphère urinaire, accusés par beaucoup de malades, sont insignifiants, presque nuls, en tout cas absolument hors de proportion avec les très grosses lésions décelées par l'examen direct. Il en était ainsi dans 5 des 7 cas que nous avons observés ; et nous nous rappelons avoir entendu M. Guyon insister, à propos de ces cas, sur la fréquence de cette évolution clinique bénigne d'une affection dont l'expression anatomique représente probablement le plus haut type de malignité qui se puisse voir, et citer le cas d'un homme à son service qu'il avait pu suivre pendant plusieurs années, et dont les symptômes étaient réduits au minimum, quoiqu'il fût porteur d'une carcinose diffuse. Ce fait d'apparence paradoxale doit-il nous surprendre outre mesure? Puisque, dans la carcinose prostato-pelvienne, nous n'avons pas affaire à une lésion localisée, mais à une lésion dont la tendance fondamentale est la diffusion aux organes pelviens, est-il surprenant que le rôle clinique de la prostate, et par conséquent, les phénomènes urinaires soient réduits au minimum? Il est, au contraire, logique que la symptomatologie soit plus pelvienne que prostatique; or, la symptomatologie pelvienne est une symptomatologie de compression et ne se montre que lorsque le néoplasme a déjà acquis un volume suffisant.

Le *début insidieux* est donc la règle. Ici encore, c'est le tableau d'une hypertrophie, mais d'une hypertrophie dont la transformation semble être plus silencieuse que dans la forme que nous avons décrite précédemment. La rétention est souvent peu considérable. Dans 6 de nos 7 cas, le résidu, absolument clair, variait de 30 à 50 grammes. Et fréquemment, le premier symptôme dont les malades viennent se plaindre, est une douleur irradiant le long du sciatique et de ces branches principales. Il en fut ainsi dans 5 de nos 7 cas. Dans un quart des cas environ (Young dit 20 p. 100, Engelbach 26,5 p. 100, et Albarran 30 p. 100), on note des hématuries, plus abondantes que celles des formes précoces. Parfois, le premier jet est accompagné par un caillot moulé sur l'urètre prostatique; quelquefois, le sang de l'urètre postérieur ayant reflué dans la vessie, l'hématurie est presque totale. Ce n'est que rarement que la perte du sang devient inquiétante pour la vie; cependant, cela s'est vu. Quand l'hématurie est abondante, elle est généralement associée, suivant Young, à une propagation vésicale, villeuse le plus souvent. La cystite concomitante n'est pas rare.

Les *phénomènes de compression* sont des plus importants. Ceux sur les *nerfs* du petit bassin sont les plus typiques. Ils s'annoncent par des douleurs irradiées, caractéristiques le long du sciatique et de ses branches. La compression du rectum est moins fréquente; les cas où elle existe seule en l'absence de tout autre phénomène sont rares. Quand elle existe, elle donne le tableau classique d'une obstruction intestinale chronique, bas située, à marche progressive et s'accompagne ordinairement d'une cachexie prononcée. La compression de l'*uretère* donne lieu à des troubles rénaux que la palpation permet de rattacher à leur véritable cause. L'hydronéphrose, les dégénérescences du parenchyme du rein aboutissent à l'urémie et viennent, sinon déterminer, du moins hâter la fin.

La *marche* du cancer prostatique est inexorablement progressive, ainsi que celle de tout cancer. Mais cependant, elle n'est point aussi rapide que la malignité anatomique le donnerait à penser. Certes, on a vu une marche galopante, mais c'est exceptionnel, et la plupart des cas marchent, somme toute, relativement lentement. A cause de l'incertitude du

début, à cause de la possibilité d'une longue période prodromique, où la nature de l'affection est incertaine, il est difficile de donner un chiffre exact de la durée totale de l'affection. Cependant, celui d'un an donné par Stein est certainement trop faible. Bien des malades ont été suivis beaucoup plus d'un an après que l'examen avait révélé une carcinose diffuse. Ceci ne doit pas être perdu de vue quand il s'agit d'apprécier, à leur juste valeur, les résultats d'un traitement opératoire qui voudrait être curatif.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques (1), par le docteur Blum; préface du professeur Bernheim (de Nancy).

Toutes les anesthésies psychiques relèvent de l'auto-suggestion : mobile fugace variable suivant les moments et la manière dont on l'emploie, sans limites précises, mais aussi capable de se compléter et de prendre une fixité assez rebelle, voire même, de se matérialiser et d'aboutir, à la longue, à des modifications moléculaires qui les rendraient impropres à transmettre l'influx nerveux, l'anesthésie hystérique a les mêmes caractères que ceux de l'anesthésie suggérée; elle n'est pas due à ce que les impressions nerveuses n'entrent pas dans le champ de la conscience, mais à une illusion de l'esprit : l'auteur croit démontrer que les impressions ont pénétré dans le champ de la conscience où l'imagination du sujet les efface postérieurement. L. ALQUIER.

(1) In-8° de 300 p. — Paris, O. Doin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'âme et le système nerveux, hygiène et pathologie, par le docteur Aug. Forel, ancien professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich. In-8° carré de 340 p., avec 10 fig. et 2 pl. en coul. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Steinheil.

Technique du traitement des tumeurs blanches, par F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'Institut orthopédique de Berck, etc. In-8° de 274 p., avec 192 fig. dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin. La constatation et le certificat automatique des décès à la campagne, par le docteur Icard. In-18 br., avec fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

La blennorragie (formes rares et peu connues), par L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare. In-8° de 85 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1906-1907 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1907 auront lieu le 17 décembre 1906, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 2 novembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères n° 49.

AVIS IMPORTANT. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs trois premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes.

— Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. de Massary, qui n'a pas fait connaître son acceptation; Poulard, Lesné, Garnier, Proust, Wiart, Labey et Rudaux, qui ont accepté.

MARINE. — M. le médecin de première classe Dargein, désigné pour embarquer sur le *Bruix*, à Toulon, le 15 septembre, est autorisé à permuter avec M. le médecin de première classe Carrère, du port de Rochefort, récemment débarqué du *Gaulois*.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de deuxième classe Dodieau est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MISSION. — M. le docteur Platon, chargé de cours de clinique gynécologique à l'École de médecine de Marseille, vient d'être chargé d'une mission du ministre de l'Instruction publique pour l'étude de l'enseignement gynécologique en Allemagne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Bibal (de Barrau) et O. Vierord, professeur de médecine interne et de pédiatrie à la Faculté de médecine d'Heidelberg.

AVIS. — **Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.**

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 8, août 1906.) Ricardo BOTEY : Le radium en oto-rhino-laryngologie. — CROUZILLAC : Microrhinie et conchotomie.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 août 1906.) PICOU : Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Bulletin médical. — (N° 71, 8 sept. 1906.) CHEVALLEREAU : Traitement des kératites. — COUTEAUD : Kystes hydatiques du foie. Petite incision. Guérison rapide.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 69, 10 juin 1906.) Prof. Edoardo MARAGLIANO : Leçon de clôture de l'année scolaire 1903-1904. — (N° 72, 17 juin.) Igilio BONI : Dichromie du microcoque tétragène dans un cas de septicopyémie. — Torindo SILVESTRI : Recherches sur les fonctions gastriques chez un malade après ablation de la rate. — Alfredo PEREZ : Sur la maladie de Stokes-Adams. — Augusto ACQUADERNI : Idiotie acquise par traumatisme chez une petite fille. — Guido LERDA : Un cas remarquable de kystes du vagin. — (N° 75, 24 juin.) Giovanni MIGLIACCI : Recherches sur l'amylase dans le sérum sanguin et les urines. — G. GUYOT : La réaction de Weber-Rossel pour reconnaître le sang dans les fèces, dans ses rapports avec l'action catalytique des métaux lourds. — Giovanni SETTI : La pseudo-paralysie hérédo-syphilitique ou maladie de Parrot. — G. ZANETTI : Observations sur la thérapeutique de la coqueluche. — (N° 78, 1er juillet.) Alfonso CALABRESE : A propos du traitement de la rage par le radium. — Aldo MESSAGLIA : Trypanosomiase expérimentale et grossesse. — Prof. E. MARIANI : Hémorragie du pied du pédoncule cérébral droit. Syndrome de Weber. — Alfredo PERUGIA : Ephydrose unilatérale de la face. — Giovanni DE POLONI : A propos de cinq cas de pleurésie rhumatismale à forme épidémique. — (N° 81, 8 juillet.) Prof. E. MARAGLIANO : Leçon de clôture de l'année scolaire 1904-1905. — (N° 84, 15 juillet.) Prof. E. MARAGLIANO : Leçon de clôture de l'année scolaire 1904-1905 (*fin*). — G. GHEDINI : La genèse de l'opalescence dans les épanchements pseudochyleux. — Guido CAVAZZANI : Plaie par piqûre du cervelet et de la moelle allongée. — Giulio BARONI : La cure du mal perforant plantaire par l'élongation des nerfs plantaires. — Cesare PROVERA : Un cas de lipome de la langue. — Salvatore DIEZ : Les altérations fonctionnelles et anatomopathologiques du rein consécutives à des lésions traumatiques de la moelle épinière. — A. PERUGIA et A. BAGOLAN : Réflexe buccal. — Luigi CHIERICI : Contribution à la pathogénie et à la thérapeutique de la coqueluche. — Adolfo PRANDI : Anurie et sanglot hystérique. — Luigi CONFALONIERI : Un cas de hernie inguino-propéritonéale. — Vittorio DE CIGNA : Le diagnostic de corps étranger du nez. — G. ZANONI : Notes de médecine pratique pour la diffusion de l'hypodermoclyse. — Egisto CURTI : Evaluation du pouvoir visuel dans un cas de leucomes linéaires de l'œil droit consécutifs à un traumatisme dans un accident du travail. — (N° 90, 29 juillet.) G. GHEDINI : Infection tuberculeuse primitive des amygdales, du voile du palais, des testicules, des articulations. Son évolution et sa terminaison. — Ovidio BELLUCCI : Les secousses rythmiques de la tête dans la maladie de Flajani-Basedow. — Ermanno BRACCHI : Le délire et les autres symptômes nerveux de la pneumonie croupale. — Contribution à l'étude bactériologique du pain et du biscuit. — (N° 93, 5 août.) Spiro LIVIERATO : L'action exercée par l'influenza sur le décours des diverses infections. — Andrea CONTI : A propos de deux cas de névrose traumatique. — G. FRATTI : Contribution à la symptomatologie du carcinome gastrique. — Aristido MURATORI : Maladie de Barlow. — Eugenio DELFINO : Tuberculose de la glande mammaire. Contribution clinique et anatomo-pathologique. — Giambattista BAGLIONI : Opothérapie thyroïdienne de la maladie de Basedow. — (N° 96, 12 août.) Prof. G. TIZZONI et A. BONGIOVANNI : Toujours à propos de l'action du radium sur le virus rabique. — Michele LANDOLFI : A propos des méthodes d'analyse quantitative de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. — Torindo SILVESTRI : Le calcium contenu dans le système nerveux central en rapport avec l'éclampsie, la tétanie et les états équivalents. — Alberto GRAZIANI : Influence de la température ambiante et du bain froid sur la production de la substance agglutinante chez les animaux immunisés contre la fièvre typhoïde. — Prof. F. MARIANI : Tabes et neurotabes. — (N° 99, 19 août.) Ugo BASSO : Un cas de fracture comminutive de la voûte crânienne. — Roberto REBIZZI : Les solanées et le glucose dans le traitement de l'hyperchlorhydrie. — Guido PICCININI : Le pouvoir hématogène du manganèse. — (N° 102, 26 août.) Dario MARAGLIANO : Occlusion intestinale aiguë par étranglement dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Laparotomie, guérison. — Ettore TEDESCHI : Syndrome de la queue de cheval. — Ferruccio SCHUPFER : Sur les anévrismes infectieux de l'artère hépatique. — Ugo BOSSO : Contribution à l'histologie du testicule dans les cas de descente incomplète. — PUGLISI : Les adénopathies vénériennes dans l'armée italienne.

Montpellier médical. — (N° 34, 26 août 1906.) JEANBRAU : Quelques résultats de la séparation intra-vésicale des urines.

Presse médicale. — (N° 69, 29 août 1906.) CARNOT : Le coup de pression. — ROMME : L'action des rayons X sur le sang. — (N° 70, 1er sept.) LEDUC : Les nouvelles théories des solutions dans leurs rapports avec la médecine. — CALMETTE, VANSTEENBERGHE et GRISEZ : Sur l'origine intestinale de la pneumonie et d'autres infections phlegmasiques du poumon chez l'homme et chez les animaux. — CAILLAUD : La maladie de Banti. — (N° 71, 5 sept.) RENAUT : Considérations générales sur le service de santé au combat. — Jaime FERREIRA : Dilatation aiguë du cœur chez le nouveau-né et asphyxie bleue. — (N° 72, 8 sept.) Les nouvelles théories des solutions dans leurs rapports avec la médecine (*suite*). — PERRIN et PARISOT : Complications pulmonaires et pleurales des corps étrangers des bronches latents ou méconnus.

Province médicale. — (N° 35, 1er sept. 1906.) SPILLMANN et Maurice PERRIN : Des lésions syphilitiques en évolution au cours des affections parasyphilitiques. — Jacques CARLES : Station debout et sécrétion urinaire. — M. MAUNY : Ablation des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale. Détails de technique.

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1906.) GUILLEMINOT : De l'examen orthodiascopique des côtes et du diaphragme, en particulier pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Revue médicale de l'Est. — (N° 17, 1er sept. 1906.) PRENANT : Note sur l'utilité et l'organisation d'un enseignement du dessin pour les étudiants en médecine. — GUILLEMIN : Les symétrisations organiques partielles d'un sujet à un autre dans les deux types morphologiques humains (*à suivre*). — PARISOT : Le tremblement dans la maladie de Parkinson (1 pl.).

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER GASTRIQUE

Résection totale de l'estomac.
Gastro-entérostomie avec un nouveau bouton anastomotique tenant sans suture.

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Le traitement chirurgical du cancer gastrique, qui ne date que d'un quart de siècle, a subi depuis l'origine de nombreuses modifications. La gastrectomie apparut tout d'abord avec Péan en 1879, à la suite des recherches expérimentales de Gussenbauer et Winiwarter, et reçut de Billroth, en Allemagne, une impulsion considérable. L'opération palliative, la gastro-entérostomie, ne parut que deux ans plus tard avec Wölfler, mais ne tarda pas à soulever une véritable révolution dans la chirurgie naissante du cancer de l'estomac, en réduisant d'emblée de moitié la mortalité opératoire que donnaient alors les gastrectomies. Séduit par ces succès immédiats inespérés, on en vint un instant à l'oubli de la méthode curative en faveur de la gastro-entérostomie, qui régna quelque temps sans conteste. Tout le monde sait aujourd'hui que tout cancer diagnostiqué et extirpable doit être enlevé à l'estomac comme ailleurs.

Malheureusement, sur l'ensemble de nos malades hospitaliers nous devons reconnaître que 1 sur 4 seulement réalisent les conditions nécessaires pour une gastrectomie.

Souvent c'est l'*état général* qui la contre-indique ; combien de moribonds nous amène-t-on encore qui ont essayé tous les traitements avant de s'adresser à nous. Mais le plus souvent c'est bien l'*état local* qui, au cours de la laparotomie, interdit tout essai d'extirpation.

La gastrectomie est *illogique* lorsqu'il existe en dehors de l'estomac des foyers néoplasiques inextirpables : ganglions, métastases hépatiques, péritonite cancéreuse ; elle est *dangereuse* quand il existe des adhérences étendues entre l'estomac et les organes voisins, que la petite courbure ne se laisse pas détacher du diaphragme, que le côlon transverse, le pancréas ou le foie adhèrent énergiquement à la tumeur gastrique. Par contre ni le *siège*, ni l'*étendue* de la tumeur sur l'estomac ne sont des contre-indications suffisantes, et vous savez que l'on peut réséquer isolément la petite courbure, extirper en totalité l'estomac.

Je me contenterai aujourd'hui de vous donner un exemple de gastrectomie totale en vous rapportant l'histoire de cette malade de quarante-cinq ans opérée depuis quinze mois et que vous avez vue la semaine dernière en parfait état de santé venir nous donner de ses nouvelles. Cette femme dont les autres antécédents n'offraient rien de particulier souffrait depuis longtemps de l'estomac. Ces douleurs gastriques se précisèrent au cours de 1903 (dyspepsie, anorexie progressive, pas de vomissements sanglants). La malade entra dans notre service en janvier 1904 avec des symptômes de sténose pylorique datant alors de trois à quatre mois. Elle était très amaigrie, étant tombée de 63 à 46 kilogrammes et vomissait tout ce qu'elle prenait. On sentait à l'épigastre une petite tumeur et du gargouillement net au-dessous de l'ombilic. Au chimisme : absence d'acide lactique et d'acide chlorhydrique libre, acidité totale : 1,93, dont 1,13 d'acidité chlorhydrique. Au cours de la laparotomie pratiquée le 14 janvier 1904, je constatai un cancer du pylore étendu à la presque totalité de l'estomac, mais presque sans adhérences périphériques ; pas de cicatrices d'un ancien ulcus ; pas de cancer ganglionnaire ni péritonéal. L'extirpation de la tumeur me conduisit à une gastrectomie à peu près totale (fig. 1), et je dus, après fermeture en bourse du



Fig. 1.

duodénum, attirer une anse jéjunale presque jusqu'au cardia pour l'anastomoser au moignon gastrique à l'aide de mon bouton anastomotique tenant en place sans suture.

L'opération avait duré en tout quarante minutes, les suites en furent très simples : dans les premiers temps, la malade condamnée à multiplier ses repas s'alimentait insuffisamment et perdit encore 2 kilogrammes jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Nous la revîmes depuis en juin et en octobre, et tout dernièrement encore, quinze mois après l'opération. Elle a engraissé de 42 à 51 kilogrammes et s'alimente de façon absolument normale. Elle prend par jour trois ou quatre repas assez abondants ; seuls les féculents ne lui conviennent pas. Il semble *qu'une nouvelle poche gastrique* se soit développée aux dépens de l'intestin, décelable par l'insufflation et d'une contenance d'environ 200 grammes. La malade ne ressent que de vagues douleurs à gauche de sa cicatrice, dues évidemment à de simples adhérences ; on ne sent pas de tumeur. Le chimisme

décèle la présence d'acide lactique : probablement par reflux intestinal.

Au point de vue opératoire, j'ai terminé la pylorectomie par une gastro-entérostomie : c'est ainsi que j'agis d'habitude. L'anastomose duodéno-gastrique termino-terminale d'après Billroth, Rydygier est aujourd'hui presque abandonnée; il faut au préalable rétrécir le calibre gastrique au calibre duodénal, et l'angle de cette raquette est presque toujours le point faible de la suture. D'autre part, les tranches de section à anastomoser sont généralement assez éloignées l'une de l'autre, et c'est aussi ce qui restreint l'emploi du procédé d'implantation termino-latérale du duodénum dans l'estomac suivant Kocher. C'est pourquoi je préfère l'anastomose latéro-latérale (gastro-entérostomie) suivant Billroth (deuxième manière). Cette méthode rapproche sans tension dangereuse des organes adjacents, elle draine par en bas le contenu gastrique et les sécrétions de la plaie dans l'intestin, elle permet les résections les plus étendues de l'estomac.

Enfin le temps de l'anastomose, quand on le pratique avec mon bouton anastomotique, dont je vous parlerai dans un instant à propos de la gastro-entérostomie simplement palliative, ne demande que deux à trois minutes.

Vous voyez donc, Messieurs, que je suis un partisan convaincu des résections même totales de l'estomac cancéreux quand je les crois susceptibles d'un résultat curatif, mais ce témoignage décerné à la suprématie théorique de la gastrectomie, convenons qu'en pratique, dans les conditions actuelles de la chirurgie hospitalière, nous devons dans la majorité des cas renoncer à l'intervention radicale et nous contenter de conjurer, par l'intervention palliative, la mort prompte et douloureuse par inanition.

1. Description du bouton (fig. 2). — Il se compose d'une pièce mâle et d'une pièce femelle.

a. *Pièce mâle.* — Elle est formée de deux cylindres concentriques : l'externe haut de 8 millimètres sur 22 millimètres de large, l'interne haut de 19 millimètres sur 12 millimètres. Les deux cylindres se confondant par un de leurs bords, le bord

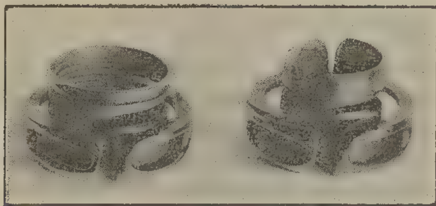


Fig. 2.

libre du cylindre interne déborde celui du cylindre externe de 7 millimètres. Tandis que le cylindre externe est percé de quatre trous ovoïdes, le cylindre interne est sur les trois quarts de sa circonférence divisé en languettes munies de dents pour engrener la branche femelle. Le dispositif spécial de l'instrument consiste en une *fente hélicoïdale* large de 4 millimètres; celle-ci commence sur le bord commun aux deux cylindres auquel elle court d'abord presque perpendiculairement sur une longueur de 11 millimètres, divisant ainsi le cylindre externe en toute hauteur et le cylindre interne partiellement, puis elle se coude, presque à angle droit, pour courir horizontalement suivant un tiers de circonférence du cylindre interne parallèlement au bord libre du cylindre externe au-dessous duquel elle est placée. Une languette élastique vient, au moment de l'engrènement des deux branches, se rabattre en couvercle sur l'origine de la fente qu'elle oblitère.

b. *Pièce femelle.* — La fente hélicoïdale et le cylindre externe sont construits de même. Quant au cylindre interne, haut de 13 millimètres seulement et renflé à son bord libre, il présente à son intérieur un filetage en pas de vis destiné à recevoir les languettes dentées du cylindre interne de la branche mâle. Un coup d'œil sur les figures ci-jointes éclairera ces explications.

2. Manuel opératoire. — Les organes à anastomoser sont présentés et confiés aux doigts d'un aide qui suffit à la coprostase ; le chirurgien saisit un cône d'estomac ou d'intestin entre l'index et le pouce gauches au centre duquel il pratique une incision au bistouri. Il faut avoir soin surtout du côté de l'estomac de plonger la lame bien perpendiculairement pour diviser au retour (c'est-à-dire de dedans en dehors) la muqueuse qui sans cela fuirait devant l'instrument. On vérifie alors que toutes les tuniques sont bien intéressées par la suture, au besoin on abraserait isolément la muqueuse qui sous la pression des doigts fait hernie à travers la séreuse. On évite ainsi les ennuis d'un décollement interstitiel des tuniques au moment de l'introduction du bouton surtout au niveau de l'estomac, lorsque la muqueuse n'a pas été bien incisée et repérée. On n'a jamais à se préoccuper d'hémorragies, l'hémostase des petits vaisseaux qui pourraient saigner se faisant elle-même par l'articulation des branches. Il faut par contre prêter la plus grande attention aux *dimensions de l'incision* qui doit mesurer 1 centimètre environ. Au delà de ce point, des sutures seraient nécessaires; il en est de même parfois lorsque l'incision est trop petite, l'introduction du bouton venant à la déchirer.

L'incision faite, on procède à l'introduction d'une pièce du bouton. Celle-ci est présentée au bout d'une pince hémostatique, l'extrémité de la fente hélicoïdale tenue bien perpendiculairement à l'incision viscérale dans laquelle elle pénètre d'elle-même jusqu'à son coude. Ce n'est qu'alors que la pince hémostatique est relevée peu à peu; le bouton, prenant ainsi une position de plus en plus horizontale, est vissé peu à peu dans les tuniques. Au bout d'un tour de spire environ on reconnaît que la pièce introduite est folle dans l'intestin, mais n'en peut être retirée directement, étranglée qu'elle est à son col par la rétraction des tuniques. Il ne reste plus qu'à procéder de même pour l'estomac avec la branche femelle et à articuler les deux pièces ensemble.

L'opération est plus vite faite que décrite, et le temps nécessaire à l'anastomose proprement dite ne réclame pas plus de deux minutes dans les cas favorables.

Le principal avantage de cette méthode d'anastomose consiste dans la sécurité et la rapidité de l'opération. La meilleure suture n'adosse pas aussi exactement les deux surfaces séreuses, et la vie du malade dépend toujours d'un point mal serré ou infecté, tandis qu'avec un bouton bien construit et bien introduit, la brèche viscérale est réduite au mi-

nimum et la surface d'adossement séreux portée au maximum. Outre cela l'opération est réduite au minimum de temps. Au lieu des quarante minutes nécessaires aux meilleurs opérateurs pour une gastro-entérostomie en Y à la suture, des vingt ou vingt-cinq minutes qu'exige une gastro-entérostomie latérale, l'introduction d'un bouton nécessite en moyenne deux ou trois minutes, l'opération totale ne durant pas plus de sept ou huit minutes. C'est là une grande garantie de succès chez les moribonds auxquels nous avons si souvent affaire et chez lesquels la prolongation de l'anesthésie constitue par elle-même un danger. C'est ce que prouve la statistique de mes 130 cas hospitaliers. Elle me permet de plus de réfuter les objections théoriques faites à l'emploi du bouton en chirurgie gastrique :

La fausse articulation des pièces;
Le circulus vitiosus;
Le séjour du bouton dans l'estomac;
La sténose ultérieure de l'orifice.

Les deux premiers reproches ne sont pas justifiés. Lorsqu'on a eu soin de s'assurer préalablement du bon fonctionnement de l'appareil et de l'articuler correctement, la désunion secondaire des branches n'est pas à craindre en pratique, et sur 130 cas, je n'ai eu que 8 morts imputables à la péritonite. — Je n'ai jamais observé de circulus vitiosus, et je crois que sous ce nom se sont glissées bien des péritonites. Aussi trouvai-je inutile de compliquer l'opération par une anastomose en Y. — En ce qui concerne le séjour du bouton dans l'estomac, on l'observe parfois, mais sans conséquences fâcheuses; le bouton est expulsé dans un peu moins des 2/3 des cas autour du treizième jour. Dans un cas la radiographie montrait encore plusieurs mois après l'opération le bouton incarcéré dans l'orifice anastomotique à la façon d'une pièce de prothèse. — Resterait le reproche de sténose ultérieure cicatricielle, qui ne se pose pas pour le cancer, mais que je n'admets pas davantage pour les sténoses bénignes capables d'une plus longue survie. Je n'ai eu à réintervenir que pour des oblitérations néoplasiques du pylore artificiel; les oblitérations cicatricielles signalées dans quelques cas de sténose bénigne relèvent non point du procédé d'anastomose (suture ou bouton) ni des dimensions premières données à l'orifice, mais bien de l'évolution de la sténose pylorique pour laquelle on est intervenu. Si le pylore oblitéré redevient perméable, la fistule gastro-intestinale se ferme d'elle-même, ainsi que l'ont établi les recherches expérimentales de Brünner; elle persiste d'ordinaire tant que subsiste l'oblitération du pylore normal.

Quant aux résultats fournis par la statistique de mes 130 cas hospitaliers de gastro-entérostomie pour cancers inextirpables, ils nous donnent avec la survie moyenne de sept mois fournie par toutes les statistiques de gastro-entérostomie pour cancer pylorique, une mortalité très atténuée de 10 p. 100 (soit 28 cas dont 8 seulement relevant avec certitude d'une péritonite). Ces résultats immédiats particulièrement favorables (puisqu'il s'agit de cancers et de cancers inextirpables) confirment ce que je vous disais de la rapidité et de la sécurité de l'anastomose au bouton sans sutures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 AOUT 1906)

Les cultures de protozoaires et les variations de la matière vivante. — MM. KUNSTLER et GINESTE.

(SÉANCE DU 27 AOUT 1906)

Sur l'origine de l'oxyde de carbone contenu dans le sang normal et surtout dans le sang de certains anémiques. — MM. R. LÉPINE et BOULUD. Le professeur Gréhant a établi l'existence, dans le sang normal, de traces de gaz combustible, et M. de Saint-Martin, puis M. Nicloux ont montré que ce gaz est en grande partie de l'oxyde de carbone. Ultérieurement M. Nicloux en a trouvé une proportion assez forte dans le sang de chiens vivant en pleine mer et, l'an dernier, les auteurs l'ont constaté en proportion *très* forte chez des anémiques graves (1).

Ils ont pensé qu'on pouvait en rechercher la source dans l'acide oxalique, qui existe normalement dans l'organisme et dont l'excrétion, en quantité exagérée, a été signalée chez des malades anémiques et cachectiques. Leurs expériences démontrent que leur hypothèse est fondée.

En effet, l'addition *in vitro* d'oxalate de soude ou de potasse à du sang défibriné peut quadrupler la proportion de CO qu'il renfermait avant cette addition. Il est inutile de rapporter ces expériences; car les suivantes, faites sur le vivant, ont un plus grand intérêt :

1° Si à un chien sain on injecte dans une veine, 0gr02 (par kilogramme de poids vif) d'acide oxalique neutralisé exactement avec de la soude, on augmente *beaucoup* la quantité de CO que renfermait son sang. Ils ont fait bien des fois cette expérience : avant l'injection, le sang renfermait $0^{cm^3}02$ à $0^{cm^3}05$ CO pour 100 centimètres cubes de sang; après l'injection, on en trouve de $0^{cm^3}20$ à $0^{cm^3}40$, c'est-à-dire 8 ou 10 fois plus;

2° Cette augmentation *fait défaut* si le chien est asphyxié (partiellement) par l'occlusion incomplète des narines (M. Nicloux avait déjà reconnu que l'asphyxie *diminue* la quantité de CO existant normalement dans le sang). Ce résultat est important, car l'asphyxie ne peut *détruire* CO et n'agit évidemment qu'en empêchant sa formation;

3° L'injection, dans la veine d'un chien sain, d'acide tartrique ou d'un acide bibasique, amène une augmentation de CO dans le sang, analogue à celle que produit l'acide oxalique, mais un peu moins rapidement. L'injection d'acide lactique ne produit pas ce résultat;

4° L'injection dans une veine d'une solution de glucose ou de lévulose à la dose de 4 grammes de sucre par kilogramme de poids vif, est suivie d'une assez forte augmentation de CO dans le sang. On sait que dans ces conditions, d'après plu-

(1) LÉPINE et BOULUD. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1er juillet 1905.

sieurs expérimentateurs, il se forme une quantité anormale d'acide oxalique.

Sur l'activité hémopoiétique du sérum au cours de la régénération du sang. — M. Paul Carnot et Mlle Deflandre. Au cours de recherches sur le mécanisme de régénérations d'organes, ces auteurs ont été amenés à étudier les causes de la rénovation du sang après saignée et à démontrer la présence dans le sérum des animaux saignés, principalement chez le lapin, d'une substance capable d'activer l'hémopoièse.

De ces expériences résultent les conclusions suivantes : La rénovation du sang, après saignée, paraît être provoquée et dirigée par une substance active, capable de provoquer l'hémopoièse, qui se trouve dans le sérum et est détruite à 55 degrés. Par opposition aux hémolysines, on peut provisoirement appeler cette substance : *hémopoiétine*. Si elle est particulièrement active et manifeste au cours de la rénovation du sang, il est vraisemblable qu'elle existe, à un faible degré, à l'état normal et que d'autres actions (influence des hautes altitudes, etc.) pourront la mettre également en évidence.

Il est vraisemblable qu'à l'état normal, hémopoiétine et hémolysine se contre-balancent et s'équilibrent. Si les hémolysines prédominent, il y a destruction globulaire; mais, si les hémopoiétines prédominent, il y a hyperglobulie.

La régénération du sang est probablement due à une augmentation de l'activité hémopoiétique du sérum.

Probablement aussi, les hémopoiétines ne sont qu'une variété spéciale de cytopoiétines que nous cherchons actuellement à mettre en évidence, par la même méthode, au niveau des différentes glandes, et qui expliquerait le mécanisme des régénérations d'organes.

Pratiquement, l'hyperglobulie provoquée par l'injection sous-cutanée de sérum actif, recueilli vingt heures après une première saignée, paraît susceptible d'applications thérapeutiques : les auteurs ont traité, de cette façon, plusieurs cas d'anémies symptomatiques et ont observé, dès le premier jour, des augmentations globulaires très considérables dépassant un million en deux jours.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade. (Georges Paisseau. Th. de Paris, 1906; G. Steinheil, édit.) — L'urée de l'urine est excrétée par la cellule rénale, son élimination est liée directement à la valeur fonctionnelle du rein. On peut donc opposer à la rétention des chlorures, phénomène d'ordre général siégeant dans les tissus, la rétention de l'urée dont la cause est surtout locale et siège dans le rein.

La rétention de l'urée peut être mesurée : soit par le rapport entre le taux de l'urée du sang et des urines, procédé par Gréhant, précis mais délicat, soit par l'épreuve clinique d'azoturie alimentaire.

La rétention de l'urée s'observe dans les affections aiguës ou chroniques particulièrement lorsqu'elles modifient la perméabilité rénale, elle se traduit par une augmentation du taux de l'urée de l'organisme et, lorsqu'elle prend fin, par des décharges urinaires donnant lieu à une crise azoturique souvent indépendante de la crise chlorurique.

L'accumulation de l'urée dans l'organisme modifie la concentration des humeurs et du sang, en particulier elle peut jouer un rôle dans la production des œdèmes en déterminant une rétention secondaire des chlorures. Elle exerce une action nuisible sur les tissus en raison de propriétés cytolytiques spéciales. Elle est en outre le témoin de la rétention d'autres substances albuminoïdes toxiques.

La diète d'azote aide l'organisme encombré à se débarrasser de son excès d'urée.

Le régime amylacé déchloruré est le régime de choix des imperméabilités rénales s'accompagnant d'une rétention de l'urée. Il agit sur la rétention de l'urée comme sur la rétention chlorurée et possède, en outre, un pouvoir diurétique très net. Il est préférable dans ces cas au régime lacté encore plus riche en albumine qu'en chlorures.

Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale. (P. Cusson. Th. de Paris, 1906; J.-B. Baillière et fils, édit.) — Sous le titre d'hypertrophie congénitale, on a décrit des faits très différents les uns des autres. On doit considérer deux formes de l'hypertrophie : la forme régulière et la forme irrégulière.

L'hypertrophie régulière n'altère ni les proportions, ni la structure, ni le fonctionnement du membre atteint. Elle intéresse principalement tout un côté du corps ou tout un membre. Son pronostic est bénin.

L'hypertrophie est rendue irrégulière surtout par le développement monstrueux de la partie malade, ou par l'addition de tumeurs. Elle porte particulièrement sur les segments de membre et sur l'extrémité céphalique. Elle s'accompagne souvent de troubles fonctionnels graves. Son évolution est quelquefois maligne. Son pronostic doit être réservé.

Dans les examens anatomo-pathologiques, on a surtout relevé le développement excessif des diverses variétés du tissu mésodermique. Cependant, et ce fait ne paraît pas isolé, à notre examen histologique de deux seins congénitalement hypertrophiés, il y avait participation au processus de l'élément glandulaire, dérivé lui-même de l'ectoderme.

Cette dernière constatation montre que la récente hypothèse pathogénique de Cagiati et de Gayet et Pinatelle, qui fait dépendre l'hypertrophie d'un trouble de la période embryonnaire portant exclusivement sur les cellules du mésenchyme, ne saurait, non plus que les théories précédentes, s'appliquer à tous les cas.

Pour le diagnostic, il nous semble difficile en ce moment de tracer une ligne de démarcation bien nette entre l'hypertrophie congénitale irrégulière et l'éléphantiasis congénital. Il existe pourtant un type vraiment légitime et caractérisé de ce dernier, c'est cette hypertrophie congénitale particulière due à des brides amniotiques et produite pendant la période fœtale par simple obstruction à la circulation lymphatique.

Il y a de grandes analogies entre l'hypertrophie congénitale et certaines hypertrophies acquises. Notamment, notre hypertrophie congénitale des seins ressemble, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, à l'hypertrophie mammaire acquise de la puberté. Peut-être certains cas d'hypertrophie considérés jusqu'ici comme acquis ont-ils une origine congénitale.

Le traitement de l'hypertrophie congénitale sera en général simple pour la forme régulière; il consistera surtout dans l'emploi de la compression élastique. Ce traitement sera également tenté pour l'hypertrophie irrégulière. Mais ici l'on devra parfois recourir à l'amputation, et s'il s'agit d'une

hypertrophie à évolution maligne, à l'amputation à distance afin de se mettre à l'abri d'une récidive.

Essai sur la polyarthrite aiguë tuberculeuse bénigne, ses applications à la médecine infantile. (E. Junès. Th. de Paris, 1905; G. Steinheil, édit.) — On a décrit, à côté de la polyarthrite granulique de Laveran, une polyarthrite tuberculeuse aiguë dont le type a été dégagé par Gübler et surtout par les travaux du professeur Poncet (de Lyon). La réalité de cette dernière affection, niée par certains, est admise, par un grand nombre d'autres auteurs, au nom de la clinique; mais elle attend encore sa démonstration rigoureusement scientifique.

Cette polyarthrite paraît loin d'avoir la fréquence que certains lui ont attribuée; elle semble, au contraire, relativement rare.

Il est difficile, à l'heure actuelle, de dégager nettement les circonstances étiologiques qui président à son apparition. Toutefois, il semble acquis que, survenant, de préférence, à une époque où la tuberculose revêt une allure bénigne, elle représente, dans la plupart des cas, la manifestation d'un bacille de Koch très atténué dans sa virulence. Souvent, elle apparaît comme « signe révélateur », à une époque où le germe tuberculeux, peu vivace, n'a pas encore pu affirmer sa présence.

La pathogénie de cette affection a donné lieu à de nombreuses discussions. Nous pensons qu'il faut, à cet égard, rejeter la théorie d'une bacillose toxinémique, et admettre, de préférence, une action locale du bacille de Koch. Celui-ci, préexistant dans l'économie, doit, en effet, pour pouvoir produire des lésions de polysérite articulaire, se mobiliser et, dans une première étape, envahir le torrent circulatoire; dans une étape ultérieure, il se localisera sur les synoviales, et y développera son action pathogène.

L'anatomie pathologique de la polyarthrite tuberculeuse aiguë bénigne, en raison des autopsies peu nombreuses auxquelles elle a donné lieu, est encore mal connue. On a voulu voir, dans les lésions d'apparence purement inflammatoires, constatées dans ces autopsies, la caractéristique anatomique de cette polyarthrite; on a voulu trouver, dans ces lésions banales et non spécifiques, le caractère fondamental qui la distinguerait des autres arthropathies à lésions spécifiques qui surviennent au cours de la tuberculose.

D'autre part, le professeur Bard (de Genève) pense que les lésions doivent toujours présenter, à un moment donné tout au moins, c'est-à-dire, ici, à leur origine, la signature spécifique du bacille: celle-ci serait, pour cette polyarthrite, manifestation atténuée d'une infection tuberculeuse sanguine, la granulation grise, susceptible de guérison et de disparition. La tuberculose ne laisserait alors de trace de son passage que sous la forme d'un processus banal concomitant et plus persistant.

Les signes locaux et l'évolution locale de cette polyarthrite sont, pour ce qui est de sa modalité clinique la mieux dégagée à l'heure actuelle, ceux des « pseudo-rhumatismes » en général. Les signes généraux qui l'accompagnent sont habituellement atténués et hors de proportion avec l'intensité parfois extrême des manifestations locales. Un certain nombre de déterminations viscérales ou autres, dues au même processus tuberculeux, peuvent survenir au cours de cette polyarthrite, constituant ainsi le « pseudo-rhumatisme viscéral, abarticulaire ».

Cette polyarthrite, survenant habituellement dans des circonstances où le bacille de Koch ne possède qu'une virulence atténuée, acquiert, généralement, du fait de son apparition, une signification pronostique favorable: pour le moment du moins, la vie du sujet n'est pas compromise. Il y a, toutefois, quelques réserves à faire à ce sujet.

Le diagnostic n'en est difficile qu'en ce qui concerne sa nature; nombreuses sont, en effet, les arthropathies survenant au cours de la tuberculose et qui relèvent d'une infection associée. Dans ces cas, l'examen du liquide articulaire, qui seul pourrait trancher le diagnostic, n'est, le plus souvent, que d'un secours illusoire.

Le traitement, pendant la phase aiguë de l'affection, sera surtout local: on immobilisera la jointure lésée; on combattra la douleur. Plus tard, on préviendra les complications locales; mais c'est alors surtout que le traitement général de la maladie sera institué, et, avec d'autant plus de chances de succès, que ce « pseudo-rhumatisme » est, souvent, un « signe révélateur », permettant de dépister une tuberculose jusque-là latente: cette considération acquerra sa plus grande valeur quand il s'agira d'enfants.

Contribution à l'étude de la morphinomanie. (Lefèvre. Th. de Paris, 1905; Henri Jouve, édit.) — L'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie de la morphinomanie.

Tout morphinomane est un hystérique.

Dès lors, la suppression pure et simple de l'alcaloïde ne suffit pas; il faut soumettre son malade au traitement moral, à la suggestion, à l'état de veille.

Avant de procéder au sevrage, il faut examiner soigneusement son client, puis commencer « le traitement préparatoire de la démorphinisation ».

Deux modes de suppression doivent être seulement employés: α. la méthode rapide pour les sujets jeunes et vigoureux dont la toxicomanie est de date récente; β. la méthode psychothérapique applicable aux sujets cachectiques ou atteints d'affections graves.

Les autres procédés doivent être abandonnés comme dangereux ou stériles.

Il est nécessaire que les pouvoirs publics réglementent la vente de la morphine, l'interdisent aux droguistes et condamnent pour exercice illégal de la médecine les charlatans et les auteurs d'ouvrages de vulgarisation médicale.

Contribution à l'étude de l'infarctus hémorragique de l'intestin consécutif aux thrombo-phlébites mésaraïques. (René Roussel. Th. de Paris, 1905; C. Steinheil, édit.) — L'infarctus hémorragique de l'intestin est une lésion anatomique qui peut être occasionnée soit par l'oblitération d'une artère mésentérique, soit par l'oblitération d'une veine mésentérique; c'est une lésion indépendante de la pyléphlébite (oblitération du tronc de la veine porte).

Lorsqu'il ne se trouve pas de voies de dérivation pouvant compenser l'oblitération des veines mésentériques, le sang stagne et produit un engorgement à tension progressive par suite de l'afflux continuel du sang artériel: la fluxion artérielle produit l'infarctus hémorragique dans un organe atteint de stase veineuse.

La thrombose des veines du mésentère peut être secondaire, résultant de l'extension d'une pyléphlébite adhésive primitive aux veines du mésentère. La thrombose peut débuter et se localiser dans les branches mésentériques; l'étiologie est alors celle de toutes les thrombo-phlébites; l'infection causale est trouvée dans un grand nombre d'observations.

L'infarctus hémorragique siège soit sur le gros intestin (thrombose de la veine mésentérique inférieure et de ses branches), soit beaucoup plus souvent sur l'intestin grêle (thrombose d'une ou de plusieurs des branches de la veine mésentérique supérieure). Les lésions sont caractéristiques : Ascite séro-sanguinolente de petit volume (500 grammes à 1 litre). Infiltration sanguine d'un segment de mésentère et d'intestin (le plus souvent le jéjunum) long de $0^{m}50$ à 1 mètre, avec congestion intense des vaisseaux capillaires et thrombose des veines; contenu sanglant de l'anse intestinale. Nécrose cellulaire en masse de tout le segment infarci.

Au point de vue clinique, l'infarctus hémorragique de l'intestin donne lieu au syndrome suivant : Début brusque par des douleurs abdominales et des vomissements apparaissant en pleine santé; le début est moins net et masqué par les symptômes de pyléphlébite dans les cas secondaires. Signe de stase sanguine dans le territoire porte (ascite de petit volume et diarrhée) et hémorragies intestinales (vomissements sanglants, selles sanglantes). Puis signes de paralysie intestinale (occlusion). L'anse infarcie forme une tumeur allongée, perceptible au palper. La maladie abandonnée à elle-même se termine par la mort dans le collapsus et le coma. La mort survient en trois ou quatre jours.

Le diagnostic du syndrome est possible.

Le traitement doit être chirurgical : la résection de l'anse malade est la seule opération ayant donné des succès : deux guérisons.

Empirisme et remèdes populaires. (A. Lebrun. Th. de Paris, 1906; Henri Jouve, édit.) — Il ne faut pas attribuer au terme « empirisme » une signification charlatanesque et mystérieuse, que ne comportent ni son étymologie, ni son histoire. L'empirisme est la médecine basée sur l'expérience, c'est-à-dire une doctrine imparfaite, il est vrai, insuffisamment approfondie, mais logique cependant, et jusqu'à un certain point rationnelle. Ne compte-t-elle point, d'ailleurs, parmi ses adeptes un grand nombre de ces médecins éminents dont la réputation, franchissant les siècles, est venue jusqu'à nous?

La pathologie populaire nous offre en certains points des aperçus excellents, que la science moderne est venue confirmer, et dont, dans une certaine mesure, elle n'est pas sans avoir profité.

Parmi les remèdes populaires, il y a également d'excellentes choses, qu'il serait insensé de méconnaître de parti pris, sous prétexte qu'on ignore comment ils agissent, pourquoi ils agissent. Malheureusement, administrés par des gens inexpérimentés, ils risquent souvent d'être sans action : dans les affections, par exemple, où ils ne sont nullement indiqués, et où leur emploi n'est dû qu'à une fausse interprétation des phénomènes, à un diagnostic erroné.

Reproche plus grave, ils risquent aussi d'être nuisibles, dangereux, soit qu'on les administre dans des circonstances où ils sont formellement contre-indiqués, soit également que leur usage retarde ou empêche l'application du seul remède efficace, causant ainsi au malade une perte de temps souvent irréparable. Et que dire des cas où le remède est pire que le mal? Aussi l'auteur ne saurait mieux conclure que par ces éloquentes paroles empruntées à Trousseau, et par lesquelles il terminait ses conférences sur l'empirisme : « Vous trouvant, Messieurs, à bord d'un navire en péril sur une côte hérissée de récifs et battue par les vents impétueux, vous n'iriez pas chercher un passager obscur au fond de la cale pour tenir la barre du gouvernail ou commander la manœuvre; vous resteriez silencieux, et personne de vous ne s'aviserait de prendre le porte-voix du capitaine pour dominer les cris de la tempête : vous comprendriez qu'il y a là quelqu'un qui sait mieux son métier, et que c'est à lui que vous devez confier le salut de l'équipage...

« Si donc vous êtes malade, appelez un médecin qui exerce honnêtement son métier, qui a étudié, et, s'il n'a pas le bonheur de vous guérir, du moins lui sera-t-il donné de vous consoler. »

La pathogénie du doigt hippocratique. (Eugène Meygret. Th. de Paris, 1905; Vigot Frères, édit.) — L'hippocratisme vrai est caractérisé par un développement anormal de la phalangette; les parties molles participent seules à la déformation, il n'y a pas de lésions du squelette sous-jacent. On doit donc le séparer nettement de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de M. P. Marie.

La plus souvent l'hippocratisme digital occupe les quatre extrémités, avec prédominance aux extrémités supérieures, comme cela se présente dans le rétrécissement congénitale de l'artère pulmonaire, dans les cas de compression des branches de cette artère, dans les affections du poumon avec restriction du réseau capillaire. Il peut siéger avec symétrie aux deux mains, à l'exclusion des pieds, si le calibre de la veine cave supérieure vient d'être rétréci. Enfin, mais tout à fait exceptionnellement, il peut être limité aux doigts d'une seule main (rétrécissement d'une veine sous-clavière ou d'un tronc brachio-céphalique) ou prédominer aux doigts d'une main (rétrécissement avec prédominance unilatérale des deux troncs veineux brachio-céphaliques).

Dans ces cas de déformation unilatérale et à prédominance unilatérale, ainsi que dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, où l'hippocratisme atteint son plus haut degré de développement, il n'y a pas formation de pus. Par conséquent, au point de vue pathogénique on ne peut admettre la théorie toxique, qui incrimine la résorption des produits sécrétés au niveau de l'appareil respiratoire dans les affections suppuratives du poumon.

L'hippocratisme est le produit de toutes les lésions qui équivalent à une ligature incomplète des racines, du tronc ou des branches de l'artère pulmonaire.

Il témoigne d'une insuffisance de l'hématose des éléments cellulaires de la pulpe des doigts; il est le fruit d'une auto-intoxication résultant de la rétention anormale, dans le sang veineux des extrémités, de toutes les substances toxiques destinées à être éliminées par la voie pulmonaire.

Si l'obstacle qui s'oppose à la circulation veineuse vient à être levé, on peut voir régresser les déformations hippocratiques.

CHIRURGIE

La résection du cordon spermatique sans castration. Opération complémentaire de la cure radicale de la hernie inguinale. (Joseph Morin. Th. de Paris, 1906; Henri Jouve, édit.) — La résection du cordon spermatique sans castration, préconisée par le docteur Lucas-Championnière et le docteur Delagénière (du Mans) comme temps complémentaire de la cure radicale de certaines variétés de hernies, semble devoir augmenter notablement le champ des interventions pour la cure radicale de la hernie.

Cette opération consiste à sectionner le cordon au niveau de l'anneau inguinal profond et au-dessus du testicule en ne touchant pas à celui-ci, puis à reconstituer la paroi à l'aide du

procédé de M. Lucas-Championnière, ou de tout autre procédé.

L'hémostase des deux extrémités du cordon sera particulièrement soignée et les divers éléments du cordon liés séparément de façon à éviter un hématome qui pourrait compromettre le résultat de l'opération.

La nécrose du testicule qu'on est en droit de redouter, sera le plus souvent évitée si on a le soin de ne pas toucher à cet organe et d'éviter toute manœuvre violente sur les tissus qui l'environnent, de façon à ne nuire en rien à la vitalité des tissus qui doivent assurer sa nutrition.

Cette opération permet par la suture totale de l'anneau inguinal profond une réfection totale de la paroi abdominale au niveau de la région inguinale, et la formation d'une cicatrice étendue à toute la hauteur de l'incision, alors que dans les autres procédés, même les procédés autoplastiques, le cordon crée toujours un point d'appel pour la poussée intestinale.

Cette opération ne s'adresse qu'à des cas particuliers et relativement restreints comme nombre : elle pernet d'intervenir utilement dans les cas de hernies incoercibles par perte de droit de domicile, dans les volumineuses hernies de faiblesse, enfin dans les cas graves de récidives post-opératoires qui mettent le sujet dans une situation souvent pire qu'avant l'opération.

La résection du cordon sans castration est bien préférable à la résection avec castration, à moins d'indication pressante d'enlever le testicule; car elle présente le grand avantage moral de conserver au moins une apparence de testicule qui, s'il s'atrophie, ne le fait du moins que très lentement.

En tout cas ce ne doit être, bien entendu, qu'une opération d'exception, réservée aux cas très difficiles et qui doit autant que possible être évitée chez les sujets jeunes.

VOIES URINAIRES

Nouveau procédé mixte de prostatectomie totale [méthode périnéo-sus-pubienne]. (H. Coupé. Th. de Paris, 1905; Henri Jouve, édit.) — Les deux méthodes, haute et basse, de prostatectomie ont chacune leurs indications respectives et, malgré les préférences que semblent avoir aujourd'hui les chirurgiens pour la voie hypogastrique, celle-ci convient plutôt aux grosses hypertrophies latérales saillantes dans la vessie; au contraire, la méthode périnéale resterait pour les petites prostates.

A côté de ces deux méthodes, Cathelin propose un procédé combiné de prostatectomie par voie mixte périnéo-sus-pubienne et qui semble s'appliquer aux hypertrophies latérales avec hypertrophie plus ou moins marquée du lobe médian.

Cette méthode mixte permet, grâce à une boutonnière vésicale sus-pubienne, de contrôler du doigt la décortication effectuée par l'autre doigt périnéal et d'enlever en même temps d'emblée tout l'urètre prostatique, ce qui permet d'obtenir une prostatectomie totale, nécessité que reconnaissent aujourd'hui tous les chirurgiens.

Cathelin a en outre imaginé un nouveau désenclaveur qui permet d'amener la prostate jusqu'à la peau et basé sur un principe différent des autres qui sont des tracteurs dans le sens horizontal.

Le nombre des opérations faites jusqu'ici par ce procédé naissant est forcément assez restreint; néanmoins, par les résultats acquis par les malades opérés et guéris, on peut penser que cette méthode doit prendre rang dans la thérapeutique chirurgicale de l'hypertrophie, puisque les deux premiers malades de Cathelin n'ont ni fistules ni incontinence.

RHINOLOGIE

La voûte palatine « en ogive », ses causes, ses conséquences, son traitement. (N. Neveu. Th. de Paris, 1905; Henri Jouve, édit.) — La voûte en ogive est la voûte normale des dolichocéphales.

Très facilement et rapidement cette voûte peut se modifier, diminuant dans ses dimensions, devenant trop étroite et trop resserrée; l'arcade alvéolaire qui l'encadre ne fournit plus une place suffisante à l'implantation des dents.

Certaines maladies peuvent amener la formation de cette voûte en ogive. Le rôle de la scrofule, du lymphatisme, du rachitisme n'est pas admis généralement.

Le rôle de l'hérédo-syphilis n'est plus à démontrer. Certaines causes amènent un changement dans la forme de cette voûte qui prend une disposition irrégulière, du ressort de la pathologie.

Le rôle du croisement des races est facile à admettre : le sujet, issu du croisement d'un dolichocéphale et d'un brachycéphale, présentera des caractères de l'un et de l'autre de ses générateurs, comme par exemple : une arcade dentaire étroite et des dents de grandes dimensions qui, ne trouvant pas une place suffisante, auront une implantation vicieuse.

Mais surtout la voûte en ogive normale se trouve modifiée par suite de la présence de végétations adénoïdes dans le rhinopharynx. Le rôle de ces dernières est nettement établi par la clinique et par l'expérience (Chatellier, Mayo Collier, Ziem).

Le traitement comporte un temps préliminaire dans ce dernier cas : c'est l'ablation des adénoïdes.

Le stomatologiste applique à son tour un traitement différent suivant les cas : simple extraction dentaire ou réduction du prognathisme ou élargissement de l'arcade dentaire par des appareils prothétiques appropriés.

RADIOGRAPHIE

Le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse par la radiographie. (Giordani. Th. de Paris, 1906; J.-B. Baillière, édit.) — Le diagnostic des tumeurs hypophysaires apparaît comme l'un des éléments essentiels du si difficile problème des glandes à sécrétion interne. Mis au service d'idées neuves autant qu'originales, il a permis dès aujourd'hui de légitimer des hypothèses que demain il permettra de contrôler.

Le diagnostic des tumeurs hypophysaires doit pouvoir être réalisé de façon précoce sous peine de perdre la majeure partie de son intérêt clinique.

Les éléments en seront cherchés dans les accidents provoqués par l'hypertrophie pituitaire en tant que variation volumétrique de l'organe, et non en tant qu'altération influant sur la fonction glandulaire.

L'hypophyse enclavée dans une étroite loge ostéo-fibreuse ne saurait être le siège d'aucune hypertrophie notable, sans que soient repoussées les parois de cette loge.

Toute extension de la glande en bas et surtout en arrière tendra à modifier la conformation des parois de la selle turcique.

Toute extension de la glande en haut et en avant repoussant la tente de l'hypophyse provoquera une compression du chiasma.

Nulle suractivité physiologique de la glande ne paraît susceptible de provoquer une hypertrophie suffisante pour que s'ensuivent des modifications de la loge pituitaire.

Dans les cas d'hypertrophie morbide, celle-ci parait avoir

été toujours suffisante à un moment donné pour engendrer des troubles capables d'assurer le diagnostic.

Les tumeurs de l'hypophyse, au cours de leur développement, peuvent provoquer toute une série de changements dans la forme et les dimensions de l'enceinte osseuse qui les enclave. En particulier, la partie centrale du massif sphénoïdal ne saurait plus soutenir la comparaison qui lui a valu son nom : la selle est devenue bénitier.

Etant donné que la selle turcique est mal délimitée en avant et sur les côtés, c'est sur sa partie postérieure (lame quadrilatère et apophyses clinoïdes) que portent les lésions les plus caractéristiques de l'existence d'une tumeur.

Le symptôme oculaire le plus caractéristique de l'existence d'une tumeur hypophysaire est un rétrécissement symétrique des deux champs visuels avec prédominance à la partie interne de ceux-ci, sans signes ophtalmoscopiques.

Toujours latent au début de son apparition, ce symptôme doit être soigneusement recherché.

Pratiquée à intervalles réguliers, cette recherche paraît susceptible de renseigner sur l'accroissement de la tumeur.

Ce rétrécissement n'est pas toujours caractéristique d'une tumeur de l'hypophyse ; il semble donc que s'impose le contrôle radiographique.

La radiographie du crâne montre nettement, dans la majorité des cas, l'agrandissement de la selle turcique; elle permet notamment de se rendre compte de l'étendue des lésions destructives portant sur la lame quadrilatère et les apophyses clinoïdes postérieures.

La tête du malade dont on veut obtenir une radiographie sera orientée de façon que son plan médian antéro-postérieur soit parallèle à la plaque. L'ampoule sera placée en sorte que le focus soit éloigné de 50 à 75 centimètres de la plaque et qu'une perpendiculaire abaissée de ce focus sur le centre de la plaque tombe à peu près « au centre de la dépression temporale, au-dessus du relief de l'apophyse zygomatique, sur le prolongement d'une ligne passant par le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur ».

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du traitement des cystites, notamment des cystites tuberculeuses par les instillations d'huile gomenolée. (E. Haïm. Th. de Paris, 1905, Louis Bellenand, édit.) — De recherches physiologiques précises, il ressort que le gomenol n'est ni toxique, ni caustique.

Il a d'autre part un pouvoir antiseptique puissant et il est très nettement anesthésique.

Son innocuité, ses propriétés anesthésiques et antiseptiques, ont rendu son emploi intéressant dans la thérapeutique urinaire.

Les solutions de gomenol dans l'huile (solutions à 10 ou à 20 p. 100) peuvent avec avantage lubréfier les instruments de cathétérisme.

L'emploi de solution huileuse en instillations dans les cystites douloureuses et dans les cystites tuberculeuses a donné des résultats appréciables pour la disparition ou la diminution de la douleur et même pour l'amélioration ou la guérison de la cystite.

Contribution à l'étude physique des eaux minérales. (A. Francina. Th. de Paris, 1906; A. Maloine, édit.) — La détermination de la résistivité et de la conductibilité spécifique d'une eau minérale permet, comme l'a signalé M. Muller : de caractériser cette eau ; de suivre les variations et modifications que cette eau est susceptible de présenter ; de reconnaître les falsifications possibles ou les additions de substances solubles.

Les eaux minérales ont un coefficient d'aimantation très voisin du coefficient de l'eau distillée, mais toujours inférieur à celui-ci.

Ce résultat s'explique de la façon suivante :

Les sels dissous qui entrent dans la constitution des eaux minérales ont un coefficient d'aimantation moindre que l'eau distillée et tendent par conséquent à diminuer le diamagnétisme de cette dernière, mais d'une façon minime.

Les seuls sels magnétiques (sels de fer et de manganèse), capables d'amoindrir dans de plus fortes proportions le diamagnétisme de l'eau distillée, sont toujours en faible quantité dans les eaux minérales et sont d'autre part très instables.

Cette instabilité rend compte également des divergences possibles entre les analyses chimiques et les constantes magnétiques au point de vue de la teneur en fer et en manganèse, et la balance magnétique nous révèle les diminutions des sels ferreux dissous dans les eaux transportées.

Seules les constantes magnétiques et électriques déterminées à la source même ont une valeur absolue.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Sur un nouveau sérum antituberculeux (1), par le docteur Viguier de Maillane (de Nîmes).

Dans ce travail, qui a été présenté au Congrès de la tuberculose en 1905, M. Viguier de Maillane expose comment, à la suite des travaux de Straus, de Wurtz, de Nocard, montrant l'immunité dont jouit la poule vis-à-vis de la tuberculose, il a été amené à utiliser en thérapeutique le sérum de cet oiseau.

Par un procédé qui lui est spécial, M. Viguier de Maillane retire du sang des poules un sérum dont l'activité est très grande chez les tuberculeux au premier et au deuxième degré, moins manifeste chez les cavitaires.

Ce sérum s'emploie par la méthode hypodermique. On commence par des injections de 5 centimètres cubes pour arriver, au bout de la troisième injection, en augmentant graduellement, jusqu'à 10 ou 12 centimètres cubes, suivant les cas.

L'injection est suivie d'une sensation de chaleur et de constriction post-sternale, qui est d'autant plus accusée que les lésions sont plus caractérisées. La production de ce phénomène, comme l'action de la tuberculine de Koch, peut servir de moyen de diagnostic dans les cas douteux de tuberculose.

Depuis 1903, le sérum de M. Viguier de Maillane a été expérimenté par un grand nombre de confrères. L'*Écho médical des Cévennes*, notamment, a publié un certain nombre d'articles à ce sujet. La *Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche* a engagé en 1905, sur l'initiative du docteur Calvet (de Valence), une discussion sur les résultats apportés devant elle.

Il en résulte un fait — qui a son importance au moment où l'on commence à reparler des méfaits produits par les inventions d'outre-Rhin — c'est l'innocuité parfaite du sérum de poule.

M. Viguier de Maillane insiste avec beaucoup de justesse sur ce point. Il n'a d'ailleurs pas la prétention de croire que

(1) Une broch. — Nîmes, 1906, Imprimerie Gagne et Michel.

son sérum soit le dernier mot en thérapeutique tuberculeuse. C'est là une modestie trop rare, dont on doit lui savoir gré.

L. GAYARD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Radiations, électricité, ionisation, applications de l'électricité, instruments divers, par E. BOUTY, professeur à la Faculté des sciences de Paris. In-8° de VI-420 pages, avec 104 figures. — Prix : 8 francs. — Paris, Gauthier-Villars.

Guide clinique des praticiens pour les principales maladies des voies urinaires (interrogatoire, exploration, traitement), par le docteur PILLET, préface de M. le professeur GUYON. In-18, 11 pl. et 40 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Rapport sur le paludisme en Algérie considéré comme maladie sociale, de la création de maisons de cures thermales pour coloniaux (mission du ministère des Colonies, mars-avril 1905), par le docteur Gilbert SERSIRON, médecin consultant aux eaux de la Bourboule, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine. In-8° de 32 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

La chimie alimentaire. Études de physiologie générale, par le docteur ROESER. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

La blennorragie (formes rares et peu connues), par L. JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare. In-8° de 85 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 104. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 13 SEPTEMBRE 1906. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. le docteur Weber, agrégé et chef du laboratoire d'anatomie normale, est nommé, pour l'année scolaire 1906-1907, conservateur des collections.

— Toulouse. — M. le docteur Laborde, agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, sur sa demande, agrégé à la Faculté de Toulouse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. le docteur Bernard est nommé professeur de clinique médicale.

— Besançon. — M. le docteur Jorn est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

— Clermont. — M. le docteur Buy est nommé professeur d'anatomie.

CONCOURS. — Un concours pour l'admission à l'emploi de médecin suppléant à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare aura lieu le 10 décembre prochain.

MM. les docteurs qui désirent prendre part à ce concours, sont priés de se faire inscrire à la préfecture de police, service du personnel.

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent; il sera définitivement clos le 24 novembre, à quatre heures.

Tout candidat devra : 1° justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat; 2° être âgé de vingt-cinq ans au moins.

Au moment de son inscription, il devra déposer : une demande sur papier timbré, un extrait authentique sur timbre de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu et tous les autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 827 décès, au lieu de 844 pendant la semaine précédente (moyenne 828). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 58, au lieu de la moyenne 44.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 4, au lieu de 2 la semaine précédente (moyenne 18).

La rougeole n'a causé aucun décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente, la moyenne est 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 20, au lieu de 29 précédemment.

La scarlatine a causé 2 décès, chiffre identique à la moyenne; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 57, il s'élevait à 28 pendant la semaine précédente (moyenne 52).

La coqueluche a causé 8 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 30, au lieu de 28 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 60.

La diarrhée infantile a causé 88 décès de 0 à 1 an, au lieu de 102 pendant la semaine précédente (moyenne 96).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 93 décès, au lieu de 57 pendant la semaine précédente (moyenne 81). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (moyenne 6); bronchite chronique, 13 (moyenne 10); pneumonie, 19 (moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 57 (moyenne 46), dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire et 21 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 149 décès; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 45 décès; les maladies organiques du cœur, 57; le cancer, 52; la hernie et l'obstruction intestinale, 5; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 22; enfin, 41 vieillards sont morts de débilité sénile.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 9, sept. 1906.) CAZAMIASI : L'amygdale, voie de pénétration du coccobacille pesteux. L'angine pesteuse, particulièrement dans les formes de l'affection dites pulmonaires primitives. — PLANTÉ : Anévrisme de l'aorte descendante. — PLAZY : Chancres syphilitiques multiples. — BRUNET : Etat actuel de l'opothérapie pulmonaire (*suite et fin*).

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 9, 7 sept. 1906.) EYBERT : Etude sur le transport des blessés en montagne (marche de couverture, juillet 1905) et sur le brancard alpin. — CADIOT : Sur un appareil de transport des blessés couchés. — GAUTHIER : Description et mode d'emploi du traîneau-brancard pour le transport des malades. — GÉNÉVRIER : Note sur l'emploi du perborate de soude dans le pansement des plaies.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 8, 23 août 1906.) Robert Coleman KEMP : Quelques remarques sur les relations de l'état du tube digestif avec les maladies nerveuses et mentales. — Christopher GRAHAM : Ulcère et cancer de l'estomac. — Alfred WORCESTER : Les avantages d'une organisation séparée pour les maisons de correction pour enfants et les hôpitaux. — Glover LANGWOSTHY : Un cas d'érysipèle primitif du pharynx (avec une courbe).

Bulletin général de thérapeutique. — (8 sept. 1906.) ROCHARD : Plaies du cœur et massage du cœur. De l'emploi de ce dernier moyen dans les syncopes anesthésiques (*suite et fin*). — PICOU : Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 35, 1er sept. 1906.) SCHELLING : Y a-t-il des médicaments dissolvant le mucus?

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 30 août 1906.) FORLANINI : Traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — RUGE : Les moustiques et la malaria. — HELSINGIUS : L'hémisystolie de Leyden. — HAMDI : Une anomalie rare de l'aorte. — MUHSAM : Ophtalmoplégie après l'anesthésie rachidienne. — HEILE : Sur l'emploi de l'isoforme. — MENDELSSON : Sur la glycosurie dans le traitement mercuriel. — COHN : Sur un cas de sténose de la trachée et de mort subite par tuméfaction du thymus. — RENNERT : Mort par asphyxie dans un cas de ganglion bronchique nécrosé. — STEINITZ : Un cas de tétanos puerpéral. — STEINHEIL : Chéloïde étendue après une brûlure.

Écho médical du Nord. — (N° 36, 9 sept. 1906.) VERHAEGHE : Enquête sur la situation sanitaire des ouvriers peintres en bâtiment de Lille. — PAUCOT : Accouchement forcé chez une éclamptique à l'agonie. — RAVIART et LORTHIOIS : Diplégie hématome bilatérale de la dure-mère. Atrophie secondaire du cerveau. Sclérose atrophique des circonvolutions.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 36, 9 sept. 1906.) LAMACQ : Le souffle d'asthénie cardiaque et les bruits de galop (*fin*). — DUVERGEY : Plusieurs cas de perforations du tube digestif.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 sept. 1906.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La hernie, accident du travail. — DIEULAFOY : Sur un cas de gangrène foudroyante de la verge. — Traitement de l'asystolie.

Journal des praticiens. — (N° 36, 8 septembre 1906.) CALOT : Le traitement des tuberculoses externes. — WIDAL : Les fausses méningites suppurées. — HUCHARD et FIESSINGER : La valeur diurétique de la ponction pleurale chez les cardiaques et les rénaux. — BERGER : Les fractures spontanées dans la paralysie générale.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 36, 8 sept. 1906.) PETIT : Zona survenu à l'occasion d'une séance de haute fréquence et guéri par le courant continu.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 35, 30 août 1906.) STORDEUR : A propos de trois cas de maladies congénitales du cœur. — WYBAUX : Introduction au cours d'hydrologie médicale. — (N° 36, 6 sept.) Paul SAINTON : Les traitements actuels du goitre exophtalmique.

Lyon médical. — (N° 36, 9 sept. 1906.) DAREMBERG et PERROY : L'indican et le scatol urinaires.

Marseille médical. — (N° 17, 1er sept. 1906.) SILHOL : Péritonite à pneumocoque et abcès de la cavité de Retzius.

Medizinische Blatter. — (N° 35, 1er sept. 1906.) GARRIGUES : Lithiase biliaire et assurances sur la vie. — WEISS : Expériences avec la mykodermine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 4 sept. 1906.) KRAUSE : Sur les altérations des organes internes sous l'influence des rayons Röntgen; mesures à prendre pour les éviter. — MACHOL : Contribution à la technique radiologique. — STRASSBURGER : Diagnostic des anévrismes aortiques. — HESS : Sur le réflexe diaphragmatique et l'innervation du diaphragme. — WENTZEL : Amputation du rectum par la méthode de Witzel. — EVELT : Sur les kystes du mésentère. — SITTLER : Traitement par les levures dans la gastro-entérite des enfants. — KÜRBITZ : Œdème aigu circonscrit dans le tabes. — SCHÜTTE : L'hystérie dans les écoles. — LANGE : Recherche de l'acétone. — TROMP : Le séparateur d'urines extra-vésical de Hensner. — GEISSLER : Sur l'instrumentation de la pubiotomie. — BAUM : Sept cas de tuberculose hyperplastique sténosante iléo-cæcale.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 35, 2 sept. 1906.) OKOLICSANVI-KUTHY : Phtisie et alcool. — KALLOS : Radio-activité des sources minérales.

Province médicale — (N° 36, 8 sept. 1906.) JABOULAY : Kyste dermoïde de l'ovaire inclus dans le ligament large. — VERGER : Contribution à l'étude des sensations subjectives, douloureuses et paresthésiques dans les lésions cérébrales en foyer.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 36, 8 sept. 1906.) BOULAY : Abcès épidural extériorisé par le trou déchiré postérieur. — VEILLARD : Diagnostic des sinusites gommeuses, signe tiré de l'examen histologique du pus. — BONAIN : Danger des interventions incomplètes dans les suppurations mastoïdiennes.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Sept. 1906.) BABONNEIX : Les kystes hydatiques du cerveau chez l'enfant.

Revue scientifique. — (N° 10, 8 sept. 1906.) LÉCAILLON : Les « instincts » et le psychisme des araignées. — BAUDOUIN : Utilisation gastronomique des phénomènes de l'autotomie et de la régénération des pinces chez un crabe d'Andalousie. — PARENTY : Jargeur de débit.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 16, 30 août 1906.) HOEL : La tuberculose à Reims.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 35, 30 août 1906.) ROSENLET : La dysenterie épidémique en Roumanie. — JAGIÉ : Etiologie et pathogénie des cirrhoses du foie. — TELEKY : Sur la nécrose phosphorée. — OPPENHEIM : Etat actuel du traitement de la syphilis.

LE BILAN ACTUEL

DE LA

SUTURE DES PLAIES DU CŒUR

(Résultats de 128 interventions.)

Par M. Ch. LENORMANT,

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Dix années se sont écoulées depuis la première tentative d'intervention chirurgicale pour une plaie du cœur : c'est en 1896, en effet, que Farina, appliquant à l'homme les tentatives expérimentales de Salomoni et del Vecchio, pratiqua le premier la suture d'une plaie par coup de couteau du ventricule droit; son opéré survécut six jours et fut emporté par une broncho-pneumonie. Quelques mois plus tard, Rehn obtenait, également pour une plaie du ventricule droit, la première guérison.

Malgré ce succès, l'opération nouvelle resta tout d'abord presque confinée dans son pays d'origine. En France, Marion est, à ma connaissance, le premier chirurgien qui l'ait employée (1898); son opéré, atteint d'une perforation par balle de revolver, mourut sur la table d'opération. Il faut arriver en 1900, pour trouver, chez nous, une suture du cœur guérie (Fontan).

A cette date, le nombre des plaies du cœur traitées chirurgicalement restait encore fort restreint, et Terrier et Reymond (1) n'en pouvaient réunir que 11 cas. Mais, à partir de 1900, les tentatives se multiplient rapidement et l'on peut établir des statistiques importantes : dans leur rapport au XVe Congrès français de chirurgie (1902), Terrier et Reymond arrivent à un total de 51 cas et, quelques années plus tard, Guibal (2) publie un important mémoire renfermant 68 observations.

Mais ce travail de Guibal, paru en 1905, date en réalité de l'année précédente, et l'on n'y trouve pas de cas postérieurs au milieu de 1904. Pendant les deux années qui ont suivi, les nouvelles opérations publiées ont été presque aussi nombreuses que pendant les six ans qui avaient précédé, si bien que j'ai pu réunir 128 cas de suture du cœur, provenant, pour la plupart, de France, d'Italie, d'Allemagne et de Russie.

Ce sont ces 128 observations dont je voudrais discuter les résultats. Ce relevé, bien qu'il soit plus étendu que ceux publiés, cette année même, par Borchardt (3), Saverio Spangaro (4) et Tscherniachowski (5), n'est probablement pas complet, et il est fort possible que quelques cas m'aient échappé. Il est du moins assez considérable pour représenter, avec exactitude, les résultats actuels de la suture des plaies du cœur.

Mes 128 observations comprennent, d'une part, les 68 cas qui figurent dans le mémoire cité plus haut de Guibal, d'autre part 60 observations nouvelles dont on trouvera plus loin la liste avec l'indication des sources.

Toutes concernent des plaies dans lesquelles on a pratiqué ou tenté la suture. J'ai éliminé les faits comme celui de Stern, dans lequel l'opérateur n'a pas vu la plaie et a fait un tamponnement qui n'a pas suffi à arrêter l'hémorragie, et ceux de Williams et de Wennestrōm qui, ayant trouvé une plaie cardiaque qui ne saignait plus, se sont contentés de tamponner le péricarde.

J'ai laissé de côté également trois observations de Baliva, Maselli et Ninni, citées par Tscherniachowski sans détails et sans indications bibliographiques précises et dont il m'a été impossible de trouver la trace dans les recueils italiens que j'ai eus entre les mains.

En revanche, contrairement à Guibal, j'ai conservé dans ma statistique les cas relativement assez nombreux où le blessé a succombé sur la table d'opérations, avant que la suture ne fût achevée; j'estime qu'ils doivent figurer au passif de la méthode.

Mortalité globale. — Les 128 cas de suture ont donné 81 morts et 47 guérisons. C'est une proportion de plus d'un tiers de succès, exactement 36,7 p. 100. Il est à remarquer que le chiffre des décès et des guérisons reste sensiblement le même dans les observations anciennes et récentes : le pourcentage des 51 premiers cas réunis par Terrier et Reymond (37,2 p. 100 de guérison) est presque identique à celui que j'ai obtenu.

Les statistiques de Lindner (1) et de Saverio Spangaro donnent des résultats également très voisins : 36,4 p. 100 et 38 p. 100 de guérisons.

Il ne semble donc pas qu'il y ait eu, jusqu'à présent, une amélioration bien nette dans les résultats obtenus. Ceux-ci, d'ailleurs, sont déjà très encourageants, étant donnée l'extrême gravité des blessures du cœur abandonnées à elles-mêmes; ils peuvent soutenir la comparaison avec ceux d'autres interventions d'urgence, les plaies de l'abdomen par coup de feu, par exemple, qui donnent encore une mortalité de près de 50 p. 100 (Gebele).

Instrument vulnérant. — Toutes les interventions publiées se rapportent à des plaies; aucun chirurgien n'est encore intervenu pour une rupture sous-cutanée du cœur, bien que l'indication opératoire soit théoriquement la même; mais, en pratique, le diagnostic ferme en est presque toujours impossible.

Dans 6 observations, l'instrument vulnérant n'est pas connu; ces 6 cas ont donné 3 morts et 3 guérisons.

Les 122 autres cas se répartissent en 107 plaies

(1) Terrier et Reymond. A propos de la suture des plaies du cœur, *Revue de chir.*, 1900, t. II, p. 473.

(2) Guibal. La chirurgie du cœur, *Revue de chir.*, 1905, t. I, p. 323, 623 et 761, et t. II, p. 245 et 369.

(3) Borchardt. Ueber Herzwunden und ihre Behandlung. Pfählungsverletzungen von Herz und Lunge, *Sammlung klin. Vorträge*, 1906, n°s 411 et 412.

(4) Saverio Spangaro. Sulla tecnica da seguire negli interventi chirurgici per ferite del cuore, *Clinica chirurgica*, mars 1906, t. XIV, p. 227.

(5) Tscherniachowski. Ein Fall von Herznath wegen Hertzverletzung. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1906, t. LXXXIII, p. 288.

(1) Lindner. Die Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels, *Munch. med. Wochens.*, 1906, n°s 49 et 50, p. 2 361 et 2 430.

par instrument piquant ou tranchant (y compris le cas de Borchardt : empalement par chute sur une grille), et 15 plaies par balle de revolver. Le petit nombre de ces dernières est tout à fait remarquable : Loison trouve, dans la pratique civile, autant de plaies du cœur par coup de feu que de plaies par armes blanches. Comment s'expliquer alors qu'on soit intervenu si rarement dans des cas de ce genre ; la seule raison plausible me paraît être l'extrême gravité des plaies par balles : un tiers des malades succombent immédiatement ou pendant la première heure (Loison), et échappent ainsi à toute tentative chirurgicale.

Si l'on s'en rapportait aux chiffres brutaux de la statistique, il faudrait admettre que les résultats de la suture sont meilleurs dans les plaies par balle que dans les plaies par armes blanches : les premières, en effet, ont donné, pour 15 interventions, 7 guérisons (46,6 p. 100), tandis que la suture des plaies par instrument piquant ou tranchant n'a fourni de 34,5 p. 100 de succès (37 guérisons sur 107 cas). Je suis persuadé qu'il y a là une erreur qui tient au petit nombre des plaies par armes à feu opérées, et je suis certain que les observations montreront, au contraire, que ces plaies sont aussi graves, sinon plus, que celles par armes blanches. On verra, en effet, plus loin que les plaies par balles sont le plus habituellement multiples et qu'elles se compliquent souvent de lésions des organes voisins, conditions qui doivent forcément en assombrir le pronostic. Je ne veux, d'ailleurs, pour preuve de leur gravité, que ce fait que, dans 3 des 16 cas opérés, le blessé est mort sur la table, avant l'achèvement de l'intervention (Brézard et Morel, Marion, Riche) ; dans un quatrième cas (Lenormant), le cœur cessa de battre au cours de l'opération et ne put être ranimé que par un massage prolongé.

Siège et caractères anatomiques de la plaie. — 1. Le *siège* de la plaie est précisé dans 124 observations, 6 fois seulement les *oreillettes* étaient intéressés ; les 118 autres cas se rapportent tous à des blessures de la région ventriculaire et se répartissent comme suit :

Ventricule gauche	58 cas.
Ventricule droit	49
Pointe du cœur	5
Cloison interventriculaire	3
Face antérieure	1
Artère coronaire gauche (Pagenstecher)	1
Origine de l'artère pulmonaire (Mauclaire)	1

Ici encore, il y a quelque différence entre les résultats du relevé des cas opérés et les données classiques : la proportion des plaies des oreillettes est bien faible (4,8 p. 100, alors qu'elle est de 10 à 12 p. 100 dans les grandes statistiques de Fischer et de Loison). D'autre part, je trouve un nombre un peu plus grand de plaies du ventricule gauche, tandis que Fischer admet, au contraire, que les plaies du ventricule droit sont un peu plus fréquentes ; il est vrai que Loison trouve, au moins pour les blessures par balle, une prédominance assez marquée en faveur du ventricule gauche.

Les résultats de la suture, dans les diverses régions du cœur, ont été les suivants :

Ventricule gauche : 58 cas, 33 morts et 25 guérisons (44,8 p. 100).

Ventricule droit : 49 cas, 35 morts et 14 guérisons (28,5 p. 100).

Les plaies de la pointe du cœur ont donné 2 guérisons sur 5 cas ; toutes les autres blessures de la région ventriculaire (cloison, origine de l'artère pulmonaire, artère coronaire) se sont terminées par la mort.

Oreillette droite : 3 cas, 1 mort (Ninni) et 2 guérisons (Gentil, Schwering).

Oreillette gauche : 3 cas, 1 mort (Giordano) et 2 guérisons (Giuliano, Kappeler).

Les plaies des oreillettes sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse considérer les résultats comme exacts en ce qui les concerne ; il s'agit, sans aucun doute, d'une série exceptionnellement heureuse, et ce serait une erreur complète que d'espérer guérir les deux tiers des sujets atteints de cette grave lésion.

Au contraire, il est très intéressant de noter les différences considérables qui existent entre les résultats obtenus dans les plaies du ventricule droit et celles du ventricule gauche : ces dernières donnent une proportion de succès presque double, et cela dans des séries tout à fait comparables. Je rappellerai, à ce propos, que Jamain admettait déjà que les plaies du ventricule gauche saignent moins et sont, par conséquent, moins graves que celles du ventricule droit ; les expériences de Bode et d'Elsberg, les relevés cliniques d'Elten avaient confirmé ce fait.

2. La plaie est le plus souvent unique, au moins lorsqu'elle a été produite par un instrument tranchant ou piquant. Je ne relève que 10 cas de *plaies multiples* par arme blanche : 8 fois, il y avait 2 plaies, 1 fois 3 (Borzymowski), 1 fois 8 dont 2 étaient pénétrantes (Walker). Ces 10 cas de plaies multiples n'ont donné que 2 guérisons et, sur les 8 morts, on note 3 fois qu'une des plaies avait passé inaperçue pendant l'opération et n'a été reconnue qu'à l'autopsie (Milési, Nicolai, Sultan).

Dans les plaies par armes à feu, au contraire, il est de règle que la balle perfore le cœur de part en part et qu'il y a, par suite, deux plaies ; font seules exceptions à cette règle les observations de Bouglé (plaie en séton, non pénétrante, du ventricule droit), Brézard et Morel (plaie non pénétrante du ventricule gauche), von Manteuffel (balle restée dans la paroi du ventricule droit), Morestin (plaie du ventricule droit, sans orifice de sortie ; balle non retrouvée à l'autopsie) et la mienne dans laquelle la balle avait atteint très obliquement la pointe du cœur, ouvrant le ventricule droit par un orifice unique.

3. Dans quelques cas, la blessure était compliquée de lésions susceptibles de troubler sérieusement la mécanique du cœur : c'est ainsi que l'on trouve 2 fois une *perforation de la cloison* (Milési, Parozzani), 2 fois une rupture de la *valvule mitrale* ou de ses piliers (Alves, Picone), 2 fois la rupture de la

valvule *tricuspide* ou de ses piliers (Milési, Wolff-Barth).

Toutes ces lésions sont d'une exceptionnelle gravité, et la mort en a toujours été la conséquence.

Il en est de même de la blessure de l'*artère coronaire* qui est signalée dans 3 cas, 2 fois en même temps qu'une plaie du ventricule gauche (Cappelen, Mikulicz) et une fois dans une plaie non pénétrante (Pagenstecher); dans les 3 cas on a lié l'artère, et le cœur, contrairement à l'opinion ancienne, ne s'est pas arrêté. Les blessés ont fini par succomber, au bout d'un temps plus ou moins long; mais, dans 2 cas au moins, la mort causée par des complications septiques, était absolument indépendante de la lésion artérielle.

4. La grande majorité des plaies du cœur sont pénétrantes. Cinq fois seulement, la blessure n'intéressait que la paroi ventriculaire sans ouvrir la cavité : ces plaies *non pénétrantes* étaient dues 3 fois à un coup de couteau (Fummi, Rosa, Velo) et 2 fois à une balle (Bouglé, Brézard et Morel); peut-être faut-il y ajouter le cas de Schubert, dans lequel l'auteur croit que le projectile a traversé de part en part la cloison interventriculaire, sans pénétrer dans les cavités cardiaques.

5. J'ai dit que, presque toujours, les balles de revolver traversaient complètement le cœur. Dans l'unique observation de von Manteuffel, le projectile est resté dans la paroi du ventricule droit. Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il est le seul à ma connaissance, où l'*extraction chirurgicale d'une balle intra-cardiaque* ait été pratiquée. L'opérateur en fait la description en ces termes : après ouverture du péricarde, « on aperçoit à 6 centimètres de la pointe, sur le ventricule droit, l'orifice d'entrée d'où sort, à chaque diastole, un jet de sang de 50 centimètres de haut. Cet orifice est immédiatement fermé par une suture à la soie; l'hémorragie s'arrête. Mais où était la balle? Avec précaution, le cœur est un peu soulevé, le péricarde est intact. Mais on sent la balle dans la paroi postérieure du ventricule droit, à un centimètre de l'artère coronaire. Le cœur est relevé, au moyen de deux points de fixation et j'incise alors sur la balle. L'extraction avec une pince l'aurait probablement fait glisser dans la cavité du ventricule. Une pression entre l'index et le pouce gauche la fit saillir au dehors et tomber dans le péricarde. Suture de cette seconde plaie qui, grâce à la compression digitale, avait peu saigné; les points de fixation furent noués également ». L'opéré guérit.

6. L'instrument vulnérant, après avoir blessé le cœur, peut atteindre un organe voisin, et cette seconde lésion aggrave singulièrement le pronostic. Je ne parle pas de la blessure de la plèvre gauche qui est presque de règle et qui n'est pas une complication bien sérieuse. Mais d'autres *lésions viscérales* peuvent se rencontrer. Le fait est rare dans les plaies par armes blanches où je ne relève qu'une plaie du poumon (Pomara), une plaie du foie (Weiss) et, dans le cas de Musumeci, 3 plaies de l'intestin grêle et 4 du mésentère. Mais il est très fréquent dans les coups de feu : près de la moitié (7 sur 16) des plaies du cœur par balles étaient ainsi compliquées. Quatre fois le poumon était atteint (Bouglé : plaie d'une branche de l'artère pulmonaire; — Brézard et Morel : plaie de la veine pulmonaire gauche; — Gœbell, Wilms : plaies du poumon). L'estomac était perforé dans le cas de Rothfuchs. Des traumatismes plus complexes encore ont été observés par Riche et par moi-même : le blessé de Riche avait des plaies du cœur, de l'estomac, de la rate et du poumon gauche; à l'autopsie de mon opéré, je constatai que la balle, après avoir ouvert le ventricule droit, avait successivement traversé le diaphragme, le lobe gauche du foie, l'estomac et une anse d'intestin grêle. Ces lésions thoraco-abdominales se rencontrent surtout dans les tentatives de suicide, le blessé dirigeant d'ordinaire le canon de l'arme obliquement en bas et en dehors.

Inutile d'insister sur la gravité extrême de ces traumatismes complexes, dont quelques-uns sont vraiment au dessus des ressources de la chirurgie. Sur les dix cas que je viens de signaler, deux seulement se sont terminés par la guérison après suture des plaies cardiaques et de la plaie pulmonaire (Gœbell, Wilms).

Causes de la mort. — Les blessés qui succombent après la suture du cœur sont emportés rapidement par l'anémie, le choc, les troubles de la mécanique circulatoire, ou secondairement par l'infection; les autres causes de mort sont des raretés sans intérêt. C'est ce que démontrent les chiffres suivants.

Les causes de mort sont spécifiées dans 74 observations (sur 81 cas mortels), et ce sont, par ordre de fréquence :

L'infection péricardique, pleurale ou pulmonaire	37 fois (50 p. 100)
L'anémie, le choc ou les lésions intracardiaques incompatibles avec un fonctionnement normal du cœur (y compris 13 cas où le blessé est mort pendant l'intervention).	30 —
Une hémorragie pariétale	2 —
Une péritonite	2 —
Une embolie pulmonaire	1 —
La myocardite	1 —
La thrombose cardiaque	1 —

L'anémie et le choc menacent les opérés pendant les premières heures, l'infection n'intervient que plus tard, mais est responsable de toutes les morts survenues après le deuxième jour. Au point de vue de la date de la mort, on peut en effet diviser les observations en trois groupes : morts pendant l'opération, morts dans les quarante-huit premières heures, morts au delà de quarante-huit heures.

1° *Morts avant la fin de l'opération.* — Treize blessés, soit environ un sur treize, ont succombé pendant l'intervention, tantôt dès le début, avant même qu'on ait suturé la plaie, tantôt à la fin, au moment où l'on fermait la plaie péricardique et où l'on rabattait le lambeau pariétal (cas de Brachini, Brézard et Morel, Camus, Gibbon, Guidone, Marion,

Ninni, Pecori, Riche, Stude, Tully Vaughan, Walker, Zulehner).

Il s'agissait là de moribonds épuisés par une hémorragie profuse, ou dont le cœur, comprimé par l'hémopéricarde, était incapable de se relever; l'intervention est venue trop tard. Il y aura toujours à compter avec les cas de ce genre, où la mort s'explique d'une façon trop facile à comprendre. Je signalerai seulement un accident très grave, heureusement rare puisqu'il n'a été observé que trois fois et toujours dans des plaies du ventricule droit : chez les blessés de Pecori, Walker et Zulehner, la suture a été impossible par suite de la *friabilité du myocarde;* chaque fil déchirait le muscle au moment où on le nouait, et la plaie s'agrandissait ainsi à chaque tentative nouvelle faite pour la fermer; deux des opérés ont succombé instantanément. Neumann, qui opérait le cas rapporté par Walker, tenta de prendre à la fois, dans les fils, le péricarde et le myocarde et de les nouer, au-devant du péricarde, sur un rouleau de gaze : son blessé n'en fut pas moins emporté par l'hémorragie.

2° *Morts dans les quarante-huit premières heures.* — Vingt-neuf cas, dont les causes ont été :

Anémie, choc	12 cas	
Deuxième plaie cardiaque méconnue, perforation de la cloison, lésions valvulaires	4 —	
Hémorragie pariétale	2 —	
Infection péricardique	2 —	
Pneumonie	2 —	
Embolie pulmonaire	1 —	(Morestin)
Thrombose cardiaque	1 —	(Gaudemet)
Péritonite consécutive à une plaie de l'estomac	1 —	(Rothfuchs)
Cause indéterminée	4 —	

La rareté des morts dus à l'infection est frappante (4 cas seulement). J'attire tout spécialement l'attention sur les deux observations de Lemaître et de Sultan, dans lesquelles la mort fut causée par une hémorragie intrapleurale survenue après l'opération et ayant pour origine la déchirure des vaisseaux de la paroi costale (artère mammaire interne dans le cas de Sultan). Pendant l'opération, le chirurgien s'occupe avant tout du cœur et, la plaie de cet organe une fois suturée, il s'empresse trop souvent de rabattre le volet costal sans vérifier l'hémostase à ce niveau; une blessure d'artère de la paroi passera d'autant plus facilement inaperçue que, par suite de l'état demi-syncopal du blessé, elle ne saigne parfois que peu ou pas du tout: quelques heures après, quand la tension vasculaire est redevenue normale, l'artériole blessée saigne dans la plèvre et peut déterminer un hémothorax mortel. Le chirurgien doit toujours penser à la possibilité d'un tel accident et apporter tous ses soins à l'hémostase du volet thoracique. Les faits cliniques de Lemaître et de Sultan sont à rapprocher des expériences de Léo (1) qui a vu mourir, par hémothorax d'origine pariétale, cinq sur huit des chiens chez lesquels il avait pratiqué la suture du cœur.

(1) Léo. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des plaies du cœur*, Th. de Paris, 1904.

3° *Morts après quarante-huit heures.* — Trente-six cas : une fois, la cause de la mort est inconnue; un autre opéré a été emporté par une myocardite au bout de quatre jours (Velo). Un troisième avait subi une laparotomie avant la suture du cœur, parce qu'on avait pensé d'abord à une plaie thoraco-abdominale; la blessure cardiaque guérit sans incident, mais le malade présenta de l'infection péritonéale et finit par mourir, au bout de deux mois, avec un abcès sous-phrénique (Capello). *Les trente-trois autres opérés ont succombé à l'infection péricardique ou pleurale.*

De cet examen détaillé des causes de mort après la suture des plaies du cœur, il résulte qu'abstraction faite de complications exceptionnelles, les opérés sont exposés à deux dangers : pendant les premières heures, l'anémie et le choc en rapport avec le traumatisme, plus tard l'infection. Contre le premier, nous sommes désarmés; il me reste à examiner si, en perfectionnant la technique de l'intervention, il est possible d'atténuer le danger d'infection, et ceci m'amène à discuter un point d'une importance capitale, celui du drainage du péricarde et de la plèvre.

Influence du drainage sur les résultats de la suture du cœur. — Faut-il drainer les séreuses qui ont été ouvertes pour pratiquer la suture? C'est là une question qui a été et est encore débattue. Cependant la majorité des auteurs qui ont écrit sur la technique de l'intervention rejettent le drainage. Dès 1900, Terrier et Raymond disaient : « Il serait avantageux de ne drainer ni la plèvre, ni surtout le péricarde; les deux séreuses seront donc fermées complètement chaque fois qu'il sera possible de le faire. » Quelques années plus tard, Lemaître (1) condamnait avec plus d'énergie encore toute espèce de drainage : « Si le mal est au cœur avant l'opération, le danger est à la plèvre après l'opération... pas de drainage, ni de la plèvre, ni du péricarde; c'est inutile et dangereux; en cas d'infection pleurale, faire ultérieurement une thoracotomie postérieure. » Et ceci était basé sur des chiffres : 8 sutures non drainées ont toutes guéri (2); 25 sutures drainées ont donné 9 guérisons et 16 morts, toutes dues à l'infection.

Le drainage est également rejeté par Villard, Quénu, Rochard, en France, Ninni, Barth, Sultan, Borchardt, Grekow, Borzymowski, à l'étranger. Mais il n'en reste pas moins que, jusqu'à présent, il a été employé dans la majorité des cas, même par des opérateurs qui devaient le condamner plus tard, Lemaître, par exemple. Tout récemment Tscherniachowski l'a préconisé avec beaucoup de vigueur; Lindner le croit indispensable dans la majorité des

(1) Lemaitre. *Contribution à l'étude de la technique opératoire de la suture des plaies du cœur*, Th. de Paris, 1905.

(2) Mais il compte parmi les malades guéris le deuxième opéré de Fontan qui, en réalité, est mort d'accidents infectieux au bout de cinq mois.

cas, et Spangaro recommande le drainage séparé du péricarde et de la plèvre.

En présence de ces divergences d'opinion, l'examen d'une nombreuse série de faits, comme celle que j'ai réunie, comporte un enseignement précieux.

Je trouve que, sur 128 cas, on note 23 fois seulement que la plaie a été complètement refermée, tandis que 65 fois, on a drainé soit le péricarde, soit la plèvre, soit les deux à la fois. Les résultats sont-ils différents dans ces deux séries d'observations?

1. Les 65 cas *drainés* donnent 25 guérisons (38,7 p. 100) et 40 morts. Parmi les guérisons, 10 ont été retardées par des complications infectieuses, telles qu'empyème (4 cas), péricardite purulente (2 cas), etc. Quant aux morts, toutes ne sont pas imputables à l'infection pleurale ou péricardique : j'élimine 16 morts survenues dans les quarante-huit premières heures, ainsi qu'une mort par myocardite et une autre par abcès sous-phrénique ; restent donc 22 décès par infection.

En d'autres termes, sur 65 cas drainés, on note 32 fois des complications infectieuses pleuro-péricardiques (49 p. 100) et 22 fois (33,3 p. 100), ces complications sont responsables de la mort de l'opéré.

2. Les 23 cas *non drainés* donnent 15 guérisons (65 p. 100) et 8 morts. Dans un seul cas, la guérison a été retardée par la suppuration. Parmi les morts, 4 sont imputables à l'infection pleuro-péricardique et les 4 autres, survenues dans les quarante-huit premières heures, relèvent de l'anémie et du choc.

En d'autres termes, sur 23 cas non drainés, on note 5 fois des complications pleuro-péricardiques (21,7 p. 100) et 4 fois (17,4 p. 100), ces complications sont responsables de la mort de l'opéré.

La comparaison de ces chiffres suffit à condamner absolument tout drainage, et j'adopte entièrement les conclusions de Lemaître. La suture du cœur n'a de chances de succès que si elle est *rigoureusement aseptique* et, si pressants que soient les accidents, le nettoyage des mains et du champ opératoire sera fait de la façon la plus minutieuse ; pendant toute l'intervention on ne se départira pas de la propreté la plus stricte. Mais, une fois la suture achevée, s'il a évacué le sang épanché dans le péricarde ou la plèvre, s'il est sûr de son asepsie, s'il a vérifié l'hémostase pariétale, le chirurgien peut et doit fermer constamment plèvre et péricarde : la plaie n'est pas infectée et doit être traitée comme telle.

Il me resterait à envisager encore l'influence de l'ouverture large de la plèvre sur les résultats de l'opération ; malheureusement, les documents sont ici peu nombreux. Il est indiscutable que la plèvre gauche est presque toujours — pratiquement on peut dire toujours — blessée en même temps que le cœur ; mais cette blessure est étroite et, comme le poumon est habituellement intact, elle ne s'accompagne pas le plus souvent de pneumothorax. C'est au moment de l'intervention, quand on a rabattu le volet costal, que se produisent en général l'ouverture large de la séreuse et la pénétration de l'air. Cette ouverture ne paraît pas avoir beaucoup inquiété les opérateurs ; presque tous ont largement incisé la plèvre et délibérément abordé le cœur par voie transpleurale.

Le pneumothorax qui en résulte est, dit-on, bien supporté dans presque tous les cas. Je ne le crois pas cependant indifférent et, chez mon opéré, il m'a paru aggraver sérieusement la dyspnée et la faiblesse du cœur. Stude, qui a perdu son malade sur la table d'opération, attribue également au pneumothorax brusque ce résultat malheureux.

Mais le pneumothorax n'est pas le seul inconvénient de l'ouverture large de la plèvre. Il faut redouter plus encore l'infection de la séreuse dont les chances sont bien plus grandes dans ces conditions et dont j'ai suffisamment indiqué déjà la gravité.

Pour ces raisons, je crois qu'il faut, autant que possible, ménager la plèvre en relevant le lambeau pariétal et récliner le cul-de-sac pleural sans l'ouvrir, pour découvrir le péricarde. L'ouverture large de la plèvre sera réservée aux seuls cas où cette séreuse renfermerait une notable quantité de sang, que celui-ci provienne de la plaie cardiaque ou d'une blessure du poumon.

Je ne puis baser cette appréciation sur des chiffres suffisants. Cependant les 9 cas dans lesquels il est noté expressément que la plèvre n'a pas été ouverte, ont donné 4 guérisons, proportion nettement plus élevée que celle de ma statistique globale.

OBSERVATIONS DE PLAIES DU CŒUR SUTURÉES

1 à 68 (1). Observations citées par Guibal. *Revue de chir.*, 1905.

69. Alves (de Lima). Cité par Rochard, Soc. de chir., 1906.

70 et 71. Bardenheuer. *Munch. med. Wochens.*, 1904, p. 1534.

72. Borchardt. *Samml. klin. Voitr.*, 1906, nos 411 et 412.

73 à 75. Borzymowski. *Medycyna*, 1904, nos 25 et 30 (anal. in *Centralbl. f. Chir.*, 1904).

76. Brézard et Morel. Soc. anat., 1905.

77 et 78. Camus. Soc. de chir., 11 juillet 1906.

79. Capello-Cimosoni. Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma, mars 1904 (anal. in *Riforma med.*, 1904).

80. Dolcetti. *Centralbl. f. Chir.*, 1906, p. 566.

81. Ferlito Carmelo. *Clinica chirurgica*, 1905.

82. De Fourmestraux. Soc. de chir., 11 oct. 1905 ; — *Gaz. des hôpit.*, 29 mars 1906.

83. Gaudemet. Soc. de chir., 31 janv. 1906.

84 à 86. Gentil (de Lisbonne). XVe Cong. intern. de méd., Lisbonne, 1906.

87 et 88. Gerzen. *Medicinskoje Obosrenije*, 1904 (cité par Tscherniachowski).

89. Gibbon. *Philadelphia med. Journ.*, 1902.

90. Gibbon. *Journ. of the Amer. med Assoc.*, fév. 1906.

91. Giuliano. *Gazzetta degli ospedali e delle Clin.*, mars 1905.

92. Gœbell. XXXVe Cong. allemand de chir., 1906.

93 à 95. Grekow-Zeidler. *Arch. russes de chir.*, 1904 (anal. in *Centralbl. f. Chir.*, 1905).

96. Guénot et Desmarest. Soc. de chir., 12 avril 1905.

97. Henriksen. *Magazin for Lægevidenskapen*, 1902 (anal. in *Jahresb. f. Chir.*, 1902).

98 et 99. Hesse. *Sitzungsbericht der physikal med. Gesells. z. Würzburg*, 1905 et 1906.

(1) Le mémoire de Guibal renferme le résumé de 69 observations, mais le même cas est rapporté deux fois, sous le nom de l'opérateur (Obs. XVI, Isnardi) et sous le nom de l'auteur qui a publié le fait (Obs. V, Colombini).

100. Hill. *Medical Record*, nov. 1902.
101. Lannays. *Wien klin. Wochens.*, 1903.
102 et 103. Lemaitre. Th. de Paris, 1905.
104. Lenormant. Soc. de chir., 11 juillet 1906.
105. Liscia (de Livourne). *Clinica chirurgica*, 1901.
106. Von Manteuffel. *Centralbl. f. Chir*, 1905, p. 1096.
107. Mauclaire. XV[e] Cong. franç. de chir., 1902.
108. Von Mikulicz (cité par Depage, XVII[e] Cong. franç. de chir, 1904.
109. Musumeci. *Clinica chirurgica*, 1905.
110. Nimier. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars 1906.
111. Pecori. Soc. Lancisiana degli ospedal. di Roma, fév. 1903 (anal. in *Policlino-Sezione Pratica*, 1903).
112. Picone. *Clinica chirurgica*, 1904.
113. Quénu. Soc. de chir., 14 mars 1906.
114. Rothfuchs. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1905, LXXVII.
115. Savariaud. Soc. de chir., 14 mars 1906.
116. Schachowski. *Wratschebnij Wiestnik.*, 1904, n° 21 (cité par Tscherniachowski).
117. Schubert. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1904, LXXV.
118. Senni. *Clinica chirurgica*, 1903.
119. Somerville. *Lancet*, 1904, n° 4236.
120. Steyner. *Pamietnik lekarsk towarsystura Warszawskiejo*, 1903 (cité par Tscherniachowski).
121. Stewart. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, sept. 1904.
122 et 123. Sultan. XXXV[e] Cong. allemand de chir., 1906.
124. Tscherniachowski. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1906, LXXXIII.
125. Wendel. XXXV[e] Cong allemand de chir., 1906.
126. Weiss (de Nancy). Soc. de méd. de Nancy, 24 mai 1905.
127. Wilms. *Centralbl, f. Chir.*, 1906, p. 817.
128. Ziembicki. *Przeglad lekarski*, 1903 (cité par Tscherniachowski).

ANALYSES

MÉDECINE

Monoplégie d'origine corticale. (Grasset. *Province méd.*, 10 mars 1906.) — Les monoplégies bien limitées d'une extrémité par lésion certaine de l'écorce cérébrale sont encore peu nombreuses. M. Grasset en rapporte un cas où, consécutivement à un traumatisme de la partie antéro-supérieure de la région rolandique gauche, apparurent des phénomènes de deux ordres : crises jacksoniennes motrices et psychiques, paralysie articulo-motrice du seul avant-pied droit.

Le sujet a eu d'abord, dix mois environ après le traumatisme, des crises d'idées fixes, obsédantes; annoncées par de la céphalée, elles duraient peu, et laissaient souvent après elles de l'énervement et de l'insomnie. Ce syndrome de *jacksonisme psychique* était parfois le premier temps des autres crises de *jacksonisme moteur* localisées au membre inférieur droit; les unes et les autres s'expliquent à merveille par la localisation de la lésion corticale à la partie antéro-supérieure de la zone rolandique, c'est-à-dire entre la zone motrice du membre inférieur et la zone psychique préfrontale.

L'examen minutieux du malade décèle de plus une paralysie limitée à l'avant-pied droit, orteils et articulations des orteils avec le métatarse. La même région est le signe d'une anesthésie, limitée au-dessus du cou-de-pied par une ligne circulaire : c'est une anesthésie en bottine, portant sur le contact, la douleur et la température; dans cette même région, le patient éprouve de l'engourdissemennt quand le pied reste quelque temps immobile.

Ce cas, rapproché d'un fait analogue observé en 1902 par l'auteur, et du fait de Bernhardt, rapproché aussi des études faites sur la distribution des hémiplégies incomplètes ou des reliquats d'hémiplégie, prouve que, conformément aux idées depuis longtemps soutenues par l'auteur, les *centres corticaux présidant aux mouvements et à la sensibilité des membres ont une distribution segmentaire et correspondent, non aux nerfs anatomiques, mais à des nerfs articulo-moteurs et segmento-sensitifs.*

L. BABONNEIX.

Sur l'influence des diurétiques sur la résorption après l'extirpation des reins. (S. Weber. *Deuts. med. Wochens.*, 2 août 1906, n° 31, p. 1250.) — On sait que l'on attribue la rapide résorption des œdèmes, après l'administration de diurétiques, à un retour de la perméabilité des reins. Les diurétiques agiraient d'une part directement sur l'épithélium des tubuli contorti, d'autre part sur les endothéliums des capillaires du rein et particulièrement des glomérules.

Weber s'efforce de démontrer que l'action des diurétiques s'exerce non seulement sur l'endothélium des capillaires rénaux mais encore sur les endothéliums des capillaires du corps entier.

Il a pratiqué chez des lapins l'extirpation bilatérale des reins ; il a injecté à ces animaux d'abord une certaine quantité de solution physiologique de NaCl, sous la peau, puis 20 centigrammes d'acétate de théophylline sodique dans les veines.

L'examen chimique du sang pratiqué ensuite a montré une dilution notable de ce liquide en même temps qu'une augmentation du NaCl total du sang.

La théophylline posséderait donc une influence considérable sur les échanges entre le sang et les sérosités des tissus.

Weber pense même que les endothéliums des capillaires ne se comportent pas en cette occasion comme des membranes osmotiques passives, mais ont un rôle manifestement actif. Ce rôle s'exerce, non seulement au niveau des capillaires du rein, mais encore au niveau de tous les capillaires du corps.

A. LEMIERRE.

La fièvre syphilitique tertiaire. (*Riforma medica*, 1906, n° 10.) — D'Amato (de Naples) affirme, d'après des observations personnelles, que la fièvre d'infection syphilitique peut apparaître au début de la période secondaire puis récidive, d'une façon tardive, en pleine période tertiaire. L'auteur a observé le fait quatorze et seize ans après le contage.

A la période tertiaire la fièvre peut revêtir le type intermittent ou continu rémittent; le type peut d'ailleurs varier chez le même malade.

La durée, qu'il s'agisse de la période secondaire ou de la période tertiaire peut être de plusieurs années; et, bien qu'elle s'accompagne de lésions viscérales spécifiques, notamment dans le foie, il ne semble pas que la fièvre soit sous leur dépendance, puisque, dans certains cas, elles peuvent manquer. Cette fièvre peut cesser spontanément; lorsqu'elle cède au traitement spécifique, la chute est en lysis.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE INFANTILE

La diarrhée infantile chez les nourrissons de zéro à deux ans. (Perret. Th. de Paris, 1905; O. Doin, édit.) — Dans cette revue générale sont successivement exposés l'historique, les causes : suralimentation, mauvaise qualité du lait, et le traitement des diarrhées infantiles.

Prophylactique, il réside tout entier dans la bonne direction de l'alimentation, qu'il s'agisse d'allaitement maternel, mixte ou artificiel. Symptomatique, il s'adresse, suivant les

cas, aux injections de sérum, à la diète hydrique, aux purgatifs, aux antiseptiques intestinaux, aux astringents.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Un cas de volvulus de l'estomac. (George STREIT. *Amer. Journ. of the med. sciences*, vol. CXXXI, n° 6, juin 1906, p. 967-970.) — Un aliéné de trente-cinq ans, doué d'un appétit vorace et n'ayant jamais présenté de troubles digestifs, est pris, deux heures après un repas, de vomissements rebelles, de douleur à l'épigastre et d'un peu de tympanisme abdominal, sans fièvre et sans accélération notable du pouls. Il meurt au bout de vingt-quatre heures et à l'autopsie, on trouve l'estomac très dilaté, retourné complètement de haut en bas, et en même temps tordu autour de son axe vertical de gauche à droite. Le petit épiploon était tordu aussi, le côlon et la rate avaient été attirés à droite, de telle sorte qu'ils étaient venus se placer en avant de l'estomac, au dessous du cartilage xiphoïde. Le foie avait été refoulé très en arrière de telle sorte qu'on ne le voyait plus. Le tiraillement de la rate avait arraché les insertions péritonéales de l'organe; la surface arrachée était recouverte de caillots frais, et, dans la cavité péritonéale, il y avait un épanchement sanguin de 300 à 400 centimètres cubes. L'estomac lui-même ne présentait pas d'altérations, sauf quelques pétéchies.

Ce cas porte à 10 le total des cas publiés. Deux seulement de ces cas ont guéri après intervention. Le plus ancien des 10 cas remonte à 1866; il est dû à Berti. Dans 2 cas. il y avait torsion autour de l'axe vertical, soit de droite à gauche, soit de gauche à droite; dans 4 cas, il y avait torsion de 180 degrés ou davantage autour de l'axe longitudinal, soit d'avant en arrière, soit en sens inverse, trois cas, enfin, se rapportaient à des estomacs biloculaires.

F. GARDNER.

Urobilinurie et narcose chloroformique (*Riforma medica*, 19 mai 1906, n° 20.) — A la suite de nombreuses anesthésies par le chloroforme pratiquées chez des enfants, le docteur GIANASSO (de Turin) a observé que les urines renferment de l'urobiline, et que la quantité de cette dernière est proportionnelle à la durée de la narcose. Cette urobilinurie est due à ce que le chloroforme détruit les globules rouges, et l'hémoglobine arrivant alors jusqu'au rein est transformée là en urobiline. L'auteur pense qu'on pourrait arriver, en recherchant l'urobiline dans les urines, à déterminer le degré des altérations sanguines provoquées par le chloroforme et la façon dont cet agent est éliminé par l'organisme.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La thrombose de la veine iliaque externe après l'appendicectomie, sa pathogénie. (WITZEL. *Brit. med. Journ.*, 30 sept. 1905.) — Tous les chirurgiens ont été frappés de la fréquence de la thrombose de la veine iliaque externe après des opérations d'appendicite à froid d'apparence aseptiques. Toutes les explications données de cette complication ennuyeuse et dangereuse ne satisfont pas Witzel.

A la suite de trois cas observés par lui, il propose une nouvelle pathogénie. Il ne croit pas que la thrombose ait pour point de départ les racines cæcales de la veine-porte; il pense qu'elle débute d'ordinaire dans la paroi abdominale. En effet, d'après les incisions classiques on est souvent amené à couper et à lier simultanément l'artère et les troncs veineux épigastriques. Il en résulte une coagulation veineuse qui, très limitée, peut passer inaperçue, mais qui peut s'étendre à la veine iliaque droite et même aux vaisseaux du côté opposé.

La conclusion qui s'impose c'est qu'en ouvrant la paroi, il faut éviter d'intéresser l'épigastrique et, pour cela, reporter l'incision le plus en dehors possible en évitant de la recourber en dedans à son extrémité inférieure. Si on la fait parallèle à l'arcade crurale, elle doit très peu se prolonger en dedans. Enfin si on a intéressé une des veines accompagnant l'épigastrique, il faut l'isoler, la lier séparément et ne pas faire une ligature en masse de tout le paquet vasculaire.

M. LANCE.

Etranglement de l'intestin grêle dans une fente de l'épiploon. (Ch. GOODMAN. *Medical record*, vol. LXIX, n° 18, 5 mai 1906, p. 713.) — Un malade de soixante-trois ans, ayant été renversé et piétiné deux ans auparavant et ayant vu, trois semaines après cet accident, se développer une hernie inguinale droite, fut admis à l'hôpital avec une obstruction intestinale complète. La laparotomie montra qu'une anse intestinale grêle de 20 centimètres de long, s'était engagée dans une ouverture de l'épiploon, à environ 3 centimètres de son bord libre, dans la région qui correspondait à la hernie. L'intestin s'était en outre tordu sur lui-même et était si fermement enchâssé dans l'épiploon que la réduction semblait impossible. On divisa l'épiploon à partir de son bord libre jusqu'à la fente. La guérison se fit sans incidents. Cette cause d'étranglement interne est des plus rares. Seuls un cas de Trèves et un cas de Brown parlent d'étranglement dans une fente de l'épiploon. L'étranglement dans une fente du mésentère est plus fréquent. Ces orifices sont congénitaux ou traumatiques. Dans son cas, l'auteur pense que l'orifice était traumatique et en rapport avec l'accident antérieur et le développement de la hernie qui eut lieu à la suite.

F. GARDNER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Contribution anatomo-clinique aux lésions du noyau lenticulaire. (*Plazza-rivista di patol. nerv. e mental.*, fév. 1906, p. 73, 3 fig.) — Il s'agit d'une femme de soixante-quatorze ans atteinte de démence sénile, présentant une paraplégie spasmodique des quatre membres, prédominant à gauche, avec dysarthrie et parésie légère du facial inférieur droit. A l'autopsie, artério-sclérose diffuse : sclérose rénale; deux foyers de ramollissement dans les noyaux lenticulaires, occupant, à droite, l'extrémité externe et ventrale du putamen au niveau de la portion ventrale de la capsule externe; à gauche le segment antérieur du putamen, en s'étendant par un petit trait à la portion dorso-latérale de la substance perforée antérieure. En outre, il y avait deux autres foyers symétriques, à la pointe des lobes temporaux.

A propos de ce cas, l'auteur réserve les diverses opinions actuellement émises relativement au rôle du noyau lenticulaire, et passe en revue les faits de lésion lenticulaire antérieurs au sien. En général on observe une paralysie spasmodique des membres du côté opposé avec troubles sensitifs inconstants et, si la lésion siège à gauche, dysarthrie dans 50 p. 100 des cas. Souvent, il s'ajoute une paralysie alterne du facial.

Quelquefois, la dissociation peut affecter la forme facio-brachiale ou facio-crurale. La lésion occupe non les parties antérieures et postérieures, mais la portion moyenne du noyau lenticulaire.

L. ALQUIER.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

VARIOLE, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS (1)

SUPPURATION. — Elle débute *du sixième au septième jour*. A la *face*, les pustules, ouvertes les unes dans les autres, forment de vastes ampoules, recouvrant tout le visage et le tuméfiant encore plus que celles de la variole discrète, donnant au malade un aspect hideux : « Aucune maladie ne décompose à ce point le facies. » (Balzer et Dubreuilh.) La *salivation* est *excessive*. Sur le *reste des téguments*, il existe un semis de pustules grisâtres, piquées sur un fonds livide, et fusionnées par place, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont tuméfiés, infiltrés, surtout aux extrémités. Salivation et tuméfaction douloureuse des extrémités, celle-là devant cesser vers le onzième jour, celle-ci survenant du treizième au quinzième jour, sont symptômes si constants que leur absence doit, à elle seule, faire porter le plus grave pronostic.

La suppuration *se fait du sixième au douzième jour;* elle commence par la face, gagne le tronc et les membres, et s'accompagne parfois de sphacèle de l'épiderme.

Les *symptômes généraux redoublent d'intensité :* la température s'élève encore; l'insomnie, le délire, l'anxiété progressent; la *mort,* parfois annoncée par l'affaissement de l'éruption, et due souvent à une complication d'ordre suppuratif ou mécanique, *est presque fatale.*

La DESSICCATION commence au dixième jour, pour la face, et au quinzième, pour les extrémités. Les pustules s'affaissent et se recouvrent de croûtes nauséabondes, sous lesquelles la suppuration continue souvent. Au bout de plusieurs semaines, apparaissent enfin des *cicatrices profondes*, *irrégulières*, d'abord brunes, puis blanches. Du côté des *muqueuses*, mêmes phénomènes, aboutissant parfois à des accidents d'ordre mécanique (obstruction du larynx par des croûtes). La température s'abaisse progressivement, et la guérison survient, souvent retardée par une complication. La période de dessiccation dure plusieurs semaines.

En plus de ces varioles confluentes typiques, il y a des *varioles confluentes anormales*, caractérisées par l'un des symptômes suivants (Sydenham) : absence de tuméfaction du visage; pleurésie, coma; hémorragies (et particulièrement hématuries); diarrhée, etc., etc.

VARIOLES COHÉRENTES. — Elles participent à la fois aux caractères de la variole discrète et à ceux de la variole confluente. « C'est une variole discrète intense » (Balzer et Dubreuilh). On peut en décrire deux formes, selon que les éléments éruptifs viennent au contact sans se fusionner (*variole cohérente simple*), ou qu'ils se fusionnent (*variole cohérente confluente*). Sa gravité, plus grande que celle de la variole discrète, est moindre que celle de la variole confluente.

Dans la VARIOLE ATTÉNUÉE, l'éruption est très peu abondante; la suppuration ne s'y accompagne pas de fièvre secondaire; la durée totale de la maladie est très courte. C'est de cette forme qu'il faut rapprocher la *variola sine varioliis* où l'éruption manque totalement, et où, seules, la notion d'épidémicité et l'existence du rash permettent de rattacher à la variole les accidents observés.

Varioloïde (*Variole abortive*, *modifiée*; on a également décrit des cas de varioloïde sous les noms de *variole cornée* et *variole verrucosa*). — C'est une variole où *l'éruption s'arrête avant la suppuration;* elle ne s'accompagne donc pas de fièvre secondaire. Elle s'observe surtout chez les individus immunisés, et peut naître, par contagion, de n'importe quelle variole.

A la PÉRIODE D'INVASION, quelquefois longue, les *rash* (surtout érythémateux) sont très fréquents. L'ÉRUPTION est *rapide*, *habituellement discrète;* les macules se transforment bientôt en vésicules plus claires, plus superficielles que celles de la variole ordinaire, moins régulières, entourées d'une aréole moins rouge, moins saillante; *ces vésicules se flétrissent et s'aplatissent sans que leur contenu subisse la transformation purulente*, et laissent à leur place des croûtes brunâtres qui tombent au bout de quelques jours *sans laisser de cicatrices.* La maladie tout entière dure de dix à quinze jours (invasion, deux à trois jours ; éruption, trois à cinq jours ; dessiccation. trois à quatre jours). La guérison est la règle.

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 98, p. 1174, et n° 101, p. 1210.

A côté de cette forme typique de varioloïde, il faut en décrire deux autres : α. une où il se fait un commencement de suppuration ; β. une autre où les vésicules se remplissent de sang (*avortement hémorragique* de Talamon) [v. Auché, loc. cit.].

Variole hémorragique (Syn. : *variole noire*, *pourprée*). — Plus fréquente dans certaines épidémies (Vitré, Paris, 1870-1871, etc.), elle frappe surtout les débilités, les cachectiques, et les femmes *à la fin de leur grossesse.* On lui décrit deux formes : *précoce* ou *d'emblée*, et *tardive* ou *secondaire*, selon que les hémorragies apparaissent avant ou après l'éruption.

La FORME PRÉCOCE se distinguerait des autres formes de variole par la *brièveté de la période d'incubation :* six à huit jours (Zuelzer). Elle comprend trois variétés principales :

a. *Une forme foudroyante*, extrêmement rare, où la mort survient avant toute trace d'éruption;

b. *Une forme avec rash* (*purpura variolosa*). — L'invasion, brève ou longue, se manifeste : α. par des *phénomènes généraux très graves*; β. par un *rash hémorragique* débutant vers le troisième ou le quatrième jour, apparaissant d'abord aux aines, puis se généralisant rapidement, de couleur rouge écarlate (*rash astacoïde*); γ. par des *hémorragies multiples* d'abord oculaires, puis cutanées, muqueuses, viscérales. L'éruption variolique n'apparaît pas, et les malades succombent deux à trois jours après l'apparition du rash; la mort peut être le fait d'une syncope, d'accidents asphyxiques, de troubles nerveux (délire, coma), de collapsus;

c. *Une forme mortelle au début de l'éruption.* — L'éruption est habituellement discrète, mais *toujours avortée ;* les *vésicules, à peine formées, se remplissent de sang.* Les phénomènes généraux acquièrent une extrême gravité; des hémorragies multiples apparaissent; la mort est presque constante; elle survient un peu plus tard que dans la forme précédente.

La FORME TARDIVE OU SECONDAIRE peut devenir hémorragique:

a. *Au moment de l'éruption.* — Après une invasion très violente, l'éruption apparaît, confluente : la surface du corps est recouverte de papules petites, *dures*, serrées, offrant, à leurs sommets, des points ecchymotiques qui ne tardent pas à s'étendre. Les hémorragies muqueuses, cutanées et viscérales sont habituelles, et la mort survient, au milieu de phénomènes généraux extraordinairement intenses, deux à trois jours après le début de l'éruption;

b. *Au moment de la suppuration* (épid. de Vitré). — La variole évolue normalement jusqu'à la suppuration. Alors les phénomènes généraux acquièrent une extrême intensité; la suppuration, commencée, s'arrête : les pustules se remplissent de sang et s'entourent d'une aréole violacée; la tuméfaction des pieds et des mains disparaît; des hémorragies multiples, parfois exclusivement cutanées (*varioles hémorragiques cutanées*, de Grandmaison), se montrent, et la mort survient du sixième au neuvième jour après l'éruption. Mais la guérison peut aussi s'observer, et cette forme de variole hémorragique est la moins grave de toutes.

Variole inoculée (*Variole des femmes enceintes*, *variole fœtale*). — Dans la *variole inoculée*, l'incubation serait courte (sept à huit jours), l'invasion dure trois à quatre jours, et l'éruption reproduit *habituellement* les traits de la variole *discrète*. Mais, quelquefois, il y a des *varioles inoculées anormales* (varioles localisées à l'endroit de l'inoculation; variole hémorragique; variole confluente; variole avec rash; variole sans éruption, etc., etc.).

Dans la *variole des femmes enceintes*, l'expulsion du fœtus est presque la règle; elle est d'autant plus fréquente que la variole est plus grave, ou la grossesse plus avancée. Elle se produit surtout à la période d'invasion et dans les premiers jours de la suppuration (Auché). L'enfant naît soit bien portant, soit infecté; dans ce dernier cas, il peut se trouver : à la période d'incubation; à la période d'éruption; ou être déjà vacciné.

La *variole congénitale* passe par deux phases : une *prééruptive* que caractérisent (Roger, Champ) : α. l'abaissement considérable de la température ; β. l'ictère; et une *éruptive*, où l'on observe soit un rash, soit une éruption variolique véritable, mais incomplète dans son évolution. La mort est presque fatale. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 105. — SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1906. — Nº 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est définitivement composé de MM. de Massary, Poulard, Lesné, Garnier, Proust, Wiart, Labey et Rudaux.

Voici la liste des 408 candidats :

1. MM. Chamorro, Simonet, Grabaud, Guarriguenc, Lefèvre, Gonthier, Maurer, Lemoing, Portret, Lancrenon.

11. MM. Burgnet, Rousseau, Sanjurjo-Ramirez de Arellano, Gallas, Dumont (Jacques), Mlle Lenormand, MM. Gautier, Chevallereau, Nicolas, Monfleur.

21. MM. Winawer, Desbouis, Jaisson, Dariaux, Logre, Tripier, Queste, Ambland (Georges), Béraud (Henri), Aubert (Antoine-Jules).

31. MM. Alvergnat, Fricker, Larrieu, Jacquet (Paul), Petit (Henri-Ch.), Chaillot, Cornet, Michaut, Mlle Schechtmann, M. Madier (Jean).

41. MM. Caux, Bertrand (Dominique), Buquet, Rolland (Jacques), Delaplane, Maugis, Gréhant, Pouilloux, Mlle Blanc, M. Jaugeas.

51. MM. Petit (Félicien), Scheurer, Chevrel, Chaineaux, Marquet (Elie), Melamet, Golowinsky, Gegermacher, Gendron (Léon), Photiadis.

61. MM. Maljean, Beloux, Sebillotte, Jacquot, Crussaire, Séménoff, Frette, Chapuis (Jules), Goldsmith, Reinhold (Maurice).

71. MM. Bonquier, Guillemain (Ch.), Mlle Haïmovitch, M. Mersey, Mlle Kœssler, MM. Basthard-Bogain, Galiot, Mlles Zaïmovski, Gurvitz, Schwarz.

81. MM. Forné, Renault (André), Larché (Georges), Butin, Vinay, Bel, Mme Alexeieff, née Krutopeisach, MM. Pizon, Tissen, Kohan.

91. MM. Durand (Henri), Mallet (François), Duterque, Le Roy (Pierre), Pruvost (Léon), Mouradian, Pierrot, Lubelski, Peighéne, Swiecinski.

101. MM. Colanéri, Vermenouze, Cosmovici, Hoffin (Marie), Plaisant (Eugène), Segherdtzian, Noël, Sellet, Aronovitch, Baillet.

111. Mlle Treney, MM. Colibert, Desnoues, Pasquet, Amaudrut, Rosse (Ch.), Soueix, Saulgeot, Chassat, Rousseau (Ferdinand).

121. Mlles Zolotoreff, Perel, MM. Petit (Charles), Adin, Dive, Naudescal, Lejeune (Louis), Mallet (Lucien), Labernadie, Legal-Lasalle.

131. MM. Le Pontois (Léon), Girault (Alban), Bardet, Albertin, François (Bernard), Baudoin (Charles), Baruteau, Delot, Fontanier, Chatelain (Octave).

141. MM. Lamy (Pierre), Ropiteau, Mlle Mamelle, MM. Brunet (Alexandre), Wilmet, Battesti, Schilmann, Klefstad-Sillonville, Fallot, Fourrey.

151. MM. Vilfroy, Saglier, Mégnot, Simon (Léonce), Vincent (Max), Monod (André), Larroque (Pierre), Babiaud, Chatelin, Plesse.

161. MM. Bobeau, Istria, Adler, Bruel, Vielle, Philippon, Sienra, Huber, Blanc (Raoul), Gontier (Jean).

171. MM. Cassard, Chabrun, Léouggas, Potiron, Vayssières, May, Barnathan, Cuvillier, François (Maurice), Kamenzer.

181. MM. Lorreyte, Leymann, Baudouin, Triquet. Laroque, Figouski, Bourdette, Le Brun (Charles), Laisney, Bockel.

191. MM. Guedeney, Fège, Guichou, Mlle Vouaux, MM. Bernard (Charles-Eugène), Dalmenesche, Ruaud, Sauty, Molinié, Villette.

201. MM. Clogne, Rehm, Baudot, Bodet, Koechlin, Darrieux, Aurégan, Heyssier (Aimé), Judel, Baudson.

211. MM. Casalis, Lautaret, Girard (Alfred), Collery, Goret, Hadengue, Galluchon, Mlle Landesmann, MM. Noël (André), Bulliard.

221. MM. Bricout, Sourdille, Pougaud, Gaufroy, Michel (Robert), Mauflet, Moussoux, Facque, Treyve, Krebs.

231. MM. Fournier (François), Verdun, Eudel, de la Vallée, Madelaine, Besnard, Godéchoux, Chaufour, Delmas, Duchateau.

241. MM. Levin, Netter, Riou (Jean), Thiault, Tribes, Taphanel, de Baric, Duguet, Gastou (Edgar), Monbrun.

251. MM. Gassier, Desplas, Mlle Delage, MM. Toro, Lenoël, Mlles Peltier, Bouteil, MM. Malavialle, Lavergne, Habault.

261. Mlle Gougel, MM. Chamlian, Ravisay, Mlle d'Ossépoff, MM. Chastel, Turquety, Mlle Cohen, MM. Michaïlowitch, Bilbault, Autier.

271. MM. Gastaud, Monnier, Hanriot, Paynel, Bodineau, Leroy (Maxime), Pfeiffer, Cleisz, Colleville, Gaillard.

281. MM. Guisoulphe, Leporcq, Thierry, Parent, Hattat, Bilot, Pigé, Lafon (Marie), Jacquemin, Gouyon-Beauchamps.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1259.*)

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER DE LA PROSTATE [1]

Par M. F. GARDNER (de New-York),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

V

Diagnostic. — Dans les formes précoces, le diagnostic est des plus obscurs et les erreurs ne se comptent pas. Young s'est trompé au moins six fois; il a cru opérer pour hypertrophie bénigne et a persisté, dans son erreur, jusqu'à ce que l'évolution de la maladie la lui ait montrée indubitablement. Et il n'est point le seul, loin de là. Récemment, Ayer a publié un cas où, après une prostatectomie pour hypertrophie supposée, le microscope démontra l'existence d'un cancer. Et combien d'autres nous pourront citer, puisque réellement, il y a, jusqu'à présent, beaucoup plus de cas de cancer diagnostiqués après rectification histologique que de cas reconnus d'emblée.

Il ne faut pas voir, dans ces erreurs seulement, le résultat d'une connaissance incomplète de la maladie, ou d'un examen clinique imparfait. Il y a, dans l'affection elle-même, des particularités qui rendent le diagnostic très ardu, pour ne pas dire impossible, dans la majorité des cas.

Lorsque le cancer succède à une hypertrophie, la transition se fait par une gradation tellement insensible, tellement progressive, que les symptômes ne se modifient eux-mêmes qu'insensiblement et que rien n'attire l'attention sur la transformation maligne avant qu'elle n'ait progressé considérablement. La prostate, par elle-même, n'a guère de symptomatologie; c'est la vessie, ce sont les organes pelviens qui donnent les signes subjectifs des affections organiques de la prostate. De telle sorte que, pour qu'un trouble subjectif apparaisse qui force l'attention du malade et l'amène au chirurgien, il faut que la maladie soit sortie des limites de la glande et vienne déjà taquiner un autre organe. En conséquence, bien des malades ne viennent consulter qu'à une période avancée; si, par hasard, ils viennent plus tôt, la symptomatologie est si fruste que l'on n'est guère en droit de diagnostiquer un cancer; la plupart du temps, on n'y songe même pas. Devons-nous donc nous étonner d'entendre Albarran et Hallé déclarer que le diagnostic clinique de leurs 14 cas eût été impossible, et devons-nous nous étonner des nombreuses erreurs commises? Au contraire, et nous devons admettre que les mêmes difficultés et les mêmes erreurs se retrouveront encore longtemps, non point par la faute des chirurgiens, mais en conséquence de la nature de l'affection elle-même.

Il y a cependant, dans un certain nombre de cas, des particularités qui rendent suspecte une hypertrophie. Ces dernières peuvent tenir à des conditions générales ou se rapporter plus spécialement à la sphère urinaire.

Et tout d'abord l'*âge*. Il faut se défier des hypertrophies qui apparaissent ou trop tôt ou trop tard. On devient prostatique de cinquante-cinq à soixante-dix ans. Une hypertrophie qui se manifeste pour la première fois avant cinquante-cinq ou après soixante-dix ans est suspecte. Parmi les quatorze malades d'Albarran et Hallé, celui qui présentait les lésions malignes les plus avancées était le plus jeune de la série; il avait quarante-neuf ans et par conséquent était trop jeune pour être prostatique. L'*hérédité* aurait quelque valeur, suivant Pousson; mais il n'est guère possible de se faire une opinion définitive sur ce point avec le petit nombre d'observations qui font mention de ce facteur étiologique possible. Un *amaigrissement* et une *cachexie* précoces associés à une hypertrophie prostatique sont évidemment de fâcheux augure, mais ils sont loin d'être constants.

Du côté de la sphère urinaire, nous avons déjà mentionné, d'après Fürstenheim citant Freudenberg, la *simultanéité d'apparition* de la fréquence nocturne et des troubles de rétention. Nous avons signalé aussi l'évolution rapide de la rétention; nous avons dit qu'un résidu considérable précoce est caractéristique; mais il ne faut pas s'attendre à retrouver ces signes dans tous les cas, au contraire. La *douleur* est probablement le signe de plus grande valeur, parce que c'est celui qui se retrouve le plus fréquemment. Nous avons insisté sur le caractère de ces douleurs. Comme il n'y a point de douleurs dans l'hypertrophie simple, une hypertrophie spontanément douloureuse doit être réputée suspecte. L'*hématurie* est toujours un excellent signe au point de vue du diagnostic en pathologie urinaire, non point seulement à cause de sa valeur séméiologique propre, mais aussi parce que c'est un signal d'alarme qui amène les malades promptement au chirurgien. Dans le cas particulier qui nous occupe, l'hématurie spontanée est presque un signe de certitude, car elle n'existe jamais dans l'hypertrophie. Mais combien rare comme symptôme de début? Quatre fois sur 50, nous dit Young.

Par conséquent, puisque aucun symptôme n'est constant, ni même fréquent à vrai dire, il faut attribuer d'autant plus de valeur à l'un quelconque d'entre eux lorsqu'on le constate. Un seul suffit pour donner un soupçon qu'un examen direct de la prostate pourra confirmer ou infirmer. Un tel examen peut se pratiquer de plusieurs façons différentes : par l'urètre, par le rectum, par la vessie, ou par l'examen histologique de fragments expulsés spontanément ou prélevés de propos délibéré.

L'examen *par l'urètre*, avec l'explorateur à boule, montre un canal sain dans la plupart des cas. Il peut y avoir légère douleur dans la traversée prostatique; quelquefois on a perçu un léger ressaut. Le cathétérisme n'a pas de valeur diagnostique; la prostate saigne facilement, de telle sorte qu'il doit toujours être excessivement prudent.

Le *toucher rectal* fait constater dans les cas positifs, en plus de l'hypertrophie, deux signes de grande valeur : la *douleur à la pression* et l'*induration*. La

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, nº 102, p. 1215.

douleur à la pression n'existe pas dans l'hypertrophie, à moins de complications inflammatoires coexistantes. L'induration est probablement le meilleur signe de cancer dans les formes précoces comme dans les formes diffuses; toutefois il ne faut pas exagérer sa fréquence dans les premières; il ne faut pas non plus exagérer sa véritable précocité d'apparition. Ainsi que nous l'avons déjà dit, il ressort des recherches de Motz et Majewski que l'induration est due à la transformation scléreuse du stroma autour d'acini atypiques néoformés; or, c'est là une transformation secondaire, c'est-à-dire tardive par rapport à la prolifération néoplasique qui est le véritable élément de cancer et dans bon nombre de cas, cette transformation ne se produit pas. De plus, les nodules néoplasiques sont centraux au début, toujours enveloppés par du tissu prostatique normal, et ils ne donnent d'induration au doigt que lorsque leur évolution les a rendus plus superficiels et les a amenés au voisinage de la capsule. Les limites de l'induration sont, il est facile de le comprendre, beaucoup plus circonscrites que les limites de l'infiltration épithéliale réelle. Il ne faut pas croire qu'à une induration limitée corresponde un envahissement cancéreux de mêmes dimensions; au contraire, avec un seul nodule (ou même sans), on peut avoir affaire à un envahissement presque total de la glande qui déjà diffuse dans les voies lymphatiques. Quoi qu'il en soit, voici les diverses modalités de l'induration décrites par les auteurs. C'est une induration dans une surface lisse; les bosselures appartiennent à la forme diffuse et aux stades avancés. Dans un cas, Young a trouvé un simple nodule englobant la pointe de la prostate et l'urètre membraneux. Dans des cas un peu plus anciens, il a souvent trouvé de l'induration des vésicules et un gâteau dur, caractéristique, s'étendant d'une vésicule séminale à l'autre et présentant un bord supérieur nettement défini et concave. Ceci, dit-il, correspond à la première propagation de la maladie, propagation qui s'effectue le long des vésicules et des canaux déférents et dans le tissu conjonctif qui sépare les vésicules et le triangle interdéférentiel du trigone vésical.

L'exploration par le *toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique* montre l'hypertrophie de la glande, mais ne fournit pas de sensation bien caractéristique. L'exploration de la portion rétro-urétrale de la prostate *entre le doigt rectal et un instrument introduit dans le canal* montre presque constamment, suivant Young, *une augmentation notable d'épaisseur* de cette portion.

L'exploration de la prostate *par la vessie* a été faite par Harrison et Young au moyen de la *cystoscopie*. Les deux sont d'accord pour déclarer que la prostate cancéreuse *ne fait pas de relief considérable* à l'intérieur de la vessie et présente des contours irréguliers et inégaux. Young ajoute que d'ordinaire la seule saillie appréciable est due à une légère hypertrophie du lobe médian. Selon lui, un aspect important au point de vue du diagnostic est constitué par un plissement et une surélévation de la muqueuse de la partie antérieure du trigone, aspect qui correspond à une rétraction de ce trigone consécutive à son envahissement par la masse néoplasique dont nous avons parlé quand nous avons étudié l'induration. Avant de retirer le cystoscope, il l'utilise toujours à la manière d'un instrument coudé pour constater une fois de plus l'épaississement de la portion rétro-urétrale de la prostate. La plupart des renseignements fournis par le cystoscope, rugosité, faible saillie, épaisseur de la commissure postérieure pourraient l'être plus simplement à l'aide de l'explorateur ordinaire dont Pousson s'est servi.

Le *microscope* enfin peut venir au secours de la clinique de plusieurs façons différentes. On peut trouver dans l'urine des fragments de néoplasme dont l'examen lève tous les doutes (Desnos). On peut aller chercher à accrocher par l'œil d'un cathéter un fragment à examiner. Billroth a réussi et Belfield a échoué dans cette manœuvre dont le caractère aveugle n'est pas compensé par les résultats. Ces deux méthodes semblent être d'ailleurs applicables seulement aux formes avancées et non aux cas où le cancer est encore limité à l'intérieur de la glande et n'a pas encore subi de ramollissement. Pour ces derniers cas, où le néoplasme central et consistant ne saurait être entamé par la sonde, Young a proposé la technique suivante : comme il est d'avis que ces cas doivent être opérés, il commence comme pour une prostatectomie ordinaire, met à nu la glande, incise la capsule et excise un mince fragment de tissu induré, avec lequel on prépare des coupes congelées, qui, dit-il, avec un histologiste expérimenté et un laboratoire à côté de la salle d'opérations, peuvent être prêtes en six minutes. L'opérateur les examine et fait son diagnostic. S'agit-il de simple hypertrophie fibreuse, s'agit-il de concrétions phosphatiques, on continue l'opération pour hypertrophie; s'agit-il au contraire de cancer, on cautérise les incisions et l'on recourt à la technique dont nous parlerons plus loin. C'est évidemment d'allure très scientifique; mais, outre que l'on n'a pas toujours la chance d'avoir un histologiste expérimenté et un laboratoire à dix pas du lieu où l'on opère, il est permis de se demander si six minutes couvriront le temps nécessaire à la confection des préparations, l'examen par l'opérateur et le relavage des mains et autres manœuvres indispensables. Nous en doutons; et est-il indifférent d'avoir pendant ce temps sur la table d'opération, anesthésié, un homme âgé, dont les réactions vitales sont, dans la grande majorité des cas, déprimées ? De plus, l'examen d'un point induré donne-t-il toujours des renseignements concluants au point de vue de l'extension et de la limitation de la maladie? Enfin, une telle biopsie n'est praticable qu'au cours d'une opération. Elle engage l'opérateur qui n'a guère le loisir de reculer si par hasard un fait constaté par la biopsie rendait l'opération inutile ou la contre-indiquait. Elle suppose donc que le cancer de la prostate doit être opéré, et aussi que les cas en apparence limités sont toujours opérables, ce qui est loin d'être démontré. En conséquence, nous croyons que c'est là une méthode véritablement d'exception.

En somme, dans ces formes jeunes de cancer, le diagnostic se pose principalement entre hypertro-

phie et cancer et peut quelquefois être résolu à l'aide des éléments que nous venons d'exposer. Parfois de petits calculs phosphatiques peuvent donner lieu à une induration et prêter à confusion. Dans les cas rares où il y a hématurie, une tuberculose prostatique au début pourrait faire errer le diagnostic, mais alors les constatations du toucher rectal sont d'ordinaire particulièrement caractéristiques.

Dans la forme diffuse, le diagnostic est d'ordinaire beaucoup plus facile; on peut même dire qu'il s'impose, si le toucher rectal est pratiqué, ce qui doit être de règle absolue chez tout malade en âge d'être prostatique qui se plaint de douleurs dans les jambes, dans les reins, d'amaigrissement progressif ou de constipation opiniâtre, *même s'il n'y a aucun symptôme urinaire*. La généralisation de la pratique du toucher rectal fera disparaître les cancers latents (ou plutôt méconnus, ainsi que les appelle avec raison Forgue) de la prostate. Le toucher rectal, dans les formes diffuses, apprécie l'induration ligneuse, ses limites, les dimensions de la glande bosselée, les propagations, les adhérences aux parties voisines. Combiné au palper hypogastrique, il explore le bas-fond vésical, les vésicules, les chaînes de ganglions pelviens. La palpation abdominale fait souvent constater des ganglions abdominaux et, dans l'aine, on trouve une grosse adénopathie.

Les bosselures de la carcinose se distingueront facilement des grains de plomb de la tuberculose prostatique; les vésicules injectées au suif de cette dernière sont bien différentes des vésicules cancéreuses; enfin les lésions du canal déférent et des épididymes accusent encore plus nettement la séparation. Mais on peut faire plus facilement une erreur de localisation, prendre par exemple un néoplasme induré du bas-fond pour un néoplasme prostatique, disent les classiques. Et ils ajoutent que les néoplasmes de la vessie occasionnent des hématuries plus abondantes que celles de la carcinose prostato-pelvienne; qu'en outre, le toucher rectal retrouve la prostate intacte, coiffée d'une vessie que le double palper montre épaissie; que les ganglions sont plus rares, quoique se retrouvant toujours dans les néoplasmes infiltrés de la vessie. Ce que nous avons dit plus haut sur les cancers prostato-vésicaux nous montre que la question est plus complexe et qu'en présence d'une lésion infiltrée de la base de la vessie, il est souvent bien hasardeux d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une lésion primitivement prostatique, même si la prostate ne présente pas de grosses lésions appréciables au toucher rectal.

Une tumeur de la paroi antérieure du rectum peut quelquefois donner le change. Le docteur Haubold nous a communiqué un cas où, récemment, il crut à un cancer du rectum et commença une opération pour l'extirper. Il s'aperçut vite qu'il s'agissait d'un cancer de la prostate et pratiqua la prostatectomie. En général, le diagnostic est faisable; il n'y a point de troubles mictionnels dans le cancer du rectum, et généralement le doigt peut apprécier, dans le cancer de la prostate, la souplesse et l'intégrité de la muqueuse rectale. On peut garder des doutes en cas de cancer du rectum ayant envahi la prostate, ou inversement dans celui d'un cancer prostatique ayant infiltré les tuniques du rectum; cependant, il est bien vraisemblable que, dans ce dernier cas, il y aura adénopathie énorme qui ne se retrouvera pas à un égal degré dans le premier. D'ailleurs, quand les choses en sont venues à ce point, le diagnostic n'a plus qu'un intérêt rétrospectif.

Le diagnostic des complications rénales ne mérite qu'une simple mention; il n'offre ici rien de particulier.

VI

Traitement. — Y a-t-il possibilité d'une cure radicale pour le cancer de la prostate? Ici nous touchons à une question actuellement des plus controversées. La conception dominante de la carcinose prostato-pelvienne diffuse conduisait logiquement à l'abstention thérapeutique, au moins en ce qui concernait un traitement curatif. Et les résultats observés après les opérations venaient ajouter aux arguments théoriques le poids de faits lamentablement constants, car les tentatives opératoires dirigées contre les tumeurs malignes de la prostate remontent presque aussi haut que la connaissance de ces affections elles-mêmes. Vinrent d'abord les expériences cadavériques de Kuchler (1866). Puis, en 1867, Billroth extirpa la première prostate cancéreuse; plus tard, il opéra un second cas. En 1873, Demarquay enleva, au prix de délabrements considérables, deux cancers du rectum propagés à la prostate; neuf ans après, Spanton s'attaqua sans succès à un gros sarcome; Harrison obtint une survie de quatorze mois après ablation hypogastrique d'un squirrhe limité au lobe moyen; Leisrinsk opéra méthodiquement un cancer, mais sans succès. En 1887, Heath et Belfield publient chacun un cas, Stein en rapporte trois de la pratique de Czerny; le meilleur résultat de ces cinq cas est une survie de quatre mois. En 1889, Fuller obtient une survie de onze mois après une opération pour sarcome. En 1892, Socin obtint le plus beau succès de la série avec un *fibro*-sarcome gros comme le poing; quatre ans après, son malade ne présentait pas trace de récidive. Verhoogen et Depage en 1898 opérèrent deux sarcomes; l'opéré de Depage mourut; celui de Verhoogen survécut onze mois.

Jusque-là les tentatives avaient été peu coordonnées et leurs résultats franchement mauvais. Avec la connaissance des formes précoces et avec le nouvel essor donné à la prostatectomie, il était naturel que l'on espérât mieux. En 1899, Adenot fit la première extirpation réellement méthodique de cancer. En 1903, Harrison opéra 2 cas et Gayet 1. Actuellement M. Pousson a une statistique personnelle de 7 cas et Young une de 6. Il a y aussi épars dans la littérature un nombre assez considérable de cas où, dans une prostate enlevée pour hypertrophie, le microscope a montré les lésions du cancer; il y a aussi des cas où, après une prostatectomie pour hypertrophie, l'affection récidiva sous forme de cancer.

C'est en compilant pêle-mêle ces faits que certaines statistiques, et d'aucunes récentes, ont été

établies. On arrive ainsi à un total assez imposant d'opérations pour cancer de la prostate, mais, en vérité, à quoi bon et quelle instruction tirer d'un agrégat de faits aussi disparates? Les interventionnistes ne font point justice à leur cause en procédant ainsi. Tout d'abord, pour raison nosologique, les opérations pour sarcome ne doivent pas trouver place ici. Ensuite, comparer les opérations datant du règne de l'infection purulente avec celles d'aujourd'hui ne nous permet guère de nous faire une idée exacte de la mortalité actuelle, seule importante à connaître. Enfin, englober dans un même tableau des opérations dont la technique fut conduite par le hasard plutôt que par un plan mûri d'avance, celles pour cancer du rectum propagé à la prostate et les opérations partielles, grattouillages à la cuiller tranchante et cautérisations, ne nous permet guère de nous rendre compte de ce que peuvent être les résultats éloignés de prostatectomies méthodiques. C'est pourquoi nous croyons qu'il importe d'expurger et que, seules, doivent être admises dans une statistique qui se propose d'envisager les résultats, les opérations qui furent délibérément conçues, méthodiquement et antiseptiquement pratiquées. Nous éliminerons donc les observations d'opérations pour sarcomes (Spanton, Fuller, Socin, Verhoogen, Depage, Gibson), celles pour cancers du rectum propagés (2 cas de Demarquay, deuxième cas de Czerny), celles où il y eut en même temps qu'ablation de la prostate résection étendue de la vessie et transplantation des uretères, soit dans la portion restante de vessie (Harris), soit dans le rectum (Kuster), les opérations partielles et les grattages à la cuiller tranchante (Billroth, Harrison, Belfield, troisième cas de Czerny), les cas où le diagnostic fut établi histologiquement après opération (3 cas de Young, Ayer, etc.), ou par une récidive maligne (Albarran, Desnos, Baudet, 3 cas de Young). On peut se demander s'il reste quelque chose après toutes ces éliminations; il reste le tableau suivant qui est moins long, moins complet au point de vue bibliographique, mais qui a l'avantage de ne contenir que des faits à peu près comparables entre eux :

Billroth. — Taille périnéale médiane; récidive au cours du deuxième mois.

Leisrinck. — Incision courbe prérectale; mort le treizième jour.

Czerny. — Mort au quatre-vingt-dixième jour.

Heath. — Mort au trentième jour d'anurie.

Adenot. — Prostatectomie périnéale; mort par cachexie après quatre mois.

Harrison. — Prostatectomie périnéale; récidive au bout de quatre mois.

Idem. — Prostatectomie périnéale; récidive en quatre mois.

Gayet. — Prostatectomie périnéale; mort en cinq mois de cachexie (1).

Pousson. — Prostatectomie périnéale; mort après cinq mois de récidive (2).

(1) Renseignement dû à l'obligeance du docteur Gayet.

(2) Renseignement dû à l'obligeance du docteur Pousson.

Pousson. — Prostatectomie périnéale; mort après cinq mois de récidive (1).

Idem. — Prostatectomie périnéale; perdu de vue après un an. Pas de récidive à ce moment (2).

Idem. — Prostatectomie périnéale; perdu de vue après dix-huit mois. Pas de récidive à ce moment (3).

Idem. — Prostatectomie hypogastrique; mort en trois semaines (4).

Idem. — Prostatectomie périnéale; perdu de vue après deux ans. Pas de récidive à ce moment (5).

Idem. — Prostatectomie hypogastrique; opération datant de trois mois (6).

Young. — Large ablation périnéale; mort après onze mois des suites d'une litholaplaxie. A l'autopsie, noyau de récidive.

Idem. — Large ablation périnéale; mort deux mois après d'urémie.

Idem. — Large ablation périnéale; mort après trois jours. A l'autopsie, vastes métastases péritonéales.

Idem. — Large ablation périnéale; en bon état après quatorze mois (7).

Idem. — Large ablation périnéale; en bon état après un an (8).

Idem. — Large ablation périnéale; en bon état après cinq mois (9).

Haubold. — Prostatectomie périnéale; opération datant de trois mois (10).

Ce qui nous donne le résumé suivant : 21 opérations, 5 morts directement imputables à l'opération, 3 cas trop récents pour qu'on puisse les juger au point de vue des résultats, 7 morts en moins de six mois (et souvent beaucoup moins) par récidive ou par cachexie progressive, 1 mort après onze mois alors que la récidive avait déjà commencé, 3 malades sans récidive après un an, 1 après dix-huit mois, 1 après deux ans. Au point de vue de la technique, Pousson s'est servi dans cinq cas de la prostatectomie d'Albarran et deux fois de la voie hypogastrique. Harrison, Gayet, Adenot ont employé la prostatectomie périnéale par morcellement. Les anciennes techniques de Billroth (taille médiane), de Leisrinck (incision prérectale) et de Czerny n'offrent plus d'intérêt.

On peut reprocher à tous les procédés de prostatectomie par morcellement et sous-capsulaires de n'être pas en accord avec les procédés généraux qui régissent la chirurgie du cancer, à savoir la nécessité d'une excision en bloc et complète, sans incisions dans la tumeur, qui risquent d'inoculer localement ou de déterminer une greffe embolique. Pareil reproche ne saurait être adressé à la méthode de Young, soigneusement établie d'après le mode de propagation de la maladie dans ses stades précoces et qui est certainement le type d'opération appelée à donner des résultats, si une opération pouvait donner des résultats dans le cancer de la prostate.

Voici comment il décrit sa technique : Incision

(1 à 5) Renseignement dû à l'obligeance du docteur Pousson.

(6) *Ibid.*, inédit.

(7 à 9) Renseignement dû à l'obligeance du docteur Young.

(10) Inédit, communiqué par le docteur Haubold.

en V renversé comme pour une prostatectomie ordinaire, dissection avec un instrument mousse du bulbe et du tendon central, section de ce dernier, puis du muscle recto-urétral, ce qui met à nu l'urètre membraneux au-dessus de l'aponévrose moyenne. Urétrotomie sur conducteur cannelé, introduction du tracteur, mise à nu par dissection mousse de la face postérieure de la prostate que l'on trouve généralement plus adhérente au rectum que dans les cas de simple hypertrophie. Les tissus périprostatiques sont aussi plus vascularisés. Section transversale de l'urètre membraneux un peu au-dessus du ligament triangulaire, puis des ligaments pubo-prostatiques tendus à l'aide d'une forte traction sur le tracteur. Les attaches aponévrotiques latérales sont facilement libérées au doigt. Si quelques veines périprostatiques donnent, on pince les principales, le suintement en nappe est facilement arrêté par la compression exercée à l'aide d'un large écarteur. Puis libération, toujours par dissection mousse, de la face postérieure des vésicules en ayant soin de ne pas léser le fascia de Denonvilliers. Ensuite, on tire fortement sur le tracteur et on l'abaisse en même temps de manière à exposer la face antérieure de la vessie qu'on incise à 1 centimètre environ en avant de la prostate, puis on continue l'incision sur les faces latérales jusqu'à ce que l'on arrive dans la région du trigone. On éponge, on repère les orifices uretéraux, puis on continue l'incision de façon à passer à 1 centimètre environ desdits orifices. Tirant toujours sur la prostate, on refoule en haut avec le manche du bistouri la base de la vessie pour exposer la face antérieure des vésicules et la portion adjacente des canaux déférents, que le doigt va libérer aussi haut que possible, afin d'enlever en même temps que la vésicule le plus possible du tissu conjonctivo-graisseux lâche qui les entoure et qui est farci de lymphatiques. Après avoir tiré sur les canaux déférents, on les accroche, on les sectionne le plus haut possible, en faisant bien attention aux uretères. Alors les vésicules séminales s'abaissent facilement, et l'on extirpe en bloc une masse comprenant la prostate, une calotte adjacente de vessie, une partie de l'urètre membraneux, les vésicules et un long bout de chaque canal déférent. Ensuite l'on suture la tranche vésicale à l'urètre membraneux. Pour ce faire, on coud ce dernier à la partie antérieure de la coupe de la vessie, et le reste de celle-ci est suturé transversalement. On tamponne le périnée et on draine par le périnée et par l'urètre. Les suites sont simples et le choc opératoire minime, dit l'auteur.

Certes, il serait difficile de faire plus radical dans la région. Et pourtant, les résultats de Young ne semblent pas sensiblement supérieurs à ceux que Pousson a obtenus avec une opération beaucoup moins radicale, une intervention que l'on ne peut pas considérer comme une intervention complète pour un cancer. Trois des cas de Young, au moins, n'ont pas bénéficié de l'intervention, et un quatrième est encore trop récent pour qu'on puisse le juger. Cela nous laisse seulement deux malades sur six en bonne santé après un an. Dans la statistique de Pousson, il y a trois malades en bonne santé après un an, dix-huit mois, et deux ans respectivement. Cela signifie-t-il que la prostatectomie sous-capsulaire est aussi capable d'extirper totalement un cancer de la prostate que l'opération de Young, ou bien que cette dernière, plus complète que la première, meilleure en théorie, ne vaut pas mieux qu'elle au point de vue des résultats définitifs? Nous inclinons vers cette dernière opinion et nous croyons que les opérations pour cancer de la prostate, qui ont donné des résultats déplorables dans le passé, ne donneront pas de guérisons permanentes dans l'avenir, parce que les caractéristiques anatomiques et cliniques de l'affection ne permettent pas l'application des principes qui seuls (et dans quelques cas heureux seulement) peuvent donner une guérison radicale.

Les seules conditions qui, en matière d'opérations pour cancer, aient jamais donné quelques résultats durables, sont : un cancer limité, dans un organe bien exposé, ayant peu de connexions lymphatiques, et la possibilité d'extirper ces connexions elles-mêmes : tous ces éléments concourant à rendre possible une ablation large, en masse, sans nécessiter des manipulations nombreuses qui peuvent devenir le point de départ d'une inoculation locale ou d'une dissémination embolique. Or, nous savons que la prostate réalise exactement l'inverse de ces conditions. Elle n'est pas d'accès facile, son réseau lymphatique est très riche et ses connexions ganglionnaires sont inattaquables chirurgicalement. La limitation n'existe pas pour le cancer; nous savons (et nous avons déjà insisté sur ce point au chapitre de l'anatomie pathologique) que la propagation lymphatique précoce est fréquente même dans les formes en apparence limitées et qu'à une induration circonscrite correspond un envahissement beaucoup plus étendu de la glande. Enfin, un diagnostic véritablement précoce qui rachèterait en partie ces désavantages n'est possible que dans une petite minorité de cas.

Et encore, le champ opératoire est *forcément limité*. Les plexus veineux vésico-prostatiques sont toujours prêts à donner une hémorragie abondante, à engouffrer des produits septiques ou cancéreux. Même en pratiquant l'ablation de la manière préconisée par Young, on reste loin en deçà des ganglions. En extirpant une partie du canal déférent, on extirpe en même temps l'un des lymphatiques efférents les plus importants de la glande, mais on reste encore bien en deçà, et la récidive en ce point après onze mois vue par Young prouve que le point faible est l'ablation lymphatique forcément incomplète. De plus, quoi qu'en dise Young, l'opération radicale est beaucoup plus sérieuse qu'une prostatectomie ordinaire, faite sous-capsulaire, par énucléation au doigt et par morcellement, car on n'a plus la protection fournie aux autres organes par la capsule, et on se trouve en face du problème toujours si délicat de suturer deux tranches de dimensions très différentes.

De telle sorte que nous croyons que si Pousson et Young ont démontré la possibilité d'enlever une

prostate cancéreuse avec une mortalité pas beaucoup plus considérable que celle d'une prostatectomie ordinaire, ils n'ont pas démontré pour cela qu'il soit thérapeutiquement judicieux de le faire, et nous croyons au bien fondé de l'opinion de l'école de Necker, de Harrison, opinion que partage Belfield puisqu'il a écrit récemment : « Tant que le cancer de la prostate est limité à l'intérieur de la capsule, il peut être extirpé; mais l'opération est sanglante et grave, et les résultats ne sont qu'une douteuse compensation. » Car enfin, il faut plus que des survies d'un ou deux ans, et même plus que des malades perdus de vue après un ou deux ans pour réclamer une supériorité quelconque en faveur d'une opération grave qui peut amener à sa suite toutes les séquelles fâcheuses de la prostatectomie. Si l'opération ne donne pas mieux que cela, la maladie abandonnée à elle-même fait aussi bien dans maints cas; nous l'avons déjà dit. Une récidive après quelques mois, ce qui constitue le plus clair des résultats obtenus jusqu'ici, place le patient en plus mauvaise posture que la maladie abandonnée à elle-même ne l'aurait fait; car qui ne connaît le coup de fouet donné aux néoplasmes par toute intervention incomplète. Le résultat pratique le plus palpable est, comme M. Adenot nous l'écrivait à propos de son cas, un bref répit dans les douleurs. Young et Pousson ont aussi signalé cette trêve symptomatique.

C'est donc le traitement palliatif qui sera le plus fréquemment employé. Dans beaucoup de cas à petit résidu clair, et nous en avons vu plusieurs, il n'est besoin que d'une surveillance de l'asepsie de la vessie. Le cathétérisme doit toujours être très doux et très prudent, car il fait saigner. Le drainage sous-pubien peut rendre des services en cas de rétention avec état général précaire. L'anus iliaque pallie les cas rares d'obstruction rectale et évite à la tumeur les irritations dues au frottement des matières plus ou moins dures. Enfin, la morphine est encore la meilleure ressource dans les cas douloureux.

Il est enfin une méthode de traitement qui n'a pas encore fait ses preuves, car les documents sont moins que nombreux, mais que nous devons cependant signaler : la radiothérapie. MM. A. et L. Imbert ont publié un cas de carcinose prostato-pelvienne diffuse guérie par l'emploi des rayons X. Doumer a annoncé son intention de publier des résultats dans quelques cas. M. le professeur Imbert a bien voulu nous communiquer quelques renseignements complémentaires sur le cas de son malade, homme de cinquante-six ans ayant une forme avec cystite douloureuse. Après six séances de traitement, l'amélioration fut manifeste. Après treize séances, guérison parfaite qui se maintenait encore au début de 1906, soit près de deux ans après la cessation de tout traitement. En face de la pénurie de documents, il convient de réserver son opinion, mais il y a là quelque chose d'encourageant, et il est à souhaiter que la radiothérapie nous donne un jour, à moins de frais, ce que les opérations sanglantes ne peuvent nous donner, à savoir une guérison radicale pour le cancer de la prostate.

Renseignements bibliographiques. — La bibliographie du cancer de la prostate est très étendue. Celle antérieure à 1898 se trouve complète dans la thèse de Pasteau : *Le système lymphatique dans les affections de la vessie et de la prostate*, Paris, 1898. Les indications les plus importantes de 1898 à 1904 se trouvent dans la thèse de Fournier : *Contribution à l'étude du traitement chirurgical dans le cancer de la prostate*, Th. de Bordeaux, n° 20, 1905. — Consulter en outre : Hugh H. Young. The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate, *J. Hopkins hospital Bull.*, vol. XVI, n° 175, oct. 1905, et *Journ. of the american medical Association*, 10 mars 1906. — Ayer. *Journ. amer. med. Assoc.*, 16 déc. 1905. — Motz et Majewski. Acad. de méd., 5 fév. 1906.

Sur la question des cancers prostato-vésicaux, voir : Motz, Association française d'urologie, 1902, et Montfort, Les tumeurs infiltrées de la vessie, *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1903.

Sur la radiothérapie, A. et L. Imbert. Acad. de méd., 18 juillet 1900. — Doumer. *Arch. d'électrobiol.*, janv. 1906.

ANALYSES

MÉDECINE

L'urobiline, sa valeur séméiologique. (Louis Lemaire. Th. de Paris, 1905; Jules Rousset, édit.) — L'urobiline de Jaffé doit être distinguée des autres pigments urinaires en particulier de l'urochrôme avec lequel elle est souvent confondue.

Son origine, ses réactions, sa signification pathologique sont tout autres. C'est une matière colorante dérivant de la transformation des pigments biliaires et sanguins soit par réduction, soit, ce qui est plus problable, par un processus d'oxydation.

Il n'y a qu'un corps qui mérite le nom d'urobiline. Les prétendus urobilines anormales, pathologiques ou fébriles ne sont que des mélanges d'urobiline de Jaffé avec des pigments représentant des transformations incomplètes de la bilirubine.

La stercobiline purifiée est identique à l'urobiline.

Le pigment décrit par Jaffé correspond en partie à l'ancienne urohématique de Harley, et à l'hémaphéine de Simon. Aussi la trouve-t-on dans les urines dites hémaphéiques par Gübler.

Elle se présente dans les liquides organiques, soit à l'état isolé, soit à celui de chromogène (urobiline réduite de Disqué).

Les urines normales semblent toujours contenir une quantité de cette dernière. On peut rencontrer l'une et l'autre dans le sang et les autres tissus.

A l'état pathologique, l'urobilinurie et l'urobilinémie sont constatées dans les affections hépatiques, toutes les fois que la cellule du foie est insuffisante à arrêter les poisons.

En second lieu, on ne la trouve pas dans toutes les pyrexies, les intoxications, etc. Elle est presque constante après les hémorragies, surtout quand le sang est retenu dans les tissus, et dans tous les cas de destruction globulaire intense.

Mais sa signification n'est pas toujours la même.

En effet, son origine est variable. Toutes les théories émises pour l'expliquer (intestinale, hépatique, histogène, rénale) ont pu être contredites. Leurs auteurs avaient tort d'englober dans une même explication la formation de l'urobiline et l'urobilinurie. Il y a là deux points à envisager séparément, le fait de voir l'urobiline se former dans l'organisme n'impliquant pas nécessairement son élimination par l'urine.

A. Physiologiquement, il se forme dans les dernières por-

tions de l'intestin grêle une grande quantité d'urobiline aux dépens des pigments biliaires normaux qui y sont déversés.

B. A l'état pathologique, quand l'intestin ne reçoit plus de bile (ictères par rétention) et que celle-ci se répand dans les tissus, ou plus simplement quand il y a imprégnation biliaire des tissus (ictère cholémique), ceux-ci transforment la bilirubine en un corps moins toxique, l'urobiline, et même en son chromogène.

C. L'organisme arrive de même à se débarrasser des pigments sanguins, résultant de la destruction des globules rouges (hématolyse; hémorragies interstitielles, etc.) en les transformant en ce pigment.

Le rein pas plus que le foie ne semblent pas prendre part à sa formation. Mais ils jouent un rôle dans son élimination.

a. L'urobiline, qui a pris naissance dans un territoire tributaire du système porte, est obligée de traverser le foie : si celui-ci est sain, il la transforme; si la cellule hépatique est insuffisante, elle la laisse passer : d'où urobilinurie. Une telle urobilinurie sera constante, durable, elle signifiera donc insuffisance hépatique.

Dans les autres cas, elle ne sera que momentanée et indiquera seulement qu'il y a destruction exagérée de pigments sanguins ou biliaires.

b. Le rein sain laisse passer l'urobiline; lésé à un certain degré, il ne se laisse plus traverser que par le chromogène; enfin, quand la perméabilité rénale est sérieusement compromise, ce dernier lui-même ne passe plus.

Donc l'absence d'urobilinurie dans une affection urobilinigène comme la pneumonie, l'absence surtout de chromogène, fera craindre les conséquences de l'imperméabilité rénale.

La recherche clinique de ce pigment permet donc de juger des processus de destruction globulaire et d'apprécier la valeur fonctionnelle du foie et du rein.

MÉDECINE INFANTILE

Contribution à l'étude de la pleurésie purulente du nourrisson, notamment de la pleurésie à pneumocoques. (Paul Douriez. Th. de Paris, 1906.) — La pleurésie purulente du nourrisson n'est pas exceptionnelle; elle se montre surtout secondairement aux infections pulmonaires; le pneumocoque en est l'agent principal, tandis que le streptocoque est celui de l'empyème du nouveau-né.

Le diagnostic de cette pleurésie, considéré parfois comme difficile, peut cependant et doit être fait par un médecin avisé : la pleurésie purulente ne se confond pas, elle se méconnaît.

De tous les signes généraux, fonctionnels et physiques, ces derniers l'emportent; le seul essentiel à vrai dire est souvent la constatation de la matité donnée par une percussion légère; la ponction exploratrice devra toujours être effectuée, répétée même; elle montrera la présence du pus et permettra de reconnaître par l'examen l'agent en cause.

Les causes d'erreur les plus fréquentes sont la pneumonie et la broncho-pneumonie, les cavernes tuberculeuses qui n'ont point cette matité plus haut citée; il en est de même de la tuberculose pulmonaire à forme broncho-pneumonique. Un cas récent pourtant donnait une matité de bois; l'évolution seule permit d'éviter l'erreur.

Le pronostic en est extrêmement sérieux. Presque fatal pour les pleurésies à streptocoques, pour celles à pneumocoques, il faudra tenir compte surtout de l'abondance de l'épanchement et aussi de l'état du poumon sous-jacent; la disparition presque complète du foyer pulmonaire peut seule, en effet, faire espérer, dans quelques cas, la résorption de l'épanchement.

Le traitement, en ce qui concerne la pleurésie à pneumocoques, sera avant tout la ponction et la ponction répétée. L'empyème ne sera fait qu'en cas d'échecs réitérés. Au-dessous de dix-huit mois, il constitue une intervention d'un pronostic grave, contrairement à ce qu'on observe au-dessus de cet âge.

Traitement des chorées et des tics de l'enfance. Alitement et isolement. Discipline psycho-motrice. (André Bruel. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — Deux modes de traitement sont particulièrement efficaces contre les chorées et les tics de l'enfance : *a.* l'alitement et l'isolement; *b.* la discipline psycho-motrice.

L'alitement et l'isolement sont surtout recommandables pour les jeunes choréiques. La discipline psycho-motrice convient plus spécialement aux jeunes tiqueurs. Mais, chez les uns comme chez les autres, l'alternance ou la combinaison de ces deux procédés thérapeutiques représente la méthode de choix.

L'alitement et l'isolement peuvent être pratiqués : 1° à demeure; 2° dans un établissement spécial.

Ces modes de traitement comportent plusieurs degrés : *a.* l'augmentation du séjour nocturne au lit; *b.* l'augmentation du séjour nocturne au lit avec alitement diurne gradué; *c.* l'alitement absolu avec isolement; *d.* l'alitement absolu avec isolement dans l'obscurité.

La discipline psycho-motrice, applicable aux choréiques comme aux tiqueurs, ne vise pas simplement la disparition des « mouvements nerveux ». Elle a pour but la correction de toutes les habitudes fonctionnelles fâcheuses. C'est la thérapeutique des mauvaises habitudes.

A ces modes de traitement essentiels, il peut être utile d'ajouter certaines médications (hydrothérapie tiède, aérothérapie) et, dans quelques cas, surtout pour les jeunes choréiques, l'emploi de médicaments, en particulier la valériane, le fer, l'arsenic, l'antipyrine.

L'école des mères. (Henri Gasse. Th. de Paris, 1906; Henri Jouve, édit.) — « Parmi les causes de la mortalité infantile, a dit M. le professeur Budin, il faut placer au premier rang l'incurie et l'ignorance.

Les enfants nourris au sein meurent par suite de l'ignorance de la nourrice ou de la mère. La mauvaise direction de l'alimentation, des négligences dont on ne prévoit pas les graves conséquences, les préjugés enracinés des femmes, voilà les causes principales de la diarrhée. »

La base de la prophylaxie des troubles gastro-intestinaux des nourrissons réside donc avant tout dans les conseils donnés aux mères, et suivant l'expression du docteur Henri de Rothschild, « l'École des mères » doit être le point de départ des mesures prophylactiques destinées à assurer l'hygiène parfaite de la première enfance.

Pour répondre à ce but, différents moyens ont été préconisés. On a proposé de faire des leçons théoriques aux enfants des écoles, de faire faire un stage dans les crèches aux enfants qui sortent des écoles, de vulgariser les notions d'hygiène par voie d'affiche ou en distribuant des brochures aux personnes venant déclarer une naissance.

La tête de ce mouvement a été prise par la Ligue contre la mortalité infantile, fondée en 1902 par MM. Strauss et Budin. Elle a multiplié les conférences dans les arrondissements de

Paris et, à plusieurs reprises, elle a étendu à la province sa croisade philanthropique.

Mais il ne suffit pas d'enseigner et de propager la diététique de l'allaitement; l'instruction théorique est peu de chose; il faut des « exercices pratiques » et montrer à la mère sur le fait la façon d'élever son enfant. A ce titre, les consultations de nourrissons rendent les plus grands services.

L'étude des résultats des consultations de nourrissons, et particulièrement l'examen des documents que l'auteur a pu recueillir dans le département d'Indre-et-Loire, montrent que sous l'influence de ces écoles des mères la mortalité infantile a été abaissée dans la proportion de 50 p. 100 partout où elles existent.

OBSTÉTRIQUE

La Maternité de l'hôpital de Saint-Denis. (P. Renardet. Th. de Paris, 1905; Maurice Poilleux, édit.) — Une Maternité comme celle de l'hôpital de Saint-Denis rend de grands services à la population ouvrière. Elle peut être organisée avec de faibles ressources.

Le nombre des admissions ne peut être augmenté avec le nombre actuel des lits, car l'encombrement d'un service d'accouchement présente de gros dangers.

Des améliorations s'imposent. Une organisation permettant de donner aux femmes en couches des bains dans la Maternité même serait absolument nécessaire.

La création d'un service d'isolement serait excellente pour éviter aux accouchées la contagion possible lorsqu'il y a des femmes infectées.

L'absence de décès par infection puerpérale tient à trois causes principales : 1° à ce que les femmes sont examinées et accouchées par une seule et même personne et que le nombre des touchers est réduit au minimum; 2° à l'isolement radical employé dans les infections confirmées; 3° au traitement employé qui a toujours donné les meilleurs résultats.

Les consultations de femmes enceintes et de nourrissons qui sont adjointes à la Maternité sont très utiles et demandent à être perfectionnées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etude sur le craniotabes. (Aucouturier. Th. de Paris, 1906; Michalon, édit.) — Le craniotabes est une lésion des os de la voûte cranienne, décrite pour la première fois par Elsæsser en 1843, caractérisée par un ramollissement, un amincissement des os pouvant aller jusqu'à la perforation; il est surtout fréquent entre le troisième et le huitième mois de la vie extra-utérine.

Les convulsions, les crises de spasme de la glotte coïncident assez souvent en clinique avec le craniotabes; mais elles manquent dans beaucoup de cas, il n'y a pas lieu d'en faire des complications de la cranio-malacie; l'étiologie peut expliquer la coïncidence de ces maladies chez un même sujet; elles ont en effet les mêmes causes, diarrhée, vomissements, troubles digestifs continuels.

Le craniotabes est une lésion rachitique, fréquente dans les cas où le rachitisme a un début précoce, dans la première année de la vie; rare, quand il apparaît plus tard, dans la deuxième année de la vie.

Le craniotabes a paru fréquent chez les hérédo-syphilitiques. La syphilis semble prédisposer au rachitisme; il apparaît dans ce cas souvent de bonne heure; le craniotabes, lésion surtout fréquente dans les cas de rachitisme précoce, en est souvent une manifestation.

Le craniotabes accompagne presque toujours les autres déformations dans les cas de rachitisme congénital qu'on a signalés; il peut exister seul à la naissance; souvent dans ce cas on voit survenir d'autres manifestations rachitiques dans la suite.

Le craniotabes mérite d'être recherché, il indique qu'il y a des troubles de l'ossification chez le sujet qui en est atteint. Avec des soins particuliers, on peut arrêter l'évolution de ces troubles et éviter à l'enfant des déformations rachitiques plus marquées.

L. Gayard.

LIVRES NOUVEAUX

La peste en Agenois au XVIIe siècle (1),
par le docteur Couyba.

Ce grand fléau, dont les invasions réitérées ont désolé la France du xe au xviiie siècle, a sévi à diverses reprises avec violence sur la ville d'Agen et les territoires qui l'environnent. M. Couyba, dans ce livre d'un haut intérêt, étudie plus particulièrement les épidémies de 1628, 1631 et 1652-1653, d'après les nombreux documents qu'il a trouvés dans les *archives d'Agen*, le *manuscrit du prébendier de Saint-Etienne*, les *registres des paroisses et des mairies*, les *minutes des notaires*, les *archives de l'Evêché*, le *journalier des consuls* et autres sources originales.

Il a constaté qu'il s'agissait bien de la peste bubonique : les exanthèmes purpuriques, les tumeurs charbonneuses avec phlyctènes, les anthrax, l'excessive contagiosité et la mort si rapide, signalés par les contemporains, ne peuvent laisser de doute à cet égard. A côté de la forme commune, on distinguait une *forme atténuée* et une *forme interne*, sans manifestations cutanées, qui tuait en quelques heures.

La mortalité a été énorme, comparable à celle de nos grandes épidémies cholériques : on cite un village dont tous les habitants ont succombé; on estime qu'en 1653 la moitié de la population d'Agen et des localités où ses habitants s'étaient enfuis a péri; on portait les morts à la charrette.

Les consuls chargés de l'administration de la ville, les médecins, les prêtres ont lutté avec une courageuse abnégation contre la propagation de la maladie. Comme pour la lèpre, tout a été fait pour isoler rigoureusement les individus contaminés. Une quarantaine a été imposée à tous ceux qui venaient de pays infectés. Chaque habitant fut sommé de faire la déclaration des cas dont il aurait connaissance. Les bourgeois dont les maisons étaient infectées devaient sur l'heure se retirer dans leurs habitations extra-urbaines; les gens du peuple étaient contraints à aller s'enfermer dans des huttes élevées à cet effet.

On désinfectait les marchandises; les monnaies étaient passées au feu; maintes fois, on a incendié les maisons infectées; les vêtements et parfois les meubles des pestiférés étaient brûlés.

Toute fréquentation avec les gens suspects était sévèrement interdite, et si elle avait lieu, elle entraînait la mise en quarantaine; il en était ainsi pour les chirurgiens; on les logeait hors de la ville ainsi que les prêtres et les « corbeaux » (croque-morts); ils étaient précédés de guides chargés d'écarter d'eux les passants.

(1) In-8°. Villeneuve-sur-Lot, 1905.

On avait l'autorisation de tirer sur tous ceux qui voulaient enfreindre la quarantaine.

Les huttes agglomérées formaient comme des villages dont l'accès et la sortie étaient interdits.

Tous ceux qui se trouvaient, de par leurs fonctions, en rapport avec les « infects », ne pouvaient circuler qu'un bâton blanc à la main, aux heures matinales; les « infects » devaient ceindre leur tête d'un ruban rouge.

Agen était abandonné; ses magistrats étaient en fuite; ses églises étaient fermées; la misère était à son comble. Dans les rues de la ville, comme dans les campements en huttes, « des pestiférés en loques se traînaient, plus semblables aux morts qu'aux vivants, ou gisaient morts, à demi nus, hideusement étendus sur le sol, la proie des corbeaux ou des faucons, effroyables ». On enterrait où l'on pouvait, souvent sans l'intermédiaire des professionnels.

Cette situation lamentable se prolongea jusqu'en avril 1653.

M. Couyba constate que, sauf le sérum d'Yersin, les moyens employés pour combattre ces terribles épidémies sont au fond très analogues à ceux qui sont usités de nos jours; « nos antiques prédécesseurs faisaient de l'antisepsie, comme M. Jourdain faisait de la prose, sans le savoir »; ils prescrivaient les sudorifiques pour expulser les excréments superflus (autrement dit les toxines); ils employaient les parasiticides tels que la thériaque, les substances aromatiques, les gommes résines, les huiles essentielles, le camphre; ils avaient remarqué les relations étroites qui liaient le salut du malade à la suppuration des bubons, moyen d'expulsion du « miasme pesteux ». Quand ces bubons étaient ouverts, on les pansait souvent avec des préparations mercurielles, parmi lesquelles l'onguent gris, l'emplâtre de Vigo et le sublimé. On employait encore comme désinfectants l'acide sulfureux, le lait de chaux, le sublimé, le vinaigre, la chaleur sèche.

On admettait l'origine miasmatique de la maladie et l'on tenait grand compte de la réceptivité des sujets; on avait reconnu la contamination par le contact et le transport des germes par le milieu ambiant.

L'auteur conclut, à juste titre, de ces faits, que, malgré leur dénuement scientifique, nos aïeux savaient souvent frapper juste.

Telles sont, en substance, les principales données que met en évidence cette importante monographie : d'une lecture attrayante, documentée aux sources les plus sûres, portant la marque d'un esprit scientifique élevé et au courant des découvertes les plus récentes de la science, elle fait grand honneur à M. Couyba, ce travailleur fécond et original qui a déjà publié de nombreux travaux intéressants sur la pathologie de l'Agenois et autres questions; elle nous fournit le témoignage que le praticien de Sainte-Livrade n'a pas démérité de l'interne des hôpitaux que nous avons vu à l'œuvre en 1869, avec tant de vaillance, de cœur et d'originalité.

H. HALLOPEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE PARIS. — Suite de la liste des candidats au concours de l'externat :

291. MM. Zaepffel, Rameix, Bougeant, Olive, Bardet, Lafaix, Garnier, Achard Potherat (Gabriel), Pichard.

301. MM. Vautier, Abord, Bougot, Larcher, Pollet, Barthélemy (Paul), Salvarelli, Breuillet, Butel, Leulier.

311. MM. Rabourdin (Georges), Dutheil, Biérer, Corre, Desemery, Silva, Mégnin, Doguy, Dorlencourt, Lehmann (Alphonse).

321. MM. Donzelot, Lavoix, Verdier, Garban, Rocher (René), Haristay, Colleu, Henneton, Chevalérias, Pérochon.

331. MM. Gastaldi, Dubois (Fernand), Villatte, Boube, Bleynie, Gargam, Lavaud de Lalaurencie, Tinayre, Rousse, Guillemet.

341. MM. Combres, Pérez, Gillard, Beugnon, Mercier (Auguste), Bartissol, Beck, Passot, Mlle Nikolsky, M. Waisweiller.

351. MM. Renevey, Guinet, Hertz, Tortat, Darricarrère, Maurès, Verrier, Jacobée, Solau, Goldstein.

361. MM. Pierson, Deffins, Daniel (Pierre), Guillot (Jules), Moreau (René), Bichai, Durand (Charles), Chollet (Prudent), Chevrier (Julien), Perrin (Paul).

371. MM. Prigent, Briault, Marioton, Caubet, Fuselier, Mlle Defiol, MM. Pares (Georges), Landrieu (Marcel), Mougenc de Saint-Avid, Mourey.

381. MM. Teulière, Fabrègue, Mlle Pokitonoud, MM. Frémond, Guerche, Gillard, Mlle Kœnigson, MM. Pinon, Ségaux, Mlle Goldenfan.

391. Mlle Parisse, MM. Sérin, Berthomier, Boileau (Alexandre), Rigoulet, Chardin, de Lostange-Beduer, Jacquemin, Mlle Ricard (Lucie), M. Montagne.

401. MM. Gérard, Michelet (Abel), Vincent (Louis), Cadre, Langlet (Jean), Bridoux, Sarrazin, Thiers.

GUERRE. — Par décret en date du 8 septembre 1906, les effectifs des médecins et pharmaciens des troupes coloniales sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins-inspecteurs généraux, médecins-inspecteurs. (Les effectifs des médecins-inspecteurs généraux et médecins-inspecteurs seront fixés par une loi spéciale.)

Médecins principaux de première classe, 12; médecins principaux de deuxième classe, 18; médecins-majors de première classe, 88; médecins-majors de deuxième classe, 175; médecins aides-majors de première classe et médecins aides-majors de deuxième classe, 141; pharmaciens principaux de première classe, 1; pharmaciens principaux de deuxième classe, 2; pharmaciens-majors de première classe, 5; pharmaciens-majors de deuxième classe, 19; aides-majors de première classe et aides-majors de deuxième classe, 19. (Les effectifs ci-contre sont des maximums. Leur répartition entre la France et les colonies est faite après entente entre les ministres de la guerre et des colonies.)

Les médecins et pharmaciens du service de santé des troupes coloniales qu'il serait nécessaire d'entretenir hors cadres ne sont pas compris dans les effectifs ci-dessus. Leur nombre, celui des médecins et pharmaciens nécessaires pour assurer leur relève, ainsi que le budget sur lequel les uns et les autres sont payés, sont déterminés d'un commun accord entre les ministres intéressés.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle en date du 11 septembre 1906, les officiers dont les noms suivent ont été nommés aux postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Moty, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun (service); — Billot, médecin chef de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Sylvestre, maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger (service). — Talon, affecté aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Cusson (de Rouen).

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ON DEMANDE UN MÉDECIN POUR SANATORIUM. — Écrire à l'Œuvre de la tuberculose humaine, 9, rue de Bellefond, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'auto-intoxication intestinale, par le docteur A. COMBE, professeur à l'Université de Lausanne. In-8° de 568 p. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis, par le docteur Paul MAISONNEUVE. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

La neurasthénie génitale féminine, par le docteur Jules BATUAUD. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 106. — MARDI 18 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MRADI 18 SEPTEMBRE 1906. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 7 fr. »	— 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 10 décembre 1906, à trois heures du soir, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 17 décembre 1906, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix placcs d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence, et un certificat de revaccination récente.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes.

Les candidats pour le second concours auront à produire un certificat constatant qu'ils ont au moins quatre inscriptions de médecine.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours pour sept places d'élève interne en médecine et en chirurgie aura lieu le lundi, 22 octobre 1906, à neuf heures du matin, à l'Hôpital civil de Mustapha.

Nul ne pourra être admis à concourir s'il ne justifie de sa qualité de citoyen ou de sujet français. Néanmoins les étrangers qui, au moment du concours, n'auront pas atteint l'âge de vingt et un ans, seront admis à concourir, mais ils sont prévenus que leur nomination ne sera que conditionnelle et qu'ils seront éliminés de toute place et de tout concours ultérieur s'ils n'optent pas, dès que l'âge le leur permettra, pour la nationalité française.

Pour se présenter au concours, les candidats devront posséder au moins huit inscriptions de médecine et avoir été nommés externes au concours (à Alger ou ailleurs).

Les candidats devront se faire inscrire personnellement ou par écrit au Secrétariat de la Direction de l'Hôpital, au plus tard la veille du jour fixé pour le concours, jusqu'à dix heures du matin, et fournir en même temps les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat de moralité ayant moins d'un an de date ; 3° un certificat de vaccination ou de revaccination ; 4° un certificat constatant la possession de huit inscriptions au moins prises dans une Faculté ou dans une École de médecine françaises ; 5° un certificat de nomination aux fonctions d'externe au concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 13 septembre 1906, M. le médecin-major de deuxième classe Pélofi, du 24e d'infanterie coloniale, a été placé en activité, hors cadres, pour servir au poste médical consulaire de Long-Tchéou.

Par décision ministérielle du 14 septembre 1906, M. le médecin aide-major de première classe Bourragué, du 7e d'infanterie coloniale, a été désigné pour servir à la Guadeloupe.

MARINE. — Par décision ministérielle du 12 septembre 1906, M. le directeur du service de santé Jacquemin a été nommé aux fonctions de directeur de l'Ecole principale du service de santé de la marine, à Bordeaux, en remplacement de M. Bertrand, promu inspecteur général.

M. le médecin de deuxième classe Savidan, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Redoutable* (division navale de l'Indo-Chine).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-sixième semaine, 829 décès, au lieu de 827

pendant la semaine précédente (moyenne 754). L'état sanitaire est donc voisin de la normale.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 86, au lieu de la moyenne 55.

Les autres maladies épidémiques sont rares.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2, au lieu de 4 la semaine précédente (moyenne 14).

La rougeole n'a causé aucun décès, comme pendant la semaine précédente, la moyenne est 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 22, au lieu de 20 précédemment.

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de la moyenne 1; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 56, il s'élevait à 57 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La coqueluche a causé 6 décès (moyenne 7).

La diphtérie a causé 2 décès (moyenne 3); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 37, au lieu de 30 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 48.

La diarrhée infantile a causé 113 décès de 0 à 1 an, au lieu de 88 pendant la semaine précédente (moyenne 55).

En outre, 12 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 66 décès, au lieu de 93 pendant la semaine précédente (moyenne 77). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 2 décès (moyenne 5); bronchite chronique, 8 (moyenne 11); pneumonie, 20 (moyenne 17); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 36 (moyenne 44), dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire et 13 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès; la méningite tuberculeuse, 9; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 51 décès; les maladies organiques du cœur, 40; le cancer, 56; la hernie et l'obstruction intestinale, 3; la cirrhose du foie, 15; la néphrite, 33; enfin, 12 vieillards sont morts de débilité sénile.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mercredi 21 novembre 1906, avec le concours de ses assistants MM. Paul Laurens et Hautant, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Le cours sera complet en trente-trois leçons. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de vouloir bien s'inscrire d'avance auprès de M. Paul Laurens, assistant du service, à l'hôpital Saint-Antoine, rue du Faubourg-Saint-Antoine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Sept. 1906.) Thoinot : La vie et l'œuvre de Paul Brouardel. — Cornil : Paul Brouardel, souvenirs d'autrefois. — Pouchet : Les haricots et les végétaux capables de dégager de l'acide cyanhydrique.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, septembre-octobre 1906.) Ritti : Eloge de Jules Falret. — Franco de Rocha : La psychose maniaque dépressive. — Adam : Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements (*suite*).

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. (N° 197, 10 sept. 1906.) Chanoz : Paralysie radiale par fracture de l'humérus. Recherche électrique sur le nerf mis à nu. Guérison malgré un pronostic défavorable. — Guilleminot : Résultats de l'autoconduction par les spirales dans l'hypertension artérielle. — Bordier et Galimard : L'unité I, nouvelle unité de quantité de rayons X. — Wullyamoz : Procédé radioscopique pour l'extraction des aiguilles. — Laquerrière : Sur un nouvel appareil électromécanique. Présentation de l'appareil.

Bulletin médical. — (N° 72, 12 sept. 1906.) Berger : Fracture spontanée du fémur dans un cas de paralysie générale. — (N° 73, 15 sept.) Carrière : Syndrome de l'entérite muco-membraneuse et intoxication chronique par l'oxyde de carbone. — Basères : Kyste dermoïde du médiastin antérieur et tuberculose pulmonaire. — Noel : L'avancement des médecins de réserve.

Presse médicale. — (N° 73, 12 sept. 1906.) Alglave : De l'occlusion intestinale par volvulus de l'intestin grêle. — Rey : L'habitation. Nécessité de réformer son hygiène. — Langlois : Les recherches récentes sur la fièvre des foins. — (N° 74, 15 sept.) Leduc : Les nouvelles théories des solutions dans leurs rapports avec la médecine. — Labbé : La cuisson des viandes et leur valeur nutritive dans les régimes alimentaires.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1906.) Terrier et Lecène : Les grands kystes de la capsule surrénale (3 fig.). — Cahier : L'inflammation des diverticules intestinaux ou diverticulite (3 fig.). — Thévenot : Actinomycose et grossesse (3 fig.). — Baudet et Kendirdjy : De la vaso-vésiculectomie dans les cas de tuberculose génitale. — Martin du Pan : Contribution à l'étude du cancer du rectum.

Revue de médecine. — (N° 9, 10 sept. 1906.) Grysez et Job : Le diagnostic précoce de la tuberculose dans l'armée et le séro-diagnostic d'Arloing et de Courmont. — Conor : Contribution à l'étude du mode d'action des abcès de fixation. — Gougerot : Tuberculoses cutanées post-exanthématiques. Tuberculoses cutanées multiples disséminées post-morbilleuses, poussée lupide post-varioleuse (1 fig.). — F. Moutier : La fièvre métapneumonique (13 tracés). — Lépine : Essai sur la pathogénie des rhumatismes.

Revue scientifique. — (N° 11, 15 sept. 1906.) Féré : Travail et repos. — Lécaillon : Les instincts et le psychisme des araignées. — Jaubert : Les unités multiples.

Semaine médicale. — (N° 37, 12 sept. 1906.) Charrin : Le rôle des matières minérales dans l'organisme.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. VIII, août 1906.) Theodor Brugsch : Diabète pancréatique. — F. Dostorowitsch : Recherches expérimentales sur les moyens d'élever la pression sanguine chez l'homme sain. — Focke : Thérapeutique du strophantus. — Fritz Lammerhirt : Indications de l'emploi du chloroforme comme narcotique (symptomatische Anwendung). — Sigmund Gottschalk : Contribution à l'hygiène de l'accouchement. — (Fasc. IX, sept.) C.-A. Ewald : De la colique hépatique nerveuse. — Hermann Gilbergleit : De l'influence de l'acide chlorydrique sur les dépôts d'acide urique expérimentalement provoqués. — G. Guelzer : Du traitement de l'asthme bronchique. — Erich Opitz : Contribution à l'étude des rapports de l'inflammation de l'appendice avec les processus de génération chez la femme. — Hermann Gutzmann : De la faiblesse vocale (phonasthénie).

III[e] CONGRÈS INTERNATIONAL

D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES

(*Milan, 5-9 septembre 1906.*)

Réunir en vacances et sous le ciel torride de Milan plusieurs centaines de congressistes, faire vibrer toutes les cordes des applications de l'électrothérapie sous le rythme et la mesure d'une absolue concorde dans la diversité des points de vue : voilà ce qu'a pu faire le Comité d'organisation du III[e] Congrès de Milan.

En cette séance d'ouverture du 5 septembre, M. Doumer a justement vanté la jeune école italienne, si féconde par ses résultats, si éclectique en ses recherches. Le professeur Bozzolo, qui préside, a parfaitement résumé le cycle parcouru et les résultats des congrès de Berne et de Paris. Le salut ordinaire de bienvenue aux étrangers nous est délicatement adressé par le représentant de la ville.

M. Cluzet (de Toulouse) ouvre la marche des communications par une *étude des syndromes électriques dans les paralysies faciales*. Le cas observé montre, six mois après le début de l'affection, des réactions électriques en désaccord avec les lois de l'électrodiagnostic. Il y a donc à prévoir une grande variété dans les syndromes électriques des paralysies faciales.

Cependant la faim presse un peu les assistants et, en quelques minutes, nous prenons place autour d'une table décorée de drapeaux suisses, italiens et français. La cordialité règne en maîtresse et les fourchettes ne chôment pas. Comme le dit M. Zanietowski (de Cracovie), les électriciens forment vraiment un corps bien uni. Et comme à un corps il faut une figure, le photographe attend qui... fera passer nos traits aux âges lointains.

L'après-midi, les lois de l'électrodiagnostic ont encore passé un bien mauvais quart d'heure. M. Cluzet est revenu sur la question *des lois de l'excitation électrique des nerfs*. La loi de Weiss permet de se rendre compte des variations de l'intensité du courant continu donnant le seuil de la contraction, les valeurs données par les décharges de condensateurs, et la coexistence possible d'hyperexcitabilité faradique et d'hypoexcitabilité galvanique. La formule proposée par M. Cluzet (condensateurs) est meilleure que celles de Hoorweg et de Hermann; elle permet de déterminer les coefficients de la loi de Weiss et de caractériser l'excitabilité absolue d'un nerf ou d'un muscle normal ou pathologique.

M. Zanietowski vient affirmer la concordance de ses résultats cliniques avec les données théoriques de M. Cluzet, ce pendant que M. d'Arman (de Venise) nous révèle quelques particularités de la *conductibilité de la main et du pied*.

Avec M. Pesci (de Gênes), nous arrivons aux questions de traitement : *Les rayons X dans l'épilepsie*. Cet adjuvant utile du traitement classique semblerait agir plutôt sur l'intensité que sur la fréquence des attaques.

M. Zercavins (de Barcelone) a *faradisé des choréiques* qu'il a pu ainsi guérir en vingt séances.

M. Bellemanière (de Paris) raconte une fort intéressante observation *de tumeur blanche*. Tous les détails ont été étudiés, chaque point suivi par l'auteur et la guérison par l'électricité est actuellement acquise. Et lorsque l'auteur compare ce résultat aux traitements sanglants, il voit tout le Congrès applaudir avec lui l'amélioration du traitement classique par les méthodes nouvelles plus conservatrices et plus sages.

Citons au hasard de la plume : M. O'Farrill (de Puebla) : de l'*effluve de haute fréquence comme moyen de diagnostic;* M. Busi (de Bologne) : modifications des os sous l'influence de la cure thyroïdienne dans un cas de myxœdème congénital (avec radiographies); M. Bertolotti (de Turin) avec ses cas de lymphosarcome et de lupus érythémateux traités par les rayons X. Enfin M. Schatzsky traite de *la nature des ions et des molécules*.

L'importance d'une telle communication, plus que mes bonnes relations avec M. Schatzsky, m'oblige à m'y arrêter un peu. Voici ses conclusions : La matière à l'état d'ions est radicalement différente de la même matière à l'état de molécules. Et cette matière à l'état d'ions serait plutôt une parcelle d'énergie qu'une parcelle de matière. Avec et comme M. Lebon, l'auteur pense qu'aucune énergie n'existe sans matière et qu'elle n'est qu'un produit de la matière. Et la matière serait un composé de forces dynamiques, c'est-à-dire des énergies réelles dans ces ions. De telles communications montrent les hauteurs où peut s'arrêter l'électrothérapie.

SÉANCE DU JEUDI 6 SEPTEMBRE, NEUF HEURES DU MATIN

Dès l'ouverture, M. Libotte (de Bruxelles), qui préside, donne la parole au professeur Schiff (de Vienne) pour son rapport sur le *traitement du cancer superficiel*. On sait combien cette question a été discutée et M. Schiff commence par dire qu'on ne pourra donner de conclusions définitives que quand les histologistes se seront entendus sur la vraie définition d'un épithéliome. En tout cas, M. Schiff croit de toutes ses forces aux rayons X, mais il pense que les cautérisations à l'acide arsénieux leur seront parfois un parfait adjuvant. Il croit aussi qu'il ne faut pas dépasser cinq séances quand l'effet favorable n'apparaît pas. Pour la technique, il ne craint pas les séances un peu rapprochées. Et enfin, il désire voir suivre les opérations d'une série d'irradiations.

M. Gastou (de Paris) propose à son tour un classement des épithéliomas en épithéliomas pavimenteux, carcinomes, sarcomes. Il admet en outre le sarcome épithélioïde, type de transition comme son nom l'indique. Dans la première forme, succès des rayons X; dans la seconde, très peu; dans la troisième, très grands, variables dans la forme épithéloïde. M. Gastou rappelle la théorie des séances espacées qu'on pratique à Saint-Louis et incite M. Schiff à la discussion sur ce point.

M. Pini sépare les tumeurs de la peau de celles

des muqueuses, bien plus difficiles à traiter. Il faudrait donner aux cas cliniques des détails sur la durée des séances, la distance du tube, la quantité, la qualité, etc.

M. Doumer. On ne peut guère songer à unifier les méthodes, car aucun moyen sûr de mesure des rayons X ne nous est connu. Nous n'avons qu'à continuer nos recherches et attendre de nouvelles conclusions.

M. Oudin. Nous n'avons pas de mesure absolument certaine, c'est bien évident. Mais on prévoit que cette mesure sera pour l'avenir la mesure de l'ionisation. Le Congrès pourrait nommer une Commission de physiciens et de médecins pour mettre au point cette question. Aussi, après amendement de M. Doumer, il est entendu que la question est mise à l'ordre du jour. Chacun y travaillera, mais MM. Schwartz, Oudin, Dane, Keating-Hart l'étudieront plus spécialement dans un prochain Congrès.

M. Schiff reprend la question du cancer. Il se rallierait volontiers aux séances éloignées de M. Gastou si des considérations de distance et d'autres ne faisaient souvent reculer les malades devant des déplacements successifs. D'ailleurs, ajoute M. Guillemonat (de Paris), pour faire ces séances éloignées, il les faut longues. Bien des malades s'y refusent, d'où la nécessité de rapprocher les irradiations.

M. Oudin (de Paris) lit son rapport sur l'*action thérapeutique du radium*. Tout est à faire ou à refaire sur des bases physiques et physiologiques plus précises. Les corps radio-actifs sont des agents qui tuent les microbes, atténuent virus et venins, modifient la vie même des cellules, la circulation, l'innervation. Dans cette armée des radiations du radium, il faut savoir ce que chaque corps de troupe peut donner. Puisque nous obtenons maintenant des échantillons avec le maximum possible des radiations dont nous avons plus spécialement besoin, espérons que la radiumthérapie va sortir de ses langes et faire bien vite ses premiers pas dans un sillon fertile.

M. Schiff a vu une femme de soixante-dix ans guérie en trois séances d'un épithélioma du nez. Les guérisons du radium sont d'ailleurs rapides. Quant aux radiumdermites, son avant-bras en est un exemple, et il a souffert très violemment pendant cinq mois.

Les rayons X ont les honneurs de cette séance. M. Gavezzoni (de Bergame) nous en montre toute l'excellence dans le lupus vulgaire et ne craint pas d'y associer les caustiques. M. Guillemonat, citant des cas de sa pratique, nous montre les dangers de ce traitement dans les cancers ulcérés de la face. Il nous dévoile quatre cas nouveaux d'insuccès dans le cancer de la langue et d'après des cas personnels, pense qu'il faut s'abstenir d'unir les rayons X à l'étincelle de résonance dans un même cas. Ces radiations ont vraiment toutes les audaces. M. Guillemonat y a soumis les cors aux pieds avec succès et les bons effets persistent depuis dix-huit mois.

Nous sortons des rayons X pour passer à la haute fréquence. M. de Backer (de Paris) y voit une indication dans les tuberculoses et les cancers avec action favorable sur la température. Quant à M. Vassilidès (d'Athènes), il fait mieux encore. La calvitie est vaincue par la haute fréquence. L'auteur a traité 42 cas par applications à l'électrode de verre et a eu des résultats vraiment encourageants. M. Keating-Hart cite son cas personnel très encourageant et M. Doumer compte par la statique des succès depuis plus de quinze ans.

Séance du jeudi 6 septembre, deux heures, présidée par le professeur Schiff

M. Wertheim Salomonson (d'Amsterdam) a pu *mesurer les courants induits*. Il compare les décharges des bobines à celles des condensateurs et montre comment on peut mesurer ou calculer la capacité équivalente d'une bobine secondaire. Le faradimètre enrichit la science de nouvelles données. M. Salomonson distingue les décharges saturées de celles à quantité constante et des décharges mixtes, et indique le moyen d'avoir les unes ou les autres. Avec deux appareils d'induction, on peut démontrer toutes les particularités sur l'excitation d'un nerf ou d'un muscle que l'on pourrait désirer connaître. Sur une question de M. Cluzet, l'auteur dit avoir mesuré la durée de l'onde induite par comparaison avec celle du courant continu.

M. Doumer. L'utilité pratique des belles recherches du rapporteur sera de forcer les constructeurs à soigner de près leurs bobines au lieu de nous livrer des instruments qui ne sont basés sur rien de scientifique et de précis. Il serait utile de déterminer l'énergie libérée par les excitations des bobines, car les applications faradiques agissent sans nul doute sur la nutrition intime de nos tissus.

M. Luzemberger (de Naples) traite de l'*électricité dans les maladies de la peau*. Ce rapport est un historique fort bien établi des travaux publiés jusqu'ici. Pour l'auteur, les courants continus et induits ont une action neurotrophique, de plus une action de cataphorèse qu'ils partagent avec la statique. La haute fréquence serait surtout une forme d'électricité de tension plus réglable que la statique. Les rayons X seraient la forme la plus intense.

M. Luraschi (de Milan) accompagne ses paroles d'excellentes projections qui montrent l'étude approfondie qu'il a faite de la radiographie du crâne. Ces clichés sont faits dans toutes les positions abordables pratiquement.

M. Valobra (de Turin) montre tout le parti qu'on peut tirer des rayons X dans les *tuberculoses des ganglions*, quel qu'en soit d'ailleurs le siège. Mais il faut être prudent dans les applications.

M. Tonta (de Milan) a vu des applications de radium sur le cœur activer les échanges et rendre le pouls plus fort et ses battements plus nombreux. Le radium facilite les pénétrations médicamenteuses à travers les tissus et les médicaments radifères se substitueront aux autres. Mieux encore, si la télégraphie sans fil à longue distance a connu des insuccès, c'est à cause de l'ionisation de l'air due au radium.

M. Ronneaux (de Paris) a connu deux insuccès de

la haute fréquence dans les hémorroïdes, M. Fontana (de Padoue) a galvanisé le pneumo dans les ptoses et les ectasies gastriques.

M. Petit (de Paris) a traité des zonas par le courant continu. Contrairement aux craintes de beaucoup d'auteurs, il a employé des intensités aussi fortes que le malade les pouvait supporter. Dès la première séance, les douleurs se calment; on voit ensuite les vésicules avorter et en une semaine ces zonas guérissent. L'auteur croit à la théorie nerveuse du zona et rappelle ses précédents travaux sur ce point de pathogénie.

SÉANCE DU VENDREDI 7 SEPTEMBRE

M. le professeur W. Salomonson (d'Amsterdam) occupe le fauteuil.

Et de suite, M. Winkler (de Vienne) nous parle de la *photothérapie*. Les radiations violettes, dit-il, sont nettement bactéricides, mais toutes les radiations chimiques et même les calorifiques ont un rôle à jouer. Pour utiliser tous ces rayons, il faut combiner les sources de lumière. Et en somme l'action de la lumière dépend de la quantité d'oxygène introduit dans le tissu traité. Mais, malgré tout, chaque radiation conserve son rôle propre, tel le rouge dans les affections éruptives.

M. Schiff croit aussi à cette action de l'oxygène; mais il ne pense pas qu'on puisse encore bien distinguer quels agents physiques au juste agissent dans la photothérapie sur les dermatoses. — M. Doumer. Seule la notion sûre est celle de la lumière sur le protoplasma, élément très variable. Nos téguments filtrent la lumière et les rayons vifs qu'apportent les lampes sont peut-être la cause de la destruction des tissus malades. Comme les rayons X et même tous les modes électriques, la lumière a un pouvoir ionisant remarquable et ainsi se synthétisent nos connaissances.

M. Cerera y Salse (de Barcelone) a traité favorablement par les courants de Morton des ulcères d'estomac, des otites, un phlegmon buccal, etc.

M. Fort vient défendre l'*électrolyse linéaire*. Il relate les cas si nombreux qu'il a traités, les guérisons obtenues, dit une fois encore sa technique et montre combien injustes ont été les attaques dirigées à la fois contre son procédé et même sa personne. M. Doumer a vu, lui aussi, des malades traités et guéris par Fort. M. Guillemonat est du même avis.

M. Minet (de Paris) défend son procédé de dilatation électrolytique rapide dans les rétrécissements urétraux et obtient en peu de séances des résultats aussi bons que ceux de l'électrolyse circulaire lente.

Signalons la curieuse communication de M. Libotte (de Bruxelles), qui traite l'angine de poitrine par la faradisation des extrémités des membres supérieurs, et le nouveau radiomètre si intéressant de M. Schwartz (de Vienne), enfin un gros résultat des rayons X sur une hypertrophie de la prostate que nous révèle M. Guillemonat.

Et ainsi finit cette matinée bien chargée. D'ailleurs c'est à peine si les congressistes mangent : à deux heures, la séance de l'après-midi commence déjà.

M. Schatzsky prie le docteur Petit de lire les communications de M. Foveau de Courmelles (de Paris), retenu à Genève. C'est un véritable billet circulaire qu'a pris l'auteur pour toutes les grandes stations de la physiothérapie. On ne peut tout citer ; je voudrais dire seulement les résultats de l'auteur : 38 fibromes améliorés sur 45 par les rayons X, à peine un échec dans 50 cas de tabes traités par les grands bains de lumière bleue, les bons résultats de l'appareil photothérapique de l'auteur. Citons spécialement son électrode de haute fréquence à manche commun et à dose réglable.

Prenons maintenant d'autres stations et suivons M. Massobrio avec ses très belles radiographies. Accompagnons M. Steiner (de Rome) qui nous dira ce que peuvent les radio et photothérapie sur les tumeurs malignes, M. Vassilidès qui traite avec succès les hypertrophies amygdaliennes par les rayons X ; assistons à la démonstration des appareils de M. Arno pour la mesure des courants faradiques, de M. Bellemanière (de Paris) pour l'électrolyse de l'urètre, de M. Keating-Hart pour le réglage des ampoules et nous nous arrêterons à M. Verdiani qui traite de l'action de la haute fréquence sur la croissance.

SÉANCE DU SAMEDI 8 SEPTEMBRE

La séance est consacrée à son début à la lecture du rapport de M. Denoyès sur le *traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants de haute fréquence*. C'est M. Bonnefoy (de Cannes) qui se charge de résumer ce rapport. L'auteur a traité des tuberculoses cutanées, ganglionnaires, ostéo-articulaires et viscérales. L'effluvation semble avoir bien mieux agi sur les lupus érythémateux que sur les lupus vulgaires. Les rayons X semblent la méthode de choix dans la bacillose ganglionnaire, et l'effluvation dans les formes ostéo-articulaires. Enfin l'auteur cite le cas de Bonnefoy où une orchite bacillaire double, fistuleuse, fut guérie en quarante séances, pendant deux mois et l'est encore après trois ans. MM. Doumer et Oudin appuient ce rapport de leurs observations personnelles.

Et voici M. Doumer qui prétend — et c'est justice — *mesurer les champs électrodynamiques de l'autoconduction*. Pour cela, il faudrait mesurer l'intensité moyenne d'une demi-oscillation, ce qui est fort bien dans les oscillations continues et sans variations. Si celles-ci existent, il faudra se contenter de la moyenne des intensités des oscillations. Mais avec cette moyenne et le nombre des oscillations, on aura une évaluation suffisante. Si les oscillations sont discontinues et l'intervalle des séries inconnu, il faut tourner la difficulté. Si nous déterminons la force électromotrice moyenne en une seconde, on pourra trouver le nombre d'unités électromagnétiques qui traversent une boucle métallique si l'on connaît la surface de cette boucle. L'unité sera le gauss ou mégagauss et l'appareil pratique un galvanomètre thermique mis dans la boucle.

Je dois citer l'importance qu'attache M. Libertini *au sens du courant dans la galvanisation cérébrale ou spinale*; la perfection avec laquelle M. d'Arman décrit l'installation de l'hôpital de Venise, le traite-

ment de la leucémie par les rayons X par M. MARAGLIANO (de Gênes), et celui des sarcomes abdominaux par M. PESCAROLO. Je cite, avec prière de bien la lire, la méthode de traitement du cancer de M. KEATING-HART sous anesthésie générale et par la haute fréquence.

M. GUILLEMONAT (de Paris) a guéri six adénofibromes du sein par des doses légères de rayons X pendant quatre mois dans quatre cas, plus longtemps dans les autres et en interrompant au moment des époques.

Le même auteur pense que, même dans les cas inopérables de cancer, les rayons X sont encore utiles pour supprimer les douleurs et relever l'état moral. Ceci avec photographies très intéressantes et très bien faites, dont justice soit rendue à l'auteur.

M. GASTOU (de Paris) montre par des radiographies fort intéressantes ce que peuvent les rayons X dans le *diagnostic précoce et le traitement de la tuberculose pulmonaire*. Mais il faut réserver ceci aux formes congestives et même hémorragiques en écartant les formes infiltrantes. Les séances d'un quart d'heure sont réduites à cinq minutes en cas de réaction fébrile. Les rayons X amènent l'agglutination et la segmentation des bacilles et une diminution de leur virulence.

M. OUDIN traite ensuite de l'*action du radium en gynécologie* et montre les résultats accomplis dans ce sens.

A la séance du soir, M. LEULLIEUX résume le rapport de M. GUILLOZ (de Nancy) sur la *radiographie stéréoscopique*. Après un historique de la question, l'auteur préconise la méthode des réseaux qui, après développement, placés sur le cliché, donnent une excellente sensation de relief.

Pour M. Virgilio MACHADO (de Lisbonne), une bonne ampoule doit offrir une image nette des cartilages du larynx, et M. HARET expose une table permettant l'examen et le traitement pendant les opérations même.

M. Paul-Charles PETIT (de Paris) montre que la distance de l'ampoule en radiographie dépend de l'épaisseur du sujet et devient ainsi une donnée variable dans chaque cas. Grâce à des étalons de diamètre connus, on peut obtenir des clichés avec des déformations minima et facilement mesurables. Les images ainsi obtenues restent toujours comparables entre elles et semblables. Ainsi se créera une méthode radiographique unique. M. Petit y compte et apporte même au Congrès une notation radiographique de son invention.

Après avoir avec vigueur protesté contre l'invention des unités qui n'ont aucune base scientifique, le Congrès envoie une dépêche au professeur Rœntgen.

SÉANCE DU DIMANCHE 9 SEPTEMBRE

Cette séance de clôture, que présida le professeur SALOMONSON (d'Amsterdam), fut surtout remplie par le discours de M. DOUMER sur les *principes fondamentaux de l'électrothérapie moderne*. Les praticiens se demandent parfois s'ils peuvent confier un malade à l'électricien, car aucune idée directrice jusqu'ici ne préside à ces traitements nouveaux. Ce sera l'honneur et le mérite de M. Doumer d'avoir fait de l'électrothérapie une science puisqu'elle s'appuiera désormais sur des notions de pathologie générale. En somme, c'est le résumé, c'est la « substantifique moelle » du Congrès que l'on trouve en ce rapport. On pourra recourir désormais à l'électricité chaque fois que l'on voudra modifier la nutrition, supprimer une douleur, obtenir un effet antiphlogistique ou modifier la tension artérielle. Et si l'on demande quel courant il faut employer, ceci est l'œuvre du spécialiste; mais des faits comme ceux que citait Petit (de Paris) pour le zona prouvent que, malgré leurs effets particuliers, il y a à tous les modes de courants des propriétés générales.

M. LURASCHI remercie ensuite les congressistes étrangers et la municipalité de Milan si accueillante. Et le Congrès se clôture en attendant 1908, où M. Salomonson nous fera les honneurs d'Amsterdam. Ainsi finissent les beaux jours! Je jette un dernier coup d'œil sur l'exposition d'instruments qui voisinait le Congrès. Je ne veux citer ici que les appareils Bottini pour les voies urinaires, la bobine à chariot du docteur Luraschi, et l'appareil du professeur Arno pour la mesure des courants faradiques. Quant aux maisons françaises, une maison et un appareil : la maison Lacoste avec le « radiocorrecteur » radiographique de l'invention de votre serviteur, ce qui le dispensera de toute appréciation. Les autres maisons qui avaient pourtant — je le sais — des réserves intéressantes à produire, ont préféré l'abstention. On sait qu'en politique l'abstention n'a jamais été le fait des citoyens courageux.

Dr PAUL-CHARLES PETIT.

MÉDECINE PRATIQUE

LE FOIE APPENDICULAIRE

Les complications hépatiques de l'appendicite ne sont connues que depuis peu. C'est, en effet, en 1894 que M. Achard décrivit, pour la première fois, des accidents infectieux, localisés au foie, et dépendant d'une lésion appendiculaire. Depuis 1902, sous l'influence des recherches de M. Dieulafoy, l'attention a été attirée sur les hépatites toxiques d'origine appendiculaire. L'important travail de M. Aubertin, paru ici même, rassemble ces deux ordres de lésions *précoces* auxquelles MM. Tuffier et Manté proposent d'ajouter les lésions *tardives*, véritables séquelles de la toxi-infection appendiculaire. Les unes et les autres viennent d'être étudiées dans la remarquable monographie de M. Louis Boivin (1).

Envisageant avec ordre chacune des causes qui peuvent intervenir dans le développement du foie appendiculaire, cet auteur insiste sur la fréquence des complications hépatiques de l'appendicite, sur leur prédilection pour le jeune âge, et signale ce fait important, admis par tous les auteurs, qu'il n'existe aucune relation entre la forme de l'appendicite et celle des accidents hépatiques : quelles que soient ses apparences cliniques, l'appendicite peut retentir sur le foie. Ce retentissement serait peut-être plus marqué pour les appen-

(1) Angers. Impr. Germain et G. Grassin, 1906.

dicites aiguës, qu'on laisse refroidir, fait d'une importance capitale, en ce qui concerne le pronostic et la thérapeutique.

Comment expliquer ces localisations hépatiques de l'infection? Les uns font jouer un rôle à une insuffisance congénitale de l'organe, les autres à l'alcoolisme, au paludisme, d'autres à une sorte de stéatose hépatique latente, d'autres encore à la diathèse biliaire. La question, on le voit, est encore loin d'être définitivement résolue.

Anatomiquement, M. Boivin distingue les hépatites infectieuses des hépatites toxiques. Celles-ci peuvent (Aubertin) affecter trois types spéciaux : la *nécrose cellulaire*, la *dégénérescence graisseuse* et l'*atrophie jaune aiguë*. Les deux premiers types coexistent souvent; quant au troisième, il est le terme ultime de la dégénérescence de la cellule hépatique. La nécrose cellulaire prédomine au centre, la dégénérescence graisseuse, à la périphérie du lobule. A ces altérations hépatiques s'adjoignent souvent des lésions des autres organes : appendice, estomac, reins, veine-porte. L'hépatite infectieuse, elle, se caractérise par deux éléments : *a*. présence, dans le parenchyme hépatique, d'abcès de nombre et de volume variables; *b*. pyléphlébite plus ou moins accusée contrairement à ce qui se passe dans l'hépatite toxique, ici le rein ne présente aucune trace de lésion dégénérative; par contre, la rate est très souvent hypertrophiée.

Les lésions tardives sont encore un peu hypothétiques : on peut admettre toutefois qu'il n'est pas impossible que l'appendicite joue un rôle dans le développement de certaines cirrhoses.

Distinctes anatomiquement, les hépatites appendiculaires le sont encore cliniquement. Aux hépatites toxiques correspondent surtout des signes d'insuffisance glandulaire; les hépatites purulentes se caractérisent, au contraire, par les signes habituels de l'infection. Les premières apparaissent dès les premiers jours de l'appendicite, les toxines qui les causent étant rapidement apportées au foie; les secondes surviennent plus tard, vers le deuxième ou le troisième septénaire, car c'est à ce moment que se fait la propagation des microbes du foyer appendiculaire jusqu'au parenchyme hépatique par l'intermédiaire de la veine-porte.

L'hépatite toxique peut s'accompagner ou non d'ictère. Dans le premier cas, il s'agit d'un véritable ictère grave appendiculaire; dans le second, il y a insuffisance hépatique aiguë sans ictère. Quant à l'hépatite suppurée, elle revêt trois formes principales (Aubertin) : abcès du foie, pyléphlébite, suppurations multiples à distance.

Le diagnostic de l'hépatite appendiculaire doit être envisagé différemment, selon qu'il s'agit d'accidents toxiques ou infectieux.

Dans le premier cas, le problème à résoudre peut être insoluble, particulièrement s'il n'y a pas d'ictère, et l'on pense à tort à une péritonite; dans le second, on peut ou méconnaître l'appendicite et ses complications hépatiques, ou ne voir que l'appendicite, ou n'attacher d'importance qu'aux phénomènes hépatiques; l'erreur ne peut être évitée, dans ces diverses circonstances, que par un examen soigneux du malade et par la mise en œuvre des méthodes de laboratoire telles que la radiographie.

Les recherches bactériologiques ont éclairé la pathogénie des hépatites appendiculaires. Il est évident qu'en ce qui concerne les accidents infectieux, dans une première étape se constitue le foyer appendiculaire; secondairement, l'infection gagne les ramifications veineuses de voisinage, puis le tronc porte, et, laissant ou non à son niveau des traces de son passage, arrive au foie, où se constituent des lésions suppuratives qui, ultérieurement, peuvent se généraliser. Les complications toxiques sont dues à l'apport précoce de toxines au foie, mais il est probable que l'infection joue un certain rôle dans leur production.

Le pronostic est extrêmement grave; seule une opération précoce, permettant d'ouvrir quelque abcès du foie, a parfois permis la survie; dans la plupart des autres cas, le foie appendiculaire doit être considéré comme fatalement mortel. D'où cette conclusion dont il est inutile de faire ressortir l'importance : il ne faut pas laisser trop longtemps les appendicites sans traitement chirurgical.

C'est sur ce conseil que termine M. Boivin : nous devons recommander chaleureusement son ouvrage à tous nos lecteurs, car il joint à de rares qualités de conscience et d'exposition le mérite de mettre à la portée de tous un des sujets les plus délicats et les plus difficiles de la pratique journalière.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis. (R. Désormeaux. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — La question de la préservation des nourrices et des nourrissons a donné lieu à d'importants débats à la *Société de prophylaxie sanitaire et morale* depuis le 10 avril 1905.

Le rapport de M. le professeur Pinard sur la question a servi de guide à l'auteur et sa conclusion ne fera que reproduire la sienne, sauf les quelques modifications de détail que M. Désormeaux a signalées au cours de son travail.

Moyens prophylactiques généraux. — Tout ce qui favorisera l'allaitement maternel.

Tout ce qui instruira sur les dangers de la syphilis et son mode de contamination par l'allaitement.

Moyens prophylactiques proprement dits. — I. *Préservation des nourrices*. — a. *Moyens prophylactiques concernant les parents syphilitiques*. — Leur appliquer le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis; les traiter avant la procréation et pendant la grossesse.

Les instruire et leur enseigner que les enfants peuvent être dangereux pour tout autre sein que le sein maternel.

b. *Moyens concernant les parents désirant placer ou plaçant un enfant en nourrice au sein*. — *A*. Loi édictant que nul ne puisse confier un enfant à une nourrice au sein, s'il n'est muni d'un certificat médical garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par le nourrisson.

B. Au point de vue pénal, que le fait d'exposer sciemment à la contamination une nourrice par l'allaitement soit considéré comme un délit et passible, comme tel, de peines correctionnelles.

C. Au point de vue civil, qu'une loi assimile les maladies professionnelles en général, la syphilis transmise par le nourrisson en particulier, à un accident de travail.

Que cette loi sur les maladies professionnelles applique, au sujet de la preuve et du droit à l'indemnité, les principes de la loi du 9 avril 1898.

Quant au quantum des dommages-intérêts à allouer, la loi devra l'évaluer en tenant compte des caractères particuliers que présente le préjudice dû à une maladie professionnelle.

II. *Préservation des nourrissons*. — Obligation légale ou

administrative pour toute nourrice, venant de quitter un nourrisson et qui veut se replacer, de posséder un certificat médical, attestant que l'enfant auquel elle vient de donner le sein n'était affecté d'aucun symptôme contagieux.

Disposition légale ou arrêté préfectoral interdisant à toute nourrice non pourvue du certificat mentionné ci-dessus de se replacer nourrice au sein pendant deux mois.

CHIRURGIE

Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférencielle de la jambe. (René Le Pipe. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Deux éléments principaux dominent toute la pathogénie des ulcères variqueux : *a.* des lésions veineuses; *b.* des lésions nerveuses.

Avant la découverte du procédé de Moreschi, les méthodes chirurgicales ne s'attaquaient qu'à l'un ou à l'autre de ces éléments pathogéniques.

Le procédé de l'incision circonférencielle de la jambe s'attaque à la fois à tout le système veineux superficiel et aux lésions nerveuses périphériques.

Cette méthode est indiquée dans tous les cas d'ulcère variqueux parce que : *a.* elle est d'une technique facile; *b.* elle est inoffensive; *c.* elle est efficace.

Elle semble bien supérieure à chacune des autres méthodes chirurgicales employée seule.

Contribution à l'étude de la coxa vara. (Poiffaut. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Il est de règle que plusieurs déviations ostéo-articulaires de l'adolescence (pied plat, genu valgum, coxa vara, scoliose) coexistent sur le même sujet.

L'une d'elles a continué d'être nettement prédominante. Mais celles qui l'accompagnent doivent être considérées comme le résultat de l'action de mêmes causes et non pas comme des déviations compensatrices.

Ces causes sont en réalité des actions mécaniques normales (pesanteur, force musculaire) exagérant des dispositions anatomiques normales, parce que la résistance des tissus osseux, ligamenteux et musculaires est diminué.

La maladie générale amenant cette diminution de résistance a été appelée rachitisme tardif, en raison de certaines constatations histologiques, mais rien ne prouve qu'elle soit nosologiquement identique au rachitisme vrai, celui de la première enfance.

La coxa vara est, parmi ces déviations, une de celles qui arrivent le plus rarement à un degré suffisant pour acquérir ainsi une véritable individualité clinique.

Cette localisation semble pouvoir être provoquée par une arthrite aiguë, scarlatineuse par exemple, une maladie générale infectieuse pouvant d'autre part être une occasion de réaction ou de reprise pour le processus général appelé rachitisme tardif.

Dans la plupart des cas, la coxa vara sera traitée par l'extension continue.

Rein cancéreux et mobile. Difficultés du diagnostic. (Paul Giffard. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Le cancer développé sur un rein mobile est rare.

Le cancer du rein peut déterminer la mobilité de l'organe.

Elle est moins prononcée que si elle existait déjà préalablement.

Le diagnostic d'un rein cancéreux et mobile peut présenter de grandes difficultés. On peut le confondre avec les autres tumeurs mobiles de l'abdomen et particulièrement avec un rein seulement mobile.

En présence d'une tumeur mobile de l'abdomen il faut penser à la possibilité du cancer du rein.

Si le diagnostic, spécialement avec un rein mobile, est hésitant, la néphrotomie exploratrice est indiquée; elle sera suivie de la néphrectomie lombaire, s'il y a lieu.

Dans les autres cas, la néphrectomie transpéritonéale semble préférable, surtout s'il s'agit de tumeurs volumineuses qui peuvent être adhérentes malgré leur mobilité.

OBSTÉTRIQUE

Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangréneuses. (Ch. Paul. Th. de Paris, 1906; Émile Larose, édit.). — On rencontre à l'autopsie de femmes ayant expulsé un produit de conception une lésion très particulière, que l'on peut dénommer « perforation utérine avec gangrène localisée » (Richardière).

Cette lésion se rencontre dans la grande majorité des cas après des avortements, et quelquefois après des accouchements à terme.

Il n'est pas démontré que dans un seul cas la perforation gangréneuse se soit montrée en dehors de toute manœuvre intra-utérine.

Médico-légalement, quand on rencontre cette perforation, on est autorisé à conclure à une manœuvre intra-utérine; c'est-à-dire, à moins que l'enquête ne fasse la preuve du contraire, à des manœuvres criminelles abortives.

MÉDECINE LÉGALE

La mythomanie, étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides. (A. Trannoy. Th. de Paris, 1906.) — La mythomanie physiologique chez l'enfant normal, où elle est mieux dénommée activité mythique, devient pathologique chez l'enfant anormal et chez l'adulte par sa persistance, son intensité et ses associations morbides.

C'est chez l'adolescent, à l'âge où le sujet, sur les limites de l'enfance, met au service de l'activité mythopathique, excitée par la fanfaronnade et l'appétit de notoriété, le développement de ses facultés intellectuelles, que le syndrome revêt les types cliniques les plus variés et les plus riches.

Les femmes et surtout les petites filles sont beaucoup plus prédisposées que les hommes et les petits garçons aux manifestations mythopathiques.

La mythomanie revêt plusieurs formes cliniques :

L'altération de la vérité consiste en déformation des faits réels ou addition de faits imaginaires. La tendance spontanée et constante au mensonge continue la série ascendante des manifestations mythomaniaques.

La simulation, associée du reste au mensonge, constitue en quelque sorte un des procédés employés par le mythomane pour parvenir à la forme la plus haute et la plus intéressante : la fabulation fantastique. Cette dernière, qui varie dans ses manifestations d'après les ressources intellectuelles du sujet, est dirigée par les tendances morbides qui s'associent à l'activité mythique. Ces tendances morbides sont : la vanité, la malignité, la perversité, d'où la distinction des variétés : vaniteuse, maligne, perverse de la mythomanie.

La forme vaniteuse comprend la hâblerie fantastique, l'auto-accusation criminelle, les simulations diverses.

La forme maligne se traduit par les mystifications les plus

variées, l'hétéroaccusation par calomnies, ou fausses dénonciations d'attentats criminels, parfois simulés.

La forme perverse est lubrique avec les pervertis génitaux, cupide avec les escrocs.

Une catégorie intéressante est la mythomanie errante qui est caractérisée par l'association à l'activité mythique sous ses différentes formes (hâblerie, simulation, etc.) de la tendance au vagabondage, c'est-à-dire de la tendance constitutionnelle à errer. Les sujets sont des mythomanes errants, des fabulants actifs, poussés par l'envie non seulement de forger, mais encore de vivre des romans d'aventures. La forme infantile de cette variété mythopathique crée les petits Robinsons, les jeunes trappeurs; la forme adulte crée les vagabonds de toutes les classes, depuis certains types de chemineaux jusqu'à certains types d'aventuriers.

L'étude des faits démontre l'association très fréquente de la mythomanie et de l'hystérie. Nous avons montré que ces deux syndromes, quoique liés par d'étroites affinités, ne doivent point cependant être confondus et que le procès critique de l'hystérie s'éclaire singulièrement par la notion de la mythomanie.

La mythomanie a une importance médico-légale de premier ordre.

Le témoignage de l'enfant doit toujours être considéré comme extrêmement suspect. Que ce témoignage ait lieu devant le juge d'instruction ou le tribunal, il faut toujours savoir qu'il peut être la récitation d'une leçon apprise par cœur ou l'œuvre de la suggestion étrangère imposée par l'entourage, les parents ou les magistrats eux-mêmes.

L'histoire médico-légale des mythomanes adultes montre que nombre des situations judiciaires des plus regrettables dans leur développement ou leur issue auraient pu être évitées si la notion de la mythomanie était plus familière aux magistrats.

Dans toutes les affaires, où l'on peut soupçonner l'intervention de la mythomanie, l'expertise médico-légale s'impose pour mettre en évidence l'inanité de la plupart de ces romans criminels, démontrer leur fondement pathologique et apporter ainsi aux magistrats la solution médico-légale du problème judiciaire.

La plupart des mythomanes sont des malades à isoler ou des infirmes qu'il faut soustraire par un internement définitif à la société dont ils compromettent l'ordre et la sécurité.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Des traumatismes de l'oreille dans les accidents du travail. (A. Pasquier. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — L'étude des lésions que les accidents du travail produisent aux oreilles mérite d'être approfondie puisque des lois ont été promulguées, qui apportent une sanction judiciaire aux diagnostic et pronostic du médecin auriste.

L'accident du travail aux oreilles se produit en général par des coups ou chute sur la tête, une explosion, un changement brusque dans la pression atmosphérique, etc.

Le médecin expert auriste n'a souvent à examiner le blessé que longtemps après l'accident, soit parce que la lésion de l'oreille a passé d'abord inaperçue masquée par la commotion cérébrale, soit parce que le traumatisme a déterminé sur d'autres parties du corps des lésions, dont se plaint seulement le blessé.

Le pavillon peut être atteint de contusion, manifestée par une ecchymose ou un othématome, il existe parfois une fracture du cartilage. On a observé un arrachement partiel ou total. Les froidures sont rares, les brûlures plus fréquentes. Les lésions du pavillon se guérissent très rapidement, mais laissent presque toujours une difformité cicatricielle préjudiciable à l'esthétique, sans porter atteinte à l'audition.

Le conduit auditif externe présente une plaie ou une fracture. La fracture de la paroi antéro-inférieure se produit par une chute ou un coup sur le menton, celle de la paroi postérieure serait une irradiation de la fracture de la base du crâne et celles de la paroi supérieure une irradiation d'une fêlure de la voûte. Il faut éviter autant que possible la sténose du conduit par un tamponnement.

L'oreille moyenne présente une plaie, une rupture ou une perforation de la membrane du tympan, l'hémorragie en est parfois abondante, une asepsie rigoureuse préviendra les complications, mais l'audition pourra être légèrement diminuée. Les lésions de la caisse, fractures ou disjonctions des osselets sont de cause directe ou par propagation d'une fracture du rocher. Les complications peuvent en être graves par suppuration et l'audition très affaiblie.

Les fractures de la mastoïde s'accompagnent de paralysie faciale, d'hémorragie labyrinthique ou de commotion labyrinthique, qui en aggravent le pronostic.

Les lésions de l'oreille interne ont lieu par fracture du rocher, ou par la voie aérienne dans les explosions, ou les changements brusques de la pression atmosphérique. Au moment de l'accident le blessé est dans le coma, plus tard il se plaint de surdité, de bourdonnements, céphalée, vertiges, troubles de l'équilibre, hyperacousie douloureuse, paracousie de lieu, et quelques autres manifestations explicables par la neurasthénie traumatique.

On fera le diagnostic des différents vertiges, de la simulation, des affections antérieures, de l'exagération, de l'hystéro-traumatisme de la surdité verbale, des surdités professionnelles, des surdités toxiques.

Le pronostic est grave. Les bourdonnements et les vertiges disparaissent souvent, mais la surdité persiste. Plusieurs expertises à intervalles éloignés sont souvent indispensables pour une juste appréciation.

La thérapeutique n'améliorera que très peu les lésions, le temps fera souvent seul ce que l'on peut espérer et le meilleur moyen d'améliorer l'état du blessé est d'assurer le règlement pécuniaire de son accident. A partir de ce moment, il s'en préoccupe moins, guérit de sa « névrose de procédure » (Berger), et retrouve des forces sur lesquelles il n'osait plus compter.

Le rapport médico-légal appréciera l'incapacité totale ou partielle, définitive ou temporaire, au point de vue fonctionnel et au point de vue professionnel de l'ouvrier.

PRÉVOYANCE ET ASSISTANCE SOCIALES

Médecine et mutualisme. De l'œuvre médicale dans les Sociétés de prévoyance et d'assistance sociales. (G. Sabatier. Th. de Paris, 1906; A. Maloine, édit.) — Si, après avoir établi le bilan des œuvres mutuelles en France, on compare les résultats à ceux des pays étrangers où des méthodes différentes ont été suivies, il faut reconnaître que sur bien des points ils ne sont pas à notre avantage. En Angleterre, où une grande liberté a été laissée aux individus, les « Friendly-Societies » se sont multipliées beaucoup plus rapidement qu'en France. Elles comptent aujourd'hui 5 millions de membres possédant un capital de 600 millions; à ce nombre déjà élevé, il faut ajouter les 700 000 individus que les intérêts professionnels et l'assistance

médicale ont groupés autour des « Trade-Unions ». Ces associations offrent à leurs adhérents les soins médicaux et pharmaceutiques, des indemnités importantes; et elles ont pu entreprendre avec avantage la lutte contre l'alcoolisme, contre la tuberculose qui, grâce à leur intervention, a diminué ses ravages. En Allemagne, l'obligation a créé une organisation encore plus puissante. Les « caisses régionales » ont un avoir total de un milliard; elles groupent plus de dix millions d'associés et les pensions qu'elles servent pour cause d'invalidité, de maladie, d'accidents, sont égales à la moitié ou aux deux tiers du salaire moyen des ouvriers; le service médical est complet et procure aux malades tous les soins indispensables; des sanatoriums ont été créés dans tout le territoire; en 1904, ils ont pu recevoir plus de 20000 tuberculeux. Si l'obligation a eu l'avantage de généraliser rapidement l'assurance et d'offrir les garanties essentielles d'un bon service médical, l'esprit autoritaire de la loi et son régime administratif qui dispensent l'ouvrier de l'effort méritoire et lui imposent un contrôle assujettissant ont donné lieu à des fraudes, à des complications coûteuses, à des mesures vexatoires et ont, en somme, peu contribué à l'éducation morale de la nation. Mais l'Allemagne, en appliquant ce régime, a été moins guidée par un sentiment humanitaire que par les nécessités de son économie sociale, et, à ce point de vue utilitaire, son œuvre est un succès.

Le cachet de la mutualité française est dans son rôle moral et social. Elle a groupé autour de la souffrance et de la maladie les malheureux qui sont appelés à en subir les plus rudes atteintes et les hommes qui, touchés par cette misère, mettent leur dévouement à son service. Ne se contentant pas d'assister momentanément celui qui souffre, et pour transformer cette lourde fatalité en une œuvre de vie, elle a formé des sociétés où chacun puise la force dont le privait son isolement, et les enseignements qui guident sa conduite à travers les difficultés de la vie; elle procure à ses membres à la fois les secours contre la maladie et les leçons contre la misère: elle devient ainsi l'école de la bienfaisance.

De cette qualité viennent ses défauts. Les œuvres basées sur la liberté ne se développent que lentement; leur progrès est arrêté par des obstacles qui proviennent, d'une part, de l'apathie des masses ignorantes peu disposées à faire un effort pour sortir de la misère que l'habitude leur donne le courage de supporter, d'autre part, de l'égoïsme de la classe aisée qui comprend, à côté de quelques zélateurs dévoués, une foule que les malheurs d'autrui laissent indifférente. Pendant trop longtemps, l'insouciance des uns et des autres a fait l'ombre autour de la mutualité. Mais divers symptômes permettent d'espérer que des côtés opposés de la nation un réveil va se produire. Tous les ans, depuis 1898, les sociétés augmentent d'une moyenne de 100000 membres. Les « mutualités scolaires » qui, dès l'enfance, initient les écoliers à son régime, leur apprendront à user des bénéfices de l'aide mutuelle. L'exemple donné par les hauts fonctionnaires de la nation ne tardera pas à stimuler d'autres dévouements qui assureront le succès définitif de la mutualité.

A ce progrès, la société entière est intéressée. Elle y trouvera des avantages financiers appréciables. La mutualité a prouvé qu'elle pouvait, avec peu de frais, supporter les charges des services les plus importants. Les législateurs font trop volontiers fi de cette considération quand ils donnent leur approbation aux lois très coûteuses de pure assistance qui détournent les capitaux de l'industrie pour les inscrire au budget de la misère. Il peut être humanitaire de secourir même aux dépens des entreprises industrielles les vieillards, les infirmes, les incurables, mais il ne faut pas oublier que l'argent employé à soulager l'infortune demeure en somme improductif et qu'il est contraire à l'économie des nations fortes. L'auteur n'exprimerait pas ce sentiment si les œuvres de prévoyance individuelle n'étaient en mesure de réaliser autant de bien que les lois de prévoyance par l'État ou de l'assistance obligatoire. C'est un sophisme que de croire à la réalité de la bienfaisance quand elle n'est pas entretenue par l'effort personnel, volontaire et libre. Les lois d'assistance s'imposent seulement dans les cas où on ne peut agir autrement, et elles doivent être réservées pour ceux que le malheur laisse dans l'abandon.

Autant qu'un avantage financier, le côté médical doit intéresser la société à la mutualité. Qu'il s'agisse de prévention ou de cure des maladies, nulle organisation ne peut, mieux que l'aide mutuelle, y pourvoir. L'hygiène sociale se résume en cette formule : Prévenir, autant que possible, la maladie pour n'avoir pas la charge, souvent vaine, de la guérir (L. Bourgeois). Ce vœu contient le programme de la mutualité. Elle devient ainsi l'auxiliaire indispensable de la science, dont le véritable progrès consiste à réduire de plus en plus le nombre des malades, mais qui ne peut y réussir si ses enseignements ne sont pas rigoureusement appliqués. Or les sociétés organisées pour stimuler l'initiative personnelle contre la maladie, pour apprendre les préceptes essentiels de la santé et du bien-être, pour composer les services d'hygiène et de médecine, offrent les meilleures garanties de succès. Grâce à sa doctrine et à sa méthode, l'aide mutuelle peut devenir un moyen fécond et rapide de répandre à tous les bienfaits de la science médicale.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude de la gentiane. (TANRET. Th. de Paris, 1905; J.-B. Baillière, édit.) — La *gentiopicrine*, que Kromayer a découverte en 1862 dans la racine fraîche de gentiane ne peut se préparer que difficilement d'après les procédés connus. Mettant à profit sa solubilité dans l'éther acétique hydraté, l'auteur en donne un mode de préparation nouveau et pratique.

La formule de la gentiopicrine n'est pas $C^{20}H^{30}O^{12}$, comme l'avait cru Kromayer : celle qui résulte des recherches de l'auteur est $C^{16}H^{20}O^{9}$. Selon les solvants employés, la gentiopicrine cristallise anhydre ou hydratée et fond à 91 ou 122 degrés.

Son dédoublement sous l'influence de l'émulsine fournit du glucose et de la gentiogénine, blanche, cristallisée, selon l'équation



$$C^{16}H^{20}O^{9} + H^{2}O = C^{6}H^{12}O^{6} + C^{10}H^{10}O^{4}$$

Le produit appelé gentiogénine par Kromayer est un produit amorphe qui est à la gentiogénine vraie ce que la salirétine est à la saligénine.

A côté de la gentiopicrine existe un glucoside amorphe, la *gentiamarine*, qui résulte probablement de l'action des ferments de la gentiane sur la gentiopicrine. Ces ferments sont de deux sortes : l'un hydratant, l'autre oxydant. M. G. Tanret a essayé d'élucider, *in vitro*, le mécanisme de leur action. Le procédé qui a permis d'isoler la gentiamarine constitue une méthode nouvelle de recherche, qui pourra conduire à la découverte de nouveaux glucosides.

Il décrit un troisième glucoside, accompagnant les deux précédents : la *gentiine*. C'est le premier glucoside connu donnant du xylose dans ses produits de dédoublement.

Des graisses de gentiane nous avons isolé une cholestérine qui paraît nouvelle : ce serait la gentiostérine.

L'auteur a fait l'analyse immédiate d'un extrait alcoolique de gentiane fraîche. Le procédé qu'il emploie lui a permis d'en établir la composition à 1 p. 100 près.

La gentiopicrine jouit de propriétés purgatives marquées. Elle tue rapidement les infusoires, ce qui permet d'expliquer son action sur l'hématozoaire du paludisme.

M. G. Tanret rappelle que la gentiane était un fébrifuge fort usité avant la généralisation du quinquina et la découverte de la quinine.

Comme cette plante indigène est encore un remède populaire en Corse contre les fièvres intermittentes, M. Tanret est allé expérimenter la gentiopicrine dans les cas de paludisme. Grâce aux glucosides de la gentiane, il est arrivé à couper les accès de fièvre : ces glucosides peuvent à eux seuls amener la guérison de la maladie. Bien qu'ils soient moins actifs que la quinine, ils pourront sans doute rendre quelque service quand cet alcaloïde n'aura pas donné tout ce qu'on attendait de lui.

Enfin, il serait désirable de remplacer les préparations actuelles de gentiane par d'autres obtenues à partir de la racine fraîche : on aurait ainsi des produits contenant les glucosides inaltérés et où on pourrait les doser facilement par la méthode donnée par l'auteur.

L. GAYARD.

La médecine au théâtre dans les temps modernes, par le docteur Paul DESCOUST ; préface de M. François DE CUREL. In-8° de 246 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Boulangé.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est ainsi composé :

Anatomie : MM. Lesné, Jousset, Wiart, Labey. — *Pathologie* : MM. Rudaux, Poulard, Garnier, Proust.

Pathologie. — Question : « Symptômes et diagnostic des hémoptysies. » — Séance du 17 septembre 1906 : MM. Durand (Henri), 17 ; Béraud, Chaufour et Girard, 14 ; Burguet, 11 ; Bilbault, 10 ; Aurégan et Gallas, 5.

Anatomie. — Question : « Muscle sterno-cléido-mastoïdien. » — Séance du 18 septembre : MM. Durand (Henri) et Rousseau (F.), 18 ; Girault et Turquety, 17 ; Burguet et Chaufour, 16 ; Aurégan, Béraud, Bilbault, Gallas, Girard, Goldsmith et Mougenc de Saint-Avid, 15 ; Larcher (Marcel), 12 ; Kohan, 5 ; Pasquet, 4.

La prochaine séance aura lieu demain jeudi 20 septembre, à quatre heures et demie (candidats de la deuxième série de la deuxième moitié).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à quatre places d'Internes en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 8 novembre 1906. Les épreuves commenceront à quatre heures, à l'Hospice général, salle des séances.

La commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 18 octobre 1906. Dans ce cas, les candidats en seront avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Pour être admis au concours, les élèves en médecine, appartenant aux écoles ou facultés françaises, doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Administration quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 23 octobre au plus tard.

MARINE. — M. le médecin principal Barthélemy, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Saint-Louis* (escadre de la Méditerranée).

M. le médecin en chef de deuxième classe Nodier, du port de Lorient, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime du Port-Louis.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 30 octobre 1906.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie ; *b.* Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* Une composition de médecine ; *b.* Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*. Une composition de médecine ; *b*. Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Henri Franconie, étudiant en médecine à Rochefort.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (N° 36, 4 sept. 1906.) Daireaux : Etude sur les paralysies pneumoniques chez les adultes. — Nordmann et Jouffroy : Deux cas de phlegmons périnéphritiques dus à la migration de collections voisines.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 6 sept. 1906.) Leo : Traitement des hémorragies du tube digestif. — Schletinger et Holst : Recherches comparatives sur la présence d'hémorragies minimes dans les matières fécales au moyen d'une modification du procédé de la benzidine. — Rinne : Traitement opératoire de l'épilepsie. — Sommer et Fürstenau : Les charges électriques apparentes du corps humain. — Bence : Deux cas de polyglobulie avec splénomégalie. — Greff et Clausen : Spirochæte pallida dans la kératite expérimentale. — Cassel : Sur le sommeil dans l'enfance. — Harek : Un nouvel antiblennorragique, le « Santyl ».

Écho médical du Nord. — (N° 37, 16 sept. 1906.) Le Fort : La trépanation à travers les âges. — Druchert et Looten : Cholécystentérostomie pour ictère chronique. — Raviart et Gayet : Fièvre typhoïde à forme ambulatoire. Mort rapide dans le coma. Œdème aigu du poumon. Psorentérie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 37, 16 sept. 1906.) Sellier et Dubourdieu : La sensibilité épigastrique chez les dyspeptiques. — Lemaire : Indications sur les emplois et la valeur thérapeutique de la stovaïne.

Journal des praticiens. — (N° 37, 15 sept. 1906.) Reclus : De l'ishtmectomie thyroïdienne. — Chauffard : Les myopathies primitives progressives. — Babinski : Le tabes et la paralysie générale conjugale. — Rouet : Traitement simple et méthodique de l'infection puerpérale. — Rochon : Morsure de vipère suivi d'une crise de rhumatisme articulaire, viscéral et cérébral.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 37, 13 sept. 1906.) Stordeur : A propos de trois cas de maladies congénitales du cœur.

Lyon médical. — (N° 37, 16 sept. 1906.) Bonnet : Hydrargyrie à forme d'érythème circiné. — Lépine : Rapports du rhumatisme chronique avec quelques maladies de la moelle.

Medizinische Blatter. — (N° 36, 8 sept. 1906.) Svehla : Influence de l'extrait de thymus sur la circulation. — Weiss : Sirop au gaïacol sulfo-calcique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 37, 11 sept. 1906.) Aschaffenburg : Influence de la vie sexuelle sur l'apparition des maladies nerveuses et mentales. — Rolly : Sur une épidémie d'intoxications par les haricots. — Hocheisen : Accouchements avec la scopolamine-morphine. — Grund : Sur la suspension réflexe de la sécrétion rénale pendant la cystoscopie. — Schilling : Influence heureuse des rayons Röntgen sur la bronchite chronique et sur l'asthme bronchique. — Merkel : Sur un cas de hernie de Treitz. — Germer : Sur un cas de hernie traumatique du poumon sans plaie pénétrante du thorax. — Vörner : Sur un cas remarquable d'exanthème cutané tuberculeux. — Goldberg : Prostatite chronique cystoparétique. — Friedeman : La ligature des veines du bassin dans la forme pyohémique de la fièvre puerpérale. — Dreyfuss : Influence de la nutrition naturelle et artificielle sur les nouveau-nés à Kaiserslautern. — Fleurent : Un cas de grossesse simultanément intra et extra-utérine. — Thalwitzer : L'épileptique automobiliste.

Normandie médicale. — (N° 18, 15 sept. 1906.) Dufour : Hommes sages-femmes. — Dussaux : De la recherche de la paternité.

Pédiâtrie pratique. — (N° 18, 15 sept. 1906.) Guinon : Entérites et appendicite chez l'enfant. — Comby : Sur le même sujet. — Marie : Deux cas de coqueluche traités par la poudre de Dorser. — Delassus : Traumatisme de l'abdomen chez un enfant de six ans par un coup de pied de cheval. — Boquel : Un cas de mastoïdite chez un nouveau-né. — Remlinger et Nouri : Transmission des maladies infectieuses par les animaux d'appartement.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 36, 9 sept. 1906.) Fuchs : Un cas de névrose du tissu graisseux. — Ströszner : Recherches sur le pouvoir bactéricide du lysoforme.

Province médicale — (N° 37, 15 sept. 1906.) Meriel : Un cas de volvulus du cæcum. — Péry : Sur un cas d'allongement œdémateux du col utérin pendant la grossesse. — Mayet : La consommation de l'absinthe en France de 1890 à 1905.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 37, 15 sept. 1905.) Dionisio : Guérisons anciennes et guérisons récentes de sujets ozénateux traités par la radiothérapie. — Massier : Tuberculose amygdalienne à forme hyperplasique.

Tribune médicale. — (N° 35, 15 sept. 1906.) Siegel : Les abcès du mal de Pott.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 36, 6 sept. 1906.) Dœrr : Sur la question de l'équivalence biologique du colibacille et du bacille typhique. — Kürt : Sur la délimitation pratique du cœur normal. — Goldmann : Contribution au traitement de l'helminthiase.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DES INTERVENTIONS SUR LES OS

DANS LA

CHIRURGIE DU CHAMP DE BATAILLE

D'APRÈS LES ENSEIGNEMENTS MODERNES

Par le docteur DEMMLER,
Correspondant de la Société de chirurgie.

La chirurgie du système osseux depuis l'avènement de la méthode asepto-antiseptique a conquis de nombreux champs d'action où les succès s'affirment tous les jours. Sans parler de la suture des os, dont les résultats dans les fractures fermées ne sont pas encore assez nombreux pour qu'elle soit d'un emploi fréquent, on ne compte plus les succès obtenus dans le traitement des fractures ouvertes, même de celles qu'on regardait autrefois comme justiciables de l'amputation; on n'admet plus que les lésions articulaires graves réclament dans la majorité des cas une résection secondaire ou primitive. La méthode auto-plastique ou hétéro-plastique a permis de combler des pertes de substance qu'on considérait autrefois comme vouant le membre à une impotence fonctionnelle absolue. En un mot, la conservation des membres, la conservation fonctionnelle le plus souvent, est le but que le chirurgien a le droit et le devoir de rechercher. Ajoutez à cela que l'usage de la radiographie a permis de mieux préciser le degré et l'étendue des lésions, de leur opposer un traitement et des appareils basés sur des indications plus nettes; de constater que si la coaptation ne pouvait toujours être obtenue, même avec les meilleurs appareils, d'une façon absolue, il ne fallait pas s'en inquiéter outre mesure, parce que ces difficultés se corrigeaient avec le temps et par la force même de l'action musculaire; on en conclut que le premier devoir du chirurgien est, dans le choix d'un appareil, de rechercher celui permettant le mieux la conservation des mouvements articulaires et l'intégrité des muscles, et, pour les fractures ouvertes, donnant le plus de garanties contre l'infection.

Les observations faites à la suite des guerres pendant les dix dernières années ont permis de vérifier le bien-fondé d'un grand nombre de ces assertions, et l'attention des chirurgiens d'armée a été d'autant plus sollicitée sur le choix dans les interventions sur le système osseux, que les fractures par coups de feu sont de toutes les blessures celles qu'ils observent le plus fréquemment; en outre, leur gravité s'est accrue avec les projectiles modernes. Le danger de ces lésions dépend de la distance à laquelle le coup de feu a été tiré. Entre 2 000 et 2 500 mètres, ils brisent l'os en formant, à partir du point où il a été frappé, des fissures en X qui s'étendent souvent très loin en contournant la face de la diaphyse, et sont, suivant la distance, partagées en éclats secondaires. Mais les esquilles adhérentes ou non au périoste ne sont jamais projetées au loin et, restant en contact avec l'os, ne lui donnent pas une grande mobilité. Entre 1 000 et 100 mètres, ils conservent une force explosive considérable et produisent des esquilles nombreuses, dispersées en tous sens dans les tissus, projetées même au dehors, en même temps que sur l'os existent de longues fêlures.

L'étendue du foyer dans les fractures de ce genre nous explique leur gravité qui dépend du danger de l'infection dans un espace aussi grand, et d'une vitalité de l'os ainsi compromise.

Dans un récent article publié dans les *Archives générales de médecine*, 1906, n° 4, notre confrère Matignon rappelle l'opinion du docteur Henle, médecin-chef de l'hôpital de la Croix-Rouge allemande pendant la guerre russo-japonaise :

« Tous les grands traumatismes des os, dit-il, étaient suivis de suppuration, et l'ostéo-myélite était fréquente... Les grands éclatements des os et les suppurations subséquentes sont la cause fréquente de pseudarthroses. » Et pourtant, malgré ce sombre pronostic, aucune hésitation n'existe parmi les chirurgiens d'armée qui ont publié le résultat de leurs expériences. Sauf dans de très rares exceptions, la question d'amputation immédiate ne saurait être posée. On doit tenter la conservation fonctionnelle, même au prix de quelque difformité. Car on a obtenu bien souvent des guérisons beaucoup plus complètes que la gravité des lésions ne permettait tout d'abord de l'espérer.

On comprend quelle importance acquiert le traitement du début de ces traumatismes osseux, et combien il serait utile de fixer les bases sur lesquels on doit l'instituer.

Deux points capitaux dominent toute cette chirurgie du système osseux : connaître l'étendue de la lésion pour savoir ce qu'on doit conserver — libérer le foyer de tous les clapiers qui peuvent retenir les corps étrangers et favoriser l'infection.

Il ne faut pas hésiter, surtout quand l'étendue des désordres des parties molles donne toute présomption à la fracture des os, à élargir la plaie par des incisions méthodiques pour explorer le squelette, et débarrasser le foyer, sous une irrigation d'eau oxygénée, de tous les débris et de tous les coagula sanguins qui peuvent devenir le point de départ d'accidents septiques.

Peut-être pourrait-on objecter que cette règle adoptée d'une façon trop absolue, entraînera des délabrements inutiles dans le cas où le diagnostic de la fracture reste incertain, et où il ne s'agit que d'une simple plaie des parties molles. Je ne crois pas cette opinion fondée. Et tout d'abord, même dans ce dernier cas, l'inconvénient ne serait pas grand. Sans être partisan du débridement systématique de toutes les blessures par coups de feu, je crois que, même quand il n'est pas nettement indiqué, on a toujours avantage à transformer en plaie nette, bien éclairée, des trous où l'on ne voit pas clair. Si l'on court le risque de faire une intervention inutile, en revanche dans les cas où l'on a de grandes présomptions en faveur d'une lésion osseuse, l'indication de débrider la plaie jusqu'à l'os est bien indiquée. Nous trouvons la confirmation de cette opinion dans tout ce qui a été dit et écrit au sujet des fractures ouvertes dans les discussions ou les livres des maîtres de la chi-

rurgie. Dans son rapport au Congrès de chirurgie en 1895, Heydenreich disait : « Dans les fractures ouvertes, en particulier dans les fractures par armes à feu, lorsqu'on reconnaît l'existence de désordres profonds, il ne faut pas hésiter à faire un débridement, à explorer le foyer, à enlever les corps étrangers et les esquilles mobiles et complètement détachées, puis à drainer la plaie et à la panser antiseptiquement. Ce nettoyage antiseptique de la plaie, écrit Ollier, loin d'ajouter à la gravité du traumatisme, la diminue pour le présent et pour l'avenir. Il enlève en effet les parties susceptibles d'infecter la plaie, et d'y jouer pendant un temps prolongé le rôle d'un irritant, et permet d'éviter ces suppurations interminables qui font le désespoir de certains blessés. » Et Lejars, dans son excellent *Traité de clinique d'urgence*, après avoir dit que la première indication fondamentale dans les fractures ouvertes était le débridement du foyer, montre que la seconde est une désinfection longue, minutieuse, faite dans tous les recoins du foyer, sous la peau décollée, entre les muscles, en arrière des fragments, entre les fragments surtout.

Il ne saurait donc y avoir de doutes; il faut inciser largement jusqu'à l'os, le périoste même si l'on constate la présence d'un hématome sanguin sous-périosté. C'est le meilleur moyen de prévenir les complications inflammatoires et les dangers de l'ostéo-myélite. Mais il faut également ne pas dépasser la mesure, et dans ce nettoyage ne pas faire de délabrements inutiles. On doit prendre garde de détacher les esquilles adhérentes et d'entamer le périoste qui les maintient. Et nous arrivons à une autre indication du traitement : celle de la réparation osseuse. Elle peut être fortement compromise si l'on ne sait pas ménager le squelette. On a beaucoup discuté autrefois à ce sujet, et les Bulletins de l'Académie de médecine renferment de mémorables discours sous ce rapport. Actuellement, si l'on n'admet plus, comme le voulait Jobert, qu'il faut conserver toutes les esquilles, on ne croit pas non plus avec Baudens, Larrey, Hutin, etc..., qu'elles doivent toutes être enlevées. La pseudarthrose est, en effet, fréquente à la suite de ces fractures, et l'on doit être parcimonieux de la substance osseuse. Donc : point de doute pour les esquilles petites, détachées et projetées dans les tissus, comme on l'observe dans les coups de feu tirés à petite distance; ces esquilles sont trop petites, trop dénuées de périoste pour être coaptées et avoir chances de vitalité. Mais pour celles qui sont assez volumineuses, qui ne paraissent pas encore desséchées et dénuées de leur enveloppe périostique, alors même qu'elles ne seraient plus adhérentes, il ne faut pas hésiter. Je ne parle pas de ces longues fissures qui, quoique détachées du squelette, sont maintenues par un manchon périostique, mais de celles qui sont libres dans le foyer et sont assez importantes pour que leur ablation amène une perte de substance notable. Il est certain que si on les enlève, la réparation osseuse sera compromise, tandis qu'on peut toujours espérer que le fragment ne se nécrosera pas et ne deviendra pas un séquestre exigeant plus tard une nouvelle intervention. Il vaut mieux tenter cet aléa, puisqu'il sera toujours temps, si la consolidation ne se fait pas par perte de substance osseuse, de recourir à l'une des opérations usitées en pareil cas, auto-plastie ou hétéro-plastie.

On réunira donc les fragments les plus importants, on les coaptera, on fera une véritable mosaïque pour rétablir autant que possible la continuité de l'os. Devra-t-on faire la suture osseuse, et le chirurgien est-il en droit de considérer cette intervention nouvelle comme susceptible d'être faite dans les formations de première ligne? C'est, en effet, une opération quelquefois assez difficile que celle de suturer les os dans la profondeur; en tout cas, elle est minutieuse et demande du temps et des soins. D'autre part, elle n'assure pas toujours le maintien des fragments.

Toutes ces objections ne sont pas d'une importance capitale et n'empêchent pas de considérer la suture osseuse comme susceptible d'entrer dans le domaine des interventions sur le champ de bataille, si l'on veut bien toutefois lui assigner certaines limites. Pour les esquilles, trop déplacées, trop mobiles, pouvant léser les tissus voisins, il ne saurait y avoir de doutes : il faut les maintenir coaptées à l'os par une suture osseuse, faite aussi rapidement que possible, par un cerclage suivant la méthode de Döllinger, qui paraît assez prompte et facile.

Mais si l'on veut tenter par la suture une mise bout à bout des segments osseux, si l'on veut, en un mot, rétablir d'une façon idéale la continuité de l'os, je crois qu'on fera mieux de s'abstenir parce que cette suture qui, dans la pratique civile, donne déjà des mécomptes au point de vue du maintien des fragments, offre peu de chances de réaliser son but sur des membres qui vont subir les cahots d'un transport très défectueux. Et l'on peut se demander si, dans ces cas, on doit pour un résultat aléatoire employer un temps qui déjà fait défaut pour des interventions mieux indiquées. Je sais bien que Lejars, qui fait autorité en la matière, conseille la suture osseuse, et qu'il cite un cas où les deux bouts de l'humérus, séparés par de nombreuses esquilles, ont pu être suturés avec succès. Mais il a soin de dire en parlant de cette intervention : « Si les conditions locales et générales le permettent. »

Or, les fractures par coups de feu en chirurgie d'armée ne sont pas, par le fait du transport ultérieur, dans des conditions locales identiques à celles qu'on peut traiter dans la pratique civile.

Dans les limites que je viens d'indiquer, la suture osseuse peut être employée à l'ambulance. Il reste, bien entendu, qu'elle sera de rigueur dans certains cas, comme dans les fractures de la rotule ou de l'olécrane, dans les fractures de la clavicule, si les fragments paraissent dangereux pour le paquet vasculo-nerveux.

Ainsi donc, le chirurgien cherchera à conserver tout ce qu'il pourra de la substance osseuse. Mais il ne faut pas que cette précaution soit poussée trop loin, qu'on hésite, par exemple, à réséquer une pointe osseuse menaçant les tissus voisins, ou qui ne peut être libérée de sa boutonnière musculaire, d'autant plus que la contracture qu'elle entraîne par

irritation du muscle, est une cause constante de déplacement. Mais jamais cette régularisation ne devra atteindre les proportions d'une résection diaphysaire véritable, intervention qui doit être absolument rejetée.

Cette question des résections diaphysaires nous amène naturellement à celle des résections articulaires.

L'opinion autrefois admise par la majorité des chirurgiens militaires était qu'en présence d'un coup de feu intéressant l'articulation, deux opérations seules pouvaient sauver le blessé : l'amputation ou la résection primitive. A l'amputation primitive préconisée par Ambroise Paré, Percy, Larrey tentèrent de substituer la résection ou la conservation. Plus tard, on revint à l'amputation primitive, et en Crimée, par exemple, sauf 41 cas de résections de l'épaule, l'amputation primitive ou secondaire fut le seul mode de traitement des coups de feu articulaires.

Mêmes errements en Italie du côté des chirurgiens militaires français, tandis que Neudörfer, médecin de l'armée autrichienne, préconisait la résection.

Mais à partir de 1864, les Allemands commencèrent à mettre en faveur la méthode conservatrice. En 1870, elle fut adoptée par presque tous les chirurgiens de l'armée allemande, grâce à l'autorité de Langenbeck, Volkmann, Reyher. Pendant la guerre russo-turque, elle obtint les plus brillants succès, et l'on peut dire que les derniers événements militaires lui ont donné une consécration définitive dans l'opinion de la majorité des chirurgiens d'armée. Et de fait, le pronostic de ces blessures, quand elles ne sont pas infectées, est beaucoup plus favorable qu'autrefois. Les extrémités articulaires peuvent présenter des lésions bien moins graves que la diaphyse. Quand le projectile est animé de vitesse minime, il fait un simple trou dans l'os ; si cette vitesse est moyenne ou grande, de ce trou partent des fissures qui vont quelquefois jusqu'à l'intérieur de la cavité articulaire, sans déplacement des fragments, retenus par les ligaments, sans esquilles multiples, comme on le voit dans les coups de feu diaphysaires. Des faits nombreux observés dans les dernières guerres ont démontré que de pareilles lésions pouvaient guérir même avec un fonctionnement parfait de l'articulation. On voit donc qu'il ne saurait plus être question de discuter la nécessité de l'amputation ou de la résection primitive, qui ne doit être admise que si l'articulation est broyée complètement par un gros projectile, par exemple.

Quel mode d'intervention peut-on adopter? Si l'épiphyse seule est atteinte, sans communication avec la cavité articulaire, on se bornera à désinfecter la plaie, après l'avoir débridée, et on la drainera. Mais si les lésions cutanées sont plus graves, si la fracture paraît intéresser les surfaces articulaires, surtout s'il y a de l'épanchement dans la cavité, il ne faut pas hésiter à ouvrir largement la capsule par un débridement étendu de la plaie, à la nettoyer sous un jet d'eau oxygénée en enlevant les caillots, les corps étrangers, puis assurer par un bon drainage le libre écoulement des liquides. On ne doit pas craindre de faire une autre incision symétrique et de drainer par cette seconde voie. Et même, si la synoviale forme d'autres culs-de-sac, il est bon de drainer également dans cette direction.

Cette question du drainage dans les plaies articulaires est de toute importance, et Fischer, dans son *Traité de chirurgie d'armée*, s'étend avec raison (p. 704, t. II) sur la façon dont il doit être fait. Je crois utile de rappeler, comme je l'ai déjà dit plus haut, la nécessité, avant de commencer toute intervention, de nettoyer le membre dans toute son étendue. C'est un précepte sur lequel ont insisté tous les chirurgiens (Lejars, Fischer, etc.), et qu'on ne doit pas perdre de vue, si l'on veut que des manœuvres opératoires restent sans danger.

Telles seront les premières interventions qu'on devra pratiquer à l'ambulance dans les cas de fractures diaphysaires ou articulaires. Elles doivent être faites le plus tôt possible, et, par conséquent, elles ne sont pas du ressort de l'hôpital de campagne. En effet, l'urgence s'impose de mettre rapidement les blessures à l'abri des chances d'infection par un bon pansement à la fois occlusif et immobilisateur.

Quel sera donc le mode de pansement?

La première condition qu'il devra remplir est d'être permanent. Cette indication est encore plus formelle ici que pour les plaies graves des parties molles. Lucas-Championnière, en France, a beaucoup insisté sur la valeur du pansement permanent dans les interventions osseuses, et a montré qu'on prévient ainsi les chances d'infection. Cette opinion est devenue celle des chirurgiens militaires qui ont écrit dans les dernières années sur le traitement des coups de feu des os. Une deuxième indication est d'assurer l'immobilité du membre. Pour atteindre ce but, on a proposé les appareils les plus variés, et l'on ne paraît pas être encore bien fixé sur le choix du meilleur appareil contentif en pareil cas (Sur la nécessité d'une réforme de la technique du pansement en campagne, *Deuts. milit. Zeits.*, mai 1904). Et pourtant l'importance de ce problème ne saurait échapper à l'attention des chirurgiens militaires, qui ont pour devoir de rechercher dans l'arsenal moderne la meilleure solution qu'on peut lui donner (Majewski, in *Militärtz*, 1899, n[os] 8 et 9).

Un point capital domine toute la question : la nécessité d'un transport rapide. Dans ces conditions, il est évident qu'on ne peut songer aux appareils susceptibles de se déplacer en exigeant une surveillance constante. Il faut, en outre, que cet appareil puisse être appliqué rapidement et par des aides même peu exercés. Ces considérations doivent nous guider dans notre choix. Voilà pourquoi on ne peut pas songer aux différents appareils à attelles, si nombreux et si utiles, pas plus au Scultet qu'aux attelles de Desault, de Smith, de Hogden, qui assurent pourtant une contention très bonne des fragments et une compression méthodique.

On peut en dire autant des appareils de marche dont on étudie l'emploi dans la pratique civile et pour lesquels Majewski (loc. cit.) a posé la question de savoir s'ils seraient praticables dans les ambu-

lances. La réponse doit, en effet, être résolue par la négative, parce qu'ils exigent avant tout l'emploi de l'extension et de la contre-extension pour coapter les fragments avant de les fixer dans leur position par des attelles et un bandage plâtré. De plus, ils nécessitent pour leur application une grande habitude et une connaissance parfaite de la méthode.

Nombreux sont les appareils de ce genre imaginés à l'étranger par Dombrowsky, Reyher, Harbardt, Hoffa, Bruns, et pourtant aucun n'a trouvé son emploi dans la pratique du champ de bataille, car les attelles de Liermann, adoptées dans les formations sanitaires de l'armée allemande, ne peuvent être utilisées, suivant Majewski (loc. cit.) que dans les hôpitaux de deuxième ligne (Sur l'emploi des appareils de marche, en chirurgie d'armée).

Restent donc les appareils à gouttières et les appareils plâtrés. Pour les premiers, il ne saurait être question des gouttières préparées d'avance, beaucoup trop encombrantes, nécessitant pour être garnies un matériel volumineux de ouate ou de coussins. On ne peut donc avoir en vue que les gouttières façonnées extemporanément sur le membre au moyen de plaques de zinc laminé, de tôle d'aluminium ou de treillis de fil de fer. A ce point de vue, les appareils de Raoult-Deslongchamps, de Sarrazin, de Port, médecin en chef de l'armée bavaroise, sont excellents, et il faut reconnaître que, bien appliqués, ils remplissent les conditions que nous avons requises pour les appareils de transport. Mais on doit avouer que le façonnage nécessite une certaine habitude, qu'il faut des soins et du temps pour découper les plaques de zinc ou les treillis de fil de fer, les modeler exactement sur le membre, si l'on ne veut pas les voir se déplacer et basculer dans les points où l'appareil ne s'adapte pas d'une manière parfaite. De plus, ils exigent des liens susceptibles de se relâcher ou d'être trop serrés. Pour toutes ces raisons, je crois qu'on doit leur préférer les appareils plâtrés.

Les enseignements des dernières guerres semblent, du reste, avoir confirmé cette opinion. Küttner, qui a observé dans la guerre sud-africaine, dit que le seul appareil permettant le transport dans les cas de fractures de cuisse est l'appareil plâtré. Freund, dans son travail sur « les coups de feu et leur traitement pendant la guerre des Boërs », écrit que les appareils à attelles ne sauraient remplacer les bandages plâtrés, les seuls indiqués dans les cas de fractures par coups de feu. Korsch conclut de sa pratique dans la guerre gréco-turque qu'avec l'appareil plâtré on peut remplir toutes les indications exigées par le genre de blessures ; enfin Velde (*Deuts. milit. Zeits.*, 1904, n° 9) rapporte qu'il a pu transporter sans inconvénient des blessés ainsi pansés pendant dix-huit heures sur mer, et deux heures sur des chariots mal aménagés.

Mais encore est-il nécessaire de faire un choix. L'appareil circulaire ne doit pas être employé pour plusieurs raisons : 1° parce que le gonflement consécutif peut augmenter la compression et entraîner une gangrène du membre, souvent difficile à prévenir en raison du manque de surveillance ; 2° parce que la suppuration si fréquente dans ces fractures, surtout quand elles s'accompagnent de lésions graves des parties molles, ne trouverait pas d'issue et séjournerait dans le foyer sous l'appareil. Pour ces raisons, on s'accorde à donner la préférence aux attelles plâtrées, dont la conservation est facile dans les approvisionnements des formations sanitaires de première ligne, puisque Velde dit avoir pu les utiliser sous les Tropiques après une durée de quatre ans.

Le seul reproche que j'adresserai aux attelles plâtrées est qu'elles n'enveloppent pas assez suffisamment le membre pour exercer une pression égale partout, et qu'elles ne le maintiennent pas autant que le ferait une gouttière. C'est pourquoi je crois qu'on doit leur préférer l'enveloppement du membre par les cataplasmes plâtrés, que les Allemands désignent sous le nom indiquant mieux leur rôle « gypsverbandcäpsel ». Ces larges cataplasmes plâtrés, ces véritables capsules de plâtre, entourent le membre dans presque toute sa circonférence, sauf dans un intervalle plus ou moins large et étendu à toute la longueur de l'appareil. Si du gonflement survient, la compression qu'il exercera ne peut être dangereuse ; cette large fente ne présente pas, comme les fenêtres pratiquées dans les appareils circulaires, l'inconvénient d'étrangler les parties molles qui font saillie. Pas n'est besoin d'aucune habileté ni d'aucune habitude pour confectionner ces larges cataplasmes et les appliquer.

Voici donc comment on procédera pour le pansement. Après avoir bien désinfecté, nettoyé et drainé la plaie, comme nous l'avons dit, on couvrira le foyer de gaze mollement chiffonnée et préalablement bouillie dans l'eau, puis on enveloppera le membre, en comprenant les articulations situées au-dessus et au-dessous de la fracture, dans une certaine quantité de ouate pour que la compression puisse être bien méthodique et suffisante, et on maintiendra le tout par des bandes serrées. Par-dessus le pansement, on appliquera le bandage plâtré.

Pour les fractures de la jambe, le cataplasme enveloppera le pied en laissant les orteils libres et remontera jusqu'au milieu de la cuisse.

Pour les fractures de cuisse, il descendra jusqu'au tiers inférieur de la jambe et remontera à la racine du membre, tandis qu'un deuxième cataplasme plâtré viendra entourer le bassin garni de ouate.

Pour les fractures du bassin, on immobilisera les deux cuisses par des cataplasmes descendant jusqu'aux genoux, puis un autre bandage entourera le bassin en remontant jusqu'aux lombes.

En effet, on ne peut obtenir une immobilité réelle d'un membre blessé qu'en supprimant le mouvement des articulations, même éloignées.

Pour les fractures de l'humérus, on enveloppera le bras et le coude appliqués contre la poitrine garnie de ouate, puis on assujettira l'épaule par une large bande plâtrée partant du côté blessé pour traverser obliquement la poitrine au-devant du bras, et, passant sous l'aisselle saine, rejoindre son point de départ sur le moignon de l'épaule. Déjà Fisher, dans son *Traité de chirurgie* en 1882, recommandait, d'après Lueke, un bandage à peu près semblable.

Actuellement, si on parcourt les écrits de ces dix dernières années, on voit que nombreux sont les partisans de ce genre d'appareils dans la chirurgie du champ de bataille (Habart, Freund, Velde, etc.). Le seul reproche qu'on leur fait est de nécessiter une certaine quantité d'eau et de demander du temps. Mais ce ne sont pas là des objections capitales en comparaison de leur supériorité comme facilité d'application et maintien de l'immobilité. Je pense donc que rien ne s'oppose à leur emploi systématique dans le traitement des fractures par coups de feu à l'ambulance, et je résume dans les conclusions suivantes la règle de conduite opératoire dans ces cas :

1° Les fractures par coups de feu, en raison du danger de l'infection consécutive, nécessitent que la plaie soit largement débridée pour pouvoir être nettoyée, débarrassée des corps étrangers et désinfectée par une irrigation d'eau oxygénée ;

2° La suture osseuse comme moyen de contention des fragments n'est pas une opération du domaine de l'ambulance, d'une façon générale; néanmoins, elle est indiquée pour maintenir de grandes esquilles libres, déplacées et qu'on doit conserver : ce qui est la règle absolue dans ces cas. On ne doit, en effet, sacrifier que les pointes osseuses dangereuses pour les tissus voisins, et les esquilles petites et dénuées de périoste. On ne doit jamais faire ce qui pourrait se rapprocher d'une résection diaphysaire;

3° Les fractures épiphysaires par coups de feu, dont le pronostic est beaucoup plus favorable, ne sauraient soulever la question de résection primitive. Quand l'épiphyse seule est atteinte, on les traitera comme des fractures diaphysaires. Si l'articulation paraît compromise, on l'ouvrira largement en plusieurs points pour la nettoyer et la drainer dans tous les replis de la synoviale;

4° Le pansement doit assurer l'occlusion du foyer contre tout germe infectieux, et l'immobilité du membre pendant le transport. Il devra donc comprendre un premier pansement épais occlusif, méthodiquement compressif, maintenu par de larges cataplasmes plâtrés, appliqués de telle façon qu'ils immobilisent le membre très haut et très bas dans les articulations situées au-dessus et au-dessous des deux fragments.

ANALYSES

MÉDECINE

Résultats éloignés du traitement électrique de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. (Lamorlette. Th. de Paris, 1906.) — L'auteur dit que ses observations lui permettent :

1° De confirmer les résultats rapportés par Laquerrière et Delherm et exposés dans la thèse de ce dernier;

2° D'affirmer la persistance des résultats éloignés, ce qui est vraiment le point original de son travail.

M. Lamorlette a été à même de se convaincre qu'il faut substituer, au point de vue électrique comme au point de vue pharmaceutique, les procédés de *douceur* aux procédés de *force* dans le traitement de la constipation spasmodique et de la colite muco-membraneuse.

La méthode électrique qui répond le mieux à cette indication et qui donne les résultats les meilleurs est la méthode de Laquerrière et Delherm (galvano-faradisation, grandes électrodes, haute intensité galvanique, faible intensité faradique, pas de chocs, pas de renversements).

Les observations de la thèse de Delherm se résumaient ainsi : malades insuffisamment traités, 3; malades suffisamment traités, 67, qui ont donné les résultats suivants : 7 insuccès complets, 60 résultats immédiats satisfaisants.

Les nombreux malades que M. Lamorlette a été à même de voir à la Clinique Apostoli lui permettent d'admettre que ce pourcentage de guérison immédiate est le pourcentage habituel.

L'étude des résultats éloignés fournit le pourcentage suivant :

Malades de la thèse de Delherm revus après la cessation du traitement, 55. — Résultats maintenus, 43; améliorations, 3; rechutes, 9.

Observations inédites (*l'auteur n'a pris que celles qui ont été revues après un an*), 25. — Résultats maintenus, 22; améliorations, 3.

En comparant les résultats de l'électrisation avec ceux des procédés classiques, Laquerrière et Delherm avaient conclu que l'électrisation était le procédé de choix dans le traitement de la constipation et de l'entéro-colite muco-membraneuse.

L'étude à laquelle M. Lamorlette s'est livré, surtout en ce qui concerne les résultats éloignés, lui permet d'ajouter que l'électrisation est non seulement le procédé de choix en ce qui concerne les résultats immédiats, mais qu'elle fournit également des résultats durables. L. BABONNEIX.

Syphilis de l'estomac. (William Gerry Morgan. *Amer. Med.*, vol. XII, n° 3, juin 1906, p. 123-126.) — Un homme présente des symptômes gastriques graves qui, associés à la présence d'une tumeur, font porter le diagnostic de cancer. Certaines circonstances le déterminent à revenir sur sa première dénégation de syphilis. Morgan alors administre de l'iodure à hautes doses. Tumeur, symptômes, tout disparaît comme par enchantement, et le malade engraisse de 10 livres en quinze jours. La syphilis de l'estomac est rare, mais peut-être surtout parce qu'il faut la chercher. L'estomac est organiquement atteint dans environ 1,25 p. 100 de tous les cas de syphilis. Cliniquement, l'apparence est celle de la gastrite chronique, de l'ulcère, de la sténose ou du cancer. Le pseudo-ulcère semble être la variété la plus fréquente. Il n'y a pas de signes pathognomoniques, et l'épreuve du traitement est la seule pierre de touche. Le diagnostic a été atteint dans la plupart des cas par accident. Ces faits ne doivent pas être oubliés par les thérapeutes. F. GARDNER.

Sur les exceptions à la loi de Courvoisier. (B. G. A. Moynihan. *The Edinb. med. Journ.*, mai 1906, vol. XIX, n° 5, p. 410.) — La loi de Courvoisier peut s'énoncer ainsi : « Dans les cas d'ictère chronique dû à l'obstruction du cholédoque, l'atrophie de la vésicule biliaire signifie que l'obstruction est causée par un calcul ; la distension vésiculaire indique au contraire que l'obstruction est due à une lésion autre qu'un calcul. » Dans ce dernier cas, il s'agit presque toujours d'une tumeur maligne. La sclérose de la vésicule dans les cas d'obstruction calculeuse du cholédoque s'explique par ce fait que les calculs existaient dans la vésicule depuis longtemps, que de-

puis de longues années il existait des crises de cholécystite ayant entraîné l'épaississement et la sclérose des parois de la vésicule avant la migration du calcul.

La dilatation d'une telle vésicule par la bile est mécaniquement impossible, au contraire dans les cas de cancer de la tête du pancréas les poussées antérieures de cholécystite sont exceptionnelles et la dilatation de la vésicule par la bile s'opère facilement.

Depuis le mémoire de Courvoisier, cette loi a été vérifiée par tous les auteurs. Les statistiques nombreuses que rapporte Moynihan montrent qu'elle se vérifie dans 90 p. 100 des cas. Cependant dans 10 p. 100 des cas elle est en défaut, et cela de deux façons :

1° Soit que dans des cas d'ictère chronique avec dilatation vésiculaire on ne trouve pas une tumeur maligne ;

2° Soit que dans des cas d'ictère chronique dû à une tumeur maligne il n'existe pas de distension de la vésicule.

Or il est indispensable de connaître ces deux classes de faits, très difficiles à dépister cliniquement; en effet :

Dans le premier groupe, on est posté à croire à une tumeur et à laisser mourir sans intervenir un malade qui aurait bénéficié d'une opération ;

Dans le second, au contraire, on opère des malades atteints de tumeurs inextirpables et chez lesquels le choc opératoire est fatal.

Moynihan rapporte sept observations personnelles correspondant à ces deux groupes.

De ses recherches, il conclut que la loi de Courvoisier peut être en défaut dans les cinq circonstances suivantes, et cette exception s'explique d'elle-même :

1° Quand il y a un calcul ou une stricture du canal cystique causant l'hydropisie ou l'empyème de la vésicule et qu'en même temps il se produit une obstruction brusque du cholédoque par un calcul ;

2° Quand un calcul oblitérant le canal cystique comprime en même temps le cholédoque ;

3° Quand il existe une distension de la vésicule par un processus inflammatoire aigu et en même temps une obstruction du cholédoque par un calcul ;

4° Quand on trouve une induration chronique de la tête du pancréas avec un calcul dans le cholédoque ;

5° Dans le cas de tumeur maligne du cholédoque en un point de son parcours, ou un cancer de la tête du pancréas, et qu'en même temps il y a eu des poussées répétées de cholécystite aboutissant à la sclérose vésiculaire. M. LANCE.

Quelques caractères anormaux que peut revêtir le bacille d'Eberth isolé du sang et de la rate des typhiques. (G. CURLO. *Gazzetta degli osped. e delle clin.*, 18 mars 1906, n° 33.) — De ses recherches bactériologiques, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les anomalies que peut présenter le bacille typhique, isolé du torrent circulatoire ou du liquide splénique, ne sont pas rares, et quelquefois, si elles existent concurremment à une symptomatologie irrégulière de la maladie, elles peuvent facilement conduire à des erreurs de diagnostic ;

2° Ces anomalies ont trait particulièrement aux caractères des cultures, aux propriétés biologiques et à l'agglutinabilité ;

3° Grâce à des artifices spéciaux, il est possible de ramener ces formes anormales au type eberthien classique, et par l'injection méthodique et continue aux animaux on peut mettre en évidence leur faculté agglutinogène ;

4° La diminution et la disparition de l'agglutinabilité sont en raison directe de l'augmentation de virulence, et il existe là une preuve de l'exaltation de la bactérie par rapport à l'organisme envahi ;

5° La démonstration de cette variabilité des caractères chez le bacille d'Eberth tend à diminuer l'importance des formes paratyphiques, coliformes et récemment créées, tandis qu'elle constitue une preuve de plus en faveur de la théorie de l'unicisme pour cette catégorie de bactéries.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Hémorragies intracraniennes spontanées associées à des nævi dans le territoire du trijumeau. (Harvey CUSHING. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. XLVI, n° 3, 21 juillet 1906.) — La dure-mère reçoit ses filets nerveux sensitifs du trijumeau qui innerve aussi la peau de la face. Les nævi vasculaires faciaux montrent une tendance à s'ordonner suivant le trajet d'une ou de plusieurs des principales branches du trijumeau. Le nævus cutané peut s'accompagner d'un certain degré d'hypertrophie des tissus profonds de la face, d'augmentation de volume de l'œil, et finalement d'un état næviforme de la dure-mère. Ce nævus dure-mérien peut amener, pendant la première enfance, une hémorragie spontanée avec toutes les conséquences habituelles : hémiplégie spasmodique, épilepsie, idiotie. La résorption du caillot peut amener des adhérences cortico-durales dont la libération dans quelques cas favorables a un heureux effet sur l'épilepsie. Cushing relate trois faits personnels qui confirment sa manière de voir.

F. GARDNER.

Sérothérapie antidysentérique chez les enfants. (*Revue des maladies de l'enfance*, juin-juillet 1906.) — M. AUCHÉ et Mlle CAMPANA ont eu, dans le courant de l'été 1905, l'idée d'employer, chez un certain nombre de leurs malades, deux sérums antidysentériques envoyés, l'un par M. Dopter, l'autre par M. Blumenthal, les deux préparés avec le bacille dysentérique type Shiga. Les résultats ont varié selon l'âge des malades, la forme clinique de l'affection, la nature de l'infection dysentérique, la dose de sérum injectée. D'une façon générale, ils ont été excellents : sous l'influence de la médication, les selles deviennent moins fréquentes, tandis que leur consistance augmente, les douleurs se calment, l'état général, au bout de deux à trois jours, s'améliore notablement, et la guérison ne tarde pas à survenir. La sérothérapie antidysentérique est inoffensive et n'expose les malades qu'à quelques éruptions sériques. Il semble que l'on puisse, pour la pratique, s'adresser indifféremment au sérum de M. Dopter ou à celui de M. Blumenthal. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Deux cas d'anévrisme traités par la suture à l'intérieur du sac. (F.-W. PARHAM. *Southern Surg. and Gynecol. Assoc.*, 18e réunion, Louisville, 12-14 déc. 1905, et *Surgery, Gynecol. and Obstet.*, fév. 1906.) — La justesse de l'opinion de Lilienthal, à savoir que la méthode de Matas peut être appliquée aux anévrismes sous-claviers, est démontrée par l'un des deux cas relatés par Parham, qui sont antérieurs au cas de Lilienthal, mais dont le dernier n'avait point connaissance. Le premier cas de Parham est un anévrisme poplité dont il sutura les deux orifices, proximal et distal, séparément ; ensuite il sutura entièrement toute la partie anévrismale de l'artère. Le second cas se rapporte à un anévrisme de la seconde et de la troisième portions de la sous-clavière gauche,

commençant juste derrière le muscle scalène et s'étendant jusqu'au point où l'artère disparaît sous la clavicule. Résection des trois quarts internes de la clavicule. Ligature de la première portion de la sous-clavière. Incision du sac suivie d'une très forte hémorragie, malgré la ligature, de telle sorte qu'il fallut recourir à la suture par l'intérieur du sac de l'orifice proximal et lier le bout distal de la sous-clavière. Quoique ce cas ne soit pas un « Matas » délibéré, la suture par l'intérieur du sac y démontre néanmoins sa supériorité sur la ligature simple pour arrêter l'hémorragie à l'intérieur du sac. Pour que le Matas soit possible, il faut que l'on puisse inspecter l'intérieur du sac et poser une ligature temporaire sur le côté proximal de la tumeur. La suture à l'intérieur du sac est préférable à la ligature parce qu'elle respecte tout fragment d'artère, excepté celui qui forme la paroi du sac, parce qu'elle réalise simplement un accolement de l'endartère et ne peut couper, ce qu'une ligature d'une artère athéromateuse risque toujours de faire ; enfin parce que la suture des tributaires à l'intérieur du sac arrête absolument tout suintement dans ledit sac et qu'il n'y a aucun changement apporté à la circulation collatérale qui nourrit le sac. Il n'y a lieu d'essayer la reconstitution de la lumière de l'artère que dans certains cas, par exemple celui d'anévrisme aortique où la suture de l'orifice proximal aurait, tout comme la ligature, un effet désastreux, ou dans certains autres anévrismes, lorsqu'une lymphangite ou toute autre inflammation amplifie les chances de gangrène si l'on supprimait le courant nourricier. Dans ces cas, le maintien même temporaire du courant principal est extrêmement utile jusqu'à ce que l'œdème ayant disparu à la suite de l'évacuation du sac, la situation collatérale se trouve moins chargée, et il est possible, dans une opération secondaire, d'aller fermer, cette fois complètement, la lumière de l'artère. Dans certains anévrismes abdominaux, la méthode de Matas semble offrir un espoir de succès, alors que les autres moyens thérapeutiques sont inapplicables.

F. GARDNER.

Considérations statistiques sur l'épithélioma de la lèvre. (Giuseppe SERAFINI. *Gazzetta degli osped. e delle clin.*, 6 mai 1906, n° 54.) — De l'étude de 217 cas opérés en treize ans, soit 184 chez des hommes et 33 chez des femmes, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Bénignité opératoire avec guérison en neuf à quinze jours. Nécessité de rechercher soigneusement les ganglions sous-maxillaires qui, même non perceptibles, peuvent être envahis. Au besoin, pour se donner du jour, réséquer le maxillaire. La tuméfaction des ganglions apparaît un peu moins rapidement que ne l'admettent généralement les auteurs, c'est-à-dire de deux à trois mois après le début. Il y a eu dans 73 p. 100 des cas des résultats favorables éloignés. Les récidives ont eu lieu, dans la plupart des cas, dans les six mois qui ont suivi l'opération. La récidive s'est faite 24 fois à la lèvre, 17 fois à la région sous-maxillaire. L'influence que possède l'ancienneté du processus sur le résultat opératoire est commandée par la malignité ; dans les cas relativement bénins à évolution lente, on peut opérer avec succès au bout d'un an. L'âge avancé n'est pas une contre-indication, les plus beaux résultats ayant été obtenus de soixante à soixante-dix ans. Dans les récidives qui se succèdent, on peut arriver à obtenir la guérison définitive. Le cancer de la lèvre supérieure est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et constitue 3 p. 100 des cas. La tendance au cancer de la lèvre est plus fréquente de soixante à soixante-dix ans qu'aux autres époques de la vie. Les maladies qui emportent le plus fréquemment les opérés de cancer de la lèvre sont les affections de l'appareil respiratoire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THERAPEUTIQUE

Deux cas de tétanos traités par les injections intra-spinales de solution à 25 p. 100 de sulfate de magnésie. (Samuel LOGAN et MATAS. Orleans Parish medical Society, séance du 10 mars 1906, in *New-Orleans med. and surg. journ.*, mai 1906, vol. LVIII, n° 11, p. 884.) — Dans la première observation, il s'agit d'un enfant de onze ans qui eut les premiers symptômes de tétanos au neuvième jour d'une plaie. On pratique un pansement, 50 centimètres cubes de sérum antitétanique intra-spinal, et on donne 30 grains de bromure et 15 grains de chloral dans les trente-six heures qui suivent. Apparaissent alors des convulsions : on injecte dans le canal rachidien 3 centimètres cubes de solution à 25 p. 100 de sulfate de magnésie, l'injection durant dix minutes ; puis 50 centimètres cubes sont injectés : 10 dans chaque nerf sciatique, 10 à chaque plexus brachial, et 10 autour de la plaie. Disparition des convulsions pendant douze heures.

Quatre heures après l'injection, comme la respiration se troublait, on injecte 1/150e de grain d'atropine, vingt-quatre heures après la première injection (pouls 150. Température dépasse 44), on injecte en dix minutes 50 minimes de la solution, trente-cinq minutes après disparition des contractures ; pouls à 168.

Décès dans la nuit par arrêt des contractions cardiaques.

Le second cas concerne une femme de vingt-quatre ans qui fut vaccinée avec de grands soins d'asepsie ; dix-sept jours après, raideur de la nuque et de la mâchoire, on nettoie la plaie du bras. La vaccinée a pris 100 centimètres cubes de sérum antitétanique sous la peau, aggravation rapide du tétanos.

Trente heures après le début, injection de 60 minimes de la solution de sulfate de magnésie à 25 p. 100 ; incision de la plaie, qui est pansée avec du sérum antitétanique en poudre ; dix-sept heures après, nouvelle injection ; mort cinquante heures après le début des accidents. La solution de magnésie ne semblait avoir produit aucun effet dans ce cas foudroyant.

Dans la discussion qui suit cette communication, le docteur Maes conseille de tenter l'usage de la stovaïne lombaire dans le cas de tétanos, l'emploi de cette substance donnant une résolution musculaire qui dans un cas a duré sept heures.

M. LANCE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION INTERNATIONALE DE MILAN. — Train spécial à prix réduits (2e et 3e classes) à marche rapide, de *Paris à Milan*, prenant des voyageurs en provenance de toutes les gares du réseau P.-L.-M.

Réduction de 75 p. 100 sur les prix du tarif général pour le voyage aller et retour.

Aller : départ de Paris le 21 septembre, à 2 h. 50 soir ; — arrivée à Milan le 22 septembre, à 2 h. 32 soir (heure de l'Europe centrale).

Retour : départ de Milan le 26 septembre, à 5 h. soir (heure de l'Europe centrale) ; — arrivée à Paris le 27 septembre, à 2 h. 24 soir.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches apposées dans les gares.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

VARIOLE, SYMPTOMES ET COMPLICATIONS (1)

COMPLICATIONS. — Respiratoires. — *A.* LARYNGÉES. — Le larynx est toujours intéressé dans les varioles graves; à la *période d'invasion*, il s'agit de *laryngite catarrhale;* à la *période d'éruption et de suppuration*, d'*œdème glottique*, dû, et à l'abondance des pustules, et à l'intensité de la réaction inflammatoire, et pouvant aboutir à l'asphyxie; à la *période de dessiccation*, on peut observer : α. des abcès sous-muqueux donnant lieu à des phénomènes de compression (Trousseau); β. des chondrites et des périchondrites.

B. BRONCHIQUES. — *La broncho-pneumonie est la complication la plus fréquente et la plus grave de la variole.* — Accompagnant les formes sévères, bilatérale avec prédominance à droite, elle débute habituellement pendant la période de suppuration et se termine, presque toujours, par la mort.

C. PLEURO-PULMONAIRES. — Les *complications pulmonaires :* pneumonie, gangrène, embolies et abcès *sont exceptionnelles;* les *complications pleurales :* pleurésie séreuse, séro-sanguinolente, purulente, putride, s'observent surtout pendant la période de dessiccation.

Circulatoires. — *A.* CARDIAQUES. — L'*endocardite*, mitrale ou aortique, habituellement simple, bénigne, apparaît quelquefois à la période d'éruption; la *péricardite* suppurée est un accident de la période de suppuration; la *myocardite* (Desnos et Huchard), fréquente surtout dans les formes graves, se développe de bonne heure et peut, ou tuer dès les premières phases de la maladie (avant le onzième jour), ou se prolonger et conduire à l'asystolie.

B. VASCULAIRES. — L'*aortite* (Brouardel) est exactement *sus-sigmoïdienne;* elle se caractérise par des plaques gélatiniformes et pourrait, ultérieurement, se transformer en aortite athéromateuse. Les *phlébites* ne sont pas exceptionnelles. Enfin, à la période de dessiccation, il peut survenir des *hémorragies* d'origine mécanique, de pronostic relativement favorable, et que l'on désigne quelquefois sous le nom de *varioles hémorragiques tertiaires.*

Digestives. — *A.* BUCCALES. — Elles sont diverses : glossite diffuse ou localisée, en foyers; abcès de l'amygdale; stomatite pseudo-membraneuse; noma; parotidites, curables ou non selon qu'elles surviennent à la période d'éruption ou à la période de dessiccation.

B. ŒSOPHAGIENNES. — On a attribué à la variole certains *rétrécissements de l'œsophage.*

C. INTESTINALES. — Précoce, la *diarrhée* cesse habituellement lorsque paraît l'éruption; tardive, elle est due à des ulcérations dysentériformes du gros intestin. Les *péritonites* peuvent être généralisées ou localisées, et alors elles se localisent au petit bassin; dans les formes graves, on peut observer de plus des *suppurations multiples :* du foie, de la vésicule biliaire, de la rate, du tissu cellulaire sous-péritonéal, etc.

Génitales. — Les COMPLICATIONS TESTICULAIRES sont très fréquentes. Tantôt il s'agit d'*orchite parenchymateuse,* débutant à la période d'éruption, mais ne devenant appréciable qu'à la période de suppuration pouvant régresser complètement et, tantôt, d'*épididymo-vaginalite*, bilatérale, caractérisée par un épanchement séreux de la vaginale et une tuméfaction de la queue de l'épididyme. Apparaissant à la période d'éruption, cette complication guérit presque toujours. Chez la femme, il n'y a à citer que les *méno* et *métrorragies*, constantes, même en dehors de la forme hémorragique.

Urinaires. — L'*albuminurie de la période aiguë* est très fréquente, surtout dans les formes graves; elle disparaît en même temps que la fièvre secondaire et ne présente pas de gravité. L'albuminurie *de la convalescence*, plus rare, accompagne surtout les formes graves; apparaissant à la dessiccation, elle est symptomatique d'une néphrite aiguë, qui peut parfois passer à l'état chronique.

Les autres *complications urinaires* sont d'*ordre suppuratif :* abcès des reins; abcès périnéphrétiques; pyélonéphrite ascendante.

Cutanées. — Ce sont surtout des *abcès*, apparaissant à la dessiccation, annoncés par de la fièvre (*fièvre tertiaire*, Brouardel), et guérissant vite une fois qu'ils sont incisés. On peut citer aussi les *furoncles*, *anthrax*, *phlegmons*, *lymphangites*, *adénites*, l'*érysipèle*, les *gangrènes cutanées*, fréquentes dans les formes graves (v. *Malignes gangréneuses*), et frappant électivement les points comprimés; l'*ecthyma*, apparaissant à la dessiccation, siégeant à la poitrine ou sur les membres, parfois contagieux.

Motrices. — MUSCULAIRES. — Elles sont analogues à celles de la fièvre typhoïde : ruptures, abcès, etc. Les *lésions osseuses* ne s'observent que chez des jeunes gens et pendant la convalescence : elles peuvent consister en : α. *périostites*, frappant surtout les os longs (tibia), uniques ou multiples, habituellement curables; β. *ostéites*, caractérisées par des symptômes analogues, mais plus graves; γ. *ostéomyélites* banales, aboutissant habituellement à la guérison, avec ou sans élimination de séquestres. Les *arthropathies* sont un accident de la dessiccation; inflammatoires et alors guérissant rapidement, ou suppurées, et alors coïncidant avec d'autres foyers suppuratifs (*rhumatisme variolique*).

Nerveuses. — INTELLECTUELLES. — Elles se divisent en *psychoses fébriles* et *asthéniques*, celles-ci tardives, à forme de mélancolie anxieuse, habituellement curables. — SENSITIVES : hyperesthésie, anesthésie localisées. — MOTRICES : α. *Paralysies* apparaissant à des époques variables, et pouvant occuper, soit le voile, soit le pharynx, soit les membres inférieurs, soit un côté du corps; la *paraplégie* peut être précoce, et alors elle cesse à la période d'éruption, ou tardive, et alors elle est due souvent à une myélite aiguë lombaire; l'*hémiplégie* est parfois d'origine embolique. Les *troubles de la parole* ont été attribués soit à des troubles fonctionnels, soit à de petites hémorragies, soit à l'action des toxines varioliques, soit encore à une lésion bulbaire causant la dysarthrie. Les COMPLICATIONS SENSORIELLES sont *très importantes*, surtout *celles qui frappent l'œil :* avant la vaccine, 35 p. 100 des aveugles étaient d'anciens varioliques. Les lésions peuvent siéger : sur les paupières (pustules, eczéma); la conjonctivite; la cornée; les kératites varioliques, toujours secondaires, sont remarquables par leur évolution rapide; l'iris : que l'iritis soit due à la variole ou au rhumatisme; la rétine, le nerf optique, les muscles oculaires, la glande lacrymale, etc.

Enfin citons les **infections générales,** qu'il s'agisse de *pyohémies* avec localisations multiples, de *septicémies* sans localisation, ou des maladies surajoutées (tuberculose : Landouzy).

PRONOSTIC. — Il varie selon : α. les *épidémies :* la variole est d'autant plus grave qu'elle atteint une population épargnée depuis plus longtemps par la maladie; elle est surtout funeste chez les gens non-vaccinés ou non-revaccinés; β. les *formes :* 6 à 8 p. 100 de morts dans la variole discrète, 14 à 20 p. 100 dans les varioles cohérentes, près de 100 p. 100 dans les varioles confluentes d'emblée et hémorragiques précoces. Les varioles atténuées et la varioloïde sont bénignes; γ. les *symptômes :* la rachialgie intense, la dyspnée, l'anxiété, à tout âge; la diarrhée et les convulsions répétées chez l'enfant annoncent souvent une forme sévère; δ. les *conditions individuelles.* La mort est constante chez le nouveau-né, fréquente chez le vieillard et chez la femme enceinte; l'alcoolisme favoriserait la transformation hémorragique. Si la variole passe pour pouvoir guérir certaines affections antérieures (dermatoses, chorée, adénopathies), elle peut être l'origine de séquelles plus ou moins durables, plus ou moins graves.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 98, p. 1174; n° 101, p. 1210, et n° 104, p. 1246.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION COLONIALE DE MARSEILLE. — Train spécial à prix réduits (2e et 3e classes) à marche rapide, de *Paris à Marseille*, prenant les voyageurs en provenance des gares de Paris à Valence inclusivement, des gares des lignes de Saint-Georges-d'Aurac à Firminy, de Firminy à Saint-Rambert-d'Albon, de Valence à Grenoble, Montmélian et Modane, et de toutes les gares qui se trouvent situées au nord de ces lignes.

Réduction de 75 p. 100 sur les prix du tarif général pour le voyage aller et retour.

Aller : départ de Paris le 20 septembre, à 2 h. 50 soir; — arrivée à Marseille le 21 septembre, à 6 h. 28 matin.

Retour : au gré des voyageurs, jusqu'au dernier train partant de Marseille le 26 septembre, par tous les trains ordinaires, y compris les express, dans les mêmes conditions que les voyageurs en général.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'intervention opératoire dans les fractures, par le docteur Albin LAMBOTTE (d'Anvers). In-8° de 220 p., avec fig.— Prix : 15 francs. — Paris, A. Maloine.

Maladies de l'appareil digestif. Notes de clinique et de thérapeutique (2e série), par les docteurs Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et J. CH. ROUX, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 160 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

La prothèse par les injections de paraffine, par le docteur LAGARDE. In-8° de 259 p. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Bibliothèque de la nutrition. L'œil diathésique. Relations de la diathèse avec les affections des organes de la vision, par le docteur Fernand GIRAUD. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique, par le docteur WICART. In-8° de 188 p. — Paris, Paulin et Cie.

N° 108. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1906. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Question : « Artère axillaire (sans les branches). » — Séance du 20 septembre 1906 : MM. Pouilloux, 18 ; Teyssier, Villette (Jean) et Vinay, 17 ; Vermenouze, Vincent (Max) et Wunamer, 16 ; Sourdille, 14 ; Soueix, 12 ; Pigé, 10 François (Bernard), Pruvost et Sauty, 9 ; Mlle Ricard, 8 ; MM. Pollet, Portret et Renevey, 6 ; Silva, 5 ; Salvarelli, 4 ; Saulgeot, 1.

La prochaine séance aura lieu samedi 22 septembre, à quatre heures et demie (suite des candidats de la deuxième série de la deuxième moitié).

Une séance aura lieu le dimanche 23 septembre à huit heures et demie du matin.

Pathologie. — Question : « Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë. » — Séance du 20 septembre : MM. Turquety, 18 ; François (Bernard), Girault et Rousseau (F.), 17 ; Bricourt et Casalis, 16 ; Bougot, Goldsmith et Larcher (Marcel), 15 ; Besnard et Bruel, 14 ; Babiaud et Pasquet, 13 ; Mougenc de Saint-Avid, 12 ; Cornet, 11 ; Chaillot, 8 ; Bel, 7 ; Bernard et Dalmenesche, 6 ; Kohan, 3.

PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de 1 200 francs chacun, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour 1906, le concours sera ouvert le lundi 3 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 13 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 13 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1906, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix biennal de 1 000 francs fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 15 décembre 1906, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE, qui aura lieu du 23 au 29 septembre 1907 à Berlin, a élu les présidents, vice-présidents et secrétaires des sections du Comité d'organisation :

Section I (Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène). — MM. Flügge, président ; Löffler, vice-président ; Weber, secrétaire.

Section II (Hygiène alimentaire et physiologie appliquées à l'hygiène). — MM. Rubner, président ; Forster, vice-président ; Ficker et Kisskalt, secrétaires.

Section III (Hygiène de l'enfance et des écoles). — MM. Heubner, président ; von Esmarch, vice-président ; Neumann et Langstein, secrétaire.

Section IV (Hygiène professionnelle et assistance aux

classes ouvrières). — MM. Renk, président; Fränkel, vice-président; Kayserling, secrétaire.

Section V (Lutte contre les maladies infectieuses et assistance aux malades). — MM. Gaffky, président; Kossel, vice-président; Lentz, secrétaire.

Section VI (*A*. Hygiène des habitations, des localités et des eaux). — MM. Gruber, président; Gärtner, vice-président; Lennhoff, secrétaire.

(*B*. Hygiène du service des transports en commun). — MM. Schwechten, président; Blume, vice-président; Ramm, secrétaire.

Section VII (Hygiène militaire, coloniale et navale). — MM. Kern, président; Ruge, vice-président; Kuhn, secrétaire.

Section VIII (Démographie). MM. van der Borght, président; von Mayr, vice-président; Leo, secrétaire.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. le docteur Nietner, Eichhornstr., 9, Berlin.

Statistique. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-septième semaine, 836 décès, au lieu de 829 pendant la semaine précédente (moyenne 754). L'état sanitaire est donc voisin de la normale.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 70, au lieu de la moyenne 55.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 3, au lieu de 2 la semaine précédente (moyenne 14).

La rougeole a causé 2 décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 10, au lieu de 32 précédemment.

La scarlatine a causé 1 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 45, il s'élevait à 56 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La coqueluche a causé 3 décès (moyenne 7).

La diphtérie a causé 1 décès (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 38, au lieu de 37 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 48.

La diarrhée infantile a causé 81 décès de 0 à 1 an, au lieu de 113 pendant la semaine précédente (moyenne 55).

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès, au lieu de 66 pendant la semaine précédente (moyenne 77). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit: bronchite aiguë, aucun décès (moyenne 5); bronchite chronique, 9 (moyenne 11); pneumonie, 15 (moyenne 17); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 54 (moyenne 44), dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 28 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 181 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 44 décès; les maladies organiques du cœur, 53; le cancer, 54; la hernie et l'obstruction intestinale, 7; la cirrhose du foie, 14; la néphrite, 34; enfin, 25 vieillards sont morts de débilité sénile.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — La Compagnie vient de publier un Album artistique intitulé « Itinéraire illustré de Paris au Mont-Blanc ».

Cet album contient, avec des notices sur les points les plus intéressants situés sur l'itinéraire, de fort jolies illustrations en simili-gravure et dessins à la plume; cet album est, en outre, orné de panoramas cartographiques mettant sous les yeux du lecteur, non seulement les villes et localités situées sur la ligne du chemin de fer, mais encore les pays avoisinants dans un rayon fort étendu.

L'album est mis en vente, au prix de 0 fr. 50 l'exemplaire, dans les bibliothèques des principales gares du réseau; il est envoyé également à domicile sur demande accompagnée de 0 fr. 60 en timbres-poste et adressée au Service central de l'Exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

Billets pris à l'avance. — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Etienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de vingt, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets peuvent être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires. Les billets délivrés pendant les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus et ceux qui sont délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux succursales.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 74, 19 sept. 1906.) Pousson : Procédés modernes de cure radicale de l'hypertrophie de la prostate.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 37, 15 sept. 1906.) Delfosse : Diphtérie laryngée de longue durée.

Montpellier médical. — (N° 35, 2 sept. 1906.) Vires : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies, indications tirées des éléments anatomiques.

Nord médical. — (N° 286, 1er sept. 1906.) Baudry : Sarcome mélanique de la choroïde.

Presse médicale. — (N° 75, 19 sept. 1906.) Jayle : Le kraurosis vulvæ.

Semaine gynécologique. — (N° 38, 18 sept. 1906.) Pichevin : Après les couches normales.

Semaine médicale. — (N° 38, 19 sept. 1906.) de Bovis : L'auto-infection puerpérale au point de vue bactériologique.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 17, 15 sept. 1906.) Colleville : Quinze jours en Allemagne. — Hoel : La tuberculose à Reims (*suite et fin*).

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

ABCÈS EXTRA-DURE-MÉRIENS

Par MM. C. THÉVENET et Ch. ROUBIER,
Internes des hôpitaux de Lyon.

Les abcès extra-dure-mériens sont connus depuis assez longtemps, surtout ceux d'origine traumatique. Cependant, ils n'entrent dans la chirurgie courante que depuis la célèbre observation de Broca, où l'abcès, siégeant au niveau du pied de la troisième frontale gauche, déterminait de l'aphasie. Plus récemment les auristes, en intervenant eux-mêmes sur l'oreille et ses cavités accessoires ont multiplié les observations d'abcès extra-dure-mériens et montré que cette lésion était ordinairement la première étape des complications cérébrales de l'infection de l'oreille.

Nous diviserons les abcès extra-dure-mériens en abcès métastatiques, idiopathiques, traumatiques et ostéitiques. Leur importance est très inégale. Les abcès métastatiques sont rares. Ils sont surtout consécutifs aux affections chroniques des bronches et des poumons et sont plutôt encéphaliques.

Les abcès idiopathiques sont rares, mal connus, et méritent encore moins de nous arrêter.

I

Abcès traumatiques. — Ils succèdent presque toujours à une fracture ouverte, rarement à une fracture fermée. Dans certains cas, il semble qu'une simple contusion ait pu les déterminer. Il s'agit alors vraisemblablement d'une infection, par voie sanguine, se localisant au niveau d'un foyer de contusion cérébrale.

La collection purulente est située entre l'os et la dure-mère qu'elle décolle. Elle est plus ou moins étalée, lenticulaire, de volume variable. Elle succède généralement à une ostéite et à l'infection du foyer de fracture ouvert. La collection est ordinairement unique, comme dans les observations de Broca, de Dieu... ou bien elle coexiste avec d'autres collections plus profondes, abcès sous-méningés, ou plus souvent encéphaliques, situés immédiatement sous le cortex, avec lesquelles elle est ou non en communication par un trajet fistuleux. Dans tous les cas ou à peu près, l'abcès sous-dural correspond comme siège au trauma.

L'infection se fait de proche en proche. Dans certains cas de fracture de la table interne, sans lésion de la table externe, on admet que l'infection se fait par voie lymphatique. D'autres fois l'abcès est dû à l'infection d'un hématome extra-dure-mérien.

Les signes de l'abcès extra-dural n'apparaissent que du huitième au quinzième jour, et varient suivant que l'on est en présence d'une fracture ouverte ou d'une fracture fermée.

Dans les cas de fracture ouverte, ce sont surtout les signes locaux qui indiquent la rétention purulente : œdème des parties molles, congestion des bourgeons charnus qui tapissent les bords de la plaie osseuse, douleurs intenses. Enfin les phénomènes généraux de la rétention purulente. Dans certains cas, on a des accidents corticaux irritatifs ou dépressifs, comme dans l'observation de Broca : aphasie et monoplégie brachiale droite, et variables suivant le siège et le volume de l'abcès.

Dans le cas de fracture fermée, le crâne ne présente pas de perte de substance, l'abcès se révèle par la triade symptomatique, caractéristique des abcès intra-craniens : signes d'hypertension intra-cranienne, signes dus à l'action irritante ou destructive de l'abcès sur l'encéphale, signes dus à la suppuration.

Le diagnostic de ces abcès est en général facile parce qu'ils surviennent dans les quinze premiers jours qui suivent l'accident. On ne peut guère les confondre qu'avec la méningite dans laquelle les signes sont beaucoup plus diffus.

Dans tous les cas, il sera indiqué de débrider largement le foyer de fracture et de rechercher la cause des accidents en se guidant sur les signes de localisation, s'ils existent. Puis on recherchera s'il n'existe pas d'abcès encéphalique.

Le pronostic est toujours sérieux, mais il sera d'autant plus bénin que l'intervention sera plus précoce. En effet, si la dure-mère n'a pas été lésée directement, elle offre une barrière sérieuse à l'infection. Il faut que la collection extra-durale reste assez longtemps à son contact pour la sphacéler. Dans ce cas, elle devient friable et prend une teinte verdâtre ou noirâtre.

II

Abcès ostéitiques. — Les abcès extra-duraux peuvent survenir au cours de la plupart des ostéites du crâne, mais les abcès dus à l'ostéite du temporal sont de beaucoup les plus fréquents. Nous éliminerons rapidement les autres.

Dans l'ostéomyélite, le foyer infectieux siège ordinairement sur le frontal, quelquefois sur les pariétaux. Le pus, parsemé de gouttelettes huileuses, forme deux collections, l'une entre l'os et le péricrâne, l'autre entre l'os et la dure-mère, à laquelle l'arachnoïde devient adhérente.

Récemment on a étudié une forme d'ostéomyélite des os plats du crâne, consécutive aux suppurations chroniques de l'oreille moyenne et de ses cavités accessoires, mais surtout à la suite de l'infection des sinus, en particulier du sinus frontal. Elle est souvent due au streptocoque et siège sur les os riches en tissu spongieux : pariétal et occipital. C'est une panostéite. Les lésions de la dure-mère sont la règle, fongosités, granulations, et souvent véritable collection purulente. Les complications encéphaliques sont fréquentes, en particulier la thrombose des sinus. Cette ostéomyélite revêt deux formes : une forme diffuse souvent mortelle, une forme limitée généralement curable par l'intervention.

La tuberculose des os du crâne se rencontre surtout à la voûte, sur le pariétal. Elle tend toujours à la perforation. Suivant l'expression de Volkmann,

c'est une tuberculose perforante. La collection extra-durale est la règle, elle coïncide avec une collection extra-cranienne, à la face externe de l'os.

Au cours des ostéites syphilitiques, actinomycosiques et phosphoriques, on peut encore trouver des abcès extra-duraux.

III

Abcès consécutifs a la suppuration des cavités des os du crane. — Nous aurons surtout en vue les abcès extra-duraux d'origine otique; cependant disons quelques mots des complications endo-craniennes des sinusites.

Les affections suppurées des fosses nasales, du sinus frontal ou des cellules ethmoïdo-frontales ne s'accompagnent guère d'abcès sus-duraux ou d'autres complications endo-craniennes que dans les cas de néoplasme ou à la suite d'intervention opératoire ayant lésé la lame criblée, plus rarement à la suite de turbinotomie.

Quant aux collections extra-durales provenant du sinus sphénoïdal, on devra les rechercher lorsque à la suite d'une infection de ce sinus on verra éclater des accidents méningés accompagnés de signes orbitaires. L'infection du sinus, s'étant manifestée auparavant surtout par de la céphalée, localisée par le malade au centre de la tête, et par un écoulement purulent dans le naso-pharynx. C'est dans ces cas surtout que l'on se basera sur l'état cérébral du malade, sa température, son pouls, son fond d'œil, sans négliger la ponction lombaire.

Dans les sinusites maxillaires les accidents cérébraux sont tout à fait exceptionnels.

IV

Abcès extra-duraux d'origine otique. — Ce sont de beaucoup les plus nombreux et les plus intéressants. Leur étude toute récente date des progrès de la chirurgie cérébrale, de la chirurgie auriculaire en particulier. Depuis que les auristes ont mieux posé les indications opératoires de la mastoïdite et de l'otite moyenne, on a pu, pour ainsi dire, saisir sur le vif les différentes étapes de leurs complications endo-craniennes.

Étiologie. — On a vu que la pachyméningite externe est la plus fréquente des complications intra-craniennes des otites et la première étape pour les autres complications encéphaliques. Hessler, sur 136 cas d'affections de l'oreille moyenne, terminés par la mort, a seulement trouvé 36 cas où la dure-mère ne participait pas. Laurens, sur 330 mastoïdites aiguës opérées, a trouvé 14 abcès extra-duraux, 26 abcès péri-sinusiens, 2 abcès cérébraux et 18 mastoïdites de Bezold. Pour Jansen, le rapport entre le nombre des abcès extra-duraux, celui des thromboses, des sinus et celui des abcès cérébraux seraient de 28 : 7 : 1. Enfin, Gradengo, sur 14 cas de complications endo-craniennes des otites, a observé 5 abcès extra-duraux.

Certaines conditions individuelles créeraient une prédisposition : c'est ainsi que, d'après Krömer, les abcès extra-duraux seraient plus fréquents chez les brachycéphales, parce que le sinus latéral est plus rapproché des cavités tympanique et mastoïdienne et que les déhiscences spontanées du toit du tympan sont plus fréquentes. Quant aux fractures du crâne anciennes, elles auraient, d'après Mignon, une grosse influence.

Ils seraient plus fréquents à droite qu'à gauche, parce que les otites semblent plus fréquentes à droite. En outre, d'après Krömer et Bezold, la paroi osseuse qui sépare le foyer auriculaire est plus mince à droite. Braunstein admet au contraire qu'ils siègent avec une égale fréquence des deux côtés.

Les hommes en seraient atteints deux fois plus souvent que les femmes.

Ils s'observent surtout de un à vingt-cinq ans. Leur plus grande fréquence chez l'enfant serait peut-être due à ce que le tegmen tympani offre moins de résistance. En effet la barrière osseuse est très mince et il existe souvent une fissure par laquelle la dure-mère envoie un prolongement qui se continue avec la muqueuse de la caisse.

Quant à l'époque à laquelle apparaît l'abcès extra-dural au cours de l'infection de l'oreille moyenne et de la mastoïde, les auteurs ne sont pas d'accord. Ils seraient plus fréquents dans les mastoïdites chroniques pour Broca, Laurens. A la suite du processus d'ostéite condensante que l'on observe dans ces formes, la barrière osseuse qui représente la paroi externe de l'antre, serait beaucoup plus résistante, et le pus se dirigerait vers l'intérieur. Braunstein admet qu'ils apparaissent également dans les otites aiguës et chroniques. Pour Mignon, les otites aiguës produisent les abcès extra-duraux, et les otites chroniques les abcès encéphaliques et les thromboses suppurées.

On ne sait rien quant à l'influence de la nature étiologique des diverses otites : rubéoliques, scarlatineuses et grippales.

Enfin, rappelons que dans certains cas une cause déterminante semble favoriser l'éclosion des complications endo-craniennes, au cours d'une otorrhée, telle que trauma sur l'oreille externe, extraction d'un polype (Barr). Dans ce cas il y a sans doute infection surajoutée de la caisse. Le conduit auditif se bouche, c'est pourquoi l'on note quelquefois la suppression de l'écoulement au début. Le pus sous tension marche vers la dure-mère où l'appellent des dispositions anatomiques, telles que perforation, déhiscences spontanées, orifices anormaux.

Dans ces dernières années, on a montré que beaucoup de complications endo-craniennes des otites se faisaient par l'intermédiaire du labyrinthe. De là l'infection gagne la face externe de la dure-mère, soit par les voies naturelles, aqueduc du vestibule, sac endolymphathique le plus souvent, soit par des voies créées par le pus en perforant la capsule osseuse du labyrinthe au niveau de la boucle du canal demi-circulaire supérieur. Dans ces cas, l'infection se localiserait le plus souvent à l'étage postérieur du crâne.

V

Pathogénie. — Nombreuses sont les voies que peut suivre l'infection pour gagner la face externe de la dure-mère. Cependant, dans la grosse majorité des cas, on est conduit sur la collection extra-durale par des lésions qui se continuent de proche en proche. Le plus souvent c'est une traînée de cellules mastoïdiennes, remplies de pus, quelquefois une fistule perméable au stylet, d'autres fois une véritable perte de substance osseuse qui s'est produite au niveau d'un des points faibles du rocher. Ce sont les abcès dits secondaires de Hessler.

D'autres fois la collection extra-durale est sans communication apparente avec l'oreille (abcès primitifs de Hessler). Dans ces cas, l'infection s'est faite par l'intermédiaire des nombreux organes, vaisseaux ou nerfs qui traversent le rocher. Il s'est produit un processus de périnévrites par les gaines du facial et de l'auditif, ou de périvascularite le long de la carotide (Krömer), ou des veinules qui traversent la cavité suppurante pour se rendre aux sinus de la dure-mère.

VI

Anatomie pathologique. — Le rocher présente des lésions d'ostéite à un degré plus ou moins avancé. C'est d'abord un simple pointillé rougeâtre, indiquant une raréfaction de l'os. Puis on a une véritable plaque jaune ou noirâtre de quelques millimètres de diamètre, un peu spongieuse et facilement pénétrable par le stylet. Un degré de plus et on a un vrai trou, aux bords amincis et irréguliers. Il peut être comblé par des excroissances granuleuses, quelquefois par un séquestre mobile, ou un magma caséeux. Dans les formes lentes, ce sont des fongosités intra-apophysaires qui se continuent avec celles de la boîte cranienne et celles qui tapissent la face externe de la dure-mère. D'autres fois, une simple fistulette relie les deux foyers. Quant au siège de la perforation, il commande en général celui de l'abcès qui est situé en regard d'elle.

La dure-mère, dans les formes anciennes, présente des lésions de pachyméningite chronique. Elle est épaissie sur une plus ou moins grande étendue, décollée, tapissée de petits bourgeons fongueux et de villosités qui la hérissent, en même temps qu'elle est friable. Dans les cas récents, elle est simplement jaunâtre, congestionnée et un peu épaisse.

Le siège de l'abcès est ordinairement du même côté que l'os malade. Les cas d'abcès du côté opposé sont rares et contestés, les otorrhées étant souvent bilatérales. Il serait peut-être plus fréquent dans la fosse cérébrale chez l'enfant, dans la fosse cérébelleuse chez l'adulte. Il existe ordinairement seul, quand on observe la lésion au début, mais abandonné à lui-même, il se complique souvent de thrombo-phlébite ou d'abcès encéphalique. Il siège ordinairement sur la face postérieure du rocher. Jansen, sur 144 abcès extra-duraux, les a vus 161 fois dans la fosse cérébrale postérieure, 38 fois dans la fosse moyenne, 14 fois envahissant en même temps les deux étages postérieur et moyen. Dans ce cas, la dure-mère est décollée au niveau du bord supérieur du rocher. Par rapport au rocher, on divise les abcès extra-duraux en péri-sinusal, rétro-pétreux, épi-tympanique et apexi-pétreux. Les abcès rétro-pétreux proviennent souvent d'une suppuration du labyrinthe et s'accompagnent assez souvent d'un abcès cérébelleux. Les abcès apexi-pétreux proviennent toujours de l'oreille interne et sont ordinairement étalés en nappe. Quant à l'abcès péri-sinusal, il provient presque toujours de la mastoïde. Il s'étale entre la table interne de la mastoïde et la paroi du sinus qu'il décolle en produisant de la péri-phlébite. La thrombose est presque fatale.

Quelquefois l'abcès peut siéger à distance du rocher, comme dans l'observation de Tuffier, où il était au niveau de la partie moyenne de la zone motrice. Schultze rapporte le cas d'un abcès extra-dural, situé en avant du trou occipital, descendant le long de la moelle allongée, jusqu'à la deuxième vertèbre cervicale. Cet abcès s'était fait jour sur le côté entre l'occiput et la première vertèbre, et s'était répandu dans les faisceaux profonds, à la partie supérieure du cou. Deutschlander, Leutert, Passow et Mück rapportent des cas analogues. Dans ces cas, l'infection a lieu par voie veineuse ou lymphatique.

Au point de vue du nombre, l'abcès extra-dural est en général unique. Dans des cas très rares, on a observé de petits abcès miliaires à la face externe de la dure-mère. Mais la coexistence d'un abcès encéphalique avec un abcès extra-dural est fréquente et serait presque la règle dans les formes à évolution lente. L'abcès cérébral est plus fréquent que l'abcès cérébelleux, mais l'un comme l'autre siègent presque toujours superficiellement, sous l'écorce nerveuse et en regard de l'abcès extra-dural.

Dans certains cas, il y a au niveau de l'abcès cérébral de la méningite circonscrite, suppurée ou non, avec des adhérences unissant la dure-mère et la pie-mère. La communication directe entre l'abcès extra-dural et l'abcès encéphalique est fréquente. Ailleurs elle se fait par voie lymphatique ou veineuse. Enfin on peut avoir un petit abcès sous-dural, souvent à distance de l'abcès épi-dural primitif. Dans les abcès péri-sinusiens, la thrombose du sinus ne tarde pas.

Le volume de la collection purulente est très variable, depuis quelques gouttes jusqu'à un verre à bordeaux (dans le cas d'abcès de la fosse temporale). On l'a vu recouvrir toute la surface d'un hémisphère cérébral. Généralement les chirurgiens la comparent au volume d'une noisette.

Le pus est quelquefois inodore, mais plus souvent répand une odeur fétide. Sa coloration est jaune, jaune verdâtre. Il est souvent sous pression et peut s'échapper en jets pulsatiles dès l'ouverture de la paroi cranienne.

Les espèces microbiennes trouvées dans le pus sont variables. Le streptocoque est rencontré le plus souvent, dans un cas de Tuffier il donna une culture pure. Puis viennent le pneumocoque, le staphylocoque, le bacille de Koch, le bacille pyocyanique et différents bacilles saprogènes.

L'abcès évolue de façon variable. Le pus sous tension peut se frayer une voie, soit vers l'intérieur et donner une méningo-encéphalite diffuse ou se mettre en communication avec un abcès encéphalique après un processus de méningite circonscrite. Ou bien il peut s'évacuer spontanément vers l'extérieur et pour cela suivre des voies diverses : 1° emprunter un orifice anatomique et sortir par un des nombreux orifices de la base du crâne, ou par l'un des orifices qui mettent en relation les deux circulations intra et extra-cranienne ; 2° il peut s'évacuer spontanément dans les cavités même de l'oreille et pour Braunstein dans beaucoup des cas, où l'on trouve une fistule faisant communiquer la caisse avec le crâne, c'est non pas le pus de la caisse qui a fusé dans le crâne, mais celui du crâne qui a fusé dans la caisse ; 3° les progrès de l'ostéite créent une perforation. Son siège d'élection est au point faible de l'écaille du temporal, à 10 ou 15 millimètres au-dessus et en arrière du conduit auditif externe. Plus rarement elle siégera à l'angle postéro-inférieur du pariétal ou sur l'occipital.

VII

Signes. — La symptomatologie des abcès extra-duraux d'origine otique est très fruste, et il est courant de dire qu'on ne les reconnaît guère qu'au moment de l'intervention. Cependant, certains signes semblent leur appartenir en propre, et lorsqu'ils sont réunis permettent à peu près sûrement le diagnostic.

En clinique, deux cas se rencontrent le plus fréquemment. Ou bien c'est un malade qu'on a opéré d'une mastoïdite. Vingt-quatre à quarante-huit heures après, la température n'est pas tombée, l'état général est toujours très grave, les signes cérébraux persistent. C'est qu'il existe une complication cérébrale méconnue, un abcès extra-dural est probable. Il faut alors défaire le pansement et explorer les deux fosses moyenne et postérieure du crâne. Ou bien l'abcès extra-dural apparaît au cours d'une otorrhée et affecte une allure chronique, c'est peut-être dans ce cas que les symptômes sont les plus nombreux.

D'ordinaire les signes généraux ouvrent la scène. La température d'allure assez irrégulière avec exacerbations vespérales se tient ordinairement vers 40, 41 degrés, quelquefois 38 degrés seulement. Dans certains cas, il n'y a pas hyperthermie. La pachyméningite fongueuse est apyrétique. Les frissons, les sueurs apparaissent en même temps que certains troubles intellectuels, rêves, abattement, insomnie, inaptitude au travail, débilité et dépression générale pouvant aller jusqu'à l'état cachectique.

Quelquefois on a les signes extérieurs d'une mastoïdite, assez souvent ils manquent. Il faut alors examiner méthodiquement la région. La douleur est le meilleur signe, douleur spontanée dans la région temporo-mastoïdienne, ou en hémicrânie, paroxystique, exagérée par la position déclive de la tête, arrachant souvent des cris au malade pendant la nuit. La pression et la percussion au voisinage de l'abcès sont douloureux. Ce signe acquiert une grande valeur lorsqu'on le provoque à quelque distance de l'apophyse, qui dans ces cas est ordinairement douloureuse. La nuque est souvent raide. Quelquefois on note de l'œdème au niveau du point douloureux.

Dès cette période apparaissent certains signes nerveux dus au siège de la lésion. La douleur dans les yeux est assez fréquente, la stase papillaire également. Cette dernière peut être le seul signe, elle existe dans la moitié des cas d'après Gradenigo. Pour Mignon, l'abcès extra-dural est la cause la plus fréquente des névrites optiques.

Diverses paralysies peuvent exister du côté de la lésion, paralysie du facial, ptosis de la paupière, paralysie du moteur oculaire externe et de l'auditif. Cependant les troubles sensoriels et surtout le bourdonnement d'oreille peuvent être dus à des lésions du labyrinthe.

Dans l'abcès de la fosse postérieure on note souvent des signes d'origine cérébelleuse : troubles de l'équilibration, démarche indécise, titubante, vertiges. Si l'abcès siège au niveau de la zone rolandique, on peut avoir, malgré l'opinion courante, des signes de localisation, comme dans l'observation de Tuffier : épilepsie jacksonienne, monoplégie du bras gauche.

Enfin on rencontre parfois des signes de compression générale, comme dans les abcès cérébraux : nausées, vomissements, pouls ralenti, troubles du système respiratoire, troubles de la parole.

Chez l'enfant, on peut avoir des signes terrifiants à cause de l'intensité des réactions méningées : convulsions, attaque épileptiforme.

La ponction lombaire devra être pratiquée dans tous les cas, elle donne un résultat négatif (Braunstein). La présence de globules blancs fait penser à la méningite.

Quant à la thrombo-phlébite du sinus latéral, elle est fréquente, mais c'est déjà un signe de complication de l'abcès extra-dural. Elle indique un abcès en général à point de départ mastoïdien, dont l'évolution assez longue a permis la phlébite du sinus.

VIII

Evolution. — La rapidité d'évolution de l'abcès extra-dural dépend de la virulence du microbe et de l'intensité du processus de défense de la dure-mère qui s'épaissit. Dans les formes aiguës, si l'on n'intervient dans les deux ou trois premiers jours, les complications encéphaliques ne tardent pas à apparaître. Dans les formes chroniques, où l'on a une véritable pachyméningite fongueuse, la durée peut être de plusieurs mois et c'est dans ces cas que l'on observe surtout la névrite optique et le dépérissement du malade.

IX

Complications. — Ce sont vers l'encéphale : l'abcès sous-dure-mérien, la méningite circonscrite, la méningo-encéphalite diffuse, l'abcès encéphalique et la phlébite du sinus latéral. Vers l'extérieur, les complications sont dues à la migration de l'abcès qui

peut fuser dans les parties molles de la base du crâne, ou même s'étaler sous les téguments de la fosse temporale et à la face externe de la mastoïde.

X

Pronostic. — Il est très grave et dépend de la précocité de l'intervention. Sur 88 cas opérés, Braunstein a observé la guérison dans 76 p. 100 des cas.

XI

Diagnostic. — En présence des signes fournis par le malade chez un sujet atteint d'otorrhée reconnue, on cherchera les signes de poussées aiguës du côté de l'oreille moyenne et de la mastoïde. Les signes cérébraux feront que l'on a à éliminer : la *méningite aiguë* dans laquelle existera la céphalée généralisée, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, des douleurs musculaires et de l'hyperesthésie généralisée. Des troubles digestifs très marqués, vomissements, constipation, un pouls petit, rapide, irrégulier, des troubles cérébraux. La ponction lombaire donnera un liquide trouble contenant de nombreux globules blancs.

La *thrombo-phlébite* donnera une céphalée localisée à la région rétro-mastoïdienne, peu de troubles cérébraux, mais une température à grandes oscillations, avec un pouls en rapport avec cette température, de grands frissons de pyohémie, des abcès métastatiques fréquents et du torticolis.

L'*abcès encéphalique* présente la triade symptomatique : signes d'hypertension cranienne, signes dus à l'action irritante ou destructive de l'abcès sur l'encéphale, signes de suppuration. Le diagnostic différentiel est souvent très difficile, car il peut coexister avec l'abcès extra-dural.

Enfin, il est des cas où l'on met les signes observés sur le compte de l'hystérie, de l'épilepsie ou d'une tumeur cérébrale, soit que l'on méconnaisse l'otite, soit qu'on ne lui attribue pas toute sa valeur.

XII

Traitement. — Le traitement ne peut être que chirurgical. Il faudra intervenir le plus tôt possible. Dans le cas où les lésions osseuses conduisent directement sur l'abcès, le traitement est facile. Il faut réséquer largement la mastoïde et le temporal au moyen de la pince-gouge. Dans le cas où l'abcès ne communique pas avec la mastoïde, il faudra d'abord évider celle-ci, puis explorer les loges moyenne et postérieure du crâne. Pour ouvrir la loge moyenne, on attaquera avec la gouge et le maillet toute la portion de crête temporale sus-jacente à l'aditus et au toit de l'antre et ouvrira une brèche de un centimètre carré. S'il y a abcès, continuer la résection osseuse. Sinon ouvrir l'étage postérieur, il faudra alors dénuder le sinus au niveau de son coude et pour cela attaquer à la gouge le bord postérieur de la mastoïde, prudemment et par copeaux, jusqu'à ce qu'on aperçoive le sinus. Les abcès extra-duraux de cette loge sont toujours la résultante d'un abcès péri-sinusien.

BIBLIOGRAPHIE

Chipault. *Traité de chir.* — Gérard Marchand. *Traité de chir.* — Luc. *Arch. internat. de laryng. et d'otol.*, 1897 ; — *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne*, Baillière, 1900 ; — *Ann. des mal. de l'or.*, 1897. — Luc et Gérard Marchand. *Arch. internat. de laryng.*, 1896. — Broca et Maubrac. Chirurgie cérébrale, *Méd. moderne*, 1896. — Braunstein. *Arch. f. Ohren.*, 1902. — Chavasse. Cong. internat. d'otologie, Bordeaux, 1904. — Laurens. *Ibid.*, 1904. — Lermoyez. *Thérapeutique des maladies de l'oreille*, 1901 ; — *Presse méd.*, 1902. — Jaboulay et Rivière. *Gaz. des hôpit.*, 1897. — Rivière. *Prov. méd.*, 1897. — Moure. *Revue hebd. de laryng.*, 1897 et 1900. — Hennebert. *Revue internat. de rhinol.*, 1898. — Moliné. *Revue hebd. de laryng.*, Bordeaux, 1900. — Broca. *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1899 ; — *Bull. et mém. de la Soc. chir. de Paris*, 1896, 1899, 1895. — Picqué et Février. *Ann. des mal. de l'or.*, 1892. — G. Laurens. *Ann. des mal. de l'or.*, 1899. — Mignon. Th. de Paris, 1898. — Forestier. *Arch. prov. de chir.*, 1897. — Lubet-Barbon et Broca. Th. de Paris, 1895. — Lannois et Corneloup. *Revue hebd. de laryng.*, 1903. — Hessler. *Arch. f. Ohren.*, 1891-1892. — Hoffmann. *Deut. zeit. f. chir.*, 1888. — Kramer. *Arch. f. clin. chir.*, 1894. — Jansen. *Arch. f. Ohren.*, 1893. — Tuffier. Soc. anat., 1894. — Chipault. *Chirurgie opératoire du système nerveux ; état actuel de la chirurgie nerveuse.* — Laurens. *Chir. oto-rhino-laryngol.* — Marion. *Chirurgie du crâne.* — Bonain. *Revue hebd. de laryngol.*, 1903. — Ver-vaeck. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1902.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire, type Lortat-Jacob-Sabaréanu. (Régis Berthéol. Th. de Paris, 1906 ; A. Michalon, édit.) — A côté de la sciatique tronculaire qui comprend les formes névralgie et névrite décrites par le professeur L. Landouzy, il existe une seconde forme clinique ou sciatique radiculaire type Lortat-Jacob-Sabaréanu.

Cette sciatique est caractérisée par des troubles de la sensibilité à topographie radiculaire, c'est-à-dire formant des bandes longitudinales régulières parallèles entre elles et à l'axe du membre et qui sont regardées comme la preuve d'une altération des racines des nerfs.

Les racines les plus fréquemment prises sont la cinquième lombaire huit fois sur neuf. Viennent ensuite la première et la deuxième sacrée, la quatrième lombaire et enfin la troisième sacrée.

Les autres symptômes ne sont ni assez constants ni assez précis pour permettre d'affirmer l'existence de cette forme clinique de sciatique, lorsqu'on ne constate pas la topographie radiculaire de l'anesthésie.

Cette sciatique, par son évolution, par l'absence de troubles du côté des sphincters, en un mot par son appareil symptomatique, se différencie nettement du tabes, de l'hystérie ou des affections du cône inférieur de la moelle et des nerfs de la queue de cheval.

Parmi les nombreuses causes pouvant amener son apparition, nous notons la compression par une tumeur avoisinante de nature cancéreuse ou tuberculeuse. On peut encore incriminer une plaque de méningite siégeant sur les racines et dues à l'action de toxines d'origine syphilitique ou tuberculeuse, ou encore l'altération des plexus veineux ayant pour cause l'artério-sclérose ou l'alcoolisme.

La constatation du syndrome radiculaire dans la sciatique doit d'abord éveiller en nous l'idée d'un processus syphilitique, et dans ces cas, elle a le même pronostic que les localisations de même nature sur le système nerveux périphérique. Lorsqu'une autre étiologie intervient, c'est la connaissance de cette étiologie qui fait le pronostic.

En cas de syphilis avérée, il faudra recourir au traitement mercuriel mixte qui donnera dans ces cas de très bons résultats, semblables à ceux que l'on obtient dans la sciatique tronculaire d'origine syphilitique et sur lesquels ont insisté MM. les professeurs Dieulafoy, Landouzy et Dejérine.

En l'absence d'une étiologie syphilitique avérée, c'est encore au traitement mercuriel qu'il faudra recourir et on obtiendra d'heureux effets, comme cela a été signalé du reste pour tant d'autres affections du système nerveux.

Contribution à l'étude de la parotidite saturnine. (Pierre Garcin. Th. de Paris, 1906; Vigot Frères, édit.) — La tuméfaction bilatérale des parotides, sans être fréquente, n'est pas très rare au cours de l'intoxication saturnine.

Le plus souvent elle affecte une allure chronique, est permanente et peut donner lieu, à certains moments, à des poussées subaiguës ou mêmes aiguës.

Cette parotidite paraît causée par l'élimination lente et continue, irritante, du plomb, au niveau de l'épithélium sécréteur. C'est alors la parotidite saturnine primitive, pure. Secondairement, sur l'hypertrophie déjà préexistante, peut venir se greffer une infection canaliculaire ascendante, d'origine buccale. La parotidite, à début plombique, devient alors infectieuse : elle est mixte.

Cette affection peut acquérir, dans certains cas, une véritable valeur séméiologique, et servir d'indice au même titre que le liséré de Burton, par exemple, pour reconnaître, dès l'abord, l'existence de l'intoxication saturnine. Si l'on rencontre un malade, dont le facies est terreux et les parotides hypertrophiées, sans accompagnement de signes généraux ni de douleurs, on peut le suspecter de saturnisme.

Le pronostic est bénin.

Cependant il est une complication possible : les saturnins présentent une susceptibilité particulière vis-à-vis du mercure, lorsqu'ils sont atteints de parotidite, ce qui nécessite une grande prudence dans l'administration de ce médicament.

La septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant. (Faure-Beaulieu. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — Le nombre des cas de gonococcémie prouvés par la constatation du gonocoque dans le sang circulant a atteint, en comptant notre observation personnelle, un chiffre tel, que le moment est venu de tenter un tableau d'ensemble de la septicémie gonococcique en s'en tenant à ces cas.

Le gonocoque envahit la circulation par la voie veineuse, et sa pénétration dans le sang a lieu de préférence quand les lésions blennorragiques primitives ont dépassé l'urètre antérieur (urétrite postérieure, épididymite, spermato-cystite).

La bactériémie gonococcique ne se présente qu'exceptionnellement sous forme d'une septicémie pure sans localisations secondaires.

Presque tous les cas de septico-pyémie gonococcique s'accompagnent de manifestations articulaires, mais néanmoins le rhumatisme blennorragique n'est pas la forme obligée de la « blennorragie maladie générale ».

La nature gonococcique de nombreuses localisations insolites de la blennorragie, telles que pneumonie, méningites, manifestations cutanées, etc., est prouvée par l'étude des cas de gonococcémie légitime. Leur liste s'allongerait encore si on y ajoutait les cas où seul l'examen bactériologique de la lésion métastatique a été pratiqué.

La septicémie gonococcique se termine par la guérison dans environ 70 p. 100 des cas. Dans tous les cas mortels, sauf deux, il y avait endocardite. Parmi les cas guéris, l'endocardite n'existait certaine que trois fois. La gonococcémie tire donc sa gravité de l'endocardite. Mais celle-ci peut être cependant curable, ce dont on aurait pu douter sans examen bactériologique du sang.

Le diagnostic n'est certain que par la constatation du gonocoque dans le sang. Pour cela, l'examen direct entre lame et lamelles n'est même pas à tenter. Il faut ensemencer le sang sur milieux appropriés, en prenant de grandes quantités (10 à 20 centimètres cubes) de sang et au moment des accès fébriles. Nous donnons la préférence aux milieux liquides qui, seuls, nous ont donné un résultat positif dans notre observation personnelle.

Envisagée dans chaque cas, la bactériémie gonococcique ne paraît pas constante, mais se fait sans doute sous forme de décharges microbiennes que traduisent cliniquement les accès de fièvre intermittents ou rémittents. C'est ainsi que dans nos recherches personnelles un seul ensemencement du sang, sur quatre, a été suivi d'un résultat positif.

Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose. (Debonnesset. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — De nombreux cas de syphilis osseuse et ostéo-articulaire sont à tort attribués à la tuberculose.

Le diagnostic différentiel clinique en est difficile.

L'erreur cependant est d'autant plus grave que nous possédons dans le traitement mercuriel un moyen curatif rigoureux.

Il faudra donc toujours suspecter et rechercher la syphilis héréditaire dans les cas où l'on est enclin à porter le diagnostic de lésions d'origine tuberculeuse.

On évitera ainsi aux malades une intervention chirurgicale, inutile, trop souvent mutilante et une persistance parfois indéfinie de l'affection.

Le traitement mercuriel est un excellent moyen de diagnostic, souvent le seul dans les cas difficiles.

Le pouvoir hémolytique du sérum sanguin et la résistance globulaire; recherches chez l'enfant. (Gaudeau. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — Le sérum sanguin de l'enfant, comme celui de l'adulte, est hémolysant *in vitro* pour les globules de lapin; ce pouvoir hémolytique, dû à l'alexine, disparaît également par chauffage à 55-58 degrés et s'atténue dans de grandes proportions quand le sérum est conservé depuis plusieurs jours.

Chez l'enfant normal de cinq à douze ans, la quantité d'alexine a paru moins considérable que chez l'adulte; comme chez l'adulte, elle varie, mais dans des limites assez étroites.

A l'état pathologique, elle est susceptible de variations quantitatives, et il est possible d'indiquer les relations qui existent entre ces modifications et différentes maladies.

En comparant entre eux les sérums d'enfants normaux et malades, on peut arriver aux conclusions suivantes :

Dans la diphtérie, la quantité d'alexine augmente après les injections de sérum antidiphtérique.

Dans la varicelle, elle diminue à la période d'éruption.

Dans la rubéole, le pouvoir hémolytique du sérum reste normal, tandis que :

Dans la rougeole, sans complications, il diminue les deux premiers jours de l'éruption pour revenir à la normale le troisième jour.

Dans la scarlatine, dans les érythèmes scarlatiniformes et papulo-noueux, le pouvoir hémolytique est normal.

Dans les érythèmes sériques et polymorphes, l'alexine diminue du sérum.

Certains de ces processus éruptifs et quelques maladies éruptives impriment à la résistance globulaire quelques modifications :

La résistance globulaire subit une augmentation au cours des éruptions scarlatiniforme, post-vaccinale, papulo-noueuse; l'accroissance de R_1 est plus marqué que celui de R_2.

Dans la scarlatine, pendant la période éruptive, R_1 subit un accroissement marqué et constant, tandis que R_2 se modifie de façon moins constante.

Pendant la période éruptive de la rougeole : 1° au premier jour de l'éruption, R_1 présente un accroissement marqué et constant, R_2 subit moins souvent de l'augmentation; l'étendue de résistance est diminuée; 2° au deuxième jour, R_1 et R_2 subissent une augmentation parallèle dans la moitié des cas; l'étendue de résistance est normale; 3° au troisième jour, R_1 et R_2 présentent une augmentation moins fréquente, moins élevée qu'au premier et deuxième jour. Dans les rougeoles compliquées d'accidents pulmonaires, R_1 et R_2 sont élevées presque parallèlement, même dans les cas graves, mais suivis de guérison. Dans les cas de rougeole à évolution fatale, la résistance globulaire est normale.

CHIRURGIE

Les contusions du poumon. (Waïss. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Les contusions du poumon donnent lieu à des effets directs ou indirects. Ces effets directs sont liés à des désordres anatomiques d'origine mécanique ou névropathiques.

Quelle que soit la variété des lésions observées, elles se traduisent cliniquement par : *a*. de la congestion pulmonaire; *b*. de l'hémoptysie; *c*. un épanchement pleural. Les effets indirects sont dus à l'infection du foyer pulmonaire contus. Ils sont précoces ou tardifs.

Les effets indirects précoces sont principalement : la pneumonie, la broncho-pneumonie, la gangrène du poumon.

Les effets indirects tardifs sont constitués par diverses modalités de tuberculose pulmonaire.

Des réactions nerveuses de l'appendicite. (Morisetti. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — L'appendicite est une maladie générale à détermination appendiculaire; comme toutes les maladies générales elle peut léser le foie, les poumons, les reins; le système nerveux n'échappe pas à ces atteintes.

L'appendicite est une maladie toxi-infectieuse, les complications nerveuses peuvent être de deux ordres : toxiques ou infectieuses.

Infectieuses, ce sont les méningites suppurées, les abcès cérébraux; le malade est alors un infecté, et les accidents qu'il présente, pneumonies, parotidite, etc., constituent le cortège habituel des grandes septicémies.

Les complications du deuxième groupe sont d'ordre toxique : les méninges, l'écorce cérébrale peuvent être frappées par les toxines. Dans l'observation qui fait le sujet de cette étude, il y avait simultanéité des phénomènes appendiculaires et des réactions méningées : celles-ci renaissaient à chaque crise d'appendicite et disparaissaient avec elles.

Les toxines peuvent en outre déterminer des névrites appendiculaires.

La connaissance de ces cas a son importance dans la pratique médicale, car ils indiquent une forme toxique grave de l'appendicite, une de ces formes rares qui peuvent imposer une intervention immédiate.

Les tumeurs du ligament rond. (Desnier. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.). — Les tumeurs du ligament rond sont des tumeurs en général solides, appartenant pour la plupart aux fibro-myomes, analogues aux tumeurs de l'utérus. Elles sont beaucoup moins rares qu'on ne l'a pensé puisque nous en avons trouvé soixante-seize cas.

Quand elles siègent à la portion extra-abdominale, leur diagnostic est facile. Il est, au contraire, très difficile quand il s'agit de tumeurs intra-abdominales.

L'évolution de ces tumeurs est intimement liée à la vie gynécologique du sujet et soumis à l'action de la fertilisation.

Le traitement curatif sera toujours l'extirpation pour éviter une dégénérescence de la tumeur. Enfin on fixera toujours à la paroi le ligament rond qui aura été incisé, afin d'éviter les déplacements utérins, et en particulier la rétroversion.

De la cystoscopie dans la tuberculose urinaire. (Poisson. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — On a vu les avantages que présentait l'examen cystoscopique pratiqué chaque fois que la fréquence des mictions ou que le trouble de l'urine trouvaient une explication difficile.

Très souvent, dans ces conditions, la cystoscopie révélera des lésions tuberculeuses de la muqueuse vésicale consistant en ulcérations, végétations, desquamation ou vascularisation, les lésions apparaîtront surtout marquées au niveau de l'orifice uretéral, ce dernier étant lui-même dilaté, infundibuliforme ou masqué par des fongosités, et dans ce cas on portera le diagnostic d'infection descendante et on conclura à des lésions rénales avant l'apparition de tout autre signe.

On pourra donc se contenter d'examens cystoscopiques répétés chaque fois que le cathétérisme uretéral sera impraticable.

L'injection de substances colorantes comme le bleu de méthylène ou l'indigokarnine a l'avantage de faciliter la recherche du méat uretéral, mais ne peut que masquer les lésions vésicales; c'est pourquoi on ne peut guère la recommander que comme moyen d'exception.

L'ectopie périnéale du testicule. (Robert Klein. Th. de Paris, 1906; G. Steinheil, édit.) — L'ectopie périnéale constitue, chez l'homme, une anomalie de situation du testicule par vice de migration; l'anatomie comparée la trouve à l'état normal chez certains animaux, comme le porc et la civette;

Elle doit être regardée comme assez rare : le nombre des cas publiés n'excède guère 80 environ; elle est constatée soit à la naissance, soit quelquefois bien plus tard, à l'occasion d'un traumatisme ou d'une opération. Le plus souvent unilatérale, elle est soumise à l'influence de l'hérédité, comme les autres ectopies;

Le mécanisme intime de sa production est encore obscur :

Les classiques, depuis Cürling, l'attribuaient à une anomalie d'insertion du *gubernaculum testis*;

Actuellement, on a plus de tendance à la considérer comme dérivant *secondairement* d'un autre type d'ectopie, l'inguinale par exemple, à la faveur d'un traumatisme ou d'un bandage qui font glisser brusquement ou peu à peu le testicule dans le périnée;

La situation exacte occupée par le testicule dans la région périnéale varie peu : latérale, en dehors du raphé, en arrière de la racine des bourses et en avant de l'anus; il faut cependant noter les deux sous-variétés possibles : la *scroto-fémorale* et la *périnéale vraie*, celle-ci fournissant les neuf dixièmes des cas.

Assez mobile en général, le testicule est enfermé dans sa vaginale qui communique le plus souvent avec la grande cavité péritonéale, donnant lieu à une hernie inguinale congénitale.

Le scrotum est toujours atrophié et rudimentaire; le cordon est au contraire normal, plutôt long.

Les lésions anatomiques du testicule en ectopie périnéale sont légères pendant l'enfance, mais plus marquées avec l'âge, pour aboutir à la sclérose complète chez l'adulte;

On reconnaîtra facilement l'existence de l'anomalie aux signes suivants : absence du testicule en sa place normale, situation sous-cutanée de la glande, rattachée à un cordon normalement constitué et allant au canal inguinal.

Indolore souvent et perçue alors accidentellement, l'ectopie périnéale peut s'accompagner de douleurs très vives, empêchant la marche ou certains exercices comme l'équitation et le cyclisme.

L'état général n'est pas influencé.

Le diagnostic sera donc facile, et il est exceptionnel qu'un abcès du périnée ou une hydrocèle puisse donner le change;

Le pronostic est bénin, si l'on considère les symptômes auxquels l'anomalie donne lieu : il est sérieux si l'on pense que l'atrophie est certaine, si l'ectopie n'est pas corrigée;

Il est donc parfaitement légitime d'intervenir, et par la seule intervention logique, rationnelle et efficace, l'intervention chirurgicale.

L'âge favorable sera compris entre deux et trois ans; en tout cas, avant la puberté.

L'intervention consistera, après incision semblable à celle d'une cure radicale de hernie, à isoler le cordon, à attirer le testicule et à placer celui-ci dans sa loge scrotale que l'on créera ou que l'on agrandira par effondrement du tissu cellulaire.

Un petit point, sur lequel l'auteur attire l'attention, c'est qu'il faudra séparer par une petite suture la nouvelle loge de l'ancienne, pour éviter la récidive. On pourra également, si l'on veut, mais il n'a pas en ce temps opératoire grande confiance, fixer le testicule au fond du scrotum.

L'opération se complètera, dans quelques cas, par la cure radicale d'une hernie ou d'une hydrocèle coexistantes.

Telle est l'intervention que M. R. Klein préconise pour corriger l'ectopie périnéale; si l'on tient compte de la difficulté qu'il peut y avoir à apprécier ses résultats éloignés, on reconnaîtra que, plus peut-être qu'ailleurs, l'orchidopexie se justifie dans ces cas et présente des éléments favorables pour l'évolution future du testicule.

GYNECOLOGIE

Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu, au cours et en dehors de la grossesse. (Berniolle. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — L'auteur résume ainsi la revue générale qu'il a essayé d'esquisser sur les fibromes sous-péritonéaux à pédicule tordu.

Le pédicule : *a.* est en général court et épais; *b.* il s'insère sur le fond de l'utérus à l'union d'une des cornes; *c.* sa torsion est habituellement d'environ un demi-tour à un tour de spire complet; *d.* la torsion se fait toujours dans le sens des aiguilles d'une montre; *e.* les altérations anatomiques consistent surtout en une thrombose des veines du pédicule.

Le fibrome est habituellement de volume moyen. La torsion a pour conséquence une apoplexie myomateuse et l'établissement d'adhérences avec les organes voisins.

Cliniquement, la torsion des fibromes pédiculés présente trois types : *a.* la torsion brusque; *b.* la torsion lente; *c.* la torsion à poussées successives avec périodes d'accalmie.

Au cours de la grossesse, la torsion se rencontre : 1° chez les primipares âgées, 2° du deuxième au sixième mois de la gestation; 3° le type clinique le plus fréquent est celui de la torsion à poussées successives; 4° le durcissement de la tumeur, lors de la contraction utérine, est un bon signe différentiel entre le fibrome et le kyste de l'ovaire; 5° la difficulté de l'acte opératoire (myomectomie) est augmentée par la vascularisation extrême de l'utérus; 6° pour prévenir l'expulsion fœtale qui peut suivre l'intervention, il convient de faire à la malade, pendant plusieurs jours, des injections de morphine (Pinard).

Le diagnostic, malaisé à établir, peut se poser, si aux phénomènes généraux s'ajoute la triade symptomatique suivante : *a.* tumeur de consistance molle; *b.* plus ou moins fixée; *c.* rapprochée du plan médian. L'erreur de diagnostic la plus fréquemment commise consiste à attribuer à un kyste de l'ovaire pédiculé les phénomènes aigus de la torsion du fibrome sous-séreux. Le clinicien devra s'assurer si l'utérus n'est pas entraîné dans la torsion du pédicule.

Le pronostic est habituellement peu grave, si l'intervention est faite en temps voulu.

Le traitement de choix est la myomectomie. On aura recours à l'hystérectomie, si l'utérus lui-même est fibromateux ou a subi une rotation axiale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les hétérotopies médullaires. (Chardon. Th. de Paris, 1906.) — Les hétérotopies médullaires sont des malformations congénitales dont l'étiologie est encore incertaine. Cette anomalie, qui peut siéger sur toute la hauteur de la moelle, se localise le plus souvent aux régions cervicale ou dorsale et surtout à gauche. Elles n'ont aucune symptomatologie propre.

Les moelles présentant une hétéropie semblent prédisposées aux atteintes morbides, probablement par affaiblissement de la résistance de l'organe.

Il faut extraire et préparer avec le plus grand soin la moelle, pour ne pas créer par une faute d'autopsie des lésions artificielles simulant une hétéropie.

Ces lésions artificielles dues à des fautes d'autopsie (contusions instrumentales) sont faciles à reconnaître.

Les tissus hétérotopiques prennent mal les colorants histochimiques.

RADIOTHÉRAPIE

Action des rayons X sur les glandes génitales. (François Roulier. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Toutes ces considérations nous amènent donc à conclure que les rayons X ont une action élective sur le testicule et sur l'ovaire, en tant que glandes actives à rénovation cellulaire intense.

Mais, tandis que le testicule, mal protégé par son enveloppe scrotale, peut être facilement atteint, chez l'homme et chez les animaux, l'ovaire, au contraire, profondément situé en arrière de la paroi abdominale et de l'intestin, ne subit pas d'altération chez les animaux d'assez grande taille, tandis qu'il en présente chez les animaux extrêmement petits.

La stérilité, passagère ou définitive, peut donc être facilement obtenue chez l'homme sans lésions de la peau; elle est très vraisemblablement impossible à obtenir chez la femme, même en se plaçant dans les conditions expérimentales que nous venons d'étudier et qui sont fort difficiles, du reste, à réaliser. Elle est impossible sans production de dermite.

La thérapeutique utilisera peut-être ce nouveau procédé, indolore et peu dangereux, d'atrophie testiculaire dans certains cas de castration (testicule tuberculeux [D. Philipp]), mais on peut prévoir dès maintenant que les rayons X ne deviendront pas le remède de choix dans les affections de l'ovaire pas plus qu'ils ne sont aujourd'hui l'agent malthusien que quelques expériences sur la lapine avaient déjà fait redouter.

L. GAYARD.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'évolution de la prostitution, par le docteur Félix REGNAULT, professeur au collège libre des sciences sociales. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique, par le docteur WICART. In-8° de 188 p. — Paris, Paulin et Cie.

N° 109. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 25 SEPTEMBRE 1906. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 22 septembre 1906 (Question : « Ligament de l'articulation du genou ») : MM. Taudes-Cal, 18 ; Rousseau (Fernand), 17 ; Rosse (Ch.) et Siviecinski, 15 ; Prigent, Wilnet et Zaepfel, 14 ; Pougaud et Segherdtzian, 13 ; Queste, 12 ; Taphanel, 11 ; Potiron, Serin et Torné, 8 ; Tantier, 7 ; Rabourdin, Ropiteau, Sanjurjo, Simon et Thievry, 6.

Séance du 23 septembre 1906 (Question : « Articulation tibio-tarsienne ») : MM. Rolland, 19 ; Riou et Sébillotte, 18 ; Renoult, Vielle et Vilfray, 17 ; Plesse et Tripier, 16 ; Rehm, Mlle Schechtmann et M. Villette, 14 ; MM. Potherat, Reinhold et Segame, 13 ; Scheurer, 6.

La prochaine séance aura lieu mardi 25 septembre, à quatre heures et demie (suite des candidats de la deuxième série de la deuxième moitié et candidats de la première série de la deuxième moitié).

Pathologie. — Séance du 22 septembre (Question : « Technique des injections médicamenteuses sous-cutanées intramusculaires et intra-veineuses ») : MM. Baeckel et Buquet, 16 ; Beloux, Bertrand, Brunet et Butel, 15 ; Bleynie, 14 ; Achard, Beck et Bouquier, 13 ; Baudot, Butin et Chatelain, 12 ; Cohen, 11 ; Bardet (Henry) et Bourdette, 10 ; Baudouin, 9 ; Caux, 8 ; Bilot, 6 ; Bastard-Bogoin, 5.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (XIXe Congrès, octobre 1906). — Nous rappelons que le XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie se tiendra lundi prochain 1er octobre 1906, à Paris, sous la présidence de M. Monprofit (d'Angers).

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Chirurgie des gros troncs veineux.* — Rapporteurs : MM. Lejars et Morestin (de Paris) ;

2° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire.* — Rapporteurs : MM. Willems (de Gand) et Loison (médecin de l'armée).

3° *Ectopie testiculaire et ses complications.* — Rapporteurs : MM. Souligoux (de Paris) et Villard (de Lyon) ;

LEGS MARJOLIN. — Par son testament en date du 1er novembre 1894, le docteur Marjolin (René-Nicolas) a légué à la Faculté de médecine de l'Université de Paris une somme dont le revenu est de 5 161 francs.

La disposition testamentaire est ainsi conçue :

« Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. »

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs incriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE A LAUSANNE. — Le 23 septembre a eu lieu à Lausanne le vote populaire ou referendum pour la loi sur l'interdiction de l'absinthe. Une violente campagne avait été mené depuis quelque temps par les partisans de la loi ; plus de 50 conférences contradictoires, comprenant toutes un médecin, un juriste ou un homme politique influent, avaient été organisées dans tout le canton.

Au cours de ces conférences, la défense de l'absinthe avait été des plus piteuses, pas un contradicteur sérieux ne s'étant présenté. Les journaux politiques, eux, avaient pris nettement position dès le début pour la loi. Seules, quelques feuilles régionales ou d'intérêt commercial la combattaient avec énergie.

Finalement, la loi interdisant la vente de l'absinthe dans tout le canton de Vaud a été maintenue par le peuple par 22407 « oui » contre 15596 « non », soit une majorité de 7000 voix environ. (*Echo de Paris.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Rousset (d'Apt).

LEÇONS PRATIQUES DE CLINIQUE EXTERNE, avec examens de malades, faites par Interne en chirurgie pendant le mois d'octobre. Trois leçons par semaine : lundi, mercredi, vendredi à quatre heures et demie. Droits d'inscription : 30 fr.— S'inscrire chez le concierge de la Charité.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 7, juillet 1906.) NICOLAS et FAURE : Erythème cutané en larges placards extensifs avec atrophodermie à type maculeux chez un tuberculeux. — DEVIC et BÉRIEL : L'apoplexie hépatique dans la syphilis. — BORD : Chancres syphilitiques nains de la lèvre et de la langue.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 sept. 1906.) ROCHARD : La littérature et l'hygiène sociale. — BOUQUET : Quelques réflexions sur le mal des montagnes. — CABANÈS : La médecine des signatures. — BAILLIART : L'emploi de la pilocarpine en ophtalmologie. — La prothèse oculaire. — De la guérison de certaines affections externes de l'œil par la correction des vices de réfraction.

Bulletin médical. — (N° 75, 22 sept. 1906.) CHEVALLEREAU : Maladies de l'iris.

Écho médical du Nord. — (N° 38, 23 sept. 1906.) BRETON et J. MINET : Un cas de nervo-tabes périphérique d'origine alcoolique. — René LE FORT : Difficultés de diagnostic de certaines tumeurs hépatiques et vésiculaires; un cas d'hépatopexie et deux cholécystectomies. — PAQUET : Accident de travail : un cas de pneumonie traumatique. — RAVIART et LORTHIOIS : Cancer de l'ampoule de Vater; lithiase biliaire, atrophie du cholécyste; symphyse pleuro-péricardique.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 105, 2 sept. 1906.) Spiro LIVIERATO : Les rapports des lésions inflammatoires du péricarde et celles des valvules aortiques. — Carlo GALLIA : Un cas de syphilides psoriasiformes. — Giammaria FRATINI : Un cas de paralysie myoscléreuse de Duchenne. — Aldo MOSSAGLIA : L'influence de la fatigue chez les chiens partiellement privés de corps thyroïde. — Luigi CHIERICI : La valeur séméiologique des otorragies spontanées dans les otopathies et les affections générales. — (N° 108, 9 sept.) Giovanni GHEDINI et Spiro LIVIERATO : Contribution à l'étude des modifications déterminées dans l'appareil cardio-vasculaire par la toxi-infection grippale. — NEGRO : Hémispasme facial en tant qu'équivalent de paralysie faciale périphérique. — Leone GALOZZI : Contribution à l'étude des kystes mésentériques par échinocoque. — Alberto GASPARINI : Un nouveau moyen de désinfection de l'entourage.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 33, 23 sept.) CASSAËT : Une affection complexe du cœur. — CAVALIÉ : Insensibilisation à l'aide de la lumière bleue.

Journal des praticiens. — (N° 38, 22 sept. 1906.) CALOT : Les injections intra-articulaires et les points de pénétration dans les diverses jointures. — CHAUFFARD : L'épilepsie-névrose et l'épilepsie jacksonienne. — RAYMOND : Les paralysies par lésions de la queue de cheval. — VARIOT : La ponction lombaire dans les convulsions de l'enfance.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 38, 20 sept. 1906.) VERHOOGEN : Questions d'expertise médicale. — VAN LINT : La pratique ophtalmologique.

Marseille médical. — (N° 18, 15 sept. 1906.) BIDON : Un cas remarquable d'anesthésie hystérique. — BILLET : Du traitement de la dysenterie amibienne par les lavements créosotés.

Montpellier médical. — (N° 36, 9 sept. 1906.) VIRES : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies, indications tirées des éléments anatomiques (*suite*).

Policlinico. — *Section médicale.* — (Fasc. IX, sept. 1906.) Fabio RIVALTA : Hémihypertrophie acquise de la face. — Ernesto TRAMONTI : Contribution clinique à l'étude de l'acromégalie. — Prof. R. MASSALONGO et G. DANIO : L'emphysème oxygéné sous-cutané dans le traitement de la sciatique. — Contribution à l'étude des néoformations épithéliales associées à la cirrhose du foie.

Presse médicale. — (N° 76, 22 sept. 1906.) LEDUC : Les nouvelles théories des solutions dans leurs rapports avec la médecine. — V. RAYMOND : Sensibilité hépatique. Point épigastrique. Point xiphoïdien. — DELAUNAY : Du rôle de la physique et de la chimie en médecine.

Province médicale. — (N° 38, 22 sept. 1906.) JABOULAY : Fracture extracapsulaire du col fémoral. — ABADIE et GRENIER DE CARDENAL : Accouchements indolores et crises douloureuses de faux-accouchement dans le tabes. — PERRIN et PARISOT : Un cas de pleurésie consécutive aux oreillons.

Revue scientifique. — (N° 12, 22 sept. 1906.) BECHTEREW : La psychologie objective. — MAIRE : Le papier moderne, ses variétés et ses différents emplois. — LOISEL et CHAPPELLIER : Les ouvrages de détermination d'animaux.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 17, 15 sept. 1906.) P. DUHEM : Le P. Marin Mersenne et la pesanteur de l'air. — MAZÉ : La respiration des plantes vertes. Théorie biochimique et théorie de la zymase. — CORDIER : Les maladies microbiennes des vins blancs d'origine champenoise.

Riforma medica. — (N° 35, 1er sept. 1906.) Stefano D'ESTE : Lipome sous-muqueux de l'angle droit du côlon. — A. BRUGNOLA : Anémie grave et septicémie par micrococcus tetragenes albus. — V. E. OVAZZA : Observations relatives à la guérison dans la méningite tuberculeuse. — (N° 36, 8 sept.) Giovanni BOERI : Physiopathologie des circulations lymphatique et sanguine au point de vue de la défense contre les infections et les intoxications. — Pietro FABRIS : A propos d'un cas de maladie de Roger. — Giuseppe ROCCHI : Les deux scolex de l'échinocoque.

Tribune médicale. — (N° 36, 22 sept. 1906.) DAVID : Occlusions post-opératoires.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON
(*M. le professeur* A. Poncet.)

FIBRO-LIPOME MÉDIAN

DE LA FACE SUPÉRIEURE DU VOILE DU PALAIS

Par M. Th. GABOURD,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Par leurs caractères cliniques, leur structure et aussi par leur rareté, les tumeurs mixtes du voile du palais forment une variété de néoplasmes dont l'étude est des plus intéressantes. D'ailleurs, depuis la première esquisse faite par Parmentier en 1856, elles ont été l'objet de nombreux travaux, soit pour mettre en relief leur aspect clinique, soit, surtout, pour expliquer leur nature. C'est à ce dernier point, particulièrement, que se rattache la magistrale étude du professeur Berger (*Revue de chir.*, 1897), qui montre si bien la complexité de ces tumeurs et par là même celle de leur origine. Signalons aussi l'intéressante thèse de Pitance et l'article d'Escat qui sont à peu près de la même époque.

Plus récemment, à la suite des nouvelles données établies par Cunéo et Veau sur les tumeurs parabuccales d'origine branchiale, M. Chevassu, dans une étude générale sur les branchiomes cervicaux et dans la thèse de son élève Deytieux, a assimilé les tumeurs mixtes du voile du palais à celles de la parotide, à cause de leur identité structurale. Il en a fait également des branchiomes.

Même en dehors des recherches anatomo-pathologiques et des données pathogéniques qui en découlent, comme toute cette série de travaux l'indique, les tumeurs mixtes du voile du palais présentent encore un grand intérêt par leur allure clinique, leur aspect et les troubles fonctionnels souvent graves qu'elles entraînent. M. le professeur Poncet a, en effet, fait publier en 1888, dans ce même journal (1), par son interne Héron, un cas à peu près analogue au nôtre, mais suivi de mort par spasme de la glotte, avant que toute intervention ait pu être pratiquée. Il est de plus en plus rare, d'ailleurs, de rencontrer des cas semblables dans les services de chirurgie générale. Les malades vont, de préférence et plus rapidement, voir des spécialistes, et ces affections bénignes du naso-pharynx tendent à rentrer dans le domaine des rhinologistes plutôt que dans celui des chirurgiens.

Ce sont ces divers motifs, et en particulier la structure fibro-lipomateuse de la tumeur (caractères la différenciant complètement des tumeurs habituelles du voile du palais : tumeurs mixtes, adénomes, etc.), qui ont engagé notre maître le professeur Poncet à nous faire publier cette observation, de façon à pouvoir la rapprocher du cas analogue qu'il avait observé autrefois et dont nous venons de parler. Il voulait aussi rappeler, comme cette observation le montre bien, qu'une tumeur de nature essentiellement bénigne, c'est-à-dire ne se généralisant ni ne récidivant pas, peut, par son volume, par son siège, être la cause de troubles fonctionnels très marqués, de complications plus graves, comme des accès de suffocation parfois rapidement mortels, accès nécessitant une prompte intervention.

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1888.

Observation. — Mme F..., âgée de cinquante-cinq ans, originaire de Sarras (Ardèche), est envoyée à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de : *fibrome naso-pharyngien*. Elle entre dans la salle Sainte-Anne (service de M. Poncet), le 6 juillet 1906. Cette femme ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel qui soit intéressant à signaler; elle a eu quatre enfants, deux sont morts, l'un du croup, l'autre par accident. Elle a d'ailleurs joui d'une excellente santé, malgré les travaux pénibles auxquels elle s'est toujours livrée.

Depuis deux à trois ans elle avait de fréquentes angines, mais n'y prenait pas garde, se soignant elle-même, sans consulter de médecin. Elle ne sait d'ailleurs quand sa maladie a débuté : c'est, peu à peu, depuis trois ans, qu'elle a constaté que son nez se bouchait, qu'elle n'avait plus d'odorat, qu'elle ne pouvait se moucher ni éternuer.

En même temps on lui dit qu'elle ronflait en dormant. Elle s'habitua à respirer continuellement, la bouche ouverte, et ne s'inquiéta pas davantage. Elle a eu aussi quelques épistaxis, mais ces hémorragies ont toujours été peu abondantes.

Pendant l'hiver 1904-1905 survint une angine, plus forte que d'habitude, qui eut, comme conséquence, une augmentation très marquée des troubles fonctionnels. C'est depuis lors que la malade a de la dysphagie et une sensation de corps étranger dans la gorge; néanmoins jusqu'à ces quatre ou cinq derniers mois ces différents troubles furent supportables. La malade ne vit toujours aucun médecin.

C'est au cours de l'hiver dernier qu'ils ont augmenté d'une façon très sensible et c'est seulement à cette époque qu'ayant consulté un médecin, on lui dit qu'elle avait une grosseur dans le gosier, mais on ne lui parla pas d'opération. On lui conseilla une potion et des gargarismes, qui, bien entendu, furent insuffisants. Ces derniers temps, les phénomènes ayant pris une acuité plus grande encore, la malade cessa toute alimentation solide. Elle ne buvait aussi que très rarement, les mouvements de déglutition provoquant des recrudescences très vives de la douleur, soit dans le pharynx, soit surtout dans les oreilles et dans la tête.

Elle ne dormait pas la nuit, car, par suite de la gêne de la respiration, elle était obligée de s'asseoir sur son lit pour respirer, dans la crainte d'accès de suffocation. Elle restait habituellement la bouche très ouverte; souvent aussi survenaient des quintes de toux pénibles et douloureuses.

Etant allée dans une localité voisine voir un autre médecin, ce dernier comprit la gravité du cas et lui ordonna d'aller de suite à Lyon se faire opérer.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate, en effet, que la malade est très gênée pour respirer : quoiqu'elle n'ait pas de tirage, elle a une dyspnée des plus marquées. Même au repos, elle conserve la bouche ouverte et à tout moment, elle cherche avec ses doigts à enlever le corps étranger qui obstrue sa gorge. Elle refuse toute alimentation solide, ne boit même que très peu et rejette en dehors de sa bouche sa salive, au lieu de l'avaler.

Son état général est assez bon, malgré une certaine maigreur, probablement due au défaut d'alimentation ; en tout cas,

elle ne présente pas la cachexie jaune paille des néoplasiques, sa figure est plutôt colorée.

L'examen du gosier, suivant la méthode ordinaire avec un abaisse-langue, montre de suite à M. Poncet un voile du palais très abaissé par une tumeur médiane arrondie, dont l'extrémité inférieure atteint la base de la langue et qui dévie légèrement la luette du côté droit (fig. 1). Cette tumeur ne remplit pas complètement le pharynx; de chaque côté, au niveau des piliers du voile, se trouve un espace libre. Les contractions du pharynx et du voile du palais la mobilisent. Elle semble libre, tout au moins dans sa portion inférieure. Comme aspect, elle ne ressemble pas aux polypes fibreux ordinaires du naso-pharynx qui sont blanchâtres, un peu gélatineux à leurs extrémités avec parfois de grosses dilatations veineuses ; elle est rosée, même rouge foncé en certains points. Elle est lisse, régulière, ne présentant dans sa portion pharyngienne ni végétations, ni ulcérations, ni veines dilatées sur sa surface.

Par le toucher, on reconnaît la mobilité absolue du néoplasme dans le cavum, l'absence complète d'adhérences; on reconnaît surtout qu'il ne paraît pas s'insérer sur la paroi postéro-supérieure du naso-pharynx comme un polype fibreux ordinaire, sa surface d'insertion est médiane. La sensation obtenue par le doigt est celle d'une dureté et d'une consistance assez marquées, mais un peu élastique; en tout cas, il ne semble pas qu'il existe soit des kystes, soit des points ramollis. Le naso-pharynx est à peu près rempli par cette tumeur, les choanes semblent presque complètement obstrués, cependant sur les côtés il reste encore un petit espace vide, enfin on ne provoque pas d'hémorragies dans les manœuvres d'exploration (fig. 2).

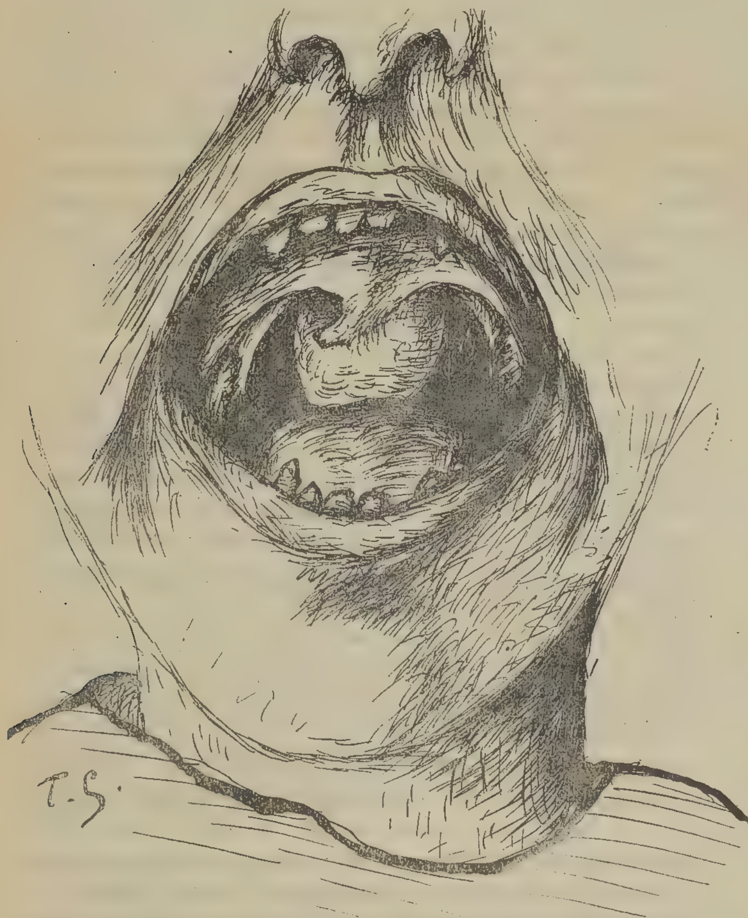


FIG. 1. — *Fibro-lipome médian de la face supérieure du voile du palais.*

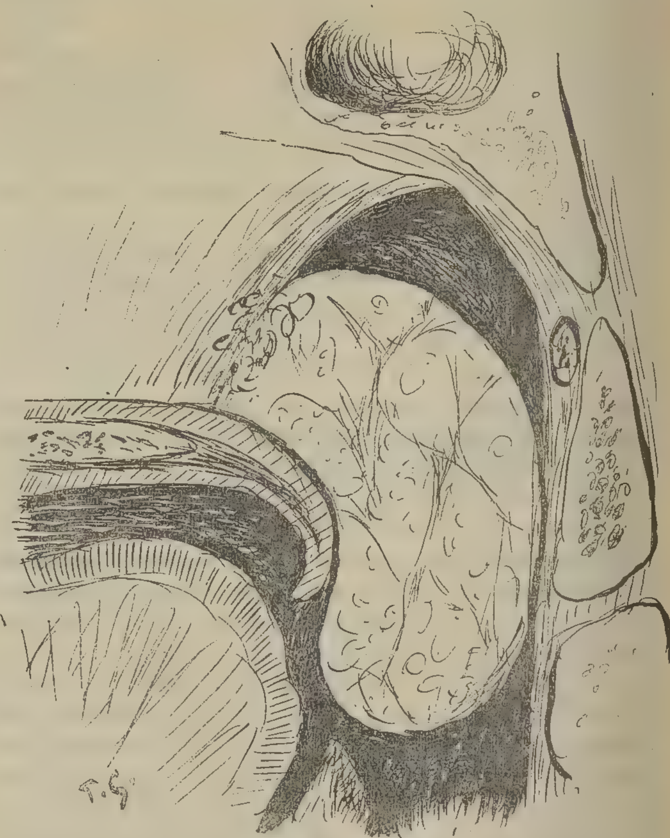


FIG. 2. — *Fibro-lipome médian de la face supérieure du voile du palais.* (Coupe antéro-postérieure schématique.)

Dans les deux régions sous-maxillaires on perçoit une pléiade de petits ganglions, indurés, non douloureux; ils paraissent dus à la dentition qui est des plus mauvaises. La plupart des dents des deux mâchoires, surtout de la mâchoire inférieure, font défaut ou ne subsistent que sous forme de chicots.

L'ouïe est très bien conservée.

Toute cette exploration est très pénible pour la malade, quoiqu'elle n'en ressente pas de douleurs vraies. Ce sont plutôt les spasmes pharyngés qui la font souffrir par les mouvements de déglutition qu'ils provoquent. Elle réclame à tout prix une opération curative.

Le lendemain matin, après une nuit très pénible soit pour elle, soit pour les autres malades de la salle qui ont été réveillées à chaque instant par son cornage et ses quintes de toux rauque, satisfaction lui est immédiatement donnée après un dernier examen de M. Poncet. M. X. Delore, assistant de la Clinique, saisit la tumeur avec une pince de Museux ordinaire et une simple traction un peu forte suffit à arracher le mince pédicule qui la rattachait au voile. Il s'ensuivit une hémorragie insignifiante de sang noir, mais qui s'arrêta au bout de quelques instants.

Aussitôt après cette ablation, la malade put respirer facilement par le nez.

Le toucher pharyngien pratiqué après disparition de l'hémorragie permet de constater *une petite ulcération sur la face supérieure du voile du palais, sur la ligne médiane vers le point*

où s'insère la cloison des fosses nasales. C'est donc là que se trouvait l'insertion de la tumeur, elle est donc bien une tumeur du voile du palais et non d'origine nasale ou naso-pharyngienne.

Examinée après son extirpation, elle constitue une masse allongée, de 8 à 9 centimètres de longueur, du volume d'un énorme pouce et ressemblant à une petite aubergine (fig. 2).

Résistante à la pression, donnant la sensation d'une masse fibroïde, elle est régulière et lisse. A son extrémité supérieure se trouve une ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes, mais seul un point beaucoup moins large, situé à peu près vers le milieu, est sanguinolent, dilacéré, et répond au point d'implantation sur la partie médiane et moyenne du voile du palais. Sur une coupe longitudinale pratiquée, séance tenante, par M. Poncet, il s'agit, à n'en pas douter, d'un *fibro-lipome.* Voici, du reste, la note que nous a remise notre collègue M. Emile Mouriquand, après examen des coupes qu'il avait pratiquées au laboratoire de la Clinique.

Examen microscopique. — Il s'agit d'une tumeur à stroma fibreux très dense, avec, par places, du tissu graisseux. Le revêtement du néoplasme est constitué par deux ou trois assises de cellules kératinisées; il n'existe pas de papilles.

Sous le revêtement kératinisé, on note une infiltration de cellules rondes, agglomérées par endroits, rappelant le tissu adénoïde (L. Dor).

En somme : *fibro-lipome médian de la face supérieure du voile du palais.*

Le siège de cette tumeur, sa grande rareté, les troubles fonctionnels qu'elle provoquait, enfin, et surtout, sa structure anatomique lui créent, comme on l'a vu, des caractères assez particuliers pour que nous ayons cru utile de les signaler dans cet article.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rouyer. *Monit. des hôpit.*, 1852. — 2. Parmentier. Essai sur les tumeurs de la région palatine, *Gaz. méd. de Paris*, 1856. — 3. Ott. Th. de Paris, 1880. — 4. Ponneyra. *Epithéliomes enkystés du voile du palais*, Th. de Paris, 1883. — 5. Pérochaud. *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires*, Th. de Paris, 1885. — 6. Pitance. *Des tumeurs mixtes du voile du palais*, Th. de Paris, 1887-1887. — 7. Stephen Paget. Tumours of the Palate *St. Bartholomews hosp. Reports*, 1886. — 8. Heron. *Gaz. des hôpit.*, 1888. — 9. Larabrie. Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires de la muqueuse buccale, *Arch. gén. de méd.*, 1890. — 10. Berger. Tumeurs mixtes du voile du palais, *Revue de chir.*, 1897. — 11. Escat. *Arch. prov. de chir.*, 1897. — 12. Veau. *Epithélioma branchial du cou*, Th. de Paris, 1900-1901, n° 204. — 13. Cunéo et Veau. Cong. de méd., 1900. — 14. Chevassu. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1902. — 15. Peraire et Dumas. Soc. anat. de Paris, 1903. — Deytieux. *Des branchiomes cervicaux*, Th. de Paris, 1903-1904.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

VARIÉTÉS

LA PRÉSENCE DU PLOMB DANS LES GLACES ET LES SORBETS

En Italie, plus qu'ailleurs peut-être, on consomme énormément de glaces pendant l'été; or, le docteur Alessandro Baldoni (de Rome) s'est demandé si une partie tout au moins des troubles digestifs que l'on observe si fréquemment pendant la période estivale ne serait pas due à la présence du plomb dans les glaces et les sorbets.

Dans un article très intéressant de la *Riforma medica* (25 août 1906, n° 34), il rappelle en effet que les récipients employés pour la préparation de ces produits sont pour la plupart en cuivre étamé ; il n'est même pas rare qu'ils soient fabriqués avec un alliage à base d'étain contenant du plomb. Le mélangeur placé dans l'appareil, et qui devrait être en bois, est lui aussi en cuivre étamé pour que sa solidité soit plus grande. Enfin, les crèmes qui servent à la confection des glaces sont préparées également dans des casseroles de cuivre étamé où les graisses du lait et le jaune des œufs demeurent longuement en contact avec l'alliage qu'on a utilisé pour étamer les récipients, et qui peut contenir du plomb.

Pour vérifier l'exactitude de son hypothèse, M. Alessandro Baldoni s'adressa à l'une des premières maisons connues à Rome pour la fabrication des produits glacés ; il paraît en effet que dans cette ville, contrairement à ce qui se passe à Paris d'une façon générale, les marchands de glaces au détail ne les préparent pas eux-mêmes et se fournissent chez quelques fabricants en gros dont le nombre est très limité. La maison en question livra à quatre reprises à notre confrère trois glaces entières ; ces trois glaces furent chaque fois mises dans un verre à expériences où on les laissa fondre complètement de façon que les parties les plus pesantes gagnassent les couches inférieures.

Après décantation et filtration, il restait au fond du verre et sur le filtre une poussière métallique formée principalement de particules d'étain mélangées à quelques fragments de cuivre. Ce dépôt pulvérulent provenait sans conteste du frottement exercé par le mélangeur contre les parois de la sorbetière.

Reprenant ce dépôt métallique d'une part et le liquide obtenu par la fusion de la glace d'autre part, M. Alessandro Baldoni les soumit à une série d'analyses minutieuses, dont on trouvera la description détaillée dans l'article signalé plus haut, et qui lui permirent d'arriver aux résultats suivants :

Dans une première expérience, les trois glaces réunies pesaient 685 grammes et renfermaient $1^{mg}7$ de plomb ; dans les trois expériences suivantes, des poids de 710 grammes, 697 grammes et 652 grammes de glace donnèrent respectivement $2^{mg}5$, $2^{mg}2$ et $1^{mg}9$ de plomb. Il en résulte que chaque glace simple dont le poids moyen peut être évalué à 228 grammes contenait environ $0^{mg}69$ de métal toxique.

En France, à Paris tout au moins, en admettant que les mêmes vices de préparation existent, ce qui est possible et même probable, la dose de plomb par glace consommée serait moins forte, le poids des glaces étant généralement moins considérable qu'en Italie. Il est de 150 à 160 grammes en moyenne, ainsi que cela résulte d'une petite enquête à laquelle nous nous sommes livré, et nous parlons ici bien entendu de la glace entière et non de la demi-glace.

Le chiffre de $0^{mg}69$ indiqué plus haut est évidemment peu élevé ; il se rapproche, en le dépassant légèrement, de celui de

un demi-milligramme que le professeur Armand Gautier indique comme dose quotidienne normale, nous dirons si l'on veut inévitable, qui arrive jusqu'à notre organisme par des voies aussi multiples qu'insidieuses. Mais il faut songer, comme le dit très justement M. Baldoni, que ces quantités minimes contenues dans les glaces viennent s'ajouter à la dose ordinaire quotidienne et que par leur répétition elles peuvent en s'accumulant provoquer des troubles.

Quoi qu'il en soit, il était utile de signaler cette forme méconnue jusqu'ici du péril saturnin et on doit savoir gré à M. Alessandro Baldoni de l'avoir fait. Il résulte d'ailleurs d'une communication faite à l'auteur par le professeur Gaglio (de Messine) que ce dernier a constaté, lui aussi, la présence du plomb dans les glaces vendues dans cette ville. Il serait intéressant de s'assurer s'il en est de même en France, et en tout cas on ne peut que s'associer au vœu qu'émet M. Baldoni en terminant son travail, à savoir : qu'une surveillance sévère soit exercée sur la qualité et le degré de pureté de l'étain destiné aux ustensiles dont se servent les glaciers.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ANALYSES

MÉDECINE

Influence du mercure sur les reins. (GUÉRIN. Th. de Paris, 1906; Michalon, édit.) — L'histoire du rein mercuriel commence à peine à s'ébaucher au XVIe siècle, longtemps après le premier emploi du mercure.

Pavy contribue à fixer ses caractères anatomo-pathologiques. Prévost le fait entrer dans une phase d'interprétations pathogéniques, en soutenant l'origine osseuse des sels de chaux. Les observateurs ont plus récemment étudié le passage du mercure à travers le filtre rénal et les altérations consécutives aux faibles doses. De sorte que, connaissant mieux les lésions commençantes et la quantité de mercure éliminée dans chaque traitement par les reins, on puisse mieux prévenir quelques intoxications médicamenteuses.

L'étude des voies d'absorption du mercure a une grosse importance au point de vue de l'influence sur le rein. Le mercure a son maximum d'action quand il est introduit directement dans le torrent circulatoire, par exemple dans la méthode de Baccelli ou *post-partum* quand les vaisseaux utérins sont plus ou moins béants. Son action sur le rein est faible dans les inhalations (port du sachet de Welander).

Ce qu'il y a de particulier dans l'allure clinique de l'intoxication aiguë ou subaiguë, c'est qu'on observe parfois une période d'euphorie qui peut durer plusieurs jours et qui n'atténue pas la gravité du pronostic.

La polyurie mercurielle doit être considérée comme un phénomène souvent pathologique. On doit donc éviter les traitements diurétiques de Jendrassik et surtout de Nothnagel. La diminution du poids spécifique semble provenir de ce que le mercure est surtout un hydragogue et non pas de ce qu'il diminue les éléments fixes de l'urine.

La couleur de l'urine s'explique par la diurèse, elle peut être modifiée du fait de l'hématurie ou de l'hémoglobinurie ou même de pigments biliaires.

Il semble que l'acidité totale soit diminuée par l'emploi du mercure. Mais, l'inanition agissant en sens inverse, on a souvent des résultats contradictoires. En tout cas, l'alcalinité n'est jamais telle qu'on puisse expliquer l'infiltration calcaire des reins par une simple précipitation des phosphates calciques.

L'albuminurie peut apparaître au cours du traitement mercuriel. Elle est toujours précédée par la polyurie. Elle a comme caractère d'être peu abondante, ce qui permettra de la différencier de l'albumine des néphrites syphilitiques. L'albuminurie, si son origine mercurielle est établie, devra faire cesser momentanément le traitement. Adler a insisté sur ce fait que l'albuminurie pouvait ne pas se montrer à une seconde cure par suite d'une sorte d'accoutumance du rein.

L'albuminurie, si elle est d'origine spécifique, doit nécessiter le traitement à moins d'imperméabilité rénale au mercure.

La fréquence de l'albuminurie est diversement interprétée, les chiffres intermédiaires semblent être donnés par Adler qui la signale dans 5 p. 100 des cas, quel que soit le mode d'absorption.

La glycosurie s'observe toujours dans les intoxications graves, quelquefois dans les intoxications moyennes, et jamais d'une façon très marquée dans les cas très légers. La pathogénie en est peu connue, mais on est frappé par sa ressemblance avec le diabète phloridique, ce qui tendrait à faire admettre une pathogénie rénale.

L'hématurie ou l'hémoglobinurie ne s'observe que dans les intoxications graves ; elle est ordinairement légère.

Welander signale fréquemment la cylindrurie au cours du traitement hydrargyrique. L'ordre d'apparition des cylindres est le suivant : cylindres hyalins, puis granuleux, et par suite d'une inflammation plus forte des cylindres épithéliaux.

La question de l'élimination du mercure par l'urine a donné lieu aux opinions les plus contradictoires. On peut cependant, des observations les plus récentes, tirer les conclusions suivantes :

1° Rapidité d'apparition du mercure dans l'urine surtout marquée pour les injections intraveineuses ;

2° La courbe d'élimination du mercure varie suivant le procédé d'absorption. Elle monte d'une façon lente et graduelle, avec la cure de frictions, irrégulièrement avec la cure de Welander, et avec un maximum le jour de l'injection dans les injections insolubles, plus régulièrement avec les injections solubles.

La persistance du mercure est la plus forte avec les injections insolubles, spécialement avec le calomel. Burgi a trouvé le mercure dans les urines quatre ans après l'injection dans ce cas.

Avec les injections intraveineuses, la persistance est moindre qu'avec les autres injections insolubles. Le Hg s'élimine par cette méthode plus rapidement que par les autres.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut signaler l'apparence insulaire des lésions de tuméfaction trouble et de nécrose dans les intoxications subaiguës. Les transformations calcaires manquent dans les intoxications tout à fait aiguës ou tout à fait chroniques. L'origine osseuse, défendue par Prévost, n'est pas absolument prouvée parce que la diminution de poids des os peut être interprétée comme un phénomène d'inanition.

La dégénérescence graisseuse n'apparaîtrait pas dès le début, mais dans un stade ultérieur faisant suite à la tuméfaction trouble des épithéliums.

On observe deux sortes de pigments, les uns dus à la destruction de l'hémoglobine, les autres aux particules de mercure. Ces dernières semblent être éliminées par les cellules

épithéliales des tubes contournés et de la partie afférente des anses de Henle.

Enfin Karvonen a fréquemment trouvé des altérations interstitielles et dans un cas, celles-ci étaient si nettes, que l'on ne savait si on devait ranger la néphrite dans la classe des parenchymateuses ou des interstitielles.

Il ne faut pas rejeter le traitement hydrargyrique, mais simplement prendre des mesures prophylactiques pour éviter toute intoxication. Il faut savoir que le contrôle des gencives n'est pas suffisant et qu'il faut porter surtout attention à l'analyse des urines.

Si l'on voit une légère albuminurie accompagnée de cylindrurie, il faut immédiatement interrompre le traitement, la négligence de cette prescription a quelquefois coûté la vie à des syphilitiques en cours de traitement.

En présence d'une intoxication hydrargyrique même avec diarrhée, il ne faut pas constiper le malade, car on augmente ainsi le travail du rein. Des grands lavages d'intestin ont, au contraire, sauvé des malades dans des cas désespérés.

Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse. (Joseph Le Gras. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — Il existe des méningites tuberculeuses dans la symptomatologie desquelles les troubles psychiques tiennent la place la plus importante.

Ces troubles psychiques peuvent coexister avec les symptômes somatiques habituels de la maladie, ou les précéder d'un temps plus ou moins long. Mais parfois ils constituent, à eux seuls, tout le tableau clinique.

Les phénomènes mentaux observés au cours de la méningite tuberculeuse présentent une très grande variété, et leurs divers groupements leur permettent parfois de simuler certaines formes d'aliénation mentale, Mais il n'existe pas un syndrome mental caractéristique des lésions tuberculeuses des méninges.

Les lésions observées dans les cas qui nous occupent sont des lésions banales. Mais parmi elles les altérations d'ordre toxique des cellules corticales tiennent le premier rang.

Les tares héréditaires, les infections et les intoxications antérieures du sujet, ainsi que les maladies cérébrales et les traumatismes craniens, jouent un rôle très important dans l'étiologie des troubles psychiques dont il est ici question.

Ces phénomènes sont dus à l'intoxication des cellules corticales par les toxines tuberculeuses ou autres, sécrétées soit au niveau des lésions méningées, soit dans d'autres organes. Ils ne paraissent se produire que chez des individus dont l'écorce cérébrale était primitivement en état de moindre résistance.

Le diagnostic clinique est le plus souvent très difficile ou impossible. Aussi, pour acquérir une certitude, faut-il avoir recours aux procédés de laboratoire : examen cytologique du liquide céphalo-rachidien et inoculations au cobaye.

Le pronostic est d'une exceptionnelle gravité Le traitement doit s'efforcer de débarrasser les cellules corticales des toxines qui les empoisonnent.

Au point de vue médico-légal, la méningite tuberculeuse à formes mentales peut donner lieu à des délits ou crimes. Mais le prévenu doit être considéré comme irresponsable.

Éliminations provoquées et cryoscopie urinaire chez les tuberculeux. (Lucien Rabasse. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, éditeur.) — Dans la règle (18 fois sur 22 cas), les résultats que fournissent l'épreuve de la cryoscopie urinaire et celle du bleu de méthylène, appliquées à l'exploration de la perméabilité rénale chez les tuberculeux, sont identiques chez un même malade. Cinq fois sur 5, pour la cryoscopie, 4 fois sur 5 pour le bleu, ces résultats ont pleinement concordé avec ceux de l'examen anatomo-pathologique des reins, sur lesquels avaient porté les expériences. Il paraît donc rationnel d'admettre que, lorsque la double épreuve du bleu de méthylène et de la cryoscopie aura, chez un même malade, fourni le même diagnostic, ce dernier pourra être tenu pour certain.

Cette double épreuve, faite systématiquement, permet de plus de déceler parfois des troubles fonctionnels accentués du rein, que l'examen clinique n'avait pas laissé soupçonner.

Outre qu'au point de vue rénal ces deux méthodes se contrôlent, elles se complètent encore l'une l'autre en ce sens que la cryoscopie fournit sur l'état du cœur des renseignements que le bleu est impuissant à donner. Tandis que le bleu, de son côté, si l'on admet l'hypothèse de MM. Chauffard et Castaigne, relative aux éliminations continues, polycycliques et aux éliminations discontinues, et celle de M. Castaigne relative aux éliminations presque exclusivement composées de chromogène, permettrait de déceler des altérations hépatiques d'une part et des troubles d'oxydations au niveau des tissus, d'autre part.

L'insuffisance rénale vraie (5 cas sur 22), surtout si l'on ne considère comme telle que celle qui est affirmée par la double épreuve de la cryoscopie et du bleu de méthylène (3 cas sur 22), est relativement rare chez les tuberculeux. Ces malades présentent plutôt des troubles fonctionnels qui, s'ils témoignent d'une dépuration urinaire imparfaite, n'exposent pas du moins les sujets qui en sont affectés à mourir d'urémie. Cette notion concorde d'ailleurs bien avec la clinique qui nous montre rarement les tuberculeux mourant au milieu des symptômes classiques de l'urémie.

L'albuminurie persistante, que présentent parfois les tuberculeux, ne paraît pas se rattacher toujours à une lésion rénale lorsque le taux de l'albumine est peu élevé, si l'on en croit les résultats fournis par la double épreuve du bleu de méthylène et de la cryoscopie (vérifié dans un cas par un examen microscopique) qui, trois fois sur quatre, ont affirmé l'intégrité du parenchyme rénal.

Les altérations hépatiques, si l'on admet l'hypothèse de MM. Chauffard et Castaigne, seraient fréquentes chez les tuberculeux (7 cas sur 22).

Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. (L. Lebar. Th. de Paris, 1906; Vigot frères, édit.) — L'hyperesthésie, ou excès de la sensibilité organique, est parfois généralisée, plus souvent encore partielle et systématisée.

Elle affecte alors un groupe musculaire, un segment de membre, un membre, deux membres homologues, enfin, et c'est la forme la plus remarquable, ou du moins la mieux étudiée, une moitié du corps (hémi-hyperesthésie névro-musculaire).

Sous ces divers modes, elle peut être limitée à la peau, ou au contraire aux tissus profonds, ou enfin porter sur tous les tissus du segment envisagé.

L'excès sensitif s'accompagne fréquemment d'un ensemble remarquable de troubles connexes, fonctionnels, présentant la même systématisation. Ces troubles sont d'ordre vaso-moteur, thermique, contractile, trophique, pupillaire, etc..

Ces hyperesthésies systématisées et les troubles connexes peuvent s'observer chez des hystériques qualifiés, mais s'observent très souvent aussi en dehors de l'hystérie proprement dite. Il semble qu'on puisse, dans les deux cas, en donner une interprétation commune.

Leur cause efficiente est l'action d'une irritation, en général aiguë, qui exalte du côté où elle siège tout ou partie des propriétés de tissu : plusieurs lésions irritatives homologues associent souvent d'ailleurs leur action; d'autre part, une lésion plus récente ou plus aiguë du côté opposé peut transférer à ce côté l'exaltation sensitive et certains troubles connexes (transfert hyperesthésique).

Leur cause adjuvante est le déséquilibre névropathique héréditaire et personnel. Cette condition, chez les hystériques, est réalisée au plus haut degré, et bien propre à leur faire subir ces accidents avec plus d'intensité.

Suivant des modes chronologiques et topographiques variables, l'anesthésie accompagne l'hyperesthésie ou lui succède. Il semble qu'il y ait, tantôt accaparement sensitif d'un côté, et hypoesthésie de l'autre, tantôt épuisement sensitif et hypoesthésie consécutive de ce même côté.

Ces phénomènes peuvent être rapprochés de ceux qui forment la base de la doctrine énergétique.

Ces notions, déduites d'un ensemble important de faits, dus pour une grande part à M. Jacquet, se superposent, en clinique expérimentale, à celles qu'a établie Brown-Séquard, par l'expérimentation animale.

Sur un cas d'hémiparalysie de la langue chez le nouveau-né. (PERSON. Th. de Paris.) — L'auteur rapporte une observation d'hémiparalysie de la langue chez un nouveau-né, due à une paralysie obstétricale de l'hypoglosse; cet accident est consécutif à une application de forceps atypique, sur un sommet en droite postérieure; il n'a pas trouvé dans la littérature médicale de fait semblable.

Les symptômes présentés furent les suivants : déviation de la pointe de la langue, affaissement de la moitié du même organe correspondante au côté intéressé, et accessoirement toux et ronchus intra-trachéaux.

Cette complication rare d'une telle application de forceps fut pendant quelque temps une grande gêne pour l'allaitement au sein, rendu très difficile, la succion étant entravée par suite de la paralysie de la moitié droite de la langue.

La paralysie du nerf grand hypoglosse semble avoir été produite par élongation du segment de ce nerf tendu entre le trou condylien antérieur et la face externe de la carotide interne, suite de la subluxation en avant de la moitié droite de l'atlas sous l'influence du bec de la cuillère postérieure du forceps.

Il existe chez le nouveau-né, à la partie postérieure de la tête, quand celle-ci est défléchie comme elle l'est souvent dans les positions postérieures, un angle aigu formé en bas par la colonne cervicale, en haut par la partie inférieure de l'occipital qui, de chaque côté de la crête occipitale, présente une surface plane très nette sur laquelle peut s'adapter parfaitement le bec d'une cuillère de forceps; le sommet de cet angle est formé par l'atlas.

Le nerf grand hypoglosse, à sa sortie du trou condylien antérieur, est situé juste au-devant de la partie latérale de l'atlas, en arrière et en dedans de la carotide interne dont il va immédiatement contourner la face externe. Sur le vivant ce nerf peut, dans une application de forceps, par propulsion de l'atlas, être élongé dans son segment qui va du trou condylien antérieur à la face externe de la carotide interne rigide quand elle est gorgée de sang.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude de l'origine bucco-dentaire des sinusites maxillaires. (M. BIGNAT. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, éditeur.) — La sinusite maxillaire isolée peut être d'origine nasale, mais est odontogène dans la majorité des cas.

Les affections de l'appareil alvéolo-dentaire sont susceptibles de provoquer non seulement l'empyème du sinus, mais encore la sinusite chronique vraie à fongosités.

L'auteur base la pathogénie bucco-dentaire de la sinusite sur l'étude embryologique, anatomique et anatomo-pathologique de l'antre, montrant ses relations intimes avec les molaires et prémolaires supérieures.

De toutes les lésions de la dent, c'est surtout l'arthrite consécutive à la carie du quatrième degré qui peut provoquer l'infection de l'antre.

Après avoir reconnu l'existence de la sinusite et l'avoir différenciée des affections similaires, il faut toujours pratiquer un examen minutieux de l'appareil bucco-dentaire et recourir à tous les modes d'investigation habituels énumérés. L'hypothèse d'une sinusite rhinogène ne doit venir à l'esprit que si, en dépit de toutes les recherches, cet examen est resté négatif.

Essai critique sur la stérilisation du matériel chirurgical. (E. BAUDOIN. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — D'après l'auteur, les meilleurs procédés de stérilisation du matériel chirurgical semblent être actuellement :

1° Pour les instruments métalliques : l'autoclavage dans une solution de borate de soude à 2 p. 100 ou l'ébullition dans une solution de carbonate de soude à 2 p. 100.

2° Pour les compresses et le coton : l'autoclavage dans un appareil permettant une dessiccation parfaite;

3° Pour les fils métalliques, les crins de Florence, la soie, le fil de lin : l'autoclavage;

4° Pour le catgut : la tyndallisation dans l'alcool à 90 degrés ou le chauffage, à une température suffisante et pendant un temps suffisant, dans un liquide anhydre, porté, en vase clos, au-dessus de son point d'ébullition;

5° Pour les plateaux et les cuvettes : l'autoclavage;

6° Pour les gants de caoutchouc, les drains, les brosses, le savon liquide, le sérum artificiel, l'eau servant au lavage des mains, les seringues : l'autoclavage;

7° Pour les solutions de cocaïne ou de stovaïne : l'autoclavage en ampoules de verre aussi neutre que possible et scellées à la lampe;

8° Pour les sondes en gomme et les instruments altérables par la chaleur : l'exposition aux vapeurs d'une solution de formol à 42 p. 100;

9° Pour les laminaires : l'autoclavage en vase clos dans la glycérine après assouplissement dans l'eau chaude.

Le catgut mis à part, il est donc possible, avec un bon autoclave et quelques tubes à formol, de stériliser parfaitement tout le matériel chirurgical.

Contribution à l'étude des enchondromes des fosses nasales et de leur traitement. (Alfred MATHIEU. Th. de Paris, 1906; A. Michalon, édit.) — Les chondromes des fosses nasales, tumeurs très rares, présentent un ensemble de signes cliniques, qui permet d'en faire le diagnostic dans la plupart des cas.

Ces néoplasmes, bien que ne pouvant être classés parmi les tumeurs malignes, possèdent cependant plusieurs des caractères de celles-ci. Ils récidivent en effet assez souvent et s'accroissent parfois avec une grande rapidité. Ils peuvent d'ailleurs subir la transformation sarcomateuse.

Le seul traitement à opposer aux tumeurs cartilagineuses des fosses nasales est l'ablation totale, pratiquée par une voie large, donnant le plus de jour possible. Le procédé décrit par Michaux et Legouest et rappelé par M. Moure offre ces avantages.

OBSTÉTRIQUE

Quelques recherches sur l'ampliation du diaphragme pelvien pendant l'accouchement et ses conséquences. (Renaud HUE. Th. de Paris, 1906; Émile Larose, éditeur). — L'appréciation de la valeur fonctionnelle et de la tonicité du diaphragme pelvien chez une femme enceinte permet souvent d'établir un pronostic sur la terminaison de l'accouchement, L'examen du plancher pelvien permet de prévoir, dans une certaine mesure, la résistance qu'opposeront les parties molles maternelles au passage de la présentation fœtale.

Lorsque le releveur de l'anus est bien développé et fonctionne normalement, la longue durée de la période d'expulsion est une circonstance favorable à la conservation et à l'intégrité des organes maternels après l'accouchement.

Une période d'expulsion rapide, chez une femme possédant un releveur de l'anus faible, cause souvent des lésions superficielles ou profondes de la filière génitale.

Une extraction trop rapide du fœtus peut causer des déchirures du releveur de l'anus en respectant les téguments. Le siège de la lésion musculaire coïncide généralement avec le lieu de passage de l'extrémité frontale du fœtus.

Le nouveau procédé de colpopérinéorraphie postérieure avec suture des muscles releveurs de l'anus, proposé par M. le professeur Reclus et le docteur Piquant, paraît efficace pour réparer les désordres consécutifs à l'effondrement ou à l'atrophie du diaphragme pelvien. Ce procédé ne saurait être utilisé dans la restauration immédiate après l'accouchement.

La périnéorraphie immédiate avec la suture d'Emmet proprement dite, associée à la suture vaginale, semble être un procédé mixte par excellence applicable à toutes les variétés de déchirure du périnée.

L'importance des soins donnés à la parturiente au moment de l'expulsion est considérable parce qu'ils peuvent prévenir les lésions des parties molles.

Les manœuvres exécutées sans motif impérieux, dans le but de délivrer la femme plus rapidement, compromettent l'intégrité des parties maternelles et par conséquent la santé ultérieure de la parturiente.

SYPHILIGRAPHIE

Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis. (Paul MAISONNEUVE. Th. de Paris, 1906.) — Tous les accidents de la syphilis sont contagieux et inoculables : les accidents primaires, secondaires et tertiaires.

La gomme, cependant, n'a pu être inoculée aux singes qu'exceptionnellement.

Pour qu'un individu contracte la syphilis, il faut que ses téguments présentent une solution de continuité. On a pu expérimentalement préciser le degré de profondeur de cette solution de continuité : elle doit être très superficielle, dermo-épidermique.

De cette notion découle la possibilité d'atteindre le virus.

On a étudié et précisé, grâce à la connaissance récente de l'agent étiologique de la syphilis, le spirille de Schaudinn et Hoffmann, la distribution du virus dans les diverses lésions de la syphilis.

On peut agir sur le virus de la syphilis déposé, comme nous l'avons vu, dans les couches superficielles de la peau et faire avorter la maladie tant que le virus n'a pas envahi l'organisme. La syphilis est maladie locale avant de devenir maladie générale et constitutionnelle.

Diverses expériences, en particulier celles de MM. Metchnikoff et Roux, Neisser, prouvent que le temps où la syphilis reste maladie locale, et par suite accessible à la prophylaxie, est relativement court. Quand le chancre apparaît, il est bien trop tard pour arrêter l'infection de l'économie.

On a vu que l'on peut atteindre le virus, parce qu'il reste pendant une certaine période localisé très superficiellement; l'auteur cherche à le détruire en utilisant les agents physiques ou chimiques. De tous ces agents, le mercure, médicament spécifique de la vérole, doit donner théoriquement les meilleurs résultats.

L'historique montre que depuis la notion de contagion de la vérole, c'est-à-dire dès le début du XVIe siècle, on a recommandé, pour empêcher de contracter la vérole, un très grand nombre de substances, d'une efficacité douteuse.

La découverte de MM. Metchnikoff et Roux a permis d'étudier scientifiquement, par inoculation à l'animal, la valeur de certaines méthodes de prophylaxie. Ces savants ont constaté que le mercure avait un effet préventif très net en détruisant le virus au point d'inoculation, d'une heure à dix-huit heures et demie après l'y avoir déposé.

La pommade mercurielle s'est montrée très active, mais irritante pour les tissus ; au contraire, la pommade au calomel, tout aussi efficace, n'a produit aucune irritation de la peau.

Les expériences ont porté sur douze singes; on a enregistré douze succès.

En présence de ce résultat constant, MM. Metchnikoff et Roux se sont cru autorisés à pratiquer une expérience non plus sur l'espèce simienne, mais sur l'homme.

Chez un homme indemne de toute tare syphilitique héréditaire ou acquise, on a inoculé, par scarification superficielle, du virus provenant de deux chancres syphilitiques. Ce virus était actif et a donné la maladie aux animaux témoins.

L'homme, frictionné aux points d'inoculation, une heure après, avec de la pommade au calomel, est resté indemne.

Il est légitime de conclure de cette expérience que l'emploi de pommades contenant du mercure ou des sels mercuriels, pommades qui s'absorbent par la peau, préserve de l'infection syphilitique quand elles sont utilisées sur les téguments exposés à la contagion : par exemple, les organes sexuels après un rapport vénérien.

Ce procédé de préservation intéresse les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les infirmiers, exposés à contracter la syphilis professionnelle.

D'où l'importance pratique de cette méthode pour la prophylaxie de la syphilis.

OTOLOGIE

Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique. (WICART. Th. de Paris, 1906; Henri Paulin et Cie, édit.) — Les abcès du lobe sphéno-temporal sont les plus fréquents des abcès du cerveau d'origine otitique; les abcès encéphaliques otogènes apparaissent, dans la grande majorité des cas, au cours d'otites moyennes chroniques suppurées et se développent dans 55 p. 100 des cas à droite et dans 45 p. 100 des cas à gauche; ils sont presque uniquement temporaux chez l'enfant et beaucoup plus fréquemment temporaux que cérébelleux chez l'adulte. L'intervention doit

donc, d'abord, viser le lobe temporal et, si elle est précoce, elle fera découvrir un abcès isolé, non compliqué.

L'abcès temporo-sphénoïdal, presque toujours unique, occupe habituellement la partie antérieure des deuxième et troisième circonvolutions temporales; ses connexions avec l'oreille atteinte sont le plus souvent directes et la propagation se fait par continuité, après adhérence et envahissement des méninges voisines; ou bien, la dure-mère peut paraître saine et la propagation s'est faite à distance par les gaines lymphatiques des vaisseaux longs de la pie-mère; il est des cas où l'abcès est même un infarctus suppuré à la suite de la thrombose d'une artère terminale.

La substance grise résiste à la suppuration et la substance blanche est le lieu habituel des abcès; ceux-ci refoulent plutôt la substance cérébrale qu'ils ne l'envahissent : il se forme une membrane d'enveloppe enkystant le pus et ainsi s'explique que la guérison spontanée ne soit pas impossible; mais, d'ordinaire, l'abcès tend à se rompre vers la corticalité ou vers les ventricules.

L'histologie montre l'existence de trois zones : une zone de nécrose représentée par la portion abcédée; une zone d'enkystement, constituée par la membrane d'enveloppe; une zone d'irritation entourant cette membrane et permettant à l'autopsie l'énucléation de l'abcès, lorsqu'il est ancien. On reconnaît particulièrement au microscope de la chromatolyse diffuse des cellules, des altérations vasculaires qui expliquent la facilité des hémorragies cérébrales et le cas de mort subite que nous avons observé au quarantième jour de l'opération d'un abcès du cerveau. Le pus peut être stérile; mais il contient le plus souvent du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, du bacille pyocyanique, des anaérobies, etc.; il est d'ordinaire fétide.

Les abcès sphéno-temporaux réagissent par des signes de suppuration, d'hypertension intra-cranienne, de localisation. On tiendra le plus grand compte des particularités suivantes : faible réaction fébrile (38 degrés); céphalée intense et constante qui peut s'accompagner de raideur de la nuque; ralentissement du pouls qui conserve sa force et sa régularité; asthénie physique et intellectuelle, amaigrissement (le coma ou la folie sont deux variantes de l'asthénie); la stase papillaire n'est qu'un signe de complication intra-cranienne; il y a très peu de signes de localisation, lesquels sont habituellement dus à la compression et disparaissent par la décompression; la surdité verbale est un des plus fréquents de ces signes.

La variabilité de la symptomatologie explique les formes très variées des abcès sphéno-temporaux dont l'une des plus curieuses est la forme latente ou forme médico-légale qui a fait interner comme fous des malades ainsi atteints. Schématiquement, on peut dire que l'abcès temporal est, suivant le cas, ou une maladie fébrile ou une tumeur du cerveau.

Il faut toujours examiner les oreilles des malades atteints de troubles cérébraux et, lorsque l'hypothèse d'abcès du cerveau est posée, se défier des névropathes qui sont loquaces et racontent amplement tout ce qu'ils éprouvent. Le méningisme sera découvert par les données de la ponction lombaire, et dissipé par l'opération des lésions auriculaires. Le diagnostic positif d'abcès du cerveau et le diagnostic différentiel seront posés par l'examen du sang combiné aux résultats donnés par l'examen du liquide céphalo-rachidien et par les signes cliniques. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien complète très heureusement les renseignements cliniques, mais encore il permet d'établir le pronostic, avant comme après l'opération.

Le traitement doit être avant tout prophylactique : on connaît le danger des otites chroniques suppurées non traitées; aucune d'elles ne devra être négligée jusqu'à la guérison définitive. L'échec des pansements prolongés appelle l'évidement pétro-mastoïdien.

La ponction lombaire constitue un traitement palliatif d'urgence des abcès du cerveau compliqués ou menaçants; elle est également le moyen le meilleur pour éviter les accidents de l'anesthésie de ces cas particuliers : elle sera pratiquée avant chaque opération contre un abcès du cerveau, ou contre toute complication endo cranienne produisant des signes d'hypertension.

La trépanation et l'ouverture des abcès sphéno-temporaux se feront en un seul temps, par la voie attico-antrale, lorsque la suite des lésions montrera qu'il s'agit d'un abcès par continuité. Hors ce cas, si la dure-mère paraît saine et si la continuité n'apparaît pas entre l'abcès supposé et les lésions otiques et mastoïdiennes, on fera l'évidement de ces dernières lésions jusqu'au tissu sain, puis on attendra vingt-quatre ou quarante-huit heures. Si les symptômes ne s'amendent pas, on fera une trépanation indépendante du premier foyer, au point correspondant au signe de localisation, s'il y en a, au-dessus du méat si la localisation n'est pas indiquée. On évitera ainsi l'infection au cas où il ne peut être rencontré de collection purulente.

Le cerveau sera ponctionné après incision de la dure-mère; on n'emploiera pas le bistouri qui coupe des vaisseaux et peut produire la mort par hémorragie, ni l'aiguille qui se bouche dans la traversée du tissu cérébral. On pourra se servir d'un trocart spécial, de longueur graduée, de 2 à 4 millimètres de diamètre, dont l'ouverture est protégée et dont la pointe est émoussée pour éviter toute piqûre dans un vaisseau. Après la découverte du foyer, le trajet sera dilaté avec un spéculum bivalve fin et long et la cavité examinée grâce à la lumière électrique ou artificielle quelconque. Le drainage sera effectué par deux voies suivant le cas. Le curettage à la curette mousse pourra être pratiqué avec le contrôle de la vue sur la paroi des abcès anciens dont la guérison tarde trop.

Les cas désespérés d'abcès du cerveau ouvert dans les ventricules pourront être traités d'urgence par la ponction lombaire, suivie, dès que l'opération est possible, du drainage direct de la portion temporale du ventricule latéral par la voie mastoïdienne ou squameuse et du drainage, également direct, du cul-de-sac sous-arachnoïdien lombaire par une incision des téguments qui va rejoindre le deuxième ou le troisième espace intervertébral lombaire et se continue jusqu'aux méninges rachidiennes, à travers les ligaments jaunes, en dehors de la ligne épineuse, sans résection d'apophyses.

Cette intervention lombaire serait peut-être avantageusement appliquée aux cas compliqués de méningite purulente généralisée qui ne s'atténuent pas à la suite de ponctions lombaires répétées pendant plusieurs jours; ces cas ont toujours été mortels, jusqu'à présent, et on trouve souvent à l'autopsie, un abcès lombaire collectif ou en voie de se collecter. Cette intervention serait le complément de celle qu'on pratique couramment au niveau des méninges craniennes, dans les cas d'abcès ou d'infection suppurée de ces membranes.

L. GAYARD.

Le traitement des gastro-entérites des nourrissons et du choléra infantile, par le docteur A. LESAGE, médecin de l'hôpital Hérold. Gr. in-8° de 37 p. (monographie de l'*Œuvre médico-chirurg.*). — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Effets obtenus par la balnéation carbo-gazeuse (spécialisation fonctionnelle de Royat) chez les malades hypertendus et les insuffisants du cœur, par L. Landouzy, professeur de la clinique Laënnec à la Faculté de médecine de Paris, et Jean Heitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Royat. In-8°, avec 58 fig. et tracés. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de Paris à la frontière suisse, délivrés conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses.* — La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes valables trente-trois jours, pour Genève, les Verrières-frontière, Vallorbe-frontière et Villers-frontière (sans réciprocité).

Ces billets, qui sont émis au prix de 87 francs en 1re classe et de 64 francs en 2e classe, comportent la faculté d'aller de Paris en Suisse par l'un quelconque des points frontières ci-dessus dénommés et de revenir, soit à Paris P.-L.-M. par l'un quelconque de ces points, soit à Paris-Est par Delle-frontière ou par Bâle-Petit-Croix. Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent en même temps une carte d'abonnement suisse de quinze ou trente jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants :

Abonnement de quinze jours, 1re classe : 85 francs; 2e classe : 60 francs; 3e classe : 45 francs.

Abonnement de trente jours, 1re classe : 125 francs; 2e classe : 90 francs ; 3e classe : 65 francs.

Ces prix comprennent un dépôt de 5 francs qui est remboursé au moment de la restitution de la carte.

Avis importants : Toutes les gares du réseau P.-L.-M. délivrent des cartes d'abonnements généraux suisses de quinze et trente jours; elles délivrent aussi des cartes d'abonnements généraux suisses valables quarante-cinq jours, aux prix suivants (y compris le dépôt de garantie de 5 francs) :

1re classe : 165 francs; 2e classe : 115 francs ; 3e classe : 85 francs.

Relations entre Paris et l'Espagne. — Train de luxe bi-hebdomadaire « Barcelone-Express », composé de wagons-lits et d'un wagon-restaurant. Nombre de places limité.

Aller, les mercredis et samedis, au départ de Paris : Paris, départ, 7 h. 30 soir; Barcelone, arrivée, 2 h. 48 soir (heure de l'Europe occidentale).

Retour, les lundis et vendredis, au départ de Barcelone : Barcelone, départ, 1 h. 50 soir; Paris, arrivée, 8 h. 55 matin (heure de l'Europe occidentale).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La technique histo-bactériologique moderne, procédés nouveaux, procédés rapides, par E. Lefas, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 110. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 27 SEPTEMBRE 1906. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 25 septembre 1906 (Question : « Insertions et rapports du muscle psoas iliaque ») : MM. Monnier, 18; Plaisant, 17; Koechlin, Leulier et Maurer, 16; Kessler et Monod, 15; Krebs, Rocher, Saglier et Toffin, 14; Pizon, 13; Le Roy (Pierre), Mlle Treney et M. Tribes, 11; MM. Petit (Arnold), 10; Toro, 8; Terrier, 6, et Schilmann, 1.

La prochaine séance aura lieu jeudi 27 septembre, à quatre heures et demie (suite des candidats de la première série de la deuxième moitié).

Pathologie. — Séance du 24 septembre (Question : « Symptômes et diagnostic de l'ascite ») : MM. Amaudru et Barthélemy, 18; Cassard, 17; Mlle Baillet, 16; MM. Autier, 15; Bougeant, 14; Baudouin (Émile) et Bodineau, 13; Clogne, 12; Barnathan, 11; Albertin et Chaineaux, 10; Mlle Aronovitch, 9; MM. Aubert, Chapuis et Dariaux, 8; Battesti, 7; Baube, 6; Bartissol, 4, et Chevalérias, 3.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à six places d'élève en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 3 décembre 1906, à trois heures de l'après-midi, dans l'anphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 26 novembre exclusivement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bollet (de Trévoux), Dauriac (de Paris), Léo, médecin en chef de première classe de la marine, Malsang (de Champeix), Boulet (de Riom), Serre (de Montpellier).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Blayac (de Bédarieux), Bousquet (de Paris), Bruneau (de Châteauroux), Chlémovitch (de Couilly), Coudour (de Paris), Fié (de Saint-Amand), Flour (de Bray-sur-Somme), Gavard (de Penthièvre), Grypiotis (de Coquille), Hurtrel (de Hangest-en-Sauterre), Jaille (de Châteauroux), Jouanne (de Guelma), Jouve (de Béziers), Lajotte (de Longjumeau), Lautie (de Bédarieux), Macé (de Guingamp), Mahé (de Pléhédel), Martin (d'Angers), Morel (de Paris), Pascal (d'Orange), Pellegrin (de Villeneuve-de-Berg), Pouillot (de Joigny), Rollin (de Paris), Rouget, médecin-major de première classe, Tardif (de Longué).

CONGRÈS DES ÉTUDIANTS DE MARSEILLE. — Au Congrès que les étudiants viennent de tenir à Marseille, la section de médecine, qui était placée sous la présidence de M. le professeur Pitres (de Bordeaux), a été appelée à se prononcer sur les vœux suivants :

1° Suppression du P. C. N. (année préparatoire, qui comprend les études de physique, chimie et histoire naturelle). Cette année d'études se passe dans une Faculté de sciences;

2° Réduction à quatre années des études médicales. Ce chiffre semble être impliqué par la suppression entrevue du P. C. N. et semble être légitimé par l'application de la loi de deux ans;

3° Orientation moins théorique de l'enseignement. Essayer de le rendre pratique et de faire, avant tout, un médecin praticien;

4° Programme nettement délimité et divisé par années;

5° Rétablissement des examens de fin d'année, comprenant une épreuve pratique et une épreuve orale;

6° Organisation de travaux pratiques de petite chirurgie, de pharmacie et d'art dentaire;

Après une longue discussion, à laquelle ont pris part étudiants et professeurs, ces vœux ont été adoptés, sauf le premier ayant trait au P. C. N. La majorité a conclu non pas à sa suppression, mais à la transformation de son programme, de façon à mieux l'adapter aux futurs besoins en médecine.

LEÇONS PRATIQUES DE CLINIQUE EXTERNE, avec examens de malades, faites par interne en chirurgie pendant le mois d'octobre. Trois leçons par semaine : lundi, mercredi, vendredi à quatre heures et demie. Droits d'inscription : 30 fr. — S'inscrire chez le concierge de la Charité.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie et en Tunisie, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'année des carnets de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres. Les parcours maritimes doivent être effectués exclusivement sur les paquebots d'une même Compagnie.

L'itnéraire doit ramener le voyageur à son point de départ.

Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours; cette validité peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de trente jours, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix initial du carnet pour chaque prolongation.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 37, 13 sept. 1906.) Redlich : Traitement de l'épilepsie. — Kuhn : Un masque aspirateur pulmonaire pour la réalisation de l'hyperémie de stase du poumon. — Solmersitz : Contribution à l'étude de la mycose aspergillaire du poumon humain. — Stantz et Ulrici : Observations diététiques dans les maladies du poumon. — Bence : Deux cas de polyglobulie avec tumeur splénique. — Hollister : La rate dans le carcinome. — Sippel : Remarques sur la désinfection des mains et sur l'asepsie dans la laparotomie. — Ramshorn : Sur l'onguent sulfurique doux. — Sachs : La transplantation musculaire dans la paralysie infantile.

Medizinische Blatter. — (N° 37, 15 sept. 1906.) Svehla : Influence de l'extrait de thymus sur la circulation.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 18 sept. 1906.) Joseph : Action précoce et prophylactique de l'hyperémie de stase sur les blessures infectées. — Lindenstein : Expériences sur la stase de Bier. — Aschoff : Sur la formation de la cholestérine dans la vésicule biliaire. — Fleiner : Sur le choix des eaux minérales dans les maladies de la digestion et de la nutrition. — Polano : L'accouchement prématuré dans la pratique. — Dührssen : Sur la colpotomie. — Busse : Combinaison de l'anesthésie par la scopolamine-morphine et de l'anesthésie lombaire en gynécologie. — Benjamin et Reuss : Rayons Röntgen et échanges. — Fornet : Réaction des précipitines. — Meyerstein : Sur la multiplication des bacilles typhiques. — Baldes, Heichelheim et Metzger : Recherches sur l'influence des grandes fatigues corporelles sur l'appareil circulatoire, les reins et le système nerveux. — Henicke : Névrose embolique musculaire. — Muscatello : Etranglement des appendices épiploïques et ses suites. — Siegert : Un cas de transmission de la rougeole à distance par l'intermédiaire d'une personne saine. — Rommel : Un nouveau modèle de couveuse pour enfants prématurés et débiles. — Hochteisin : Accouchement avec scopolamine-morphine. — Bek : Les moyens de secours pendant la catastrophe de San-Francisco.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 37, 16 sept. 1906.) Bäcker : Le traitement de l'endométrite. — Fuchs : Un cas de nécrose du tissu adipeux.

Presse médicale. — (N° 77, 26 sept. 1906.) Jeannin : Les œufs gémellaires. — Pelissard et Benhamon : Les injections d'eau de mer isotonique (plasma de Quinton) dans l'hémophilie des nouveau-nés.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 38, 22 sept. 1905.) Lavraud : Pathogénie des érysipèles spontanés de la face à répétition. — Ranjard : Sur un cas de corps étranger du larynx (arête de poisson fixée sur l'épiglotte). — Aka : Abcès rétro-pharyngien inférieur consécutif à l'ablation des adénoïdes chez un adulte.

Revue médicale de l'Est. — (N° 18, 15 sept. 1906.) Remy : Considérations sur l'hémorragie par inertie utérine au mement de la délivrance. — Baros : Deux cas de tétanos, à portes d'entrées rares : l'un à la suite de plaies vaccinales avec mort du malade; l'autre à la suite d'otite suppurée, avec guérison. — Guillemin : Les symétrisations organiques partielles d'un sujet à un autre dans les deux types morphologiques humains.

Revue neurologique. — (N° 17, 15 sept. 1906.) Puscarin et Lambrior : Sclérose latérale amyotrophique avec phénomènes spasmodiques très accentués et amyotrophie accusée des membres supérieurs. Phénomènes bulbaires très marqués. Marche rapide. Mort. Autopsie. — Boschi et Graziani : Un cas de paraplégie pottique. — Claparède : Agnosie et asymbolie à propos d'un soi-disant cas d'aphasie tactile.

Semaine médicale. — (N° 39, 26 sept. 1906.) Aubertin : Leucémie et radiothérapie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 37, 13 sept. 1906.) Strubell : Sur l'action physiologique et pharmacologique de la yohnubine de Spiegel. — Lipschütz : Sur le spirochæte pallida dans les tissus. — Gobiet : Césarienne vaginale dans l'éclampsie. — Rousset : Recherches chimiques sur les bains de Banki en Bulgarie.

EMPLOI DE L'IODE PUR A DOSES MASSIVES

DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE

Par M. ISAMBERT,

Directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

Les composés iodiques étaient connus autrefois dans la thérapeutique chirurgicale sous forme de végétaux marins ou d'éponges *calcinés*. Mais c'est au commencement du siècle dernier seulement, en 1812, que l'iode fut isolé par Courtois et, quelques années plus tard, étudié par Gay-Lussac qui détermina exactement ses propriétés physiques et chimiques. Ses qualités bactéricides ont été mises en évidence par Boinet en 1840. Réveil, en 1863, a prouvé l'efficacité de son action sur les virus, les matières putrides et les venins.

On chercha dès lors à l'introduire dans la thérapeutique et les beaux travaux de Davaine ont montré le pouvoir destructif de très faibles dilutions iodées sur la septicémie et la bactéridie charbonneuse. Il a, le premier, préconisé l'iode en solutions étendues à 1/4000 d'abord, à 1/400 ensuite, dans le traitement de la pustule maligne par des injections pratiquées au pourtour du tissu inflammatoire. Ses essais furent encourageants, malgré les doses extrêmement faibles d'iode employées.

M. de Lapersonne (1) recommande le même traitement dans l'œdème malin des paupières, mais il se montre encore bien timide en injectant à peine par piqûre quelques gouttes d'un mélange de : une partie de teinture d'iode et deux parties de solution iodo-iodurée à 1/20.

Cette dose est insuffisante ; elle ne peut donner la certitude d'une guérison rapide ; elle est d'ailleurs une preuve de l'excessive prudence que mettent les chirurgiens à manier le meilleur de nos antiseptiques. Ils n'osent guère le mettre en contact avec les tissus malades, se faisant une idée erronée ou au moins exagérée de sa causticité et, s'il est absorbé, de sa toxicité.

Ce qui est vrai, ce qui explique un peu leurs appréhensions, c'est que l'iode est un vésicant énergique dont il faut garer les muqueuses et la peau. Mais s'il est irritant et douloureux à la surface des téguments, il est très aisément supporté dans la profondeur des tissus sur lesquels il n'exerce aucune action désorganisatrice. Cette affirmation m'est permise après deux années d'emploi quotidien et exclusif de l'iode pur à doses massives dans toutes les suppurations abondantes et étendues de mon service de chirurgie de l'hôpital militaire du camp de Châlons.

N'usant, dans les débuts de cette thérapeutique, que de solutions faibles, je m'enhardis progressivement à des mélanges plus concentrés, observant avec soin l'état local des plaies et surveillant toutes les fonctions de l'économie.

Les urines ont fait l'objet d'examens très minutieux à la suite de tous les pansements iodés : leur dosage quantitatif me renseignait sur l'activité absorbante des tissus pour l'iode et sur la tolérance remarquable de l'économie pour ce médicament.

Cependant M. Pouchet (1) dénonce l'iode absorbé sous cette forme comme un toxique dangereux. Il signale, à l'appui de son opinion, un cas rapporté par Edwin Rose en 1866, d'une jeune fille atteinte de kyste ovarique, à laquelle une ponction, suivie d'une injection de 15 grammes d'iode dans 300 grammes de liquide, fut pratiquée. Au bout d'une heure, la plus grande partie de la solution iodique était évacuée, ce qui n'empêcha pas l'apparition de troubles graves attribués à l'iodisme, éruptions diverses, lésions glandulaires, anurie, etc., etc., qui se sont terminés en dix jours par la mort.

L'observation suivante, recueillie dans mon service, et que je résume en quelques lignes, aboutit à des conclusions bien différentes :

Le cavalier B..., atteint d'ostéomyélite du tibia, consécutive à une fracture mal consolidée, dut subir l'évidement de l'os malade. La diaphyse disparut presque en entier sous le curetage, et les épiphyses, réduites à l'état de coques, n'étaient plus guère représentées que par leur cartilage.

L'opéré a été pansé exclusivement à l'iode pur : tous les deux ou trois jours, cette énorme plaie était bourrée de tampons largement imprégnés de solution iodo-iodurée à 10 p. 100 d'iode. La quantité d'iode laissée dans la plaie à chaque pansement peut être évaluée à 10 ou 12 grammes. Le médicament passait en grande quantité dans le sang, car les analyses d'urine révélaient 10, 12, 80 centigrammes d'iode par litre, et pourtant aucun accident ne se produisit. Un mois après l'évidement, la plaie était en voie de franche réparation.

Je dus quitter mon service pendant quelques semaines et, durant mon absence, le pansement iodé fut remplacé par les antiseptiques ordinaires, surtout l'eau oxygénée. Sous ce régime, la reproduction osseuse continua, mais la substance de nouvelle formation prit bientôt mauvais aspect et, à mon retour, je dus pratiquer un nouveau curetage aussi étendu que le premier.

Cette fois, le pansement iodé fut repris et continué sans interruption. Le tibia se reproduisit et, deux mois après la seconde intervention, le malade pouvait quitter son lit. Il guérit complètement avec un état général extrêmement satisfaisant.

Cette observation, comme bien d'autres faits analogues de ma pratique, m'autorise à contredire absolument les affirmations de M. Pouchet qui sont d'ailleurs, de son aveu même, combattues par Nothnagel et Rossbach. Je pense que l'iode, après un contact plus ou moins prolongé avec les tissus, se combine aux éléments organiques, s'y dissimule et, une fois absorbé, devient inoffensif pour l'économie (2).

Il en serait autrement suivant toute vraisemblance si, comme dans les expériences de M. Pouchet sur les animaux, il était directement lancé dans la circulation par des injections intraveineuses.

(1) De Lapersonne. *Ophtalmologie provinciale*, avril 1906.

(1) G. Pouchet. *L'iode et les iodiques*, 1906.

(2) G. Pouchet. Loc. cit.

Différentes préparations d'iode employées dans les pansements. — J'ai utilisé fréquemment la solution iodo-iodurée à 1 gramme d'iode pour 10. Cette solution est bien supportée par les tissus; mais je lui ai souvent préféré l'iode en solution dans l'éther. (On sait qu'il s'y dissout dans la proportion de 1 p. 20.)

L'avantage de cette solution tient à la grande volatilité de l'éther. On en remplit une cavité suppurante et on laisse évaporer. L'iode reste alors sur la paroi à la manière d'un enduit; on recommence cette manœuvre aussi souvent qu'on le juge nécessaire pour le degré d'antisepsie que l'on veut obtenir.

J'ai employé aussi un mélange d'iode et de glycérine à 1 p. 10, mais cette préparation est quelquefois douloureuse, tandis que la vaseline iodée au même titre est toujours indolore. Je me suis bien trouvé de l'emploi de tampons de gaze ou d'ouate chargés d'iode; on les prépare en les plongeant dans une solution iodée que l'on fait évaporer ensuite.

L'iode acétone est très mal supporté et doit être rejeté.

Mes solutions ou mélanges ont généralement été préparés au dixième.

A doses plus concentrées, la transsudation de lymphe plastique que l'iode provoque normalement dans les tissus devient très abondante; celle-ci se transforme parfois, en se desséchant, en une croûte épaisse et adhérente ayant l'aspect d'une eschare. Ce n'est en réalité qu'un exsudat solidifié qu'il faut éliminer sous peine de retard dans la cicatrisation.

Technique du pansement à l'iode. — Je suppose une suppuration abondante avec décollement étendu, par exemple un vaste phlegmon du scrotum ouvert en haut, à la région inguinale. Il sera inutile de pratiquer une contre-ouverture inférieure. On videra l'abcès au moyen d'un vigoureux lavage et l'on en séchera les parois avec de la gaze ou de l'ouate hydrophile; on vaselinera le pourtour de l'orifice cutané pour éviter l'action vésicante de l'iode; on remplira ensuite la poche d'éther iodé. Après évaporation de l'éther (que l'on peut activer au moyen d'une soufflerie), nouvelles introductions de solution iodée jusqu'à formation d'un épais vernis d'iode sur la paroi intérieure; enfin on remplira la poche d'ouate iodée.

On constate quarante-huit heures plus tard en levant le pansement que l'iode semble en avoir disparu, les tampons sont devenus incolores et les parois du foyer de suppuration offrent l'aspect franc des tissus en voie de réparation. Pas de traces d'action caustique, pas de retentissement sur les organes du voisinage, éléments du cordon, etc.

La guérison marche rapidement sans le secours, je tiens à le répéter, de contre-ouverture ou même de drainage.

A défaut d'éther iodé, on peut employer, en pareil cas, des tampons fortement mouillés de solution iodo-iodurée ou la vaseline iodée.

S'agit-il d'un trajet fistuleux entretenu par un corps étranger infecté, siégeant à une telle profondeur que l'extraction n'en puisse être pratiquée sans une incision périlleuse?

Le traitement iodé se prêtera très aisément à la guérison; il suffira, après avoir écouvillonné le trajet suppurant, d'y introduire une mèche de gaze sèche, de la remplacer ensuite par un tube rempli de vaseline iodée que l'on enfonce aussi près que possible du corps étranger. On en chasse le contenu dans sa direction avec une boulette de gaze montée sur un stylet. Après cinq ou six pansements semblables, on obtient de stériliser le corps étranger ainsi que la loge qui le contient et la fistule se ferme.

Ce traitement sera précieux en chirurgie de guerre en rendant souvent inutile l'extraction de projectiles profondément enclavés et devenus le point de départ d'inflammations chroniques.

Il s'applique également aux fistules aboutissant à un point osseux nécrosé. L'iode en facilite l'élimination en excitant le bourgeonnement osseux du voisinage.

Conclusions. — La chirurgie peut tirer le plus grand parti des pansements à l'iode pur à doses massives. Ils permettent de se rendre maître en peu de temps des suppurations les plus abondantes et les plus étendues sans le secours des grandes incisions qui entraînent parfois de véritables délabrements.

J'ai pu me convaincre par une pratique de deux années consécutives que cet antiseptique merveilleux, mal connu encore en thérapeutique chirurgicale, n'est pas toxique s'il est absorbé par les plaies et n'exerce sur elles aucune action caustique, même aux doses élevées que j'ai employées.

Il est facile de préserver les téguments de son action vésicante qui ne constituerait d'ailleurs, le cas échéant, qu'un léger inconvénient.

M. le médecin principal Collin, médecin traitant à l'hôpital militaire du camp de Châlons, m'a très habilement secondé dans mes essais, à leur période de début, alors que la plus grande circonspection m'était imposée par l'ignorance où je me trouvais des effets réels de l'iode pur sur l'organisme.

M. le docteur Allain, pharmacien-major de première classe, m'a été d'un précieux concours en dosant avec la plus grande précision l'iode contenu dans les urines des malades observés et en préparant avec un soin parfait les mélanges et les solutions destinés aux pansements.

Je tiens à leur exprimer à tous deux ma profonde gratitude pour la collaboration qu'ils ont bien voulu m'accorder.

DEUX CAS D'APPENDICITE SUBAIGUE

AVEC PERFORATION ET ABCÈS DE LA PAROI DU CÆCUM

OPÉRATION. GUÉRISON

Par le docteur LOP,

Chargé de cours à l'École de médecine de Marseille.

Par une de ces curieuses coïncidences, dont la clinique journalière est si riche, j'ai recueilli, à huit mois d'intervalle, les deux observations suivantes. Elles m'ont paru intéressantes à publier, à cause de la rareté des abcès de la paroi du cæcum et aussi par

leur évolution clinique et leur terminaison heureuse, malgré la gravité de l'état général et local.

Observation I. — Ch... (N.), âgée de trente et un ans, nullipare, bien réglée, bonne santé habituelle, mais très constipée, première atteinte d'appendicite en décembre 1900, pour laquelle je l'ai tenue au lit pendant près de deux mois.

Malgré mes recommandations, elle a continué à négliger sa constipation et à s'alimenter d'une façon déplorable.

Le 5 septembre 1904, nouvelle crise d'appendicite, en apparence moins violente que la première, mais qui faillit pourtant se terminer tragiquement, comme on le verra plus loin.

Soignée classiquement : opium, glace, diète hydrique, la malade était, vingt jours après, dans un état des plus satisfaisants. Depuis le onzième jour, la température rectale était tombée à 37°3 matin et soir; j'avais autorisé le lait et le bouillon, 3 à 400 grammes de l'un et 250 grammes de l'autre.

Cette alimentation fut continuée jusqu'au 25, comme qualité, mais augmentée jusqu'au litre pour le lait à partir du dix-huitième jour.

L'état général était parfait (apyrexie, pouls entre 75 et 80, selles spontanées journalières, polyurie critique abondante).

Le 26 au soir, la malade est prise d'un grand frisson suivi de sueurs abondantes.

Le frisson se répéta tous les jours à la même heure, toujours suivi de sueurs profuses.

L'état général demeurait toujours satisfaisant : les signes locaux, douleurs, empâtements, point de Mac-Burney, qui avaient disparu depuis le seizième jour de la maladie, ne reparaissaient pas. L'intestin fonctionnait normalement, l'abdomen demeurait souple.

Je fais néanmoins suspendre l'alimentation, remettre la glace et l'intestin au repos et j'attends encore quarante-huit heures. Malgré ce traitement, la fièvre vespérale n'en continue pas moins et le matin, bien que le thermomètre soit à 37 degrés, le pouls est petit et fréquent (100 pulsations).

Convaincu qu'il devait y avoir du pus dans la fosse iliaque droite, puisque l'examen détaillé et répété de tous les organes n'expliquait pas cette fièvre vespérale, je résolus d'opérer la malade.

Le 30 au matin, j'ouvre la fosse iliaque; l'appendice est volumineux, très vascularisé, entouré de néo-membranes opalines; pas trace de pus dans la fosse iliaque, ni entre les nombreuses adhérences de la péritonite circonscrite.

Après avoir réséqué l'appendice, je désespérais de trouver la cause de cette fièvre, qui pouvait bien être mise sur l'état de l'appendice : hypothèse plausible, mais qui ne me satisfaisait pas, lorsqu'en examinant à nouveau la face interne du cæcum, je trouvai, dissimulé par les adhérences, un abcès de la grosseur d'une noisette. La paroi postérieure de cet abcès communiquait largement avec la lumière de l'intestin par une perforation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Tout autour de cet abcès et de la perforation existent des adhérences que j'ai soin de respecter. Après avoir détergé et enlevé le pus de cet abcès, j'estimai que sur un intestin en pareil état il n'y avait pas lieu de songer à suturer la perforation, et je refermai le ventre après avoir largement drainé.

Pas d'incidents opératoires, réveil facile, les suites furent parfaites, les drains supprimés le dix-septième jour et la guérison définitive se faisait la première semaine de novembre.

Obs. II. — P..., vingt-cinq ans, employé de commerce, de constitution plutôt délicate, bien qu'il n'ait été malade pour la première fois que l'an dernier où j'ai dû l'opérer de plusieurs abcès froids du cou. Pas d'alcoolisme, quelques excès de table en tant qu'aliments solides.

Constipation habituelle.

Le 10 mai, après un repas de noce plutôt copieux, M. P... eut une indigestion (vomissements, diarrhée, douleurs abdominales). Malgré cette indisposition, il continue à manger et à vaquer à ses occupations jusqu'au 11 au soir. Vaincu par la douleur, il se couche et fait appeler le médecin de son quartier qui le soigne pour un embarras gastrique fébrile, jusqu'au 18, jour de ma première visite.

Je trouvai mon client levé et prêt à dîner!! Pendant qu'il raconte l'histoire de son indisposition, je suis frappé par l'altération de ses traits et la fréquence du pouls.

Je le fais coucher et, à mon grand étonnement, je constate tous les signes physiques de l'appendicite : empâtement considérable de la fosse iliaque, douleur à la pression, point de Mac-Burney, défense musculaire, constipation, etc. Je prescrivis aussitôt le traitement classique : glace, opium, diète hydrique.

Dès le deuxième jour, amélioration sensible qui va en se continuant chaque jour. Le huitième jour, on donne une cuillerée à café d'huile de ricin qui amène une abondante selle.

Le dixième jour de ce traitement, j'ordonne 300 grammes d'eau et 250 grammes de lait et quelques demi-tasses de bouillon de poulet froid et dégraissé.

Le treizième jour, 400 grammes de lait, 200 grammes d'eau alcoolisée, café, chocolat léger.

Jusqu'au 3 juin, c'est-à-dire seize jours après ma première visite, pas un nuage, l'état général est excellent. Urines abondantes et limpides. selles spontanées.

Le malade réclame à grands cris une plus grande quantité de lait. Je ne le vois pas le 4 et le 5 au soir, en arrivant, je trouve le pouls fréquent, la peau chaude.

Le malade, qui n'a pas dormi la nuit précédente, accuse *une vive douleur dans le sinus costo-iliaque droit, douleur qui l'empêche de rester couché sur le dos.*

Examinée, cette région ne présente rien de particulier; la pression réveille pourtant une douleur au niveau de la crête iliaque.

6 juin, nuit mauvaise, douleur dans l'os iliaque se propageant en haut sur le rein droit. Chose curieuse, les mouvements de l'articulation de la hanche sont pénibles, et le malade immobilise sa jambe dans l'attitude de la psoïtis.

Le 6, grand frisson.

Le 7, nuit agitée, fébrile, *douleur dans la hanche. L'abdomen est toujours souple, indolore.*

Le 8, je constate une teinte subictérique. Toute la nuit, le malade a frissonné sans que l'on ait pu parvenir à le réchauffer.

L'état général est loin d'être brillant, pouls 110, urines rares, langue sèche. *L'intestin fonctionne normalement; il n'existe aucun symptôme de réaction péritonéale.*

Les douleurs sont toujours très vives au niveau du carré des lombes.

En présence de cet état, j'estime qu'il y a lieu d'intervenir et le 9 je fais transporter le malade dans une clinique où je l'opère le 10 au matin.

L'état général laissait fort à désirer; l'ictère s'était accentué, le pouls battait à 125. Malgré cela je n'hésitai pas à intervenir, convaincu que les phénomènes observés, de nature septicémique, tenaient plus à une infection localisée avec pas-

sage de toxines dans l'économie qu'à une véritable septicémie appendiculaire (type Dieulafoy).

Bien que la localisation des phénomènes douloureux fît plutôt songer à une complication péri-rénale (phlegmon), afin de m'enlever tout regret, je commençai par la région appendiculaire qui, bien que silencieuse depuis plus de douze jours, pouvait bien être la cause de cette septicémie.

Incision de Roux, découverte du cæcum qui est vascularisé et assez adhérent. Pas de pus dans toute la région ni dans le bassin.

L'appendice est introuvable ; à sa place, nous trouvons une vaste perforation pouvant admettre la pulpe de l'index, et plus loin, à la face postéro-latérale du cæcum, un abcès de la grosseur d'une noisette et une deuxième perforation large comme une pièce de quatre sous.

Après avoir détergé soigneusement cet abcès et les bords de ces perforations, recouverts d'une épaisse exsudation puriforme, d'un commun accord nous refermâmes la plaie opératoire, après avoir, par acquit de conscience, exploré la région rénale qui était la seule localisation des douleurs occasionnées par les perforations et l'abcès du cæcum.

Réveil facile; malgré le sérum alcoolisé et caféiné injecté pendant toute l'opération et les jours précédents, le pouls n'est pas brillant.

Durant quarante-huit heures, le malade resta entre la vie et la mort; l'ictère était devenu plus foncé, les urines rares, albumineuses et chargées de pigments biliaires. Muguet.

Enfin, le matin du troisième jour, le pouls devient meilleur, la langue moins sèche, le muguet disparaît. L'état local était plus satisfaisant, les drains fonctionnaient très bien. De nombreux gaz passaient par la plaie et par l'anus.

A partir de ce jour, la guérison se fit peu à peu, l'ictère disparut, la plaie opératoire évolua normalement et le 18 juillet je laissai mon client totalement guéri, sans fistule stercorale et prêt à partir pour la campagne.

Le 25 août, je l'ai revu; son état était excellent et il avait repris ses occupations.

Si ces deux observations m'ont paru intéressantes à publier c'est à cause de leur allure clinique et non des complications et des interventions faites, toujours possibles en cours d'une appendicite, même la plus bénigne.

J'attire l'attention sur le manque absolu, dans les deux cas, de réaction locale. Ces perforations se sont faites lentement, sournoisement, sans aucun des accidents que pareilles complications déterminent le plus habituellement.

Il est vrai que ces solutions de continuité intestinales ont eu lieu dans une partie très haute et circonscrite de la cavité péritonéale dont la plus grande partie était isolée par les adhérences, ce qui explique l'absence de réaction violente à laquelle on assiste dans les perforations portant sur un segment d'intestin libre dans la grande cavité.

Dans la première observation, seuls les frissons et la fièvre, signes d'un début de septicémie, causée à mon avis plus par l'abcès que par la perforation, ont autorisé mon intervention. Localement, il semblait que jamais la région cæcale n'eût été malade, jamais abdomen et fosse iliaque plus souples, moins douloureux que dans ce cas.

Je m'attendais à trouver dans la fosse iliaque du pus, mais pas sur les parois de l'intestin lui-même et encore moins une perforation de cette dimension.

Chez le second malade non seulement l'absence de réaction péritonéale fut encore, si possible, plus nette, mais la douleur, sa localisation, l'attitude qu'elle imprimait à la cuisse ne pouvait manquer de faire errer le diagnostic.

Ma conviction était que s'il y avait du pus quelque part ce devait être dans la région rénale droite. Tout m'autorisait à penser à un phlegmon périnéphrétique. Mais j'ai trouvé plus chirurgical et plus clinique d'explorer d'abord l'abdomen, et il était rationnel, malgré la disparition absolue des signes locaux, de commencer par l'appendice.

Malgré l'ictère, la dépression cardiaque, cette dernière conséquence de l'infection et de l'ictère, je n'ai pas hésité à opérer ce malade. Perdu pour perdu, j'estimai, fidèle aux enseignements de la clinique, qu'ayant un doute profitable au malade, je devais l'en faire profiter. L'avenir m'a démontré que je n'avais pas eu à le regretter.

ANALYSES

MEDECINE

Pneumonie franche débutant par un accès de faux croup. (G. Bosc. *Revue des mal. de l'enf.*, juin 1906.) — La laryngite striduleuse n'est souvent, chez l'enfant, qu'un syndrome annonciateur d'une affection générale, telle que la rougeole, ou locale : broncho-pneumonie, bronchite capillaire, et même, comme dans un cas de l'auteur, pneumonie. Le fait relaté par M. Bosc offre cette particularité que l'enfant, âgé de six mois et demi, avait déjà contracté deux pneumonies franches, et que l'une d'elles avait également débuté par un faux croup alarmant, qui fit conduire le petit malade à l'hôpital, dans un service de diphtérie. Il est donc permis de classer la pneumonie infantile parmi les affections qui peuvent débuter d'une façon plus ou moins dramatique par une laryngite striduleuse.

L. BABONNEIX.

Crises cérébrales accompagnées de douleurs sous-occipitales; anévrismes cérébraux miliaires et anévrismes vertébraux. (W. D. Ruston et E. E. Southard. *Boston med. and surg. Journ.*, 2 mars 1906.) — Une femme de soixante-neuf ans, présentant une hypertrophie cardiaque et une artériosclérose modérée, avait des crises de violentes douleurs localisées dans la région sous-occipitale sur une aire de la surface d'une pièce de deux francs; de temps en temps légers frissons accompagnés de fièvre à rémissions matinales. Leucocytose marquée. Le dix-neuvième jour après son entrée à l'hôpital, sensation de froid intense dans le front, puis coma et mort. A l'autopsie, artériosclérose généralisée, anévrisme fusiforme des deux artères vertébrales, anévrismes miliaires des artères corticales et ganglionnaires. Multiples hémorragies cérébrales d'âge variable, avec exsudation pie-mérienne. Les auteurs passent en revue les cas d'anévrisme des artères vertébrales. Dans leur cas, la douleur était probablement due à la compression exercée par les anévrismes vertébraux et aussi à l'augmentation de pression intracranienne due aux hémorragies cérébrales répétées. A ce propos, les auteurs insistent

sur ce fait que l'on ne recherche pas assez exactement la cause de certaines douleurs que l'on se contente trop souvent d'étiqueter fonctionnelles. Les orthopédistes ont attiré l'attention sur la douleur produite par la pression des veines régionales dilatées et variqueuses sur les nerfs occipitaux. Le cas relaté montre qu'une lésion artérielle peut agir de même.

F. GARDNER.

Localisation du mercure dans l'organisme. (*Riforma medica*, 1906, n°s 9, 10 et 11.) — Les docteurs CONTI et ZUCCOLA, de l'Institut de pathologie médicale spéciale, à Turin, ont consacré un long et consciencieux travail à la question. En voici les conclusions.

Quelle que soit la façon dont il est introduit dans l'organisme, c'est par les globules blancs que le mercure est véhiculé et déposé dans les divers organes. Parmi ceux-ci, l'apport est le plus considérable dans le foie, l'intestin et le rein. Ces deux derniers servent à l'éliminer tandis que le foie l'emmagasine comme pour le soustraire à la circulation et l'empêcher de venir imprégner les organes essentiels de la vie.

Au contraire, dans les autres organes, tels que les glandes salivaires, le pancréas, la thyroïde, le thymus, le testicule, il n'y a pas de façon constante dépôt de mercure; on ne l'y trouve que dans les cas d'intoxication aiguë lorsque l'organisme en est saturé et quand les autres organes n'en peuvent plus contenir.

Quel que soit l'organe où il s'accumule, le mercure siège de préférence dans le noyau des cellules, ce qui vient à l'appui de la théorie qui veut que le mercure se trouve dans l'organisme sous forme de nucléinate.

Quant aux voies d'élimination, ce sont surtout l'intestin, le rein et le poumon; la salive proprement dite ne joue, au contraire, qu'un rôle éliminatoire très secondaire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Tétanie à forme de tétanos au début de la fièvre typhoïde. (*Revue des maladies de l'enfance*, sept. 1906.) — M. GUINON a eu l'occasion d'observer récemment un petit garçon de dix ans qui, à la suite d'une plaie du pied, est pris de contractures généralisées et de fièvre. On porte le diagnostic de tétanos, et l'on pratique une injection de sérum antitétanique. Mais, les jours suivants, la courbe thermique prend des allures spéciales, la rate se tuméfie, des signes de bronchite apparaissent, et les méthodes de laboratoire (séro, diazo-réaction) confirment le diagnostic de fièvre typhoïde. Les contractures initiales relevaient de la tétanie. La tétanie peut donc accompagner les infections les plus diverses, et il est juste de lui attribuer un certain nombre de tétanos curables.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Résultats éloignés du traitement des sarcomes inopérables par le mélange des toxines du microbe de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. (W. B. COLEY. *Amer. Journ. of the med. sc.*, vol. CXXXI, n° 3, p. 375-430.) — Coley consacre un long article à sa méthode qui fit beaucoup de bruit il y a quelque dix ans. Il relate 11 nouveaux cas de sarcome et de carcinome qui tendent à démontrer que ses toxines ont une action d'inhibition marquée, même dans les cas de carcinome. Quoique cette action soit rarement curative, il croit que les résultats sont assez bons pour justifier l'emploi régulier des injections de toxines après les opérations pour carcinome, aussi bien qu'après celles pour sarcome.

Coley a eu personnellement 36 cas heureux, en ce sens que la tumeur a disparu après les injections. Dans trois de ses cas, il ne put y avoir d'examen histologique, mais le tableau clinique ne laissait aucun doute; les autres 33 cas se répartissent ainsi : sarcomes globo-cellulaires, 13; fuso-cellulaires, 16; mixtes, 2; épithélioma, 1; chondro-sarcome, 1. Neuf de ces tumeurs étaient d'origine osseuse; vingt-deux avaient leur point de départ dans les parties molles; cinq étaient des tumeurs abdominales. Voici les résultats : en bonne santé après six mois, 5 cas; après un intervalle d'un à deux ans, 4 cas; de deux à quatre ans, 3 cas; de trois à cinq ans, 5 cas; de cinq à dix ans, 11 cas; de dix à treize ans, 10 cas. Dans 5 cas, il y eut récidive qui se termina par la mort. Cette récidive apparut dans un cas après *huit* ans, dans un autre après trois ans et demi; dans un troisième, après deux ans et demi; dans deux autres sept et six mois respectivement.

Les statistiques et les communications orales d'autres chirurgiens ont fourni à la méthode de Coley 60 succès complets ou relatifs. De ces 60 cas, 20 avaient leur point de départ dans les os, 14 dans les parties molles, et 19 étaient des tumeurs abdominales. Dans tous ces cas, le diagnostic clinique avait été affirmé par plusieurs chirurgiens, ainsi que l'inopérabilité. Vingt-sept de ces malades étaient en bonne santé à un intervalle variant de trois à douze ans.

L'auteur attire particulièrement l'attention sur 12 cas de sarcome des membres, où l'emploi de son sérum évita une amputation. Dans 8 cas, il s'agissait de la variété globo-cellulaire, dans 2 de la fuso-cellulaire. Dans 2, le contrôle histologique manqua. Huit de ces douze malades étaient en bonne santé, sans récidive trois et six ans après. L'article est rempli d'illustrations d'aspect fort encourageant. F. GARDNER.

Le chlorure de chaux en chirurgie. (Douglas H. STEWART. *Annals of Gynecology and Pediatry*, mai 1906, vol. XIX, n° 5, p. 261.) — Stewart se plaint de la complexité de la technique des chirurgiens et des multiples substances antiseptiques dont ils se servent. Il démontre qu'on peut pratiquer n'importe quelle opération avec les matériaux suivants :

Un pain de savon;
Une livre de sucre granulé;
Une livre de sulfate d'alumine;
Une livre de chaux chlorée de Squibb;
Une livre de lessive de soude.

Le tout pouvant tenir dans un petit sac, se trouvant dans une épicerie, et ne coûtant pas au total un dollar. Il préfère l'hypochlorite de chaux de Squibb parce qu'il contient 30 à 35 p. 100 de chlore et est un désinfectant de premier ordre.

On a abandonné, en chirurgie, l'emploi du chlorure de chaux pour deux raisons : parce qu'il abîme les instruments, parce qu'il produit de l'eczéma sur le dos des mains.

Voici comment Stewart s'en sert :

1° Préparation des instruments. On les met tremper dans une solution de chlorure de chaux dans laquelle on ajoute la lessive de soude. Les instruments ne s'abîmeront pas, car l'acide chlorhydrique dont la formation les attaquait est détruit au fur et à mesure de son apparition;

2° L'eczéma des mains est dû à ce qu'on se trempe longuement les mains dans la solution après un brossage brutal.

Voici comment il faut procéder :

Dans de l'eau on rape du savon et on l'agite jusqu'à formation d'une crème savonneuse. On se lave dans cette crème en se frottant doucement en guise de brosse avec du sucre

granulé. On frotte jusqu'à ce que le sucre se soit incorporé à la crème de savon.

On se trempe alors les mains dans une cuvette contenant deux cuillerées à café de chlorure de chaux et une cuillerée de sulfate d'alumine dissous dans un quart de litre d'eau stérilisée. On ne trempera que le bout des doigts sans les remuer. C'est le pourtour de l'ongle qui constitue l'endroit difficile à désinfecter. Avec un petit bâton, on y fera circuler du chlorure de chaux. Pour le dos de la main, on ne passera la solution antiseptique qu'une fois à sa surface.

La présence du sulfate d'alumine rend les mains extrêmement sèches et empêche la transpiration;

3° Préparation du champ opératoire. Ne pas savonner, frotter avec un tampon de coton imbibé de la même solution que pour les mains qu'on laissera sécher sur place.

L'auteur indique encore comment on peut employer le chlorure de chaux pour laver les plaies et les cavités.

Ainsi employé, ce produit ne lui a donné que d'excellents résultats. M. LANCE.

Kystes chyleux du mésentère. (Miles F. PORTER. *Ann. of Surg.*, vol. XLIII, mars 1906, n° 3, p. 380-390.) — Ces kystes sont rares. Le cas de l'auteur porte le total à vingt. Il s'agissait d'un homme de vingt-deux ans, présentant des symptômes d'obstruction intestinale et ayant une tumeur dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic d'appendicite fut posé. A l'opération, on trouva un volvulus de la fin de l'iléon, et dans le mésentère de l'intestin tordu se trouvait tout un groupe de kystes chyleux. Résection de l'intestin. Mort au bout de douze heures. Le point de suture à l'attache mésentérique n'avait point tenu. Les kystes chyleux du mésentère sont les plus rares de tous, plus rares mêmes que les kystes séreux. L'opinion de Dowd, à savoir que tous ces kystes sont embryonnaires, n'est pas justifiée d'après Porter. Leur origine peut être multiple. Certains résultent de la dilatation des lymphatiques chylifères, et leur surface interne montre l'épithélium caractéristique. D'autres résultent de l'ouverture d'un lymphatique dans un kyste préexistant, et alors cet épithélium manque. Beaucoup de ces kystes sont d'abord multiples, puis plus tard deviennent multiloculaires et enfin uniloculaires par suite de la pression des parois l'une contre l'autre et de la résorption consécutive. Le traumatisme semble être un facteur étiologique important. On peut poser le diagnostic de kyste du mésentère quelquefois d'avance, mais jamais celui de la nature chyleuse du contenu. On peut enlever les kystes pédiculés comme des kystes ovariens; certains peuvent être énucléés; pour d'autres, la résection intestinale est nécessaire. La crainte d'une fistule lymphatique est chimérique. F. GARDNER.

Le traitement chirurgical de la colite chronique. (Hugh LETT. *The Treatment*, fév. 1906, vol. IX, n° 12.) — C'est encore une question à l'étude, et la première intervention ne remonte qu'à 1887. Dans son historique Lett montre comment, pour exclure de la circulation des matières l'intestin malade, on pratiqua d'abord la colotomie inguinale gauche ou un anus lombaire, comment on essaya de lui substituer l'iléosigmoïdostomie qui remplissait le même but sans avoir les gros inconvénients d'un anus.

D'autres auteurs envisageant que l'utilité du traitement chirurgical était non d'exclure l'intestin malade, mais de pouvoir y pratiquer de grands lavages avec des substances modificatrices, s'appliquèrent surtout à créer de petits anus continents et situés le plus haut possible sur le gros intestin. Telle est l'opération de Gibson ou la cæcostomie valvulaire. Telle est enfin la dernière venue, l'appendicostomie de Weir.

Il semble que la pratique ait donné raison à cette seconde théorie, car si les malades guérissent très bien quand on empêche les matières de passer par le gros intestin, ils guérissent aussi bien quand un très petit anus continent permet de traiter les lésions sans détourner le cours des matières.

Lett montre que toutes les méthodes employées donnent de bons résultats et que le choix ne peut être guidé que par les avantages et inconvénients intrinsèques de chaque opération.

Il élimine donc l'anus artificiel qui a de gros désavantages, et l'iléo-colostomie, opération plus sérieuse, qui expose à faire un abouchement au-dessus de la limite des lésions, et qui ne permet pas les lavages dans le sens du courant intestinal.

Les préférences vont à l'opération de Gibson et à celle de Weir. Cette dernière est certes la plus facile à pratiquer, aussi c'est elle qu'il conseille de tenter tout d'abord, mais si on trouve un appendice difficile à amener, ou trop étroit, on l'abandonnera de suite et on pratiquera une bouche valvulaire sur le cæcum. Le meilleur liquide de lavage semble être une solution faible de nitrate d'argent, en grands lavages de 10 à 12 litres trois fois par jour.

Toutes les formes de colite chronique, aussi bien dysentérique que muco-membraneuse ou tuberculeuse, relèvent de ce traitement qui donne des résultats fort brillants. Dans aucun cas, la colite aiguë ne relève au contraire d'un traitement chirurgical. M. LANCE.

Le traitement de la péritonite généralisée diffuse spécialement par la méthode de Murphy. (*The Philadelphia pediatric Society*, réunion du 18 fév. 1906, in *Archives of pediatrics*, juin 1906, n° 6, p. 467.) — A la suite d'une communication du docteur Gibbon naît une discussion à laquelle prennent part la majorité des membres de la Société. De cette discussion ressortent les faits suivants établis presque à l'unanimité :

La péritonite généralisée est plus grave chez l'adulte que chez l'enfant.

Des trois modes de traitement : pas d'intervention, ouverture et lavages, ouverture et drainage simple, la dernière donne les meilleurs résultats.

Par la méthode de Murphy rigoureusement appliquée, la mortalité s'abaisse à un quart. Cette méthode comprend trois points principaux :

1° Position du malade. — Dès que le diagnostic est fait, pour le transport à l'hôpital, pour l'opération, après l'opération, le malade doit être mis en position de Fowler, ou position demi-assise; on ne l'obtient pas en surélevant la tête du lit, mais bien au moyen d'oreillers et de coussins.

2° Drainage. — Dans tous les cas le drainage doit être établi par un gros drain garni de gaze humide plongeant sur la ligne médiane au point le plus déclive de l'abdomen, c'est-à-dire au fond du cul-de-sac rétro-vésical.

Naturellement une autre incision permettra de remédier à la cause de la péritonite : ablation de l'appendice, fermeture d'une perforation de l'estomac, etc.

En tout cas ces interventions se font à la cocaïne locale.

3° Sérum. — On injectera au moyen d'une canule à demeure dans le rectum une solution salée de 35 à 45 degrés, c'est-à-dire très chaude. Cet écoulement sera très lent, de telle sorte qu'il passe un demi-litre par heure. La quantité ainsi absorbée peut être énorme.

Chez les enfants on ne pourra employer que des lavements salés chauds intermittents.

Tous les auteurs qui ont eu recours à cette façon de procéder en ont obtenu des résultats nettement supérieurs à toutes les autres méthodes. M. LANCE.

Un cas d'anévrisme de la sous-clavière droite. Tentative d'endo-anévrismorraphie (méthode de Matas). Guérison après la ligature simultanée de la carotide primitive et de la première portion de la sous-clavière. (Howard LILIENTHAL. *Journal of the Americ. med. Assoc.*, vol. XLVI, n° 12, 24 mars 1906, p. 872-875.) — L'auteur pratiqua une incision de 10 centimètres le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et une incision horizontale allant de l'articulation sterno-claviculaire au quart externe de la clavicule. Dissection du lambeau cutané, section des insertions du sterno-cléido-mastoïdien et résection sous-périostée de la moitié interne de la clavicule. Ligature temporaire de la carotide primitive et mise à nu du tronc brachio-céphalique que l'on voit parfaitement. Ligature temporaire sur la première portion de la sous-clavière. Incision du sac dans l'espoir de pouvoir lier les vaisseaux efférents et d'employer la méthode de Matas. Au grand désappointement de l'opérateur, il n'y avait pas de tributaires, ce qui rendait l'application de la méthode de Matas impossible. L'état du malade commençant à être moins bon, Lilienthal termina le plus rapidement possible par la suture de l'incision anévrismale et la ligature du bout proximal de la sous-clavière et la ligature de la carotide primitive. Guérison sans incidents. Quoique le résultat ait été éminemment favorable, l'auteur pense que la méthode de Matas, qui n'a jusqu'à présent été appliquée que là où le tourniquet était employable, peut être utilisée et qu'elle est meilleure, car elle cause le minimum de trouble dans la circulation du territoire vasculaire. F. GARDNER.

Le traitement de l'impuissance par la résection de la veine dorsale de la verge. (G. Frank LYDSTON. *The Canada Lancet*, juillet 1906, val. XXXIX, n° 10, p. 1010.) — L'auteur en arrive aux conclusions suivantes : La résection de la veine dorsale de la verge demande une dissection très exacte si on ne veut causer des désordres graves. C'est pourquoi Lydston rejette entièrement la résection sous-cutanée.

La résection à ciel ouvert est encore assez difficile, car la recherche et l'isolement de la veine peuvent être délicats, certains auteurs ont lié par erreur des veines péniennes superficielles. Leur ligature est un complément utile à celle de la veine profonde, mais isolée, elle est insuffisante.

Dans les cas d'impuissance surtout psychique l'opération donne des résultats très brillants; dans les impotences organiques les résultats sont encore fort bons en raison de l'effet mécanique, et aussi de l'effet psychique. Les résultats obtenus se sont toujours montrés permanents.

Dans les cas d'impuissance complète, qui ne sont pas sous la dépendance d'une cause locale irrémédiable ou d'un trouble fonctionnel d'innervation, l'opération donne 50 p. 100 de guérisons, et 25 p. 100 d'améliorations notables.

En tout cas dans la grande majorité des cas d'impuissance observés, le chirurgien doit tenter cette opération. Les résultats déjà obtenus justifient cette conduite. M. LANCE.

THERAPEUTIQUE

L'alimentation rectale. (Francis D. BOYD et Jean ROBERTSON. *The Scottish med. and surg. Journ.*, mars 1906, vol. XVIII, n° 3, p. 193.) — Dans ce travail consciencieux, les auteurs donnent le résultat de leurs recherches sur 7 malades alimentés chacun pendant six jours exclusivement par le rectum ; chez chacun d'eux la composition exacte de l'alimentation est notée et en regard figure l'analyse exacte des excréta : matières fécales et urine. En tenant compte de la perte de poids du malade qui indique la part de l'organisme dans la désassimilation, on peut évaluer pour chaque substance la quantité absorbée.

Chez la femme cette expérimentation est plus difficile, car l'apparition des règles fausse le résultat, et les auteurs remarquent que l'alimentation par le rectum semble provoquer leur apparition.

Le gros intestin n'est pas seul à participer à l'absorption, car si le lavement est donné sous faible pression avec un long tube, on le voit remonter l'intestin grêle jusqu'à l'estomac quatre à six heures après.

De tous les aliments les substances azotées sont celles qui s'absorbent le moins bien par cette voie, même si on a eu soin de les peptoniser ou les pancréatiniser à l'avance et de les mélanger à du chlorure de sodium. Le blanc d'œuf en particulier, qui entre dans la composition de certains lavements alimentaires, s'absorbe fort mal. Il n'y a pas de rapport entre la quantité de substances protéiques absorbées et celle que contient le lavement, mais chaque individu semble avoir une capacité d'absorption particulière.

Les graisses, surtout préalablement émulsionnées, surtout aussi celles dont le point de fusion est très bas, sont beaucoup mieux absorbés qu'on ne le dit et doivent entrer dans une grande part dans le lavement alimentaire.

Mais ce sont les hydrocarbones qui sont surtout assimilés. Le sucre de raisin, et surtout la dextrose pure, débarrassée de toute impureté qui la rend irritante, sont absorbés en grande quantité et restent dans l'organisme, car il n'y a pas de glycosurie alimentaire ; malheureusement le prix de la dextrose est assez élevé.

Les auteurs conseillent la formule suivante de lavement alimentaire :

Jaune de 2 œufs,
30 grammes dextrose pure,
5 grammes de sel marin,
300 centimètres cubes de lait pancréatisé.

Donner quatre lavements par jour.

Ils indiquent en détail la technique de son administration.

Les indications de l'alimentation rectale sont fort restreintes. On avait fondé sur elle de grands espoirs pour mettre l'estomac au repos; or il est démontré qu'au moment de l'absorption de chaque lavement alimentaire il se produit une abondante sécrétion gastrique.

D'autre part il est impossible de remonter un malade atteint par exemple de sténose pylorique ou de cancer de l'œsophage, en vue d'une opération, uniquement par cette alimentation. Loin de pouvoir le remonter, elle est insuffisante à maintenir son poids, et attendre plusieurs jours pour pratiquer cette alimentation ne peut que faire perdre un temps précieux.

M. LANCE.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

SYMPTOMATOLOGIE

DES ANÉVRISMES AORTIQUES (1)

Les anévrismes de l'aorte peuvent rester *latents* d'un bout à l'autre de leur évolution : c'est ce que l'on observe dans environ 1/8 des cas; le plus souvent, ils manifestent leur existence par deux ordres de symptômes : les uns, *communs à tous les anévrismes;* les autres, *propres à telle ou telle variété d'anévrismes*, selon leur siège, leur conformation, leurs connexions, etc. Nous prendrons comme type de description les *anévrismes de la crosse*, les plus fréquents et les plus importants.

SYMPTOMATOLOGIE. — **§ I. Signes communs à tous les anévrismes.** — Ils sont de deux ordres : a. *fonctionnels*; b. *physiques*.

A. Les SIGNES FONCTIONNELS, souvent transitoires, indiquent l'existence d'une tumeur profonde, le plus habituellement intrathoracique; ils sont en rapport, moins avec le volume de l'ectasie qu'avec son siège et précèdent d'ordinaire les signes physiques : ce sont des *symptômes présomptifs* (Peter). Ils consistent en : *a*. troubles circulatoires; *b*. phénomènes de compression.

a. Les *troubles circulatoires* peuvent être multiples : palpitations, dyspnée, etc.; le plus important d'entre eux est le *déplacement du cœur*; le cœur, de volume accru ou non selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'insuffisance aortique concomitante, est déplacé : *à gauche* par les anévrismes de la portion ascendante de la crosse; il tend alors à devenir horizontal; *en avant*, par les anévrismes de la portion descendante de l'aorte et de l'aorte thoracique : on observe alors, au niveau de la région précordiale, une double impulsion saccadée, l'une due aux battements du cœur, l'autre à ceux de l'anévrisme (*double jogging impulse*, Hope).

b. Les *phénomènes de compression* occupent une place *capitale* dans l'histoire des anévrismes aortiques. Ils peuvent porter sur presque tous les organes du médiastin :

α. CONDUITS RESPIRATOIRES. — La compression de l'arbre trachéo-bronchique se traduit par : 1. une *dyspnée continue*; 2. du *bruit de cornage*, c'est-à-dire que l'inspiration, simplement rude lorsque le malade est au repos, devient rauque, bruyante et s'accompagne de *tirage sus-sternal* dès que le malade fait un effort; c'est de ce bruit de cornage qu'il faut rapprocher les *sifflements* décrits par Stokes, et dont cet auteur distingue trois variétés : le sifflement *trachéal*, produit surtout par une compression latérale de la trachée [*stridulation inférieure* (2)]; le *sifflement laryngo-trachéal*, dû à une lésion laryngée; le sifflement bronchique, qui se produit lorsque l'anévrisme est adossé à l'une des principales divisions bronchiques; 3. La *diminution du murmure vésiculaire dans un des poumons* est un signe très important, surtout si elle reste *isolée* (Stokes), c'est-à-dire si elle ne s'accompagne d'aucun signe d'auscultation ni de percussion. Elle indique la compression d'une bronche (le plus souvent la droite) par la tumeur. Cette diminution du murmure vésiculaire est naturellement proportionnelle au degré de la sténose bronchique; elle peut être bilatérale lorsque l'anévrisme comprime la partie inférieure de la trachée; 4. Le *souffle interscapulo-vertébral* se limite à la région comprimée, qui se trouve être, généralement, la région hilaire; il est intense, rude, de tonalité souvent élevée; parfois humé pendant l'inspiration (G. de Mussy), il est *surtout expiratoire* et s'accompagne fréquemment de retentissement de la voix et de la toux; il peut aussi prendre le caractère cavitaire ou amphorique; 5. Parfois, on note un *contraste entre les deux côtés du thorax*, l'un restant immobile pendant l'inspiration et pouvant même, à la longue, se rétracter et s'atrophier, l'autre se dilatant normalement et pouvant même, au bout d'un certain temps, subir une expansion exagérée; 6. On peut observer, dans un certain nombre de cas, des *phénomènes d'ulcération et de gangrène des conduits aériens* (v. *Evolution*).

(1) Lire : ŒTTINGER. *Traité Charcot-Bouchard*, 2e édit., t. VIII; — BARIÉ. *Traité des maladies du cœur et des vaisseaux*. — STOKES. *Maladies du cœur*, trad. Sénac.

(2) V. STOKES. *Maladies du cœur*, trad. Sénac, p. 573.

β. PLEXUS ARTÉRIELS ET VEINEUX. — 1. La *compression de l'artère pulmonaire* aboutit à la dilatation du cœur droit, avec stase veineuse généralisée, œdèmes et asystolie rapide; 2. On attribuait jadis à la *compression des artères bronchiques* un certain nombre de cas de gangrène pulmonaire développés au cours de l'anévrisme, et que l'on rattache plus volontiers aujourd'hui à une infection saprophytique; 3. La *compression des artères carotides primitives* se manifeste par des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, du scotome scintillant, de la céphalalgie, et, chez les prédisposés, par des troubles intellectuels parfois très marqués (*folie anévrismale*) : tous ces phénomènes doivent être attribués aux troubles de la circulation encéphalique; 4. La *compression des artères des membres* se traduit par un phénomène d'une importance capitale : l'*affaiblissement de la pulsation radiale du côté intéressé*, d'où résulte l'*inégalité des deux pouls*. Ce signe acquerra une valeur décisive si : *α*. on assiste à son développement : il y a en effet des sujets chez lesquels une des deux radiales est située plus profondément que l'autre, et qui, à l'état normal, présentent de l'inégalité des deux pouls; *β*. Si c'est du côté droit que le pouls paraît affaibli, car c'est de ce côté qu'il est normalement le plus fort (Stokes).

Des compressions artérielles, les plus fréquentes sont celles qui portent sur les artères des membres et les carotides; les autres sont beaucoup moins importantes.

5. La *compression des veines pulmonaires* [ou de l'*oreillette gauche*] donne souvent lieu à des phénomènes de congestion et d'œdème pulmonaires, suivis ou non d'hémoptysies; 6. Celle de la *veine cave supérieure* occasionne une stase sanguine au niveau de la tête, du cou, des membres supérieurs, et de la partie supérieure du thorax. Cette stase sanguine peut se traduire : *α*. par un état variqueux des veines superficielles de ces régions, et le développement d'une circulation collatérale (mammaire interne, intercostale, épigastrique, sous-cutanée abdominale), dans laquelle le sang progresse de haut en bas; *β*. par un gonflement élastique et rénitent du cou tout entier (*tuméfaction en pèlerine, tippet-like*), signe pathognomonique, mais inconstant (Stokes); 7. La *compression de la veine cave inférieure* donne lieu à des phénomènes d'œdèmes et de stase localisés à la périphérie, et celle du *canal thoracique*, d'ailleurs exceptionnelle, à la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

γ. ŒSOPHAGE. — La compression de l'œsophage, moins fréquente que celle des voies aériennes, s'observerait surtout (Greene) lorsque l'anévrisme naît des portions transversale et descendante de la crosse de l'aorte; elle est exceptionnelle dans les anévrismes de la partie ascendante. Elle se traduit : *α*. par de la *dysphagie*, siégeant habituellement au tiers moyen du sternum, mais pouvant aussi, chez divers malades, ou même chez un même malade, occuper diverses régions; d'intensité variable, elle aboutit au rejet des divers aliments solides et hâte les progrès de la cachexie; *β*. par de l'*œsophagisme* dû à l'irritation des plexus péri-œsophagiens. Ces deux ordres de symptômes sont liés surtout à des phénomènes d'irritation nerveuse (voir plus loin); ils contre-indiquent formellement le cathétérisme (dangers de rupture).

δ. PLEXUS NERVEUX. — Les troubles fonctionnels résultant des compressions nerveuses sont *très précoces*, *très fréquents*, et souvent *très accusés* : aussi méritent-ils d'attirer toute l'attention. D'une façon générale, les *douleurs* sont constantes au cours de l'anévrisme (Gendrin); exaspérées par les émotions, les repas, la fatigue, elles peuvent contraster, par leur intensité, avec le petit volume de l'anévrisme : aussi

a-t-on pu dire avec raison que les anévrismes les plus petits sont souvent les plus douloureux. 1. La *compression des plexus cervical et brachial et des nerfs intercostaux* se caractérise par des névralgies et des fourmillements *calmés par la pression*, contrairement aux névralgies rhumatismales (Trousseau), et rebelles à toutes les médications antinévralgiques. La *compression des plexus inférieurs* donne de même lieu, soit à des phénomènes de névralgie iléo-lombaire, soit à une douleur lancinante, localisée à la colonne vertébrale, et irradiant de là vers les uretères, et même, parfois, jusqu'aux testicules. 3. La *compression du pneumogastrique* se manifeste par : *a.* une *toux quinteuse*, violente, survenant par crises, mais ne s'accompagnant ni de reprise, ni d'expectoration filante (*toux coqueluchoïde*); *b.* des *vomissements*, survenant après la toux ; *c.* une *dyspnée* continue ou paroxystique ; *d.* des accès d'*angine de poitrine*, surtout fréquents dans les ectasies de l'aorte ascendante ; *e.* de la *tachycardie*. 4. La *compression du nerf récurrent* peut donner lieu à des phénomènes d'ordre irritatif ou paralytique.

a. L'*excitation du nerf récurrent* se traduit par trois symptômes principaux, et qui sont, par ordre d'importance :

α. Les *accès de suffocation*. — Jadis attribués à la paralysie du récurrent, ils relèvent, en réalité (Krishaber) d'une irritation de ce nerf et doivent être attribués à la prédominance d'action des muscles constricteurs du larynx sur les dilatateurs. Le muscle ary-aryténoïdien agissant sur les deux côtés du larynx, on comprend que « l'excitation de l'un des récurrents détermine, d'une part, le rétrécissement de la glotte interligamenteuse par l'action des muscles crico-aryténoïdien latéral et thyro-aryténoïdien du côté correspondant, et, d'autre part, l'occlusion complète de la glotte respiratoire par l'action bilatérale du muscle ary-aryténoïdien » (Dieulafoy). C'est donc à l'occlusion spasmodique de la glotte intercartilagineuse qu'il faut attribuer ces crises de suffocation observées dans les anévrismes de la portion transversale de la crosse (*anévrismes à type récurrent*, Dieulafoy) : ces crises, accompagnées d'angoisse et de gêne laryngée, peuvent aller jusqu'à la perte de connaissance.

β. Les *troubles vocaux*. — La voix est *bitonale* (Russel, Jaccoud), ce qui est dû à ce qu'une des cordes vocales étant spasmodiquement rapprochée de la ligne médiane, tandis que l'autre se meut normalement, il y a production simultanée de deux timbres distincts.

γ. Le *spasme de l'œsophage*.

La paralysie des récurrents se traduit *uniquement par des troubles vocaux*. Est-elle *unilatérale* (et alors elle porte presque toujours sur le récurrent gauche), la voix est encore bitonale, la corde vocale gauche restant éloignée de la ligne médiane, tandis que la droite se meut normalement : l'examen laryngoscopique différenciera cette dysphonie par paralysie de la dysphonie par spasme. *Bilatérale*, la paralysie des récurrents se traduit par de l'*aphonie* : la voix est éteinte, basse, méconnaissable (impossibilité de l'adduction pour les deux cordes vocales).

Insister, en terminant, sur la nécessité de pratiquer un examen laryngoscopique dans tous les cas où l'on soupçonne l'existence d'une ectasie aortique. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque de la nutrition. L'œil diathésique. Relations de la diathèse avec les affections des organes de la vision, par le docteur Fernand GIRAUD. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

N° 111. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1906. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts,	FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.	sont ouverts tous les jours,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE	UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.	DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
PARIS, 6e	Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.	TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 27 septembre 1906 (Question : « Veines superficielles du membre inférieur ») : MM. Le Pontois, Petit (Henri) et Photiadis, 17 ; Mlle Landesmann, 16 ; MM. Larroque (Joseph), Lefèvre, Pierrot et Poynel, 15 ; Klefstad-Sillonville et Petit (Ch.), 14 ; Monbrun, 13 ; de la Vallée et Langlet, 12 ; Lenoël et Olive, 7 ; Perez, 6 ; Laroque (Paul) et Monfleur, 3 ; Landrieu, 1.

La prochaine séance aura lieu samedi 29 septembre, à quatre heures et demie (suite des candidats de la première série de la deuxième moitié). La séance suivante aura lieu le dimanche 30 septembre, à huit heures et demie du matin.

Pathologie. — Séance du 26 septembre (Question : « Phlébite des membres inférieurs ; symptômes et complications ») : Mlle Cosmovici, 19 ; MM. Bobeau, 17 ; Chardin, 16 ; Darrieux et de Barric, 15 ; Colleville, 14 ; Amblard, Covre et Daniel, 13 ; Adain, 12 ; Adler et Bodet, 10 ; Bulliard, 9 ; Caubet, 8, et Alvergnat, Bierer et Chevallereau, 6.

Séance du 27 septembre (Question : « Erysipèle de la face ») : MM. Chamorro, 18 ; Desnoues, 16 ; Chatelain (Ch.) et Fontanier, 14 ; Colibert, 13 ; Cuvillier, Delmas et Dubois, 12 ; Delot et Gontier (Jean), 11 ; Fricker, 10 ; Chastel, 9 ; Baudson et Chamlian, 8 ; Mme Alexeieff, 5, et M. Eudel, 4.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (XIXe Congrès, octobre 1906). — ORDRE DES SÉANCES DU CONGRÈS. — *Lundi soir, 1er octobre*, à deux heures, séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : 1° Discours de M. le docteur Monprofit, professeur à l'École de médecine d'Angers, président du Congrès ; 2° Compte rendu du secrétaire général. — A trois heures précises, question mise à l'ordre du jour : *Chirurgie des gros troncs veineux.* (M. Lejars, de Paris, rapporteur.) — Lecture du rapport. — Discussion.

Mardi soir, 2 octobre, à deux heures. — Questions diverses :

Abdomen. — M. Buscarlet (de Genève) : Laparotomie dans la tuberculose ganglionnaire abdominale.

M. Baudet (de Paris) : Cure des larges éventrations spontanées ou post-opératoires de l'abdomen par le retournement de l'aponévrose d'insertion des deux grands obliques.

M. Bégouin (de Bordeaux) : Rétention fœtale intra-abdominale de vingt et un ans. Extraction par laparotomie.

Estomac. — M. Auvray (de Paris) : Trois cas de plaies de l'estomac traitées par la laparotomie.

M. Savariaud (de Paris) : La voie transcostale appliquée à la chirurgie de l'hypocondre gauche et à celle de l'estomac en particulier.

Foie. — M. Legueu (de Paris) : Plaies du foie.

M. Dujon (de Moulins) : Cholécysto-duodénostomie pour imperméabilité des voies biliaires consécutive à des adhérences de péritonite tuberculeuse. Guérison.

M. Mariau (de Péronne) : Kyste hydatique du foie. Ponction et guérison apparente en 1886. Cholerragie quinze ans après dans la cavité de l'ancien kyste. Laparotomie. Guérison.

Appendice. — M. Berthomier (de Moulins) : De l'exploration dans le décubitus latéral gauche pour le diagnostic différentiel de l'appendicite.

M. Chénieux (de Limoges) : De l'occlusion intestinale dans le cours de l'appendicite.

M. Walther (de Paris) : Des épiploïtes chroniques.

Intestin. — M. Le Dentu (de Paris) : Technique nouvelle de l'anus artificiel définitif.

M. Riche (de Montpellier) : Contribution à l'étude de la pathologie du diverticule de Meckel.

M. Pauchet (d'Amiens) : Tuberculose du cæcum (traitement).

M. Goullioud (de Lyon) : Du cancer de l'ovaire pendant l'évolution du cancer de l'estomac ou de l'intestin.

M. Lambret (de Lille) : Pseudo-cancer inflammatoire du côlon transverse. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison.

M. Michel (de Nancy) : L'angle gauche du côlon et l'obstruction intestinale (trois observations).

Uretère. — M. Pozzi (de Paris) : Suture uretéro-uretérale par invagination pour une section de l'uretère au cours d'une laparotomie.

M. Fournier (d'Amiens) : Uretéro-anastomose suivie de guérison.

Utérus et annexes. — M. Forgue (de Montpellier) : Contribution anatomo-pathologique et thérapeutique à l'étude du cancer primitif de l'ovaire.

M. Delétrez (de Bruxelles) : Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie.

M. Lapeyre (de Tours) : Lésions opératoires de l'utérus sain au cours d'ablations unilatérales de tumeurs des annexes

ou du ligament large. Hystéropexie complémentaire et conservatrice.

M. Jayle (de Paris) : La sténose et l'atrésie spontanées de l'orifice externe du col utérin chez des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants.

M. Psaltoff (de Smyrne) : Les indications de l'hystérectomie abdominale et le prolapsus complet de l'utérus.

M. Cazin (de Paris) : Traitement des prolapsus génitaux.

M. Gautier (de Luxeuil) : Sur un cas d'hystérectomie abdominale totale pour utérus didelphe.

Hernies. — M. Princeteau (de Bordeaux) : Sur les hernies épigastriques de l'enfant (pathogénie et traitement).

M. Delangre (de Tournai) : De la résection du cordon dans la cure radicale de certaines hernies inguinales.

Rectum. — M. Brunswic Le Bihan (de Tunis) : Rectites, périrectites et rétrécissements du rectum chez les Arabes.

M. Le Nouène (du Havre) : Traitement du prolapsus du rectum par des opérations combinées.

Mercredi soir, *3 octobre*, à deux heures. — I. Question mise à l'ordre du jour : *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire.* [MM. Willems (de Gand) et Loison (de Versailles), rapporteurs.] — Lecture des rapports ; — Discussion.

II. Questions diverses :

Thorax, œsophage, trachée. — M. Guisez (de Paris) : Remarques à propos de nos derniers cas de broncho-œsophagoscopie ; perfectionnement apporté à la méthode.

Rachis. — M. Chavannaz (de Bordeaux) : De la résection des racines postérieures des nerfs rachidiens.

M. Lancial (d'Arras) : Résultats éloignés d'une laminectomie pour fracture ancienne du rachis.

M. Redard (de Paris) : De la correction des difformités pottiques. Redressement forcé. Hyperextension du rachis.

Membres. — M. J. Lucas-Championnière (de Paris) : Les causes d'erreur dans les radiographies des fractures.

M. Moty (de Paris) : Note sur l'allongement des os longs dans l'ostéomyélite des adultes.

M. Ceci (de Pise) : Procédés originaux d'amputation plastico-cinétique ou plastico-orthopédique.

M. Depage (de Bruxelles) : Le boulonnage des os : nouveau procédé d'ostéosynthèse.

M. Guyot (de Bordeaux) : Sur un cas de paralysie radiale liée à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. Suture nerveuse. Guérison.

M. Tilanus (d'Amsterdam) : La coxa valga.

M. Gourdon (de Bordeaux) : Trois cas de malformation congénitale de la hanche n'ayant donné lieu que tardivement à des troubles fonctionnels.

M. Calot (de Berck) : Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Ducroquet (de Paris) : Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Résultats fonctionnels.

M. Mencière (de Reims) : Remarques de la réduction mécanique extemporanée des luxations congénitales et des luxations pathologiques de la hanche. Traitement mécanothérapique post-opératoire et dressage à la marche.

M. Duret (de Lille) : Résultats éloignés de la résection du genou (statistique personnelle).

M. Thiéry (de Paris) : De quelques procédés d'ostéotomie de la rotule dans les synovectomies du genou.

M. Rémy (de Paris) : A propos des fractures itératives de la rotule.

M. Lardennois (de Reims) : Redressement orthopétique des ankyloses vicieuses du genou chez l'enfant par l'ostéotomie chantournante des condyles du fémur.

M. Le Fort (de Lille) : Le genu recurvatum acquis.

M. Ménard (de Berck) : Astragalectomie dans la tuberculose tibio-tarsienne.

M. Brodier (de Paris) : Extirpation très étendue des veines saphènes pour varices des membres inférieurs. Opération faite il y a trois ans. Présentation de la malade.

Jeudi soir, 4 octobre, à trois heures : *Assemblée générale* ; rapport du trésorier ; nomination du vice-président du congrès de 1907, des secrétaires et d'un membre du comité ; questions diverses ; le soir banquet.

Vendredi soir, *5 octobre*, à deux heures. — I. Question mise à l'ordre du jour : *Ectopie testiculaire et ses complications.* [MM. Villard (de Lyon) et Souligoux (de Paris), rapporteurs.] — Lecture des rapports ; — Discussion.

II. Questions diverses :

Cou. — M. Girard (de Genève) : Sur la ligature de l'artère vertébrale.

M. Moure (de Bordeaux) : Laryngotomie intercrico-thyroïdienne et décanulation chez l'enfant et l'adolescent.

M. Castex (de Paris) : Sur la laryngotomie.

M. Martin (de Lyon) : De la dilatation élastique par des tubes de caoutchouc dans les rétrécissements chroniques du larynx et de la trachée.

M. Abadie (de Paris) : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

M. Vacher (d'Orléans) : Dangers des amygdalites à répétition. Avantages de l'ablation totale des amygdales à l'anse froide.

Face. — M. Ombrédanne (de Paris) : Traitement du cancer de la lèvre inférieure.

Œil. — M. Lagrange (de Bordeaux) : De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes intra-oculaires.

Oreille. — M. Suarez de Mendoza (de Paris) : Sur les avantages qu'offre dans la trépanation mastoïdienne l'emploi du protecteur-trépan mû par le moteur électrique ou, mieux encore, par l'appareil Bercut.

M. Malherbe (de Paris) : Sérothérapie des scléroses auriculaires.

Samedi soir, *6 octobre*, à deux heures. — Questions diverses :

Chirurgie générale. — M. Willems (de Gand) : A propos de la méthode de Bier.

M. Thévenot (de Lyon) : Actinomycose et tuberculose. Réaction des actinomycosiques aux procédés de laboratoire employés pour le diagnostic de la tuberculose.

M. Doyen (de Paris) : Les résultats de la vaccination antinéoplasique.

M. Krafft (de Lausanne) : L'utilité des injections préventives de sérum antitétanique.

M. Alessandri (de Rome) : Anesthésie médullaire par la stovaïne ; cause des échecs ; moyens d'y parer.

M. Vidal (d'Arras) : De l'anesthésie générale par voie rectale.

M. Imbert (de Marseille) : Sur l'utilisation du protoxyde d'azote en chirurgie générale.

M. Suarez de Mendoza (de Madrid) : Sur l'anesthésie au moyen d'un mélange de vapeurs de chloroforme et d'oxygène.

M. Péraire (de Paris) : Sur l'emploi de la scopolamine comme anesthésique général. Recueil de faits.

M. Paul Delbet (de Paris) : Statistique des opérations de l'année 1905-1906.

A quatre heures (salle de correspondance) :

Présentation d'instruments et appareils. — M. Barbarin (de Paris) : Table orthopédique.

M. Suarez de Mendoza (de Paris) : Instruments divers.

M. Brunswic-Le Bihan (de Tunis) : Nouvelle sonde conductrice pour le cathétérisme rétrograde.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1330.*)

XIXe CONGRÈS
DE
L'ASOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RÉSUMÉ ET ANALYSE DES RAPPORTS

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du prochain Congrès. Nous pouvons dès aujourd'hui donner à nos lecteurs le compte rendu des différents rapports.

PREMIÈRE QUESTION

CHIRURGIE DES GROS TRONCS VEINEUX

Rapporteur : M. Lejars (de Paris).

I

La *ligature* des gros troncs veineux donne des résultats variables suivant le vaisseau.

La ligature « brusque » de la *veine porte* est fatalement mortelle. Dans un cas de plaie, c'est à la ligature latérale qu'on doit s'efforcer de recourir.

Pour la *veine cave inférieure*, il existe 6 cas de ligature ayant donné 4 guérisons et 2 morts. Chez tous ces malades la ligature porta au-dessous de l'embouchure des veines rénales; chez ceux qui guérissent, à peine si l'on peut noter quelques légers troubles circulatoires.

La suture latérale, meilleure que la ligature latérale ne doit être tentée que lorsque la plaie veineuse siège au-dessus des veines rénales.

Il existe 3 cas de ligature du *tronc brachio-céphalique*, avec 3 succès, et sans trouble circulatoire consécutif.

La ligature basse de la *jugulaire interne* est un fait banal. Sur une centaine de faits recueillis, M. Lejars relate trois cas ou des accidents cérébraux purent être mis sur le compte du trouble circulatoire consécutif. Ces faits tiennent peut-être à l'atrésie anatomique de l'autre veine jugulaire, insuffisante pour suppléer à la circulation supprimée par la ligature de l'autre jugulaire.

De même que pour la jugulaire, la ligature est le procédé hémostatique de choix pour les plaies de la *sous-clavière*.

Quoi qu'on ait pu penser autrefois, les faits actuels démontrent que la ligature de la *veine fémorale* est parfaitement tolérée. Toutefois la ligature simultanée de l'artère et de la veine doit toujours passer pour une intervention sérieuse.

II

La ligature, sous la réserve de certaines conditions, dont *l'asepsie est la plus importante*, constitue donc dans la pratique le procédé le plus usuel et le plus facile.

Toutefois dans certains cas, on a essayé la *suture*. Ici l'asepsie est encore plus de rigueur, car la perméabilité du vaisseau suturé ne sera conservée que s'il ne se produit pas de thrombose. M. Lejars passe en revue les faits publiés, et en conclut que la suture donne des résultats excellents, assure la cicatrisation normale de la plaie veineuse, en laissant la cavité du vaisseau perméable et la circulation régulière.

Trois fois, on fit la *réunion circulaire des deux bouts veineux*. Si cette suture peut être exécutable, elle ne paraît pas appelée à de nombreuses applications.

Les indications de la suture des veines demandent à être posées. En réalité, elle ne s'impose que dans les plaies de la veine porte et dans les plaies de la veine cave inférieure au-dessus du pédicule rénal.

En dehors de ces cas, la ligature est aussi efficace, et d'une exécution plus rapide et plus simple. Toutefois lorsque les accidents de stase après ligature sont à craindre : cyanose, myocardite ancienne, artério-sclérose, cachexie, sénilité, blessure simultanée de l'artère, il y a lieu de songer à la suture latérale.

Il en est de même lorsque la plaie veineuse est petite, nette et prête à la réunion.

Il va sans dire que la suture latérale est préférable à la ligature latérale ou au pincement latéral.

Sans vouloir entrer dans le détail des cas étudiés par M. Lejars, on peut résumer sa pensée en disant que la suture étant rarement une pratique nécessaire, il y a lieu de la rejeter lorsque le résultat est un tant soit peu douteux.

Le rapporteur passe ensuite en revue les différents procédés de cette suture veineuse. La technique est le plus souvent simple et doit remplir deux conditions : 1° former une paroi étanche, solide, à l'abri de toute déhiscence ultérieure et de cicatrisation assurée; 2° laisser la veine largement perméable et le sang circuler.

III

Dans le troisième chapitre de son rapport, M. Lejars étudie l'*Application de la suture vasculaire à la cure des anévrismes artério-veineux*.

Dans certains anévrismes récents, à poches limitées et latérales, d'orifices artério-veineux relativement petits, on a pu substituer à l'extirpation totale combinée à la quadruple ligature, l'extirpation de la poche seule et la suture des deux orifices vasculaires.

Deux cas de Murphy et de Carle ont été suivis d'un succès remarquable. D'autres cas plus récents sont également encourageants. Il en découle cette conclusion, c'est qu'il y a lieu d'opérer le plus tôt possible les doubles plaies artério-veineuses en vue de cette réparation idéale.

IV

Les *anastomoses vasculaires* ont une longue et intéressante histoire expérimentale, mais les quelques essais dans la pratique humaine n'ont pas donné de résultats qui encouragent à les répéter.

V

Le cinquième chapitre du rapport de M. Lejars est consacré au traitement opératoire des thrombo-phlébites septiques.

Ce traitement a un triple objet : 1° barrer le chemin aux embolies et prévenir les accidents cardio-pul-

monaires et la mort subite qui peuvent en résulter; 2° enrayer les transmissions des produits infectieux par voie veineuse, les « métastases », la pyohémie; 3° traiter localement le foyer phlébitique originel.

Depuis la thèse de Robineau, cette ligature de barrage, en région saine, a été assez acceptée, mais cette pratique justiciable pour les petites veines des membres variqueux, l'est-elle pour les gros troncs veineux, dans la phlegmatia, par exemple? Il est permis d'en douter.

Dans deux régions l'action chirurgicale s'est exercée pour prévenir la septico-pyohémie : dans les *thrombo-phlébites d'origine otitique* et dans les veines utéro-ovariennes dans les cas de *septico-pyohémie d'origine puerpérale.*

La ligature de la jugulaire interne dans les cas de thrombose du sinus latéral a donné 59 à 71 p. 100 de guérison dans une complication que l'on regardait autrefois comme fatale. Elle se complète par la découverte, la détersion et le drainage du sinus.

Le rapporteur passe en revue les cas publiés concernant les ligatures des veines utéro-ovariennes au cours de la septicémie puerpérale. Il conclut que ces interventions sont graves par elles-mêmes et que leurs indications doivent être discutées. Ce n'est que dans les formes chroniques que l'on peut songer à intervenir, lorsque le type des accidents, la répétition des grands frissons, l'examen local feront soupçonner une localisation veineuse de l'affection.

DEUXIÈME QUESTION

VOIES ET MOYENS D'ACCÈS DANS LE THORAX AU POINT DE VUE OPÉRATOIRE

Rapporteurs : MM. Willems (de Gand) et Loison (professeur agrégé au Val-de-Grâce).

Le premier rapport a été confié à M. Willems (de Gand).

Toute la première partie de ce rapport est consacrée à l'étude des méthodes et appareils nouveaux utilisés dans la chirurgie thoracique; les moyens chirurgicaux, les moyens physiques, l'insufflation pulmonaire, les méthodes d'hypopression et d'hyperpression. On trouvera, dans ce chapitre la description de la chambre pneumatique de Sauerbruch, de l'appareil de Brauer-Dräger, de celui d'Engelken.

La partie intéressante de ce rapport est celle qui discute la valeur de ces moyens physiques dans la chirurgie intra-thoracique, et qui la compare avec les moyens chirurgicaux ordinaires.

Nous croyons utile de donner *in extenso* le chapitre qui a trait aux *opérations donnant accès dans la cavité pleurale.*

« Les nouvelles méthodes de chirurgie intrapleurale ne trouvent pas d'application directe dans le traitement de la *pleurésie purulente*, et je ne citerais pas cette affection si elle ne pouvait bénéficier des améliorations que ces méthodes ont contribué à introduire dans le traitement consécutif des interventions intrathoraciques.

Malgré les flots d'encre qu'a fait couler l'empyème, son traitement est encore souvent mal compris. L'incision tardive, un drainage défectueux ou prolongé outre mesure mènent à la fistulisation et obligent ainsi à des interventions secondaires. Il paraît banal de dire que la collection doit être ouverte dans sa partie la plus déclive. Cependant, dans la pratique, ce précepte est souvent méconnu, et l'on ne tient pas assez compte des travaux de Walther sur la pleurotomie postérieure et de Delagénière sur le drainage du sinus costo-diaphragmatique.

D'autre part, je désire appeler l'attention sur le drainage de l'empyème après thoracotomie, au moyen de l'appareil de Perthes, très employé en Allemagne, trop peu connu en France, qui n'a rien à voir avec le siphon de Bülau et est bien supérieur à l'aspirateur de Révilliod. Dans le même ordre d'idées, je signalerai le procédé décrit récemment par Hofmann qui, après incision, évacuation du pus et des masses fibrineuses, ne fait pas de drainage immédiat, mais applique un pansement épais dont les couches superficielles seules sont renouvelées à mesure qu'elles se souillent. Après trois à cinq jours, d'après les indications du thermomètre, il découvre la plaie, et alors seulement, quand le poumon s'est en grande partie dilaté et que des adhérences pleurales sont déjà ébauchées, il installe deux petits drains. Les excellents résultats de ce procédé, vérifiés par Payr et par moi-même, méritent qu'on l'essaie.

L'ablation des *tumeurs costo-pleurales* compte parmi les plus graves des opérations intrathoraciques. Il semble qu'il y ait dans les causes de cette gravité un élément qui nous échappe encore, et l'on observe, dans des conditions qui paraissent analogues, tantôt des accidents graves, tantôt des suites remarquablement bénignes, comme dans le cas intéressant de Desguin. A en juger d'après les faits publiés, cette gravité résulte moins de l'entrée de l'air que du danger d'infection. Cependant le pneumothorax a donné lieu à des accidents mortels. Aussi la chambre pneumatique est-elle vivement recommandée par Mikulicz et par Sauerbruch, qui a extirpé ainsi une récidive pariétale de cancer du sein et a obtenu l'adhérence du lambeau cutané à la surface pulmonaire. Il pense que l'on pourra souvent tirer parti de cette autoplastie sur le poumon dilaté, qui constitue un excellent soutien pour le lambeau.

On ne peut pas nier les avantages des méthodes physiques pour l'ablation de ces tumeurs, Mais les moyens chirurgicaux peuvent suffire. Et la production lente du pneumothorax, au besoin la veille de l'opération, d'après le procédé de Dollinger, l'amarrage du poumon, l'enlèvement rapide de la tumeur, la suture du poumon tout autour de la brèche, la suture exacte du lambeau, l'extraction de l'air restant par aspiration ou par le procédé de Witzel, sont des mesures qui suffiront ordinairement pour enlever toute gravité au pneumothorax, pour le supprimer ensuite et l'empêcher de se reproduire.

Mais le danger capital est dans l'infection. Et, comme le suintement de la face profonde du lambeau est inévitable, il sera prudent d'installer toujours un drainage par aspiration. La plupart des insuccès

résultent de ce que le drainage n'a pas été fait ou a été mal fait.

L'ablation des *tumeurs du sternum*, rares et rarement opérables, passe pour particulièrement grave, par suite du danger d'ouverture des deux plèvres. La gravité de cette opération a été peut-être exagérée, puisque Keen, sur dix-neuf cas qu'il a recueillis, n'a relevé que quatre morts, et que Rouillès, dans sa thèse, sur trente-six résections du sternum, pour des affections diverses il est vrai, ne signale que cinq morts. On connaît la curieuse observation de König, qui put ouvrir impunément les deux plèvres et le péricarde. Il n'en est pas moins vrai que les appareils à pression atmosphérique modifiée trouveraient ici une de leurs meilleures indications. Si l'on ne peut pas y avoir recours, il sera toujours possible de réduire le danger en s'arrangeant pour ne pas laisser les deux cavités pleurales ouvertes en même temps, et en supprimant le pneumothorax séance tenante.

S'il existe encore tant de divergence au sujet du traitement des *plaies du poumon*, et si l'on recommande encore parfois l'abstention dans une lésion où la suture semble être la seule conduite logique parce qu'elle est aussi utile contre le pneumothorax à soupape que contre l'hémorragie, cela tient à deux causes : à l'incertitude du pronostic de la lésion, et à l'inconstance des résultats opératoires. Il est souvent difficile d'apprécier la gravité réelle d'un hémothorax, et de savoir s'il menace la vie du malade. L'abstention, ou la ponction, ou le drainage, ou encore le tamponnement de la plaie pulmonaire (Michaux, Quénu, Guidone) ont donné d'incontestables succès. D'un autre côté, tout n'est pas dit quand la plaie du poumon a été suturée. Si la suture tarit sûrement l'hémorragie, elle ne met pas sûrement à l'abri de l'infection secondaire. Le danger vient ici du poumon, parce que la suture ne ferme pas hermétiquement les bronches, ainsi que le reconnaît Garré. Des blessés chez lesquels la suture avait été parfaitement hémostatique, sont morts de pleurésie septique (Tuffier et d'autres). Sur 11 cas de suture, je trouve 6 guérisons et 5 morts.

Les méthodes à pression positive ou négative vont-elles modifier cet état de choses ? Il est évident qu'il ne faut pas les employer dans le but d'empêcher l'affaissement du poumon, puisque cet affaissement existe du fait de l'hémorragie intrapleurale. Mais, une fois la cavité thoracique ouverte, l'expansion pulmonaire est-elle désirable pour la recherche et la suture de la plaie? Je ne le crois pas. A condition que la thoracotomie soit large, la déchirure se reconnaîtra facilement sur le poumon collabé, plus facilement que sur l'organe dilaté, qui ne montre que la partie de sa surface correspondant à la brèche thoracique. Dans les cas difficiles, on pourra, à l'exemple de Garré, saisir le poumon à pleine main et l'attirer vers l'extérieur pour y chercher la plaie. Si on le fait ensuite maintenir immobile, on pourra placer les sutures avec une entière facilité, à laquelle la dilatation complète du poumon n'ajouterait rien.

Je crois qu'il y a avantage à fermer systématiquement la poitrine dans ces cas, après avoir, aussi bien que possible, supprimé le pneumothorax. La chambre de Sauerbruch ou l'appareil de Brauer pourraient certes être utilisés dans ce dernier but. Mais on pourra plus simplement supprimer le pneumothorax par aspiration, ou mieux par sa transformation en hydrothorax.

Il va sans dire que si, après occlusion complète, des signes d'infection ou seulement d'épanchement pleural surgissent, on établira secondairement le drainage aspirateur.

On sait que les *plaies du diaphragme* coexistent ordinairement avec une plaie perforante du thorax et que la voie transpleurale est la meilleure pour les atteindre et les suturer. En réunissant deux statistiques publiées récemment par Suter et par Neugebauer, on trouve une mortalité de 5,26 p. 100 pour la voie transpleurale, et de 28,57 p. 100 pour la laparotomie. Il faut donc choisir la voie transpleurale pour la suture, même s'il existe une plaie abdominale, même si l'on veut, comme Neugebauer, dans tout traumatisme grave du segment inférieur du thorax, commencer par une laparotomie exploratrice, afin d'assurer le diagnostic de la perforation diaphragmatique.

L'emploi de l'appareil de Brauer aurait ici l'inconvénient que la base du poumon en expansion viendrait recouvrir la plaie diaphragmatique et rendrait son abord d'autant plus difficile. Quant à la chambre pneumatique, je la crois formellement contre-indiquée. En exerçant une véritable aspiration sur les viscères abdominaux (estomac, intestin, épiploon), elle aurait pour effet d'aggraver dans une forte mesure la tendance que ces viscères ont déjà, par la seule action de la pression intra-abdominale, à faire hernie dans la cavité thoracique. Ce serait se créer des difficultés opératoires très sérieuses.

D'ailleurs, le pneumothorax ne semble avoir aucune gravité dans ces cas. Dans les 79 observations de la statistique de Suter, le pneumothorax provoqué ou complété par l'opération n'a jamais donné lieu à des troubles graves, à part une seule fois où la mort lui a été attribuée assez hypothétiquement.

En revanche, l'infection pleurale est à craindre, surtout s'il y a eu épanchement de matières gastriques ou intestinales. Aussi le drainage par aspiration est-il particulièrement à conseiller.

Les mêmes considérations s'appliquent aux interventions transpleurales pour *hernies du diaphragme* (Perman), et à la *thoraco-laparotomie*, qui comprend tout ce groupe d'interventions portant sur la région frontière entre le thorax et l'abdomen. Qu'il s'agisse d'un kyste hydatique du foie, ou de la base du poumon, ou de l'espace sous-phrénique, dont le siège exact est souvent difficile à diagnostiquer, ou d'une tumeur des dernières côtes propagée au diaphragme (Trzebicky), en un mot de l'un de ces cas pour lesquels Tuffier recommande de faire systématiquement une incision oblique abdomino-thoracique sur la ligne axillaire postérieure, l'intervention risque toujours d'ouvrir les deux cavités séreuses, et l'appareil à air raréfié est donc contre-indiqué.

Les *suppurations pulmonaires* sont, après l'empyème, les lésions intrathoraciques auxquelles le

chirurgien s'est attaqué le plus fréquemment. Bonne dans l'abcès simple, discutée dans la gangrène, médiocre dans la bronchectasie, l'intervention a consisté ordinairement dans la simple incision du foyer, suivie de drainage. Le plus souvent, on n'a pas à s'occuper du pneumothorax, puisqu'il existe ordinairement des adhérences (dans 87 p. 100 des cas, d'après Garré). Et les adhérences sont ici, quoi qu'on en ait dit, une condition avantageuse, non pas tant pour éviter le pneumothorax que pour garantir la plèvre contre l'infection. C'est particulièrement dans ces cas que le décollement pleural ou la boutonnière pourront rendre des services pour aider à localiser le foyer.

Si les adhérences font défaut, les appareils à pression modifiée sont loin d'être indispensables. Car lorsque le poumon renferme un foyer purulent, il ne s'affaisse pas complètement à l'ouverture de la plèvre, et le pneumothorax est donc peu redoutable dans ces cas. De plus, l'examen direct et le palper donneront plus de renseignements quand le poumon est affaissé que lorsqu'il est dilaté, parce que, dans ce dernier cas, les parties saines et dilatables pourront recouvrir et cacher les parties plus profondes (Delorme). Tuffier reproche au collapsus pulmonaire de modifier les rapports du foyer avec la paroi; mais si l'on a pu localiser la lésion à l'avance, on n'aura aucune peine à la retrouver sur le poumon contracté.

Delagénière a érigé en méthode l'exploration directe du poumon par la main introduite dans la plèvre, après production lente d'un pneumothorax total et incision large de la séreuse. C'est le contrepied des méthodes de Sauerbruch et de Brauer, et elle a fait ses preuves.

Après avoir isolé le foyer septique du reste de la cavité pleurale, il sera souvent avantageux d'instituer un drainage pleural par aspiration (1).

La plupart des *tumeurs* du poumon étant le résultat de la propagation de néoplasmes de la paroi, les remarques faites à propos de ces derniers leur sont applicables. Les tumeurs primitives sont négligeables, excepté le *kyste hydatique*, qui est assez fréquent. Lorsqu'il s'accompagne d'adhérences pleurales, il n'y a rien à en dire au point de vue qui nous occupe, si ce n'est qu'on n'est pas tout à fait d'accord sur la fréquence de ces adhérences. Maydl admet qu'elles existent ordinairement quand le kyste affleure à la surface. Tuffier les a vues manquer quand le kyste n'est pas infecté. Elles manquent toujours quand le kyste est central, et comme le siège de prédilection de ces kystes est le lobe inférieur, le cul-de-sac pleural pourra être fortement déprimé par la tumeur, et descendre plus bas que la douzième côte. L'opération se passera alors dans la région frontière dont je parlais plus haut, et comme l'ouverture du péritoine n'est pas impossible, je crois qu'en pareil cas, on ne doit pas employer la chambre à pression négative.

Quand le siège du kyste est franchement thoracique, et que son extirpation exige une pneumotomie en plèvre libre, on se trouve dans des conditions analogues à celles des tumeurs de la paroi, avec cette différence qu'une large perte de substance pleurale n'est pas indispensable, et que la présence de la tumeur dans l'épaisseur du poumon évitera à ce dernier un collapsus complet. Aussi savons-nous que les accidents du pneumothorax sont peu fréquents dans les opérations pour kystes hydatiques. Les appareils spéciaux ne sont donc pas absolument nécessaires et les moyens chirurgicaux se sont généralement montrés suffisants.

Quand le kyste n'est pas infecté, on pourra, au lieu de tamponner la cavité, faire la suture immédiate de la perte de substance pulmonaire (Garré) afin de pouvoir fermer complètement la paroi, qu'on ait pratiqué la thoracotomie simple, ou la résection temporaire (Posadas). Il faudra, bien entendu, si l'on agit ainsi, extraire l'air résiduel, et, si l'on veut drainer, s'adresser aux appareils aspirateurs.

Pour extraire un *corps étranger des bronches*, alors que toutes les autres méthodes ont échoué, on peut recourir à la voie transpleurale. De deux choses l'une, ou bien le corps étranger aura déterminé des lésions pulmonaires qui auront abouti à l'abcès, à la gangrène ou à la bronchectasie, et dans ce cas la conduite à suivre sera celle que j'ai indiquée pour ces lésions; ou bien, il aura laissé les voies respiratoires intactes, et alors il s'agira de faire une pneumo-bronchotomie, d'après la technique générale indiquée pour les plaies accidentelles du poumon.

Quand j'aurai dit que, pour la cure radicale des *fistules thoraco-pulmonaires*, la présence d'adhérences largement suffisantes dispensera de l'emploi des appareils spéciaux, j'aurai énuméré les principales lésions du poumon susceptibles d'un traitement opératoire.

La *portion thoracique de l'œsophage* n'a pas seulement été attaquée par le médiastin postérieur, mais aussi par la face latérale du médiastin, c'est-à-dire par la voie transpleurale. Les tentatives opératoires de ce genre trouvent leur justification dans la localisation très fréquente du rétrécissement au segment œsophagien inférieur, dans le fait que certains corps étrangers arrêtés à ce niveau ne se laissent enlever ni par l'œsophagotomie cervicale, ni par la gastrostomie, même aidée du volet thoracique de Marwedel, et surtout, dans la fréquence du cancer de la partie terminale de l'œsophage, cancer que la possibilité d'un diagnostic précoce et des caractères anatomiques assez bénins semblent bien disposer pour l'extirpation.

Biondi semble avoir été le premier qui, en 1895, ait fait sur le chien, par voie transpleurale, l'anastomose de l'œsophage avec le fond de l'estomac attiré dans la cavité pleurale à travers une incision du diaphragme. En 1903, Gosset a décrit la technique de cette opération, d'après des recherches cadavériques et une intervention réussie sur le chien. Il indique en plus l'anastomose par implantation du bout supérieur de l'œsophage sur la grosse tubérosité, ou « exclusion du cardia ». Vers la même époque, Dobromysslow fit la même opération sur des chiens en

(1) Je passe sous silence l'actinomycose du poumon, rare, et la tuberculose pulmonaire, dont le traitement chirurgical n'a guère donné de résultats encourageants.

s'aidant de la respiration artificielle, mais ne sauva qu'un animal sur dix-sept.

Mais c'est surtout après l'invention de la chambre pneumatique que Mikulicz a étudié la chirurgie transpleurale de l'œsophage, tant au point de vue expérimental que clinique. De son côté, Sauerbruch a décrit, d'après des expériences sur le chien, deux techniques, l'une pour la résection de l'œsophage, l'autre pour l'œsophago-gastrostomie, opération identique à celle de Gosset (dont Sauerbruch ne paraît pas connaître le travail), avec cette seule différence qu'il emploie le bouton de Murphy au lieu de la suture. Il décrit de plus une méthode de résection en deux temps, un temps thoracique pour produire l'invagination de la tumeur dans l'estomac, et un temps abdominal pour exciser par gastrostomie la tumeur invaginée.

On a fait, dans le même ordre d'idées, des recherches fort curieuses. W. Lévy a réséqué la totalité de l'œsophage thoracique chez le chien, sans ouvrir le thorax, en coupant l'œsophage au cou et au radia, et en l'attirant de haut en bas dans la plaie abdominale; mais il a échoué sur le cadavre humain. Kelling a combiné cette méthode avec la thoracotomie, en utilisant cette dernière pour le seul isolement de la tumeur; puis, ayant fermé la poitrine, il coupe l'œsophage au cardia, l'attire de bas en haut, jusque dans le cou, et le fait ensuite redescendre sous la peau du thorax où il l'abouche aussi bas que possible. Enfin, il cherche à réunir par autoplastie la bouche œsophagienne à l'estomac.

Wullstein a fait une œsophago-jéjunostomie intrathoracique, c'est-à-dire qu'au lieu d'anastomoser l'œsophage avec l'estomac, comme Gosset et Sauerbruch, il l'anastomose avec une anse de jéjunum. Dans d'autres expériences, il a fait cette anastomose sur la face externe du thorax, par un procédé analogue à celui de Kelling.

Bien entendu, peu de chose de tout cela a été fait sur le vivant, et le bilan des interventions transpleurales sur l'œsophage se résume en 5 cas opérés par Mikulicz et Sauerbruch, et 3 cas opérés par Tuffier. De ces 8 opérations, 4 ne purent être terminées : 1 cas de mort sur la table (Mikulicz), 3 cas de carcinome inopérable (2, Mikulicz-Sauerbruch; 1, Tuffier).

Des 4 opérations restantes, 3 sont des résections pour cancer ou rétrécissement (1, Sauerbruch; 2, Tuffier), avec 2 morts et un résultat inconnu (Tuffier). Enfin, 1 gastro-œsophagostomie (Sauerbruch); mort au bout de vingt-quatre heures.

Ces résultats franchement mauvais tiennent à une série de causes que je ne ferai qu'énumérer; l'obstacle que le défaut d'extensibilité de l'œsophage oppose à la réunion des deux bouts après résection; l'absence de revêtement péritonéal qui dispose mal ce conduit pour la suture; l'importance du traumatisme opératoire, mal supporté par des malades cachectisés; les imperfections de la technique; et surtout la grande réceptivité de la plèvre à l'infection. Il faut remarquer que, des 8 opérations, 7 ont été faites avec l'aide des appareils nouveaux, et que, par conséquent, le pneumothorax ne peut être incriminé. C'est toujours à l'infection que les malades ont succombé, abstraction faite du cas de mort immédiate.

Il ne semble donc pas que les grandes espérances que Mikulicz, Sauerbruch, Tuffier, ont fondées sur l'application des nouvelles méthodes à la chirurgie transpleurale de l'œsophage, se soient réalisées jusqu'ici. Je veux bien admettre avec Tuffier que le calme absolu de la respiration chez le malade opéré à l'aide de ces méthodes, donne plus de calme aussi à l'opérateur. Mais j'ai la conviction que si la chirurgie transpleurale de l'œsophage a de l'avenir, elle le devra beaucoup moins au moyen d'éviter le pneumothorax qu'à des perfectionnements éventuels capables de réduire dans une forte mesure le danger d'infection.

Pour terminer ce paragraphe des interventions intrapleurales, je dois signaler que Mikulicz a entrevu la possibilité, grâce à la chambre pneumatique, d'extirper par voie transpleurale certaines *tumeurs peu étendues du médiastin*, et que Petersen a réussi, avec l'appareil à pression positive, à extirper une grosse *tumeur du rachis*. Peut-être aussi le *mal de Pott* pourrait-il bénéficier de cette voie plus directe et plus large que celle que donne la laminectomie, si, encore une fois, l'infection n'était tant redouter. »

Enfin, M. Willems termine par les conclusions suivantes :

1° La chirurgie intrathoracique comporte deux dangers principaux : le pneumothorax et l'infection. On s'est trop préoccupé du premier, pas assez de la seconde.

2° La pathologie du pneumothorax s'explique le mieux par la théorie médiastinale de Garré.

3° La gravité du pneumothorax diffère beaucoup d'après les cas. Il est en général moins redoutable qu'on ne l'a cru.

4° La grande réceptivité de la plèvre à l'infection s'explique par sa faible tendance à produire des adhérences, par les mouvements continuels du poumon et par la difficulté d'éviter les espaces morts après les interventions en plèvre libre. Pour réduire au minimum le danger d'infection post-opératoire, il faut s'efforcer de fermer hermétiquement la cavité pleurale, ou, si l'on ne peut le faire, établir un drainage par aspiration.

5° Le diagnostic préalable des adhérences pleurales est souvent impossible. Le décollement pleural et la boutonnière exploratrice de la plèvre pourront aider à ce diagnostic. Il n'existe aucun moyen sûr pour créer artificiellement des adhérences. Quand elles font défaut, on peut les remplacer par la suture perpleurale isolante de Roux.

6° Quand on opère en plèvre libre, sans appareils spéciaux, il faut, si l'on n'a pas jugé utile de produire le pneumothorax la veille de l'opération, le produire en tout cas lentement, fermer momentanément la plèvre dès que surviennent des troubles respiratoires, faire le tamponnement intrapleural et surtout l'amarrage du poumon. Après l'opération, il faut supprimer le pneumothorax par la fermeture hermétique de la paroi, suivie de l'aspiration de l'air résiduel, ou mieux de la transformation du pneumothorax en hydrothorax. La même suture hermétique et le pansement compressif, associés

au besoin au drainage par aspiration, empêcheront le pneumothorax de se produire.

7° La respiration artificielle par insufflation n'a guère été appliquée à la chirurgie humaine, excepté en Amérique, où elle tend d'ailleurs à être abandonnée. Elle présente des inconvénients d'ordre physiologique.

8° Dans la chambre pneumatique de Sauerbruch, qui réalise un abaissement *constant* de la pression intrapleurale, la poitrine peut être ouverte largement, même des deux côtés, sans que survienne la moindre dyspnée. Le poumon reste en expansion complète et continue de respirer spontanément et activement.

9° Il en est exactement de même avec l'appareil de Brauer, fondé sur le principe inverse, c'est-à-dire l'élévation constante de la pression intrabronchique.

10° Dans l'état actuel de la question, on peut se servir indifféremment de l'un ou de l'autre de ces deux appareils. L'infériorité physiologique de l'appareil de Brauer n'est pas démontrée, et sa moindre complication le fera souvent préférer à la chambre de Sauerbruch, en attendant que des simplifications soient introduites dans l'application du principe.

11° S'il faut considérer ces nouvelles méthodes comme réalisant un progrès, ce progrès n'est peut-être qu'une étape, et il faut se garder de les donner comme indispensables. Elles ont surtout servi jusqu'ici à démontrer la nécessité de chercher à prévenir l'infection post-opératoire.

12° C'est ainsi que, pour la plupart des opérations intra-pleurales, où l'infection est plus redoutable que le pneumothorax, les moyens chirurgicaux ordinaires peuvent suffire pour la prévention de ce dernier. Parmi les tumeurs de la paroi, celles du sternum constitueraient sans doute une bonne indication de l'emploi des appareils physiques, bien que le danger d'ouverture des deux plèvres ait été peut-être exagéré. Mais ces appareils ne faciliteraient pas la suture des plaies du poumon, et la chambre pneumatique est formellement contre-indiquée dans les plaies du diaphragme et dans toutes les thoraco-laparotomies. Pour les suppurations pulmonaires sans adhérences, les méthodes physiques n'offrent guère d'utilité, pas plus que pour le kyste hydatique du poumon. Quant à la résection transpleurale de l'œsophage, c'est encore à la recherche des moyens propres à réduire le danger d'infection qu'il faut demander l'amélioration des résultats.

13° Dans la chirurgie du cœur, l'infection est l'ennemi, bien plus que le pneumothorax.

14° C'est dans la chirurgie du médiastin que l'appareil à pression négative me paraît trouver ses meilleures indications pour prévenir non seulement le pneumothorax, mais aussi le pneumomédiastin. Cette dernière complication augmente considérablement les dangers d'infection, et rend par conséquent indispensable le drainage aspirateur post-opératoire.

Dans le deuxième rapport, fait sur la même question, M. Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce, esquisse un tableau aussi exact et aussi concis que possible de l'état actuel de la chirurgie intra-thoracique, en insistant surtout sur les nouvelles voies préconisées et sur les nouveaux moyens conseillés et expérimentés dans ces derniers temps, pour faciliter et rendre moins dangereux l'accès dans le thorax au point de vue opératoire.

Il termine en concentrant son attention sur les points principaux du sujet, et essaye de mettre en vedette les données qui serviront de guide au chirurgien dans sa pratique.

Les différents procédés utilisés et conseillés peuvent, pour la plupart, trouver leur raison d'être et d'emploi, suivant les conditions de temps et de lieu où se passe l'acte opératoire ; cependant certains doivent, à l'heure actuelle, être complètement abandonnés ; d'où l'utilité de les diviser en procédés de choix, procédés de nécessité et procédés à rejeter.

A. Accès dans les canaux trachéo-bronchique et œsophagien. — a. *Procédés de choix.* — C'est évidemment à la trachéo-bronchoscopie et à l'œsophagoscopie faites par les voies naturelles que l'on devra donner la préférence. On pourra au besoin introduire le tube d'exploration par une boutonnière cervicale faite à la trachée ou à l'œsophage ; la manœuvre sera ainsi facilitée et le pronostic opératoire ne sera pas sensiblement aggravé.

b. *Procédés de nécessité.* — Si nous ne pouvons agir sous le contrôle de la vision directe, nous suivrons sur l'écran fluorescent la progression des instruments introduits dans les conduits aériens ou alimentaires.

Ce n'est que dans l'impossibilité de faire autrement que nous demanderons au seul toucher de constituer notre guide exclusif.

c. *Procédés à rejeter.* — Les ouvertures transmédiastines ou transpleurales de la trachée, des bronches, de l'œsophage, qu'elles soient tentées par la voie antérieure, ou par la voie postérieure, présentent trop de difficultés opératoires et surtout ouvrent une porte trop large à l'infection, pour que l'on ait la moindre hésitation à en déconseiller formellement l'emploi pour l'extraction des corps étrangers.

B. Accès dans l'atmosphère celluleuse des médiastins. — Si l'on a une collection liquide à ouvrir, c'est par la voie la plus directe, et en évitant autant que possible de produire une effraction pleurale, que l'on abordera sa cavité.

Si c'est d'une tumeur, d'origine ganglionnaire ou autre, développée dans l'atmosphère celluleuse des médiastins, qu'il s'agit, il est de toute importance de se créer à travers l'enceinte squelettique une voie d'accès large, permettant d'enlever la tumeur facilement, tout en respectant les organes voisins. On aura recours aux différents volets à charnière verticale que l'on désossera, de façon à pouvoir au besoin surveiller plus facilement la récidive du néoplasme.

C. Accès transpleural sur le poumon. — Nous ne nous occuperons que des cas où la plèvre est libre et saine.

a. *Procédés de choix.* — Si la situation de la lésion est bien connue, on l'abordera directement, en pratiquant l'opération en un temps, après accole-

ment des deux plèvres par une suture à la manière de Quénu.

Si le foyer doit d'abord être situé, avant d'être traité, le mieux est d'ouvrir la plèvre largement, pour pouvoir y introduire la main. Il suffira, pour l'exploration, d'inciser un espace intercostal dans la moitié de son étendue, comme le conseille Mikulicz; en regard de la lésion repérée, on créera ensuite une voie d'accès suffisante, par section ou résection costale.

L'important sera d'utiliser un moyen empêchant le développement du pneumothorax, pour ne pas modifier les rapports du poumon avec la paroi thoracique, et prévenir la survenance de troubles cardiaques et respiratoires.

On devra en conséquence recourir aux méthodes de l'hyperpression, de l'hypopression ou de la normopression, si l'outillage dont on dispose le permet.

b. *Procédés de nécessité.* — Dans les cas d'urgence, ou à défaut d'instrumentation spéciale, on provoquera intentionnellement et lentement le pneumothorax, à la manière de Delagenière, et on fera en sorte de le rendre incomplet, en fixant le bord inférieur du poumon, comme le recommande également ce chirurgien.

L'opération terminée et la plèvre suturée, on retirera par aspiration tout l'air qu'elle contient.

D. Accès transpleural sur l'œsophage. — Pour aborder l'œsophage et en pratiquer la résection, il n'y a plus de procédés de nécessité admissibles; il n'y a que des procédés de choix.

Le procédé qui nous semble devoir être adopté variera selon que l'on va s'attaquer à la région supérieure ou inférieure de la portion thoracique du conduit alimentaire.

Si la tumeur siège dans la région sus-bronchique, c'est au procédé de J.-L. Faure donnant un large jour qu'il nous semble falloir s'adresser. Au contraire, pour aller aborder un néoplasme de la région sous-bronchique, la voie transpleurale nous paraît préférable, et on se donnera de l'aisance en relevant un volet costal, à la façon de Tuffier et Dujarrier, ou en réséquant plusieurs côtes, comme le conseille Sauerbruch. Il y aura lieu d'éviter le pneumothorax, en employant le moyen dont on pourra disposer.

(A suivre.)

ANALYSES

SYPHILIGRAPHIE

Les maladies vénériennes et la réglementation de la prostitution au point de vue de l'hygiène sociale. (Morhardt. Th. de Paris, 1906; O. Doin, édit.) — L'absence de signes cliniques apparents ne constitue, ni pour la syphilis, ni pour la blennorragie une garantie de non-contagiosité.

Une garantie sérieuse de non-contagiosité n'est donnée, en ce qui concerne la syphilis, que lorsqu'il s'est écoulé un laps de temps — d'ailleurs mal déterminé — depuis le début de l'infection, et, en ce qui concerne la blennorragie, que lorsque le microscope ou des procédés de culture ne permettent pas de déceler le gonocoque.

Un système de prophylaxie dirigé contre ces affections et basé sur l'internement des individus qui peuvent les transmettre, devra satisfaire à ces indications sous peine d'être factice dans une certaine mesure.

Les statistiques permettent de croire que les maladies vénériennes sont bénignes au point de vue social. Il n'est d'ailleurs pas démontré que ces statistiques donnent des résultats trop petits, car s'il y a des causes d'erreur qui tendent à les amoindrir, il y en a d'autres qui tendent à les majorer.

Le système de défense institué à leur égard doit donc être d'une application facile, ou d'une efficacité marquée pour ne pas être hors de proportion avec le bien qu'il réalise.

La réglementation de la prostitution est un système de prophylaxie dont le moyen est d'interner les individus malades et le but de restreindre la dissémination des maladies vénériennes.

Toutes choses égales d'ailleurs, la réglementation sera d'autant plus efficace qu'elle internera un plus grand nombre de malades.

Un système de réglementation est caractérisé : *a.* par les moyens de recruter le personnel des prostituées; *b.* par les exigences des médecins sanitaires dont un des résultats est, précisément, d'entraîner les prostituées à se soustraire aux effets de la réglementation.

Ces deux caractéristiques ne peuvent varier qu'en sens inverse l'une de l'autre.

Il résulte de là, notamment en ce qui concerne la syphilis, qu'interner les prostituées pendant toute la période secondaire, revient à diminuer le nombre total des internées. Ainsi, ou bien le système internera un grand nombre de prostituées pendant peu de temps, ou il en internera un petit nombre pendant longtemps. Le résultat sera constant.

En ce qui concerne la blennorragie, faire dans tous les cas l'examen microscopique des sécrétions uro-génitales revient à augmenter le nombre des internées ou n'a pas de signification. Augmenter le nombre des internées, c'est rigoureusement entraîner les prostituées à se soustraire aux effets de la réglementation. Dès lors, ou bien les médecins sanitaires feront interner un petit nombre relatif parmi un grand nombre d'inscrites, ou ils en feront interner un grand nombre relatif parmi un petit nombre d'inscrites. Le résultat sera constant.

On peut donc supposer l'existence d'un optimum où, avec un minimum de sacrifices d'argent, on réalise un rendement maximum. Rien n'empêche absolument de penser que cet optimum soit actuellement réalisé par Paris ou Berlin, par exemple.

L'utilité de la réglementation doit être démontrable pour que ce système puisse continuer à être appliqué.

L'utilité de la réglementation doit être faible actuellement, puisque que personne ne semble admettre qu'elle n'ait le besoin le plus urgent de réformes, qui d'ailleurs sont irréalisables. Les statistiques ne démontrent pas qu'elle soit en réalité utile.

L' « Argument du Bon Sens » consiste à dire qu'une prostituée internée pour cause de maladie aurait contaminé si elle avait été libre. Comme elle a été internée, aucune contamination n'a eu lieu.

Cet argument n'est pas démonstratif : *a.* attendu qu'il n'est pas établi que le nombre des foyers d'infection éliminés par la réglementation ne se trouve, vis-à-vis de ceux qui existent,

dans un rapport tel que le résultat pratique n'en soit infiniment petit; *b*. attendu que la réglementation interne des prostituées 1° réputées saines, pour défaillance aux règlements, 2° réputées malades, pour cause de maladie, l'efficacité de la réglementation par suite se mesure, non pas au nombre absolu des internées pour maladies, mais à la différence entre la morbidité globale des prostituées libres et celle des internées. Suivant que cette différence sera positive, nulle ou négative, le résultat du système sera lui-même positif, nul ou négatif. L' « Argument du Bon Sens » s'y appliquera également dans les deux hypothèses.

Les statistiques ne permettent pas de démontrer que le rendement de la réglementation ne soit pas infiniment petit ou même nul.

A supposer même qu'il en soit autrement, l'utilité de la réglementation ne serait pas encore démontrée.

Les prostituées sont craintes dans la mesure où les maladies vénériennes le sont elles-mêmes.

Cette crainte agit nécessairement comme un moyen de prophylaxie.

Un système de prophylaxie quelconque qui prétend restreindre la morbidité des prostituées diminue cette crainte, c'est-à-dire la valeur de ce moyen prophylactique et tend, par conséquent, à augmenter la dissémination des maladies vénériennes.

Le résultat de la réglementation tend, par là, à être négatif. Les résultats positifs qu'elle pourrait amener par ailleurs, peuvent donc être neutralisés et il n'est pas possible de démontrer qu'il en soit autrement.

L'utilité de la réglementation n'étant pas prouvée, ce système perd toute raison d'être. L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 27 septembre 1906, M. Heuyer, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, membre du comité technique de santé, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris et membre du comité technique de l'intendance, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Strauss, appelé à d'autres fonctions; il est maintenu membre du comité technique de santé.

M. Darricarrère, médecin-inspecteur, promu, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Richard, placé dans la section de réserve.

M. Antony, médecin-inspecteur, promu, est nommé directeur du service de santé du 6e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Heuyer, appelé à un autre emploi. Il est également nommé membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Strauss, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret du 27 septembre 1906, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Guirlet, maintenu au 29e d'artillerie; — Peyret, au 21e d'infanterie; — Coste, au 53e d'infanterie; — Pierron, au 39e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Sylvestre, maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger; — Romieu, désigné pour le 38e d'infanterie (service); — Brunetière, maintenu au 147e d'infanterie; — Loubet, au 9e d'infanterie; — Talon, aux hôpitaux de la division de Tunisie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Pozzi est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique de Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la trente-huitième semaine, 796 décès, au lieu de 836 pendant la semaine précédente (moyenne 754). L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux est de 63, au lieu de la moyenne 70.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2, au lieu de 3 la semaine précédente (moyenne 14).

La rougeole n'a causé aucun décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 21, au lieu de 10 précédemment.

La scarlatine a causé 3 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 76, il s'élevait à 45 pendant la semaine précédente (moyenne 32).

La coqueluche a causé 7 décès (moyenne 7).

La diphtérie a causé 4 décès (moyenne 5); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 51, au lieu de 38 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 48.

La diarrhée infantile a causé 51 décès de 0 à 1 an, au lieu de 81 pendant la semaine précédente (moyenne 55).

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 97 décès, au lieu de 78 pendant la semaine précédente (moyenne 77). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (moyenne 5); bronchite chronique, 20 (moyenne 11); pneumonie, 17 (moyenne 17); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 54 (moyenne 44), dont 21 sont dus à la congestion pulmonaire et 28 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 204 décès; la méningite tuberculeuse, 7; la méningite simple, 10; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 31 décès; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer, 44; la hernie et l'obstruction intestinale, 6; la cirrhose du foie, 16; la néphrite, 23; enfin, 31 vieillards sont morts de débilité sénile.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires (prix, conditions et itinéraires) ainsi que sur les billets simples d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le *Livret-guide-horaire P.-L.-M.* mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans toutes les gares, les bureaux de ville et les bibliothèques des gares de la Compagnie. Cette publication contient, avec de nombreuses illustrations, des notices sur les points du réseau intéressants à visiter.

La Compagnie met également à la disposition du public, dans

les bibliothèques des principales gares, aux prix ci-après :

1° La carte-itinéraire de Marseille à Vintimille avec notes historiques, géographiques, etc., sur les localités situées sur le parcours, o fr. 25.

2° Les plaquettes illustrées désignées ci-après, décrivant les plus intéressantes desservies par le réseau P.-L.-M. :

a. Monuments romains et villes du moyen âge du réseau P.-L.-M., o fr. 25 ; *b.* Mont-Blanc-Chamonix, o fr. 25 ; *c.* Savoie-Suisse, o fr. 25 ; *d.* Dauphiné, o fr. 25 (ces quatre plaquettes sont éditées en langues française, anglaise et allemande);

e. La Corse, o fr. 25 (éditée en français);

f. Le Rhône, de sa source à la mer, avec illustrations hors texte en couleurs, o fr. 50 ; *g.* La Côte d'Azur, brochure entièrement polychrome, o fr. 50 (ces deux plaquettes sont éditées en langues française, anglaise et allemande);

h. L'Auvergne, o fr. 50 (éditée en français);

i. Album de vues du réseau P.-L.-M., o fr. 50 ; *j.* Album Côte-d'Azur-Corse-Algérie-Tunisie, avec 10 cartes postales, o fr. 50 ; *k.* Album banlieue de Paris, o fr. 25.

L'envoi de ces documents est fait par la poste, sur demande adressée au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, et accompagnée de o fr. 85 en timbres-poste pour le Livret-guide-horaire P.-L.-M., de o fr. 60 en timbres-poste pour chacune des brochures : le Rhône, de sa source à la mer; l'Auvergne, la Côte-d'Azur, l'album de vues du réseau P.-L.-M.; l'album Côte-d'Azur, Corse, Algérie, Tunisie; de o fr. 35 en timbres-poste pour chacune des autres publications énumérées ci-dessus.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Effets obtenus par la balnéation carbogazeuse (spécialisation fonctionnelle de Royat), chez les malades hypertendus et les insuffisants du cœur, par L. LANDOUZY, professeur de la clinique Laënnec à la Faculté de médecine de Paris, et Jean HEITZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Royat. 1 broch. gr. in-8° avec 58 fig. et tracés. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Second Annual report of the Henry Phipps Institute. 1 vol. de 452 p. — Philadelphie, 238, Pine street.

Nouveau formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par le docteur Odilon MARTIN, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon. Préface du professeur Grasset (de Montpellier). In-18 de 900 pages, sur papier extra-mince, cartonnage souple. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'évolution de la prostitution, par le docteur Félix REGNAULT, professeur au collège libre des sciences sociales. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique, par le docteur WICART. In-8° de 188 p. — Paris, Paulin et C[ie].

N° 112. —MARDI 2 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 2 OCTOBRE 1906. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 28 septembre 1906 (Question : « Fractures du crâne ») : MM. Dumont et Frette, 18; Goret, 17; Dorlencourt, 16; Gaston (Edgard) et Guedeney, 15; Desemery, Garriguenc et Hanriot, 14; Gassier, 13; Donzelot et Eissen, 12; Mlle Gougel, 11; MM. Fuselier, 10, et Istria, 5.

— Par suite de la maladie de l'un des membres du concours de l'externat (section d'anatomie), les séances d'examens des samedi 29 septembre et dimanche 30 septembre n'ont pas eu lieu.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 27 septembre 1906 :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vialle, passe à l'hôpital militaire de Nice (service)(— Haury, maintenu au 107e d'infanterie; — Viallet, passe aux hôpitaux de la division d'Alger; — Schmerber, au 2e zouaves; — Foley et Grall, aux hôpitaux de la division d'Oran (service); — Camus, au 1er tirailleurs algériens (service); — Julia, à l'École militaire préparatoire d'infanterie des Andelys (service); — Vennin, au 60e d'infanterie (service); — Guéricolas, désigné pour le 5e bataillon de chasseurs à pied (service); — Ehrmann, pour le 13e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de première classe Guyard, passe au 19e d'infanterie (service); — Bailliart, au 73e d'infanterie (service); — Dreyfuss et Giraud, aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Orticoni, passe au 15e chasseurs à cheval (service); — Charton, au 155e d'infanterie (service).

— Par applicationde la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Catteau, directeur du service de santé au ministère de la Guerre, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Par décret du 26 septembre 1906, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de premièe classe de réserve. — M. Annesley.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée en ligne Mickaniewski, Moreaud et Lucas.

Au garde de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Kœnig, Devignevielle, Couëtoux, Gassion, Lequeux, Rénal, Maudet, Renon, Liégard, Fonzes, Gailhard, Dumora, Arcelin, Bouchot, Louste, Guelpa, Boidin, Germond, Sari, Oliviéri, Monod, Labrevoit, Ledroit, Ragaine, Duvernay, Delattre, Rathery, Bouchet, Hervé, Coste, Boloquy, Rivière, Chevassu, Lehmann, Dubos, Camus, Emon, Guibert, Berret, Sourdin, Louyriac, Gadrat, Yvernogeau, Royet, Drevon, Rousseau, Renon, Chappat, Proust, Privat, Goulden, Renouf, Roux, Ginet, Chatanay, Chevallier, Séjournet, Hérique, Martin dit Sisteron, Verdier, Jolly, Béal, Fau, Eynard, Gelly, Pradelle, Poirault, Roussin, Purseigle, Jacquot, Duchêne, Velluet, Brillaud, Bonne, Courbon, Sommelet, Leuthreau, Barret, Dubois, Moreau, Guilbot, Gardon, Castéran, Etcheverry, Hours, Bignat, Dupardieu, Arnaud, Marchand, Vallet, Lebrun, Chardon, Pelletier, Meignié, Durand, Buy, Védy, Dehon, Le Jariel, Pageix, Mora, Benoist, Gaillemin, Vallette, Giraudoux, Monteil, Bolot, Bertenet, Pomès, Rondeau, Boudouresques, Ducroux, Coupé, Lévigne, Pollet, Saint-Marty, Barthélemy, Fournial, Fagart, Porée, Curel, Launay, Sagory.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Beyaert, Ginestous, Dupont, Zimmern, Dugé de Bernonville, Claude, Martin.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 27 septembre 1906, ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Collomb, placé en résidence libre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe — M. le

médecin aide-major de première classe Lonjarret, maintenu en Afrique occidentale.

MARINE. — M. le médecin de première classe Renaut, du port de Cherbourg, actuellement en service à Brest, est désigné, sur la proposition du directeur du service de santé par intérim de ce dernier port, pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé en remplacement de M. le docteur Avéroux, relevé de ses fonctions sur sa demande.

M. le médecin principal Martenot, du port de Brest, est désigné pour aller servir au premier dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Corron, appelé à faire partie de l'état-major général du commandant en chef de la division navale de l'Atlantique.

M. le médecin de deuxième classe Lafolie est désigné pour remplir les fonctions d'officier surveillant à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

M. le médecin de première classe Titi est désigné pour aller servir aux forges de la Chaussade à Guérigny.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Charvet (de Vals-les-Bains); S. Dauvé, médecin-inspecteur de l'armée de réserve, et P.-I. Mauduit (de Paris).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 10, 6 sept. 1906.) Victor C. VAUGHAN : Contribution à l'étude de la composition chimique des cellules bactériennes et expérimentation des effets de plusieurs de leurs produits de désassimilation (continuation du n° 9, p. 222; avec 4 courbes). — Thomas F. HARRINGTON : L'enfant et les études qu'il suit à l'école publique. — L. Vernon BRIGGS : Observations de troubles mentaux précoces recueillies à l'hôpital. — Samuel G. GANT : Appendicostomie et cœcostomie pour la guérison de la diarrhée chronique; avec neuf observations. — J. B. BLAKE : Kyste osseux d'une phalange (avec deux radiographies). — (Vol. CLV, n° 11, 13 sept.) Victor C. VAUGHAN : Contribution à l'étude de la composition chimique de la cellule bactérienne et expérimentation des effets de plusieurs de leurs produits de désassimilation (avec une courbe, continuation et fin des n° 9, p. 222, et n° 10, p. 247). — Philip King BROWN : Les bains artificiels de Nauheim dans les maladies cardiaques chroniques. — J. L. GOODALE : Infection de l'économie par les amygdales. — A. L. WOLBARST : Le problème de la prophylaxie syphilitique; quelques idées qui peuvent y contribuer. — G. A. LELAND : Infection septique par la gorge.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 sept. 1906.) MUSELIER : Le traitement des cardiopathies.

Bulletin médical. — (N° 76, 26 sept. 1906.) BRINDEAU : Traitement des fibromes gravidiques. — V. RAYMOND : Ptose du foie dans le paludisme chronique. — (N° 77, 29 sept.) CHEVALLEREAU : Maladies de la choroïde.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 20 sept. 1906.) BRUNS : Sur l'opération radicale du cancer du larynx avec séparation du larynx. — ROMBERG : Remarques sur la neurasthénie et son traitement climatérique et balnéothérapique. — CURSCHMANN : Sur les contractions vasomotrices dans l'angine de poitrine vraie. — MÜLLER : Sur l'examen fonctionnel des artères. — DÖDERLEIN : Sur la lutte contre le cancer de l'utérus. — SARWEY : La diminution des tumeurs de l'ovaire au moyen de l'ablation opératoire est-elle permise ? — BAISCH : L'anesthésie lombaire en gynécologie et en obstétrique. — SCHLEICH : Sur les affections tuberculeuses primitives du tractus uvéal. — SCHMIDT : Un cas de fistule pancréatique après une pancréatite hémorragique opérée; — Sur la présence du mercure métallique dans le corps humain.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 sept. 1906.) BELLOT : Erythème polymorphe à forme bulleuse (pemphigus aigu des anciens auteurs) consécutif à une piqûre de bourdon et localisé uniquement aux extrémités.

Journal des praticiens. — (N° 39, 29 sept. 1906.) BOISSARD Des vomissements incoercibles de la grossesse. — TERSON : L'évolution, le pronostic et le traitement des troubles visuels dus à l'abus de l'alcool et du tabac. — BERGER : Les indications opératoires dans les fractures de la rotule. — MÉRY : Tumeur cérébrale de nature tuberculeuse. — THIBIERGE : Le molluscum contagiosum.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 38, 22 sept. 1906.) BOSQUIER : Achylie gastrique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 39, 27 sept. 1906.) MARIQUE : Les mutualités maternelles.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 9, 25 sept. 1906.) VIDAL : Le certificat médical aux fins d'internement d'un aliéné. — PLA : Intoxication professionnelle par le tabac (*suite*).

Medizinische Blatter. — (N° 38, 22 sept. 1906.) BERNERT : Chapitres choisis de symptomatologie clinique et de diagnostic.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 25 sept. 1906.) HEILBRONNER : Sur l'agraphie isolée. — KELLING : Sur l'anémie pernicieuse et la leucémie. — STICKER : Tumeurs d'implantation spontanées et postopératoires. — CRAMER : Transplantation des ovaires humains. — PFEIFFER : Sur le chlorome du crâne. — SCHREIBER et GERMAN : Sur l'action de la lampe à mercure et à quartz. — JOSEPH : Action précoce et prophylactique de l'hyperémie de stase sur les blessures infectées. — FLEINER : Indications pour le choix des eaux minérales dans les maladies de la digestion et de la nutrition. — VOELKER : Sur l'ouverture de l'institut pour l'étude du cancer à Heidelberg. — STRUCK : Thérapeutique dentaire des indigènes d'Afrique.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 38, 25 sept. 1906.) BÄCKER : Traitement de l'endométrite. — BENEL : Trois cas de polyglobulie avec tuméfaction de la rate.

Presse médicale. — (N° 78, 29 sept. 1906.) HALLION : Physiologie appliquée. Notions générales sur les anticorps. — MORIN : Tuberculose et glande thyroïde.

Province médicale. — (N° 39, 29 sept. 1906.) SELLIER et DUBOURDIEU : Recherches sur la sensibilité épigastrique chez les dyspeptiques. — MAYET : La fiche médicale des enfants envoyés dans les colonies de vacances et la valeur moyenne du coefficient de robusticité chez les enfants de sept à treize ans, d'après 1 250 observations et 5 000 mensurations.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 38, 20 sept. 1906.) JAWORSKI et KUROLEWICZ : Les hémorragies cachées du tube digestif. — SPITZER : Nouvelles recherches sur le traitement étiologique de la syphilis. — BLUM : Sur le priapisme. — BREZNIA et LAZAR : Sur l'emploi du lait desséché de Just-Hatmacker. — GIOSEFFI : L'épidémie de fièvre typhoïde de 1905 dans la région de Pola.

XIXe CONGRÈS DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RÉSUMÉ ET ANALYSE DES RAPPORTS (1)

TROISIÈME QUESTION

ECTOPIE TESTICULAIRE ET SES COMPLICATIONS

Rapporteurs : MM. Souligoux (de Paris) et Villard (de Lyon).

Nous extrayons du rapport de M. Villard (de Lyon) le chapitre qui a trait au **traitement de l'ectopie testiculaire et de ses complications.**

« I. *Malades qu'il ne faut pas opérer.* — Un assez grand nombre de malades porteurs de testicule en ectopie ne doivent pas être soumis à une opération conservatrice sanglante, soit parce que cette intervention sera prématurée ou inutile, soit parce qu'elle s'adressera à des cas au-dessus de la thérapeutique chirurgicale; dans le premier cas, il s'agit des retards de migration; dans le second, des ectopies abdominales.

A. Les *retards de migration* du testicule peuvent se prolonger pendant des durées très variables, on en a signalé même de très considérables : c'est ainsi qu'on a pu voir la glande séminale venir prendre sa place normale dans le scrotum à trente-quatre et trente-cinq ans (Verdier-Major), à cinquante-huit ans même (Sébileau), et se développer normalement. Par conséquent une première question se pose très importante, celle du moment où on ne peut plus espérer la descente spontanée du testicule, où il faut le considérer comme ectopié d'une façon définitive et incapable d'achever sa migration. C'est à ce moment précis que commenceront les indications des interventions sanglantes.

Pendant la première enfance, de zéro à quatre ans, si le testicule n'est pas descendu, il ne faut rien faire, rien de chirurgical, cela s'entend; c'est aux moyens orthopédiques qu'il faudra avoir recours. Par des manœuvres de douceur, des massages lents et progressifs, partant un peu au-dessus du point où l'on perçoit la saillie testiculaire, on cherchera à mobiliser la glande, à rompre ses connexions anormales, à l'abaisser enfin vers le scrotum. Peut-être se formera-t-il une petite hernie que suivra le testicule dans sa descente, tant pis : à cet âge beaucoup de hernies guérissent spontanément et, si elles ne guérissent pas, on sera toujours à temps plus tard de les traiter isolément. Faudra-t-il ajouter au traitement par les massages le port d'un bandage de forme spéciale, en fer à cheval, qui s'opposera à la réascension du testicule, abaissé par les manœuvres manuelles? Forgue et Reclus, avec beaucoup d'autres chirurgiens, le conseillent. Nous ne partageons pas cette opinion en raison de la gêne fonctionnelle, des douleurs provoquées, et de la difficulté qu'il y a à faire porter chez de jeunes enfants un appareil de ce genre.

Dans la seconde enfance, c'est-à-dire jusqu'à dix ans, rien ne presse encore d'intervenir, s'il n'y a pas de complications douloureuses ou herniaires. La hernie même, pour quelques-uns, ne constitue pas une indication immédiate. Tuffier recommande de masser ces petits malades comme les précédents, en cherchant à retenir avec le doigt l'intestin au-dessus du testicule, afin d'éviter, si possible, la descente de la hernie dans les bourses.

Cette conduite ne nous paraît pas recommandable, et nous considérons que chez l'enfant l'apparition d'une hernie est une indication formelle de l'intervention. La hernie est dangereuse pour la paroi qui ne tardera pas à s'effondrer, et, d'autre part, l'anatomie pathologique nous a montré que le sac herniaire est un des obstacles les plus importants qui s'opposent à la descente du testicule ectopié. Nous préférons voir opérer ces malades de bonne heure, c'est-à-dire aussitôt qu'ils ne se souilleront plus et ne courront plus de chances d'infection opératoire. Le bon état de la paroi nous permettra de faire un Bassini complet qui assurera une guérison définitive de la hernie et sera également, comme nous le verrons plus tard, le meilleur moyen, à notre avis, de fixer le testicule dans les bourses et de s'opposer à sa réascension dans le canal.

S'il n'y a pas de hernie on peut attendre jusqu'à la puberté en continuant les massages de la région inguinale externe. Bien souvent ces manœuvres seront insuffisantes, mais elles font cependant gagner parfois beaucoup de terrain, et rendent l'intervention plus facile.

Lorsqu'on approchera de la puberté, il ne faudra pas oublier que la glande séminale va subir une évolution profonde qui décidera de sa valeur fonctionnelle; par conséquent, à partir de ce moment les moyens orthopédiques cesseront d'être de mise, il ne faudra plus considérer l'arrêt de migration comme un retard, mais comme une ectopie définitive justiciable d'une intervention chirurgicale. Tout testicule qui descendrait spontanément plus tard aurait vu son développement entravé par sa situation anormale ; et si quelque espoir est permis au point de vue de l'influence de l'orchidopexie sur le développement des fonctions testiculaires, c'est à cette période qu'il a sa raison d'être.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des ectopies régulières; dans les ectopies crurales ou périnéales franches, il est bien évident que l'on ne peut espérer à aucun moment voir revenir le testicule en situation normale ; il s'est trompé de chemin, il ne s'est pas arrêté en route. L'expectation et les moyens orthopédiques ne seront donc pas de mise, c'est à une intervention sanglante qu'il faudra avoir recours aussitôt que l'enfant sera suffisamment développé et que son pansement ne sera pas exposé à être souillé.

B. *Les testicules en ectopie abdominale.* — Le deuxième groupe de malades pour lesquels l'abaissement du testicule ne paraît pas devoir être tenté est constitué par ceux qui sont porteurs d'une ectopie

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 111, p. 1323.

abdominale. Il faut cependant à ce point de vue séparer les ectopies pelviennes, iliaques ou sous-rénales des ectopies rétro-pariétales. Pour les premières, l'orchidopexie n'est pas discutable. C'est tout d'abord l'incertitude où se trouve le chirurgien, de la localisation exacte du testicule ectopié, les délabrements opératoires nécessités par une opération de recherche qui peut être longue et difficile, la presque certitude de trouver une glande fixée par des adhérences solides, courtes, et surtout rendue inamovible par un cordon rudimentaire. Enfin le testicule a le plus souvent, comme nous l'avons vu, subi un arrêt de développement très accentué, s'accompagnant de modifications profondes de sa structure. Opération complexe et grave, échec opératoire à peu près certain et résultat fonctionnel problématique, tel est le bilan de l'orchidopexie pour les ectopies abdominales profondes. C'est dire qu'elle doit être rejetée.

Bien que plus discutables pour les ectopies rétro-pariétales, nous estimons que les tentatives d'abaissement du testicule ne doivent pas être faites, même pour les cas où la glande est située immédiatement en face de l'anneau inguinal profond. Certains auteurs pourtant, Arrou par exemple, ont conseillé dans ces cas de tenter une intervention qu'ils considèrent comme pouvant aboutir souvent. Nous ne partageons pas cette opinion, et cela pour les mêmes raisons que celles que nous venons de signaler pour l'ectopie abdominale profonde, c'est-à-dire l'incertitude d'un diagnostic de position rigoureusement précis, la difficulté de l'abaissement du testicule sur une aussi grande longueur, et surtout les altérations profondes de l'organe. Parviendrait-on même à descendre la glande, dans l'immense majorité des cas, les éléments cellulaires sont si profondément touchés qu'ils sont perdus au point de vue fonctionnel. L'inutilité physiologique s'ajoute aux quasi-impossibilités anatomiques.

II. *Malades justiciables de l'orchidopexie.* — Dans les ectopies régulières seules les testicules arrêtés dans la traversée du canal inguinal seraient justiciables de l'abaissement sanglant et de la fixation artificielle dans les bourses. Cette intervention pourra être pratiquée avant la puberté, à la puberté et chez l'adulte.

Avant la puberté, nous ne considérons pas que l'orchidopexie doive être tentée avant l'âge de dix ans et encore ne le sera-t-elle que dans certaines conditions. Tout d'abord lorsqu'on aura pu se rendre compte que l'on se trouve bien en présence d'un arrêt de migration et non pas d'un retard. L'examen clinique permet en effet de reconnaître chez certains malades l'existence de brides, d'adhérences, d'oblitération de l'orifice externe du canal inguinal s'opposant définitivement à la descente spontanée du testicule. C'est alors qu'intervient dans le diagnostic de simple retard ou de l'arrêt de migration, toute la valeur de l'exploration recommandée par Nové-Josserand. Peut-on par des manœuvres manuelles abaisser le testicule dans les bourses : on peut espérer une migration spontanée; cet abaissement est-il impossible : il s'agit d'une ectopie définitive.

Nous estimons qu'à partir de l'âge de dix ans, lorsque le diagnostic d'ectopie définitive sera posé, l'orchidopexie sera indiquée, car faite de bonne heure elle permettra un développement plus régulier des fonctions testiculaires et préviendra peut-être l'établissement d'adhérences pathologiques secondaires.

L'orchidopexie sera encore indiquée avant la puberté lorsque le testicule ectopié sera douloureux, et présentera ces névralgies, ces crises congestives ou d'étranglement si fréquentes. Cet état de souffrance de la glande sera une indication formelle d'intervenir au double point de vue du soulagement du malade et de la fonction testiculaire.

Enfin lorsque l'ectopie s'accompagnera d'une hernie, il ne faudra pas retarder la date de l'intervention, car celle-ci, tout en réalisant la cure radicale de la hernie, enlèvera une cause d'affaissement de la paroi abdominale, détruira un des principaux obstacles à l'abaissement de la glande séminale, et permettra, par un Bassini correctement effectué, d'assurer par le cordon une position fixe et définitive au testicule remis en place.

Au moment de la puberté, l'orchidopexie atteindra son maximum d'indication. Le doute, sur la possibilité d'un retard de migration, n'entrera plus en ligne de compte et l'active poussée de développement qui se passe du côté du testicule ne devra pas être entravée par la situation anatomique anormale de la glande. Il sera de la plus haute importance que la puberté trouve le testicule dans les bourses; nous partageons cette opinion avec tous les auteurs, en reconnaissant quelle heureuse influence a dans certains cas l'orchidopexie sur l'augmentation de volume de la glande séminale, bien que nous restions sceptique sur l'utilité de cette intervention pour la spermatogenèse.

Chez les adultes enfin, l'orchidopexie pourra être pratiquée, mais elle ne sera plus alors qu'une opération de soulagement et d'esthétique, sans effet sur les fonctions génitales. Elle sera cependant souvent réclamée par des malades hantés de cette anomalie, qui fait qu'ils se regardent eux-mêmes comme des êtres amoindris et inférieurs, et qui d'autre part est pour eux une cause de gêne et de fatigue. Dans ces conditions on ne peut refuser aux malades une intervention peu dangereuse et qui aura toujours l'avantage de prévenir des accidents possibles.

Il nous reste à dire un mot de la conduite à tenir dans les ectopies avec migrations anormales; ces cas sont éminemment justiciables du traitement sanglant conservateur, et l'intervention, comme nous l'avons déjà dit, devra être pratiquée hâtivement, c'est-à-dire aussitôt que l'âge des enfants permettra de pratiquer une intervention aseptique.

III. *Malades qu'il faut castrer.* — Deux facteurs principaux doivent entrer en ligne de compte en pareil cas : la bilatéralité des lésions et l'âge des malades.

Lorsqu'il s'agit d'une ectopie bilatérale, il faut tout faire pour conserver le testicule, et, en dehors

des complications que nous avons signalées, la castration ne devra être qu'une opération d'extrême exception. L'âge des sujets permettra cependant d'y avoir recours, lorsqu'il s'agira d'individus entrés dans la deuxième moitié de la vie, chez lesquels l'évolution génitale est terminée et où on ne peut rien attendre d'un testicule ectopié et atrophié. A plus forte raison lorsque l'ectopie sera unilatérale et que la glande opposée assurera les fonctions de reproduction, on sera autorisé à pratiquer une opération radicale. Néanmoins il faut considérer toujours la castration comme un pis-aller, comme un échec des autres tentatives de traitement.

La plupart des observations montrent que le testicule a dû être enlevé, à la suite de tentatives prolongées faites pour abaisser l'organe.

En présence de difficultés anatomiques insurmontables, de lésions considérables des éléments vasculaires du cordon et surtout de l'atrophie et de la mollesse d'un parenchyme que l'exploration clinique avait pu faire croire meilleur, les chirurgiens n'ont pu terminer autrement que par une castration. Cette thérapeutique nous paraît parfaitement rationnelle, car, en laissant en place le testicule traumatisé par l'intervention, ne s'expose-t-on pas à le voir devenir plus que jamais une cause de douleur et de gêne fonctionnelle qui réclamera au bout de peu de temps l'éradication? Qu'espérer du reste de la valeur fonctionnelle d'un organe ainsi mutilé, souvent modifié au niveau de sa vaginale et exposé de ce fait aux altérations décrites par Leplay et Charrin?

Dans d'autres circonstances l'ectopie sera associée à une hernie qui prendra la première place au point de vue symptomatique. On sait combien il peut être difficile, en pareille circonstance, d'isoler les éléments du cordon, de séparer le testicule, et on peut se trouver dans la nécessité, justifiée souvent par une atrophie marquée de l'organe, de l'enlever.

Enfin, la castration sera encore indiquée comme opération secondaire après échec d'une orchidopexie, alors que la glande abaissée, sans avoir subi aucune influence heureuse sur son développement, sera devenue un corps étranger, gênant, inutile, et surtout douloureux.

Un dernier point mérite d'être discuté, celui de la conduite à tenir dans les cas d'ectopie abdominale.

Quelques chirurgiens, d'après Kœppelin, frappés des complications qui peuvent survenir en pareil cas, ont proposé, théoriquement du reste, d'enlever préventivement le testicule ectopié. Avec la majorité des auteurs nous rejetterons complètement la castration faite dans ces conditions pour cette double raison que les complications sont en très petit nombre, et que, d'autre part, l'intervention peut être très complexe et même grave, étant donné l'incertitude du siège anatomique de la glande et ses faibles dimensions, toutes conditions rendant l'opération particulièrement laborieuse.

En somme, la castration est pour l'ectopie simple une opération d'exception; nous verrons plus loin qu'elle prend par contre la première place dans le traitement de l'ectopie compliquée.

L'orchidopexie. Des procédés. — En opérant une ectopie testiculaire, il faut chercher à réaliser deux choses : l'abaissement du testicule d'abord, et sa fixation ensuite. Nous avons tort de dire fixation, disons plutôt qu'il faut chercher à l'empêcher de remonter, et pour cela on pourra le fixer, ou ne pas le fixer.

A. *Abaissement du testicule.* — La recherche du testicule et l'abaissement de celui-ci doivent constituer le premier temps de toute intervention dirigée contre une ectopie. La recherche est facile, nous n'en parlerons pas. Mais lorsqu'il s'agit d'abaisser la glande, c'est une autre affaire, les obstacles sont nombreux et surtout dangereux à supprimer. Les brides qui fixent le testicule dans son trajet peuvent être coupées sans grand inconvénient, les faisceaux anormaux, résidus du gubernaculum, peuvent être détruits sans préjudice, mais la destruction de ces obstacles ne suffit pas. Les vaisseaux sont courts et ici les chirurgiens ont hésité longtemps avant d'y toucher; de son côté le cordon peut être doué d'une certaine brièveté et il est difficile de l'allonger.

En 1902, Mignon donnait à la Société de chirurgie un procédé fort audacieux, dans lequel il préconisa la section complète de tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent. Tous les vaisseaux peuvent être supprimés, même la déférentielle : le résultat immédiatement obtenu est parfait; l'obstacle vasculaire étant enlevé on gagne ainsi plusieurs centimètres, tout ce qu'il faut pour amener la glande hors du canal inguinal.

Avec MM. Lucas-Championnière, Broca, Sébileau, nous considérons que cette section des éléments nourriciers du testicule est dangereuse et ne doit pas être pratiquée. Les malades qu'a présentés M. Mignon avaient encore des testicules vivants, mais il faut avouer que ceux-ci ont bien des chances de mourir lentement, comme on le constate chez les animaux expérimentés.

L'allongement du canal déférent, obtenu par les procédés de Bidwel et de Wood, ne nous semble pas plus acceptable que la section complète des vaisseaux. Mais il faut faire remarquer que l'étalement de l'épididyme, le déroulement de la partie initiale du canal déférent sont presque constants dans l'ectopie testiculaire, c'est presque la forme habituelle de tels épididymes.

Le testicule semble avoir voulu s'échapper lui-même et continuer sa route malgré la résistance de l'obstacle; pour cela il a développé ses attaches tant qu'il a pu; le chirurgien arrivera en général trop tard, la nature aura fait tout ce qu'on peut faire pour allonger le cordon.

D'autre part, dans les cas rares où cet étalement de l'épididyme n'existera pas, il faudra pratiquer avec prudence, car on a bien des chances de détruire les vaisseaux nourriciers de l'épididyme et d'amener rapidement des troubles de la circulation qui produiraient à bref délai la mort du testicule.

Si les vaisseaux sanguin et le canal déférent constituent des obstacles importants à l'abaissement du testicule, une part très considérable revient aussi à la persistance du canal vagino-péritonéal (inhabité

bien entendu, nous parlons toujours des ectopies sans complications), et nous croyons utile d'insister tout particulièrement sur son importance.

Derrière les glandes ectopiées, parmi les éléments du cordon, il existe toujours un conduit vagino-péritonéal plus ou moins oblitéré. Dans les cas sans hernie ce sac est vide, mais il existe et quand on le dissèque très haut, jusqu'à son attache au grand péritoine, jusqu'à l'infundibulum, au point où apparaît la graisse sous-péritonéale, on peut constater alors qu'il se produit une détente brusque et que le testicule s'abaisse. La libération de ce tractus péritonéo-vaginal nous paraît de première importance pour la mobilisation du testicule.

Enfin, pour terminer, disons que parfois il arrive que, au cours de l'intervention, on s'aperçoit que le testicule est extrêmement mou et atrophique et que les éléments du cordon sont d'une brièveté telle qu'il ne faut pas songer à obtenir une descente suffisante, il est impossible absolument de mettre la glande à l'anneau inguinal externe. Dans ces conditions beaucoup de chirurgiens ont pensé que leur devoir était de sacrifier carrément le testicule et qu'il n'y avait pas d'hésitation à avoir sur ce point.

B. *Mise en placè du testicule.* — Le deuxième temps de la cure de l'ectopie est sans contredit le plus difficile. Les chirurgiens ont vu tellement souvent un testicule abaissé, amené péniblement à l'orifice externe du canal inguinal, remonter dans le canal, non pas peut-être à sa place primitive, mais à une certaine distance du point où on l'avait fixé, qu'ils se sont ingéniés à trouver des moyens plus ou moins complexes pour s'opposer à la réascension de la glande. Les auteurs n'ont pas craint d'affirmer qu'il était inutile de faire quoi que ce soit pour retenir le testicule dans le scrotum et que celui-ci ne resterait pas en place si le cordon n'était pas très long et n'exerçait aucune traction tendant à en ramener le bout à sa position première.

Malgré le scepticisme des chirurgiens, un grand nombre d'opérateurs restent fidèles à la fixation du testicule, et considèrent celle-ci comme un temps opératoire délicat, mais important et fertile en résultats. »

Après avoir examiné en leurs détails les différents procédés de fixation, le rapporteur conclut ainsi :

« La fixation du testicule au fond du scrotum semble à peu près jugée maintenant. Le testicule remonte en invaginant le scrotum dans l'orifice externe du canal inguinal. D'autre part les points passant à l'extérieur servent de point de départ d'infection scrotale souvent longue à guérir. Le point perforant de l'albuginée peut être aussi le point de départ d'infection, et il est inutile d'augmenter encore la sclérose dans un testicule dont les éléments nobles sont déjà étouffés.

La fixation du testicule abaissé au testicule sain du côté opposé ne nous paraît pas davantage bien séduisante. Pourquoi mêler une glande saine à la cure de l'ectopie d'un testicule douteux? Il ne faut pas redouter toujours l'infection, on doit pouvoir se mettre à l'abri de celle-ci : mais nous parlons seulement au point de vue mécanique. Le testicule sain est attiré plus ou moins dans la brèche par où a passé le testicule abaissé. D'autre part, cette brèche étrangle plus ou moins les éléments du cordon si elle est resserrée; si elle est large, le testicule sain se placera à cheval sur celle-ci et sera plus ou moins tiraillé.

Néanmoins les résultats obtenus par M. Walther par ce procédé sont extrêmement encourageants, comme nous le verrons, et les considérations théoriques que nous venons d'exposer devront peut-être s'incliner devant les faits cliniques.

Quant aux procédés d'extension qui ont été inventés pour faire de l'extension continue : traction élastique, plus ou moins directement appliquée sur le scrotum ou le testicule, nous croyons qu'ils sont passés de mode et ne répondent à rien. Ce sont des procédés ingénieux, mais dont il ne faut pas attendre grands résultats, ou plutôt des résultats meilleurs que ceux fournis par le massage lent et pratiqué pendant longtemps.

La fixation du cordon semble un procédé plus chirurgical et plus digne de confiance. Si, en effet, on peut conserver un peu de tissu fibreux, s'il existe des éléments résistants, on peut s'en servir pour passer quelques points étagés qui ne nuiront pas au maintien de l'abaissement du testicule. Mais il ne faut pas compter beaucoup sur les points de fixation.

De même les greffes aponévrotiques, en cravatant le cordon, nous semblent d'un effet illusoire. Les procédés de stricture, d'étranglement du cordon comme celui de Felizet qui recherche le varicocèle, ne sont pas moins un inconvénient, et peuvent en effet amener des douleurs et un peu d'œdème, et rien n'est moins prouvé que l'effet heureux du varicocèle sur l'allongement d'un cordon de testicule ectopique abaissé.

Enfin quant aux méthodes qui ne craignent pas de s'adresser au squelette pour y faire un chemin, un tunnel au cordon, nous considérons que les dégâts faits dans la région sont beaucoup trop considérables pour un résultat précaire trop souvent obtenu, et nous redouterions chez de tels opérés, dont on connaît l'activité ostéogénique, des compressions du cordon par ossification périostique ou autre.

Les objections que nous venons de faire aux procédés précédents ne nous paraissent pas s'appliquer à la fixation du cordon par le canal inguinal restauré suivant la méthode de Bassini. Avec la plupart des chirurgiens, et plus récemment Lanz, nous avons eu recours à ce procédé comme traitement de la hernie qu'accompagne l'ectopie testiculaire, et nous avons été frappé des bons résultats qu'il donne par la fixation du cordon et le maintien de l'abaissement du testicule.

Nous n'avons pas parlé des procédés opératoires permettant de guérir les ectopies anormales. C'est qu'en effet ces procédés sont très atypiques.

L'ectopie crurale superficielle n'est en somme qu'une ectopie inguinale un peu anormale, le testicule chemine sous la peau du côté de la cuisse; l'intervention est en général plus simple, car la brièveté du cordon n'existe en général pas.

Quant à l'ectopie crurale profonde, c'est une vraie

ectopie abdominale, puisque la glande est profondément située et qu'elle a franchi l'arcade crurale. Nous pensons qu'une telle ectopie ne doit pas être traitée, sauf complications, auquel cas on ne cherche guère à conserver le testicule.

Restent les variétés périnéales, rares. Il est impossible de dire quoi que ce soit de précis sur la technique opératoire à recommander dans ces cas-là. Chaque chirurgien fait comme il l'entend, ou plutôt comme il peut; souvent le pédicule testiculaire est long et on peut facilement réintégrer la glande dans le scrotum. On cherchera toujours à faire le moins de dégâts possible et on obtiendra du reste assez souvent un bon résultat dû aux bonnes conditions anatomiques.

Avec les chiffres que nous avons recueillis, nous arrivons aux résultats suivants :

Sur 112 opérés, quelques-uns bilatéralement (ce qui explique la non-concordance des chiffres), 56 ont eu un résultat parfait, 18 ont été des insuccès, et dans 42 observations le résultat a été qualifié de douteux.

Au point de vue opératoire, nous devons noter que les résultats ont été progressivement en s'améliorant au fur et à mesure que la technique s'est elle-même perfectionnée. Tous les chirurgiens ont fait des orchidopexies, mais nous attribuons surtout les heureux résultats obtenus aux manœuvres plus méthodiquement faites de l'abaissement du testicule, libération des adhérences, résection du sac herniaire plus largement faite, etc., car il résulte de la lecture attentive des observations et des faits personnels que nous avons observés, cette notion que le testicule reste abaissé dans les seuls cas où, à la fin de l'intervention, aucun tiraillement ne persiste au niveau de son pédicule. S'il nous est impossible de conclure au point de vue de la valeur réelle, définitive, de tel ou tel procédé, c'est que les cas observés ne sont pas comparables entre eux : la situation du testicule dans le canal, sa mobilité, la longueur de ses éléments vasculaires, l'étendue des adhérences du sac herniaire varient avec chaque individu. Néanmoins les heureux résultats obtenus dans presque la moitié des cas doivent encourager dans la voie de l'abaissement du testicule dans les bourses.

Résultats fonctionnels. — a. *Phénomènes douloureux.* — A ce point de vue les résultats sont parfaits, sauf dans des cas absolument exceptionnels où à longue distance on a vu survenir de nouveau des accidents névralgiques pour lesquels on a été obligé de pratiquer la castration. Lucas-Championnière a castré un malade douze ans après avoir abaissé son testicule à cause des douleurs.

b. *Réflexes génitaux et virilité.* — Les observations pour être concluantes, doivent être des observations d'ectopies bilatérales. Les interventions paraissent donner des résultats favorables au point de vue du développement macroscopique du testicule, à la condition que l'intervention soit pratiquée avant la puberté, la glande se trouvant par le fait de son abaissement, dans de meilleures conditions de développement. Un malade de Bazy, opéré d'un côté avant la puberté, a vu son testicule se développer, tandis que l'autre, opéré sept ans après, subit peu de modifications. Nous devons pourtant signaler à côté des cas heureux nombre d'atrophies liées probablement aux lésions vasculaires produites pendant l'intervention.

Dans la majorité des cas, parallèlement au développement du testicule, évoluent les marques extérieures de la virilité. Ces malades ont les attributs du sexe mâle, développement pileux, voix masculine, érection, désirs vénériens et éjaculation. Du reste ces phénomènes sont en rapport avec le développement de la glande interstitielle que l'on retrouve toujours suffisamment conservée dans les testicules de ces malades. Bien souvent ces marques extérieures de virilité ont pu faire croire à la restitution *ad integrum* des fonctions testiculaires. Il n'en est malheureusement pas ainsi.

c. *La fécondation.* — Aucune observation probante n'a jamais été publiée qui démontre qu'un malade atteint d'ectopie double, stérile avant l'intervention, soit devenu fécond après celle-ci.

Un malade de Lucas-Championnière, opéré des deux côtés, s'est développé extérieurement d'une façon très normale, mais jamais, dans le liquide spermatique, on n'a pu rencontrer des spermatozoïdes. L'insuccès de la thérapeutique chirurgicale au point de vue de la spermatogénèse confirme cette idée que nous exposions au début de ce travail, à savoir que l'ectopie testiculaire relève d'un arrêt de développement qui porte aussi bien sur la migration du testicule que sur la structure de son parenchyme. Si les procédés opératoires peuvent abaisser et fixer en une bonne situation une glande arrêtée dans sa descente, elle ne peut agir sur les altérations cellulaires de ses éléments nobles. Il faut renoncer, dans l'état de nos connaissances actuelles, à vouloir rendre au testicule ectopié un pouvoir fécondant.

Si nous voulons jeter un coup d'œil d'ensemble sur la valeur des interventions conservatrices dirigées contre l'ectopie testiculaire, nous dirons que l'orchidopexie, et nous entendons par là la mise en place du testicule ectopié, est une bonne opération, si on ne veut la considérer que comme une opération de soulagement et d'esthétique. Elle évitera au malade les douleurs du testicule étranglé dans le canal inguinal, exposé de par sa situation anormale aux complications que nous avons décrites, et elle lui donnera la satisfaction apparente d'être redevenu un individu normal. Il ne faudra point lui demander de rendre au malade, dont les deux testicules ont été frappés d'ectopie, une fécondité supprimée congénitalement.

Traitement des complications. — Le traitement des complications de l'ectopie testiculaire est moins intéressant que le traitement de l'ectopie simple, car il est souvent trop radical : nous en dirons cependant quelques mots en suivant l'ordre que nous avons adopté pour l'étude clinique.

I. *Complications douloureuses.* — Les complications douloureuses ne sont pas à proprement parler des complications, c'est un symptôme un peu anormal, il commande l'intervention. L'orchidopexie est alors le traitement de choix et nous avons vu quels

résultats heureux elle donne quand elle est possible. Dans les cas où on ne peut parvenir à abaisser le testicule, la castration est le seul traitement à employer, d'autant mieux que l'ectopie sera unilatérale.

II. *Etranglement de la hernie concomitante.* — Les complications qui peuvent survenir du côté de la hernie accompagnant l'ectopie, réclament souvent une conduite radicale. En effet, comme Daniel Mollière l'a fait remarquer, l'étranglement a souvent pour cause des collets multiples nécessitant une large découverte du canal inguinal, et la présence du testicule en ectopie complique à tel point les manœuvres que, dans la plupart des cas, la castration doit être pratiquée. Néanmoins il faudra s'efforcer de conserver le testicule et de l'abaisser en profitant de la résection du sac herniaire et des facilités qu'il donne d'habitude pour la mobilisation de la glande. M. Nové-Josserand (*Lyon médical*, 1900) a pu dans un cas opérer une hernie étranglée chez un enfant de onze ans, porteur d'une ectopie double, et conserver les deux testicules qu'il a abaissés secondairement avec succès.

Il va sans dire que, lorsqu'il s'agit de malades âgés, on aura moins de raisons d'être conservateur.

III. *Torsion.* — Les accidents de torsion revêtent souvent une forme grave qui nécessite la castration, sauf dans le cas où l'on peut intervenir suffisamment tôt, alors que le sphacèle ne menace pas encore la vitalité du testicule. Dans les grandes torsions, où il existe des adhérences nombreuses, on est obligé d'enlever tout pour cette double raison que la dissection est très difficile, qu'il est impossible de libérer le testicule complètement pour l'abaisser, et que la vitalité de la glande est déjà trop compromise. Si l'on tentait une dissection des éléments du cordon on irait à un échec certain : en conséquence, mieux vaut d'emblée tout enlever et faire place nette.

Par contre, si la torsion est peu accentuée, si les éléments du cordon sont encore au stade de congestion, sans sphacèle, il faut tenter la conservation et agir comme dans un cas d'ectopie non compliquée.

Mais l'opération est plus difficile à cause de l'œdème, de l'infiltration du cordon, et là plus qu'ailleurs, il sera bon de faire un canal inguinal solide et résistant qui fixera tous les éléments à leur place.

IV. *Inflammation.* — Les inflammations du testicule en ectopie sont quelquefois la cause d'accidents difficiles à préciser et entre lesquels il faut agir chirurgicalement.

Dans ces cas d'orchite, avec étranglement testiculaire, si les symptômes sont de gravité moyenne, on peut avoir recours d'abord aux moyens les plus simples : repos, glace, cataplasmes, grands bains, sangsues, etc. Mais si les accidents ne rétrocèdent pas rapidement ou s'ils augmentent, il faut intervenir.

La ponction de la vaginale distendue a quelquefois procuré du soulagement au malade, même amené la guérison. Mais en général il faut faire plus, inciser franchement la région qui loge la glande enflammée. On pourra ainsi se rendre compte des lésions sous-jacentes et surtout des lésions concomitantes de l'intestin dans le sac herniaire, lésions que la gravité des symptômes généraux rend difficile à diagnostiquer.

Cette incision simple a été considérée comme suffisante par quelques chirurgiens, mais nous croyons qu'il est beaucoup préférable d'être plus radical (malgré l'observation de Wood qui abaissa un testicule enflammé) et de faire une castration, et cela pour les raisons suivantes. D'abord parce que ce testicule déjà très altéré congénitalement a reçu par l'inflammation surajoutée une atteinte profonde pour ses canaux excréteurs nobles ; on a peu à attendre de lui au point de vue fonctionnel.

D'autre part, si l'on considère que même des testicules normaux, après qu'ils ont été enflammés, restent douloureux, gardent des nodosités où le travail inflammatoire n'est pas éteint, il est facile de comprendre qu'une glande en situation anormale plus ou moins comprimée dans le canal inguinal, aura plus de chances encore de conserver des foyers d'infection atténuée, cause de souffrances pour le malade et de nouvelles poussées d'orchite.

Enfin, il n'est pas prouvé que ces orchites qui durent, qui somnolent, ne favorisent pas de développement d'une altération de mauvaise nature (Monod et Terrillon).

V. *Hydrocèle.* — Lorsque le testicule ectopié s'accompagne d'hydrocèle, l'intervention chirurgicale s'impose. Le traitement par la ponction ne peut être défendu, il faut inciser pour voir d'abord, pour guérir ensuite. Dans certains cas, on pourra disséquer la poche, ou la retourner, mais surtout la disséquer et, si les tuniques fibreuses ne sont pas trop épaisses si les adhérences ne sont pas trop nombreuses, il faudra tenter l'abaissement. Cette dernière éventualité est malheureusement très rare et c'est à la castration qu'il faut avoir recours, car il serait irrationnel de laisser en place un testicule auquel on aurait dû faire subir une résection étendue de la vaginale ou le retournement de celle-ci; intervention s'accompagnant ultérieurement d'adhérences et susceptible de développer des phénomènes douloureux dans un testicule déjà compromis.

VI. *Dégénérescence.* — La dégénérescence néoplasique du testicule ectopié, plus qu'aucune autre des complications que nous avons étudiées précédemment, réclame la castration. Nous ne nous étendrons pas sur ces procédés, les voies d'abord : il faut opérer le plus tôt possible et le plus largement possible. Les ouvertures larges, la laparotomie médiane ou inguinale permettent d'examiner les ganglions et peut-être de les enlever.

Les résultats ont été jusqu'à présent peu encourageants : les récidives et les généralisations restent aussi fréquentes que pour les tumeurs non ectopiées : d'où la nécessité de faire des opérations précoces.

En somme on peut dire que la plupart des complications de l'ectopie amènent fréquemment à la castration. Malgré cela, à part les cas de dégénérescence qui, sans aucune arrière-pensée, commandent cette opération, il faut cependant discuter l'intervention.

Dans les cas d'ectopie unilatérale, la présence d'un testicule sain laisse le champ libre aux interventions radicales : les manœuvres d'abaissement du testicule ou de libération d'un sac herniaire avec étranglement, seront-elles difficiles, le parenchyme testiculaire offrira-t-il des doutes sur sa vitalité par suite d'une torsion ou d'une lésion inflammatoire, c'est à la castration qu'il faudra avoir recours de préférence. La conduite chirurgicale devra être réservée en cas d'ectopie bilatérale, et cela surtout lorsque les accidents surviendront chez des sujets jeunes. »

Le deuxième rapport est dû à M. Souligoux, qui conclut ainsi :

« 1° Il existe, au point de vue pathogénique, deux variétés d'ectopie testiculaire.

a. Ectopie testiculaire par arrêt de développement ou malformation de l'appareil testiculaire. Cette malformation porte surtout sur les vaisseaux qui peuvent être soit trop courts mais bien développés quant à leur calibre, soit, au contraire, courts et grêles. Dans le premier cas la glande génitale peut se développer et accroître son volume, dans le second elle est fatalement vouée à l'atrophie ;

b. Ectopie testiculaire, par malformations portant sur les annexes de l'appareil testiculaire :

Oblitération prématurée du conduit péritonéo-vaginal; *adhérences intimes* et serrées de la portion supérieure de ce canal au pourtour de l'orifice interne du trajet inguinal;

Orifice externe du canal inguinal absent ou trop étroit pour laisser passer le testicule;

Brièveté et *développement* anormal du crémaster externe;

Oblitération du scrotum par une cloison fibreuse;

Arrêt de développement du scrotum.

Il est impossible avant l'opération de reconnaître à quelle variété on a affaire.

2° Il résulte des recherches récentes sur le rôle physiologique du testicule que celui-ci est composé de deux glandes : glande spermatique, glande interstitielle; la première tenant sous sa dépendance la fonction de reproduction, la deuxième donnant à l'homme le développement et le caractère virils.

3° Les recherches histologiques ont prouvé que le testicule ectopique est, dans l'immense majorité des cas, impropre à la sécrétion des spermatozoïdes, la glande spermatique restant à l'état embryonnaire, mais que la glande interstitielle se développe et conserve ses fonctions.

4° Il résulte des considérations précédentes que le testicule ectopique doit être religieusement conservé, même si, au cours de l'opération, il est trouvé peu volumineux. En effet, on a pu voir un testicule, en apparence atrophié, reprendre peu à peu un volume normal après avoir été descendu dans le scrotum.

La castration ne sera indiquée que si le testicule, ne pouvant être abaissé hors du canal inguinal, est le siège de douleurs vives, ou bien s'il est atteint de tuberculose, d'inflammation ou de néoplasme. Dans le cas de cryptorchidie, s'il est impossible d'amener le testicule dans les bourses, il vaut mieux réduire les glandes génitales dans la cavité abdominale que de les enlever. En pratiquant la castration on ferait de ces individus des eunuques. Sur le cheval cryptorchide qui, on le sait, conserve dans 90 p. 100 des cas toutes ses aptitudes génésiques sinon fécondantes, l'ablation du testicule fait disparaître celles-ci.

5° L'opération doit donc remplir deux indications : *a.* Comme il existe toujours une hernie concomitante représentée soit par un sac complet, soit par une amorce de sac, on doit toujours faire la cure radicale;

b. Le testicule doit être amené dans le scrotum. Pour ce faire, il faut disséquer toutes les adhérences fibreuses ou musculaires, mais respecter autant que possible les vaisseaux spermatiques. Si, malgré une dissection minutieuse, le cordon est trop court, je pense qu'il faut savoir se contenter de ce que l'on obtient pourvu que le testicule ait été amené dans la partie supérieure du scrotum. Je crois cette pratique préférable à la résection des vaisseaux spermatiques, malgré les belles observations de Championnière, Mignon et Walther.

6° Le procédé de fixation le meilleur me semble consister en la suture du cordon aux piliers ou au pubis; fixation qui s'oppose à la traction vers le haut par rétraction des éléments funiculaires. La transformation du cordon, en une tige rigide par groupement autour de lui de tous les tissus fibreux qui l'entourent, donne de fort bons résultats (procédé de Kirmisson). Quant aux différents procédés de Villemin, Sébileau, Walther, je crois qu'ils n'auraient qu'à gagner si on y ajoutait la fixation du cordon.

Le procédé que M. Peyrot et moi avons employé nous a toujours donné de fort bons résultats et me paraît devoir être recommandé.

Les procédés de fixation du testicule à la cuisse, au périnée, me semblent devoir être déconseillés : ils sont en effet très compliqués, exposent aux accidents septiques et ne donnent pas des résultats meilleurs que les précédents.

7° Il ressort de l'évolution histologique du testicule ectopique qu'il faut opérer tôt avant la puberté, la glande génitale pouvant reprendre toutes ses fonctions si elle est ramenée de bonne heure dans le scrotum. L'âge moyen auquel on doit opérer me paraît devoir être abaissé, et je crois qu'au lieu d'attendre douze ou quatorze ans, il vaut mieux pratiquer l'orchidopexie entre six à huit ans, si par des manœuvres de massage répété mais léger on n'a rien obtenu.

Dans le cas où *il existe une hernie* compliquant l'ectopie, on devra opérer de meilleure heure. »

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel. (Charles Flour. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — Dans cette thèse, nouveau travail en faveur du droit de l'enfant à sa mère, l'auteur étudie l'influence que les œuvres d'assistance de la première enfance peuvent avoir sur la diffusion de l'allaitement par la mère elle-même. Favoriser cet allaitement doit être, dit M. Flour, le premier devoir du médecin qui dirige une œuvre de ce genre, et par ses efforts persévérants il peut obtenir au bout de quelques années que toutes les mères fréquentant sa consultation s'acquittent de leur devoir lorsqu'elles en sont capables.

A l'appui de cette assertion, l'auteur établit que dans une première série de 139 nourrissons on a pu compter 40,7 p. 100 d'allaitements artificiels. Les 139 mères de ces nourrissons ont amené dans la suite à la même consultation 168 nouveaux enfants, et ces *mêmes femmes* n'ont, dans cette deuxième série de nourrissons, donné le biberon que dans la proportion de 6,5 p. 100.

Pour que le succès réponde aux efforts, il est indispensable que l'allaitement soit surveillé dès la naissance, ce qui a eu lieu en effet dans la seconde série de 168 enfants signalée ci-dessus. Au contraire, dans une seconde statistique recueillie dans les mêmes conditions que la précédente, mais où les nourrissons de la deuxième série n'ont été surveillés qu'après l'âge de deux mois, on voit que la proportion d'allaitements artificiels n'a guère varié d'une série à l'autre, soit 18 p. 100 dans la première et 15 p. 100 dans la seconde. Tout ce que l'on a pu obtenir dans ce cas a été une progression notable de l'allaitement mixte dans la deuxième série.

L'auteur estime que ces statistiques font justice de l'objection que l'on a pu adresser aux consultations de nourrissons de favoriser l'allaitement au biberon aux dépens de l'allaitement maternel.

OBSTÉTRIQUE

Recherches sur l'involution utérine. (Martin Camacho. Th. de Paris, 1906; C. Steinheil, édit.) — Dans son introduction l'auteur prévient que son étude ne s'adresse pas aux phénomènes internes, c'est-à-dire histologiques, de l'involution et qu'il ne s'occupera que de ceux, « non moins importants, d'ordre purement physique, qui consistent dans des changements de forme, de situation, de consistance et surtout de dimensions. »

De ce travail très consciencieux et très approfondi nous extrayons les principales conclusions suivantes.

L'auteur n'a jamais constaté dans les cas absolument normaux l'élévation brusque signalée par beaucoup d'accoucheurs et survenant dix-huit à vingt-quatre heures après la délivrance, pas plus qu'un arrêt dans l'involution utérine du troisième au cinquième jour coïncidant avec la montée laiteuse.

La moyenne de la hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphise après la délivrance est pour M. Camacho de $11^{cm}7$ au lieu de 16 à 24 centimètres, et c'est le plus souvent entre le neuvième et le douzième jour que le fond utérin disparaît derrière la symphise pubienne.

L'involution, sauf celle du col, est un peu plus rapide chez les multipares que chez les primipares, elle est aussi plus régulière. L'involution est d'ailleurs aussi régulière qu'il s'agisse d'accouchements avant terme ou à terme, mais elle serait beaucoup plus rapide dans les premiers.

La présentation, la position, la durée du travail n'ont pas d'influence sur l'involution.

Il n'y a pas de relation entre le poids de l'enfant, celui du placenta et la durée de l'involution, pas plus qu'entre celle-ci et la quantité du liquide amniotique.

La quantité des lochies, leur suppression rapide n'empêchent pas la régression normale de l'utérus, mais la fétidité des lochies coïncide toujours avec un arrêt dans l'involution.

La sub-involution ou arrêt de l'involution est un signe constant et indéniable de l'infection utérine, laquelle n'est au contraire influencée par aucune infection inflammatoire de la mamelle. Les opérations obstétricales, la vaginite granuleuse, la syphilis, la tuberculose. les maladies infectieuses, l'albuminurie, le rétrécissement trimal etc., n'apportent aucune modification au cours de l'involution.

Lorsque la mère nourrit, la marche de l'involution serait peut-être légèrement plus rapide.

L'état spécial décrit sous le nom de super-involution n'a jamais été observé par l'auteur, qui semble n'admettre aucune relation de cause à effet entre l'involution et cet état.

Quant à la métrite chronique et au prolapsus utérin que l'on décrit comme ayant leur cause dans une involution défectueuse ou incomplète, ils seraient, pour M. Camacho, tout à fait indépendants de l'involution de la matrice, et dues, la première à l'infection chronique de l'endomètre, le second à une laxité naturelle des moyens d'attache de l'utérus

La rachistovaïnisation en obstétrique. (A. Audbert. Th. de Paris, 1906; Jouve, édit.) — La stovaïne possédant les propriétés analgésiantes de la cocaïne tout en étant beaucoup moins toxique, il était rationnel d'essayer avec elle les injections intrarachidiennes dans tous les cas où celles-ci avaient été tentées au moyen de la cocaïne. C'est l'étude de ces tentatives en obstétrique qu'aborde M. Audbert dans sa thèse.

Il fait d'abord ressortir que la rachistovaïnisation amenant l'analgésie de l'utérus et de la zone génitale pendant une heure environ, la femme parturiente ou accouchée a droit, le cas échéant, à bénéficier de cet avantage. Mais en outre, il est possible de réveiller par la rachistovaïnation pendant le travail une contractilité affaiblie. La stovaïne donne aux fibres du muscle utérin une excitation ayant son maximum quinze minutes après la pénétration de quelques gouttes d'anesthésique dans le canal de la moelle lombaire. La stovaïne pourra donc être utilisée comme anesthésique dans diverses opérations obstétricales et comme ocytocique dans les cas de lenteur du travail par insuffisance fonctionnelle de l'utérus.

L'auteur reconnaît d'ailleurs que cette méthode est loin d'être applicable à tous les cas, et qu'il existe des contre-indications formelles comme dans le cas de nécessité d'une version podalique ou dans les opérations chirurgicales chez la femme enceinte.

Mettant lui-même en garde contre un engouement imprudent, l'auteur dit que, pour obtenir de cette méthode des avantages incontestables, il faut songer que : « Si la technique opératoire de cette injection, tout en nécessitant une main un peu expérimentée, en est simple, si l'enfant n'en souffre nullement dans l'accouchement ou dans la suite, si les accidents postérieurs à l'injection sont généralement aussi bénins que ceux de la chloroformisation, il n'en est pas moins vrai qu'on

devra toujours mettre un abîme entre une piqûre rachidienne et une piqûre pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané, par exemple, et se faire un cas de conscience de n'y point recourir aveuglément et par complaisance. »

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Exposition internationale de Milan. — Billets spéciaux pour le Simplon.* — Afin de permettre aux voyageurs de se rendre à prix réduits à Milan pour y visiter l'Exposition par la nouvelle voie du Simplon, la Compagnie P.-L.-M. délivre, jusqu'au 15 novembre 1906, des billets d'aller et retour de 1ʳᵉ, 2ᵉ, 3ᵉ classes pour Domodossola, valables 30 jours, conjointement avec des billets d'aller et retour de Domodossola à Milan, valables 20 jours.

La durée de validité de ces billets n'est pas prolongeable.

Ces billets sont délivrés à première demande dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon, Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Nimes, Valence, Marseille-voyageurs, Chambéry, Grenoble et sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 113. — JEUDI 4 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 4 OCTOBRE 1906. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 2 octobre 1906 (Question : « Insertions et rapports du diaphragme ») : MM. Mignot et Philippon, 18; Laisney et Lorreyte, 17; Labernadie et Mlle Peltier, 16; MM. Parent, 15; Mlle Lenormand et M. Logre, 14; MM. Le Brun et Mouradian, 13; Mlle Kœnigson, MM. Lancrenon et Molinié, 12; Pfeiffer, 11; Melamet et Perrin, 10; Mlle Nikolski, 9, et M. Mikaïlovitch, 8.

La prochaine séance aura lieu jeudi 4 octobre, à quatre heures et demie (suite descandidats de la première série de la deuxième moitié).

Pathologie. — Séance du 1re octobre 1906 (Question : « Angine diphtérique ») : MM. Huber, 17; Fallot, Gaillard et Gillard (Henri), 16; Gaufroy, 15; Delfins, Guillemet et Mlle Hertz, 13; MM. Gautier (Philippe), Gegermacher et Judel, 12; Duchoteau, Fégé et Gasnier, 10; Haboult, 9; Fourrey, Fournier et Gonthier (André), 8; Duquet, 1.

GUERRE. — MUTATIONS. — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Jagot-Lacoussière passe à la 13e région.

M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Arrufat passe à la 16e région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Névejan passe à la 1re région; — Perrier, au gouvernement militaire de Paris; — Pottevin, à la 3e région; — Tonnel, à la 1re région.

MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Boureau passe au gouvernement militaire de Paris; — d'Haussy, à la 1re région; — Lamoureux et Musin, à la 2e région; — Patoir, à la 1re région; — Piguet, au gouvernement militaire de Paris.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Bravy passe au gouvernement militaire de Paris; — Buy et Clos, à la 17e région; — Danjean et Dromard, à la 15e région; — Eissendeck, à la 2e région; — Gontier, à la 6e région; — Liron, à la 9e région; — Monsseaux, au gouvernement militaire de Paris; — O'Neill, à la 10e région; — Rocher, à la 15e région.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Danès passe à la 8e région; — Delestre, au gouvernement militaire de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Sourbès (de Mézin) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET DE L'ALIMENTATION RATIONDELLE DE L'HOMME se réunira à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 27 octobre 1906, sous le haut patronage de M. le président de la République et du gouvernement.

Adresser toutes communications, demandes de renseignements, lettres, à M. C. Nourry, secrétaire général, rue des Saints-Pères, à Paris.

Adresser les mandats et cotisations à M. Gaston Menier, député, trésorier, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (M. le professeur F. Raymond). — *Cours complémentaire et pratique* (*3e série*) *de neuropathologie*, sous la direction du docteur Henri Claude, agrégé, avec le concours et la collaboration de MM. Lejonne, chef de clinique de la Faculté; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux, chef du service ophtalmologique; Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique; Huet, chef du service d'électrothérapie; Gellé, chef du service otologique.

Le second cours commencera le lundi 15 octobre 1906 et durera un mois. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à cinq heures de l'après-midi à la Salpêtrière, salle d'examen de la Clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours. — 1. Séméiologie générale du système nerveux. Manière d'examiner un malade. — 2. Hémiplégie. Hémorragie et ramollissement cérébral. — 3. Tumeurs cérébrales. — 4. Aphasies. – 5. Encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile). — 6. Méningites, hémorragies méningées, ponction lombaire. — 7. Syndrome cérébelleux. Maladie de Friedreich. — 8. Syndromes bulbo-protubérantiels. Paralysies bulbaires. — 9. Myélites aiguës. — 10. Paralysie infantile. — 11. Sclérose en plaques. — 12. Sclérose latérale amyotrophique. — 13. Syringomyélie. — 14-15. Tabes. Scléroses combinées. — 16. Compressions de la moelle. Syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval. — 17. Tuberculose des centres nerveux. — 18 et 19. Syphilis des centres nerveux. — 20. Paralysie générale. — 21. Atrophie musculaire progressive. Atrophies musculaires en général. — 22. Myopathies. — 23. Polynévrites. — 24. Paralysies des plexus. Névralgies (faciale, sciatique, etc.). — 25. Epilepsies. — 26. Hystérie. — 27. Neurasthénie. — 28. Psychoses. — 29. Maladie de Parkinson. Chorée. Tics. Tremblements. — 30. Examen électrique. — 31 et 32. Electrothérapie. — 33. Examen des oreilles. — 34. Examen des yeux.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre sont faites tous les ans : la première en novembre et décembre; la seconde en février et mars; la troisième en mai et juin.

Le droit à verser est fixé à 80 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours du dimanche 14 au dimanche 21 octobre :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique, librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, commencera le *dimanche 14 octobre à dix heures du matin*, à l'hôpital Saint-Antoine (deuxième étage).

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 15 octobre dans le laboratoire du docteur Béclère. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PULLIQUE A PARIS. — Les cours professionnels des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, de l'hôpital de la Pitié, rue Lacépède, de l'hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, ouvriront le 4 octobre; ces cours sont publics et gratuits et accessibles à tous les candidats qui justifient des connaissances exigées pour le certificat d'études, ainsi qu'aux étrangers.

L'enseignement, qui dure une année, comprend, outre les cours théoriques qui ont lieu le soir à huit heures, des cours pratiques faits par les surveillantes des hôpitaux; le diplôme professionnel est délivré à la suite des examens de fin d'année.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour individuels ou collectifs pour toutes les stations thermales du réseau P.-L.-M. notamment :* Aix-les-Bains, Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Genève, Menthon (lac d'Annecy), Uriage (Grenoble), Royat (Clermont-Ferrand), Thonon-les-Bains, Vichy, etc.

1° *Billets d'aller et retour individuels* valables 10 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 31 octobre 1906, dans toutes les gares du réseau; réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes.

2° *Billets d'aller et retour de famille* valables 33 jours, avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 15 octobre 1906, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 4 billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billets (individuels ou collectifs) 4 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Nota. — Il peut être délivré, à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

AVIS. — **Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

LA COMPAGNIE DES CHARGEURS RÉUNIS demande trois médecins sanitaires maritimes pour assurer les départs suivants : 8 octobre, de Marseille pour Indo-Chine, sur le *Cholon*; le 22 et le 26, départ du Havre pour le Brésil. Conditions : 300 francs par mois; voyage payé 2e classe, du point de départ au port du Havre ou de Marseille. S'adresser au docteur Lop, à Marseille.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DÉGÉNÉRESCENCE TARDIVE

D'UN

FIBROME NASO-PHARYNGIEN

AVEC MÉTASTASE THYROIDIENNE

Par M. JABOULAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Il est un certain nombre de propositions en médecine, dont l'ingéniosité ou l'optimisme a fait toute la vogue et qui résisteront encore longtemps aux dénégations de la clinique. De ce nombre est la série de postulats encore honorés d'une mention dans la plupart des classiques, qui, comparant les fibromes naso-pharyngiens des garçons aux fibromes utérins des femmes, annoncent la régression spontanée de ceux-ci à la ménopause, de ceux-là à la puberté. Si cette assimilation gratuite, et singulièrement risquée des deux affections est du moins inoffensive, il n'en est pas de même de l'optimisme qu'elle dissimule. De même que la ménopause est bien loin d'entraver dans tous les cas l'évolution des myomes, de même et surtout les fibromes naso-pharyngiens sont d'ordinaire insensibles au passage de la vingtième année qui, loin d'en amener la régression, n'en détermine pas toujours l'arrêt, et parfois n'en arrête même pas la dégénérescence soit précoce soit tardive.

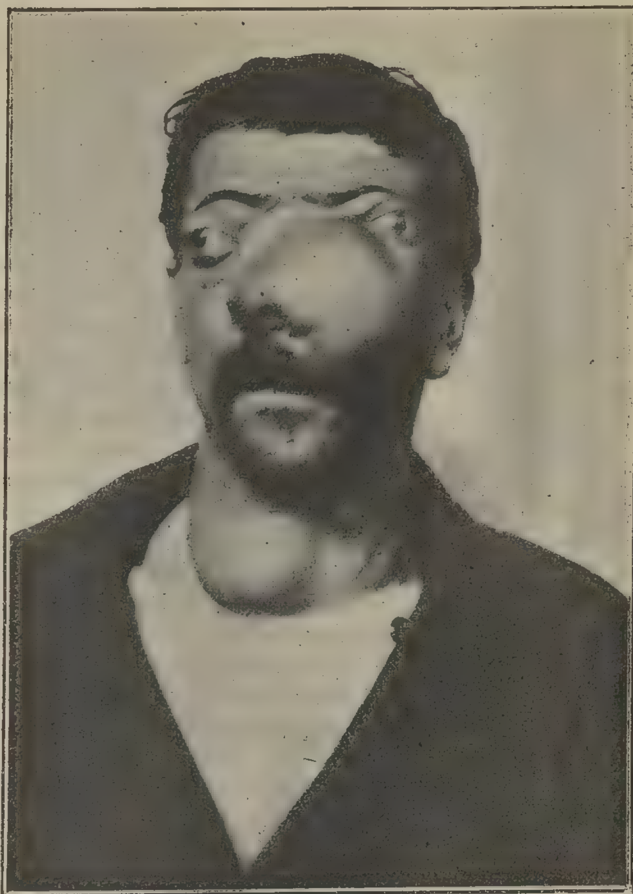
C'est un exemple de cet ordre que je vais justement vous présenter aujourd'hui, dans la personne d'un pauvre cultivateur de l'Isère de cinquante-deux ans. Je vous en fais circuler d'abord la photographie pour vous habituer à l'affreuse difformité de son visage qui eût arraché à quelques-uns d'entre vous un mouvement d'effroi dont le malheureux, assommé mais non inintelligent, se serait trop aisément aperçu. Voyez cette horrible dislocation de la face qui a éclaté sous la poussée d'une tumeur centrale, du volume de deux poings peut-être. Voyez ces yeux exorbités à fleur de peau et refoulés de chaque côté comme dans la tête du crapaud; ce nez énorme, comblé, déjeté latéralement; cette bouche ouverte; ce cou goitreux.

Avant de l'examiner de plus près, interrogeons d'abord notre malade. Il ne sait rien de précis sur la cause de la mort de ses parents, et ses cinq frères ou sœurs restants (une de ses sœurs est morte en couche) sont en parfaite santé. Lui-même, assez robuste d'ordinaire, est père de deux enfants bien portants. Dans ses antécédents personnels, il n'a souvenance que d'une affection pulmonaire aiguë à trente-cinq ans et d'épistaxis spontanées, abondantes et répétées, qui, entre quinze et vingt ans, nécessitèrent plusieurs fois le tamponnement des fosses nasales. D'ailleurs ses souvenirs sont assez vagues sur d'autres points et nous ne pouvons savoir si la respiration était gênée, si le malade dormait la bouche ouverte, s'il fut sourd pendant un temps, etc. : nous savons seulement qu'il mouchait beaucoup; il ne subit aucun traitement et guérit tout seul.

Or voici que, trente ans plus tard, il y a quatorze mois, les saignements de nez réapparaissent, plus abondants que jamais, spontanés, durant cinq à six heures. Les narines s'obstruent pendant ce temps, à trois mois d'intervalle l'une de l'autre (la gauche en premier lieu), et désormais la respiration ne se fait plus que par la bouche.

Par contre, c'est à droite que les douleurs ont toujours été plus vives, sous forme de sensations de brûlure et de lancinements, plutôt que de vive céphalée.

La tuméfaction extérieure daterait de six mois au dire du malade et aurait débuté sur la joue gauche contre la racine du nez. En même temps commençait la perte de la vision par la cécité brusque de l'œil



gauche, tandis que l'œil droit se prend à son tour depuis deux mois, laissant encore assez de vue à l'infortuné pour assister à la dislocation de sa tête. En même temps aussi apparaissait la tumeur du cou qui, depuis, a grossi progressivement, avec des périodes de diminution (?) et qui, maintenant, depuis quinze jours, ajoute aux douleurs physiques et morales de ce malheureux, l'angoisse de la dyspnée par strangulation.

Reprenons maintenant en détail l'examen du cou, de la face, puis des viscères.

Nous trouvons au cou une grosse tumeur du volume du poing, développée dans le corps thyroïde, surtout dans son lobe droit. C'est un goitre rénitent et manifestement kystique dans sa partie centrale

mais dur et bosselé en arrière. Il oscille avec le larynx dans les mouvements de déglutition, mais dans les mouvements de latéralité transmis, est peu mobilisable. Tout en restant encore en apparence encapsulé, il a donné naissance à une double chaîne ganglionnaire latéro-cervicale, plus développée à gauche. Il comprime de plus les organes avoisinants, et ses effets se font sentir tout d'abord sur l'appareil respiratoire. Sans doute, la respiration était gênée depuis longtemps par l'obstruction des fosses nasales et s'effectuait uniquement par la bouche; mais, depuis quelques jours, elle a changé de caractère. Peu à peu, à l'occasion de l'effort au début, puis maintenant au repos, d'une façon continue mais avec paroxysmes, elle a revêtu un timbre rauque, avec ce cornage, cette toux aboyante qui sont si caractéristiques, pour qui les a entendus une fois, d'un obstacle mécanique sous-laryngé à la respiration. Et de fait le calibre de la trachée doit être considérablement réduit. Le tuyau aérien est refoulé de plusieurs centimètres à gauche de la ligne médiane, peut-être aplati en lame de sabre contre un autre noyau ou ramolli sur une certaine hauteur, sinon comprimé dans son trajet rétrosternal, car on ne sent pas de goitre plongeant. La dyspnée est donc bien trachéale et mécanique. Elle n'est pas due à une lésion nerveuse des récurrents qui donnerait une dyspnée sans doute moins continue avec voix bitonale. De même, les autres nerfs ont échappé à la compression : plexus cervical et brachial, car il n'y a pas de douleurs irradiées dans ces régions; sympathique, car il n'existe pas de troubles pupillaires. Les gros vaisseaux eux-mêmes, malgré leur déviation évidente, ne sont pas comprimés par la tumeur.

Reportons-nous maintenant du côté de la face, pour nous rendre compte de l'importance des dégâts et de la zone d'envahissement du néoplasme. Le nez est épaté à sa racine et bosselé de noyaux rénitents que l'on sent se continuer de part et d'autre dans les orbites. Il est dans l'ensemble soulevé et déjeté latéralement. Enfin ses deux narines éversées sont fermées par un bourgeon rougeâtre et saignant, friable, qui pend en grelot et fait clapet au-devant des fosses nasales complètement obstruées. Grâce à ce tamponnement naturel, les hémorragies nasales ont disparu depuis quelque temps. Les deux orbites sont envahie irrégulièrement mais au même degré et les globes oculaires, peu à peu expropriés de leur loge, se sont réfugiés en avant et en dehors. De plus, outre cet exorbitisme divergent qui donne à la physionomie du malade une expression si étrange, vous voyez que l'œil droit est abaissé, tandis que le gauche est soulevé contre l'arcade sourcilière. Ces déplacements vous indiquent la voie d'invasion : c'est par la face interne et probablement en toute sa longueur qu'elle s'est produite, du trou optique en arrière duquel existent sans doute des prolongements intracraniens, à la gouttière lacrymale en avant de laquelle on sent et l'on voit ce passage du néoplasme du nez à l'œil. Vous savez la minceur de cette paroi interne de l'orbite et son voisinage des fosses nasales. Un tel envahissement de cette cavité n'a pu se produire sans lésions graves du contenu. Muscles et nerfs sont plus ou moins comprimés ou envahis, mais la mobilité oculaire est surtout réduite par le refoulement direct des globes. Quant à la cécité, elle paraît relever plutôt de la lésion du nerf optique, puisqu'à gauche elle a devancé le déplacement de l'œil, tandis que la vision persiste encore faiblement à droite, malgré une énorme exophtalmie. Ici, l'examen du fond de l'œil ne révèle rien d'anormal, pas même de stase veineuse marquée; là, un certain degré d'atrophie papillaire.

Du côté de la joue gauche enfin, considérez cette énorme soufflure, secondaire chronologiquement à la déviation des yeux. La peau n'a pas changé de caractères, mais elle est soulevée et distendue par des masses élastiques et bosselées, identiques en consistance et en contours à celles qui empâtent la racine du nez et avec lesquelles elles se continuent sans doute; vous n'y percevez pas de masses dures interposées, ni de crépitation de parchemin, mais le siège et l'étendue de la tuméfaction, l'anesthésie du nerf sous-orbitaire, et l'exploration de la bouche que nous allons faire nous suffisent pour localiser dans le sinus maxillaire ce prolongement de la tumeur.

En effet, faites ouvrir la bouche au malade; et vous voyez, et vous sentez le palais, cette autre paroi du sinus, bombant du même côté, avec cette même consistance élastique et dépressible qui en annonce déjà l'envahissement néoplasique, même un peu au delà de la ligne médiane. Terminez par l'exploration du naso-pharynx et plongez-y le doigt recourbé; vous y sentez de nouvelles masses élastiques, saignant aisément, qui en obstruent la cavité. Vous avez fait le tour du néoplasme, sauf par en haut, car il confine de partout à la base du crâne et, pour trancher la question des prolongements intracraniens possibles, à défaut du doigt et de la radiographie, nous en sommes réduits aux seuls signes fonctionnels. Or ceux-ci ne sont pas suffisamment précis pour conclure. Notre malade n'a pas de symptômes somatiques révélant une lésion cérébrale, pas d'œdème de la papille; quoique non inintelligent et répondant très bien aux questions qu'on lui pose, il est obnubilé, subcomateux par intervalles, mais l'obstruction des fosses nasales, la détresse morale de ce malheureux, l'anémie hémorragique et la cachexie cancéreuse y sont bien pour quelque chose. Je terminerai cet examen en vous disant qu'à l'exploration des divers appareils on ne note rien de particulier.

En présence d'une affection à marche rapide comme celle-ci, arrivée à ce degré d'extension locale et de cachexie, nous n'aurons pas à discuter le diagnostic de néoplasme.

Le siège même de la tumeur est évident; elle occupe, avons-nous vu, le naso-pharynx, les fosses nasales en totalité, le sinus maxillaire gauche, les deux orbites et peut-être déjà la base du crâne. Ce sont là, vous l'avouerez si vous n'en avez été frappés à première vue, les caractères classiques des fibro-sarcomes naso-pharyngiens, arrivés à la période extrême de leur développement, et, comme la tumeur rayonne de même en tous sens autour du naso-pha-

rynx, nous n'hésitons pas à en placer l'origine première dans cette cavité.

Mais ce qui complique la question, c'est cet autre cancer, développé dans la thyroïde, car le goitre est certainement néoplasique. Je vous ai assez signalé ailleurs l'importance clinique des divers symptômes de la dégénérescence thyroïdienne, pour n'y pas revenir ici; la rapidité de développement d'un goitre à cet âge, la progression des troubles de compression qu'il entraîne, sa dureté et les ganglions périphériques sont ici nos principaux arguments. Mais alors, y a-t-il donc deux cancers contemporains développés à distance l'un de l'autre? ou bien, dans les deux tumeurs où est le cancer primitif, où la métastase? Messieurs, la première hypothèse est à rejeter, car elle ne s'applique qu'à des cas exceptionnels, et je ne la formule ici que pour entendre qu'il n'y a, à l'émettre, aucune hérésie scientifique. Mais la clinique veut qu'à moins de preuve microscopique du contraire, nous rattachions l'un à l'autre ces deux néoplasmes. Elle voudrait aussi, apriori, que nous donnions au corps thyroïde la priorité, car les sarcomes naso-pharyngiens ne sont guère de cet âge et se généralisent rarement; tandis que les épithéliomas thyroïdiens, sensiblement plus fréquents, affectionnent les os et ceux de la tête en particulier dans leurs métastases. Mais, dans le cas présent, la question me paraît très discutable, et, de par les antécédents anciens du côté de la gorge, de par la chronologie même de l'apparition et du développement des deux tumeurs, j'incline plutôt à croire à un sarcome primitif du naso-pharynx avec métastase thyroïdienne.

Vous savez le sort réservé à ce malheureux à bref délai et prévoyez les complications nombreuses capables d'en avancer encore le terme. Du côté de la tête, ce sont les hémorragies à répétition aux dépens de cette véritable éponge néoplasique gorgée de sang qui pour l'instant, obstrue les narines; c'est encore l'envahissement progressif du crâne et du cerveau avec accidents divers ou mort brusque. Du côté du cou, c'est en premier lieu, l'asphyxie menaçante qui déjà s'installe et vraisemblablement emportera le malade.

Contre de tels dangers, nos armes sont bien impuissantes. Et tout d'abord, il ne s'agit pas de traitement curatif; il est trop douteux que la tumeur du cou puisse être enlevée en totalité, trop évident que celle de la tête ne peut l'être. Nous ne pouvons qu'assister impuissants à son développement, et la ligature des deux carotides externes ne suffirait même pas sans doute, en cas d'hémorragies graves. Du côté du cou au contraire, il nous faut agir, car le malade est sur le point de suffoquer et quelle que soit la gravité de son état, si courte soit la survie que nous puissions escompter, il faut avoir le courage de répondre à l'indication symptomatique et de conjurer, si possible, la mort par asphyxie.

N. B. — J'ai donc opéré ce malade, et sous anesthésie locale, avec l'intention de ne pratiquer qu'en désespoir de cause la trachéotomie, dont vous savez le peu de succès dans les cancers thyroïdiens, et de tenter plutôt l'énucléation ou l'ablation partielle ou totale de la tumeur, pour libérer la trachée.

J'ai trouvé en dessous d'un noyau goitreux ancien, kyste à parois calcaires, une plaque néoplasique végétante très adhérente à la trachée envahie, et j'ai dû me borner ainsi à une ablation partielle. Le résultat de cette intervention palliative fut des plus transitoires, et le malade mourut quelques jours après, asphyxié non plus par la compression mais bien par le ramollissement étendu du tuyau aérien que l'opération nous avait montré et que confirma l'autopsie, ramollissement fréquent en pareil cas et vis-à-vis duquel nous sommes désarmés. Nous trouvâmes la trachée molle comme du carton mouillé sur plus de quatre travers de doigt et au-delà même des limites du cancer, mais non ulcérée, flanquée d'une double chaine de ganglions néoplasiques. La tumeur céphalique avait la coupe aréolaire et vineuse du tissu caverneux; toute intervention sur elle aurait donné lieu à une hémorragie formidable. Son implantation basilaire et ses prolongements dans les cavités de la face cadraient bien avec ce que nous avions constaté; du côté de la base du crâne, la selle turcique était défoncée sans que le cerveau lui-même fût envahi. Enfin dans les deux tumeurs, mon chef de laboratoire retrouva les caractères d'un sarcome télangiectasique à petites cellules rondes, sans trace d'éléments thyroïdiens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1906)

La syphilis des honnêtes femmes. — Cette séance de rentrée a été fort intéressante, M. FOURNIER nous a entretenus de la *syphilis des honnêtes femmes.* D'après l'enquête qu'il a faite à ce sujet, sur 100 femmes syphilitiques, il y en a 20 qui sont d'honnêtes femmes et qui ont été contaminées par leurs maris. C'est là une proportion considérable et à laquelle on était loin de s'attendre. Dans quelles conditions se fait cette contamination? Tantôt il s'agit de maris syphilitiques avant le mariage, tantôt de maris devenus syphilitiques après le mariage. Les premiers sont, de beaucoup, les plus fréquents : sur 312 cas relevés par M. Fournier, 218 étaient syphilitiques avant le mariage, 94 le sont devenus après. En chiffres ronds, sur 100 femmes contaminées par leurs maris, 70 contractent une syphilis antérieure au mariage, 30 une syphilis postérieure au mariage.

Comment remédier à ce lamentable état de choses? A quels moyens prophylactiques pourrait-on recourir? La première question à résoudre est celle de savoir pendant combien de temps peut se produire la contagion de la syphilis, pendant quel laps de temps un homme, qui a contracté la syphilis, doit attendre avant de se marier. Des faits observés par M. Fournier, il résulte une extrême variabilité d'échéance à ce point de vue, cette échéance pouvant aller jusqu'à trois, quatre, cinq, sept et même neuf années. Mais elle peut aussi être très précoce, des femmes ayant été contaminées dès le premier mois de leur mariage. Cette contamination peut donc être très précoce ou très tardive.

Dans ses observations, M. Fournier a relevé le cas d'une

jeune femme qui a été contaminée par son mari, exactement vingt-huit jours après le mariage, au cours du voyage de noces, dans une gondole à Venise. Une autre a été contaminée le soir même du mariage, le jeune mari ayant été complètement rassuré par son pharmacien qui lui avait dit qu'il s'agissait d'un simple herpès de la verge. Dans deux autres cas de contamination, les maris étaient en pleins accidents secondaires. Dans d'autres faits le mariage est contracté, le malade étant encore dans la période d'incubation de la syphilis. Voici généralement, dans ces cas, comment les choses se passent : un jeune homme, sur le point de se marier, procède à cette formalité d'usage dans un certain monde, qui s'appelle l'enterrement de la vie de garçon. Après le souper traditionnel, c'est une dernière aventure ou un dernier adieu à la maîtresse. Le mariage a lieu quinze jours après, à ce moment le jeune homme ne présente rien d'anormal et quelques jours après le chancre apparaît. Pour une grande majorité de cas les choses se passent ainsi. Dans les cas où les femmes contractent la syphilis dans la première année, il serait intéressant de savoir quel âge avait la syphilis de leurs maris. Sur 142 cas, 98 se rapportent à des maris dont la syphilis remontait à moins de trois ans.

Il résulte de ces faits très intéressants relevés par M. Fournier, que dans la grande, la très grande majorité des cas, *les syphilitiques se marient trop tôt*, avant l'heure où ils ont reconquis le droit de devenir pères.

A qui la faute? se demande M. Fournier. Pour une petite part à nous médecins, répond-t-il; pour une grande part aux malades eux-mêmes. Notre maître, M. Fournier, est péniblement impressionné par l'indulgence inconcevable, irrationnelle de beaucoup de nos confrères, par leur consentement trop facile au mariage. Un éminent syphiligraphe étranger a écrit qu'un syphilitique pouvait se marier deux ans après la disparition de tout accident. M. Fournier proteste énergiquement contre cette manière de voir. Il faut, dit-il, du temps, beaucoup de temps et beaucoup de mercure pour qu'un médecin puisse affirmer à un syphilitique que le mariage et surtout la paternité lui sont permis. Pendant longtemps M. Fournier a exigé, dans ces cas, un minimum de trois ans avant de donner son consentement au mariage. Les faits lui ont appris que ce chiffre de trois ans était absolument insuffisant pour avoir une complète sécurité. C'est quatre et même encore cinq ans qu'il faut exiger comme minimum.

Il est regrettable que le manque de place nous empêche de reproduire ici quelques-uns des faits particuliers que nous a racontés M. Fournier, par exemple l'histoire du héros des *Avariés*, ce jeune homme qui vient consulter M. Fournier pour une syphilis récente, qui lui fait part de son vif désir de se marier prochainement et d'être débarrassé le plus vite possible de ses fâcheux accidents, à quoi M. Fournier répond qu'il ne peut pas se marier avant plusieurs années. Trois mois après ce malade revient chez M. Fournier, il lui avoue que, malgré son avis, il s'est marié. « Faites au moins en sorte, lui dit M. Fournier, que votre femme ne devienne pas enceinte. — Mais elle l'est, » répond le jeune homme, et c'est ce même jeune homme qui quelques mois après confiera son enfant à une nourrice. N'est-ce pas là toute la pièce de Brieux?

Comme le fait très justement observer M. Fournier les deux grandes causes de ce triste état de choses c'est l'insouciance et l'ignorance. Un jeune homme contracte la syphilis et se soigne; un an, dix-huit mois après la disparition de tout accident, un parti se présente, avantageux, réunissant toutes les conditions désirables; il oublie alors sa syphilis (on oublie aisément ce qui gêne), il estime qu'il serait bien sot de laisser échapper une pareille occasion et le mal est fait; on pourrait dire : le crime est consommé par insouciance. Un autre commettra la même faute par ignorance. Il viendra trouver le médecin, déjà syphilitique, déjà marié, déjà père et à tout ce que lui dira le médecin, il répondra : Je ne savais pas. Il faut donc instruire le public et le mettre en garde contre la syphilis, comme on le met en garde contre l'alcoolisme, contre la tuberculose, contre la variole. Il y a un péril vénérien, comme il y a un péril alcoolique, un péril tuberculeux. Il serait temps même qu'on instruisît la jeunesse par des conférences dans l'armée, dans les écoles spéciales, voire même dans les hautes classes des lycées. Jusqu'ici, les nombreux appels faits dans ce sens par M. Fournier et par plusieurs de ses collègues, MM. Debove et Pinard entre autres, sont restés sans réponse. On est demeuré sourd à leur appel.

M. Fournier n'a parlé que des faits de contamination dans les deux premières années de ménage. Mais que penser des faits de contamination trois, quatre, cinq, sept et neuf ans après le mariage? Ce sont là des faits se rapportant à des cas de syphilis secondaire tardive, faits qui feront l'objet d'une seconde communication de M. Fournier, qui ne sera pas écoutée avec moins d'attention ni moins d'intérêt.

Pathogénie et prophylaxie actuelle du paludisme. — M. Kelsch a lu sur ce sujet un très important travail. Tout en faisant ressortir l'importance de la découverte de la propagation du paludisme par les moustiques, M. Kelsch rappelle, avec raison, que les moustiques ne sont pas le seul agent de propagation du paludisme, et qu'il ne faudrait pas croire avoir éteint toute cause de paludisme quand on a trouvé le moyen de se garantir contre les moustiques. Il faut aussi tenir compte du sol et d'autres causes qu'il est peut-être plus facile de prévenir que de combatre. La prophylaxie du paludisme doit donc être plus complexe et ne pas consister uniquement dans la destruction des moustiques.

— Au début de la séance, M. le président a invité M. Yvon à donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Prunier, et M. Guéniot lui-même a rendu un légitime hommage au regretté professeur Morache (de Bordeaux), membre correspondant national de l'Académie.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES ACCIDENTS PRODUITS PAR LES RAYONS X

M. Nogier (de Lyon) recommande l'emploi de la gelée suivante, qui dans un certainn nombre de cas a notablement atténué les phénomènes douloureux (brûlures, démangeaisons, cuissons) tout en hâtant la guérison :

Eau....................	100 grammes.
Gélose................	1g25
Glycérine.............	} *àâ* 10 grammes (1).
Oxyde de zinc.........	

(1) *Arch. d'électricité médicale*, 25 sept. 1906.

ANALYSES

MEDECINE

Sur une épidémie d'intoxications par les haricots [Bact. coli et bacille paratyphique B]. (ROLLY. *Münch. med. Wochens.*, 11 sept. 1906, n° 37, p. 1798.) — Deux cent cinquante employés d'une maison de commerce de Leipzig furent pris quatre heures au moins après un repas de symptômes d'intoxication : douleurs abdominales, frissons, malaise, nausées, céphalalgie, vertiges. Beaucoup eurent de plus de la diarrhée et quelques-uns des vomissements. Ces symptômes durèrent deux à quatre jours et aboutirent dans tous les cas à la guérison.

Tous les employés avaient consommé au repas des haricots de conserve qui avaient été portés pendant quelque temps dans l'eau à 80 degrés et n'avaient pas été soumis à l'ébullition.

Des recherches bactériologiques furent faites avec ce qui restait de haricots, vingt heures après le repas. L'examen direct montra immédiatement la présence en nombre prodigieux, de bâtonnets extrêmement mobiles, ne prenant pas le gram. Les cultures prouvèrent qu'il s'agissait de colibacilles et de bacilles paratyphiques B. On put déduire des cultures que les bacilles paratyphiques B existaient dans la proportion de 1 pour 3 colibacilles; mais il est vraisemblable que ces derniers s'étaient multipliés plus rapidement pendant les heures ayant suivi la cuisson.

On fit ingérer à des rats blancs et à des souris blanches des haricots ainsi contaminés : seules les souris semblèrent malades pendant trente-six heures, mais se rétablirent rapidement.

Le colibacille isolé présentait, dans ses premières générations, quelques caractères particuliers : il était extrêmement mobile, ne coagulait le lait qu'au bout de quatre à sept jours et ne donnait que très faiblement la réaction de l'indol. Au bout de quelques repiquages il reprit les caractères ordinaires du colibacille. De plus les premières cultures en bouillon obtenues alors que le bacille était très mobile, se montrèrent extrêmement virulentes pour le cobaye qui succombait en deux jours après inoculation sous cutanée d'un demi centimètre cube de culture.

Les cultures du bacille paratyphique B se montrèrent également virulentes en injections sous-cutanées, pour la souris à la dose d'un demi-centimètre cube, pour le cobaye à la dose de 2 centimètres cubes. Après plusieurs passages par la souris ce bacille devenait même si virulent que l'ingestion de cultures par des souris suffisait pour déterminer une septicémie mortelle.

C'est surtout à la présence de ce bacille paratyphique dans les haricots que Rolly attribue les phénomènes morbides observés chez l'homme. Mais il pense que la simple cuisson à 80 degrés a dû détruire la plupart des microbes, et que ces phénomènes morbides étaient dus plutôt à une intoxication par les poisons sécrétés par les microbes, poisons qui avaient résisté à la température de cuisson. Pour confirmer cette hypothèse il a tué des cultures du bacille paratyphique par un séjour au bain-marie à 100 degrés. Après s'être assuré qu'aucun microbe ne demeurait vivant, il a vu que l'inoculation aux animaux des cultures tuées déterminait la mort dans les mêmes délais et provoquait les mêmes lésions anatomiques.

Seulement il n'était plus possible de déceler des bacilles dans les organes. Rolly pense que les bacilles paratyphiques B peuvent déterminer chez l'homme de véritables septicémies évoluant comme la fièvre typhoïde, mais peuvent aussi, en agissant par leurs toxines, provoquer des phénomènes d'empoisonnement comme ceux qu'il a observés dans l'épidémie de Leipzig.

A. LEMIERRE.

Contribution à l'étude de la mycose aspergillaire du poumon humain. (L. SOLMERSITZ. *Deuts. med. Wochens.*, 13 sept. 1906, n° 37, p. 1490.) — Solmersitz rapporte l'observation d'une femme de vingt-six ans qui entra à l'hôpital pour une affection pulmonaire datant de deux ans déjà, et se traduisant par de la toux, une expectoration muco-purulente, sans hémoptysies, et un affaiblissement progressif.

L'examen du poumon montra, au niveau de la base droite de la matité, de la diminution du murmure vésiculaire et des râles sous-crépitants; au sommet droit, quelques sons crépitants; quelques ronchus disséminées dans le poumon gauche.

Malgré des recherches répétées on ne put trouver de bacilles de Koch dans les crachats, mais l'examen direct et les cultures révélèrent la présence de l'aspergillus fumigatus.

L'étiologie de la maladie était claire dans ce cas : la malade, servante de ferme, s'occupait de la basse-cour, et mettait souvent des graines dans sa bouche.

Solmersitz pense qu'il s'agit là nettement d'aspergillose pulmonaire par inhalation : il n'a pu trouver en aucun point du corps un autre foyer permettant de croire à une infection pulmonaire par voie sanguine.

La malade présentait de plus de l'albuminurie, avec quelques cylindres hyalins, mais cette albuminurie était trop légère pour qu'on pût penser à de la dégénérescence amyloïde.

Solmersitz a pu suivre cette malade pendant près de deux ans : tous les traitements essayés ont échoué, même la médication iodée. L'état général a empiré peu à peu; les lésions pulmonaires du côté droit ont progressé lentement sans qu'on pût jamais déceler de signes de cavernes. Quand Solmersitz a vu la malade pour la première fois, elle venait d'avoir des hémoptysies.

Tout ceci permet de rapprocher cette observation des cas décrits par Chantemesse, Dieulafoy, Widal et Renon sous le nom de « pseudo-tuberculose aspergillaire ».

A. LEMIERRE.

Les troubles du débit urinaire dans les affections hépatiques. (VILLARET. Th. de Paris, 1906; G. Steinheil, édit.) — Le syndrome d'hypertension portale occupe une place de première importance dans la pathologie hépatique : il tient sous sa dépendance plus ou moins directe divers symptômes qûe l'auteur a pu reproduire expérimentalement par la ligature du tronc porte ou de ses branches, et dont la cause réside dans une augmentation fort nette de la pression veineuse prise au niveau du hile hépatique.

Au premier rang de ces symptômes, parmi les plus précoces et les plus délicats, il faut placer les modifications du rythme urinaire.

Ces modifications ont plusieurs origines, mais dérivent toutes d'une cause primordiale : la formation d'une barrière hépatique pathologique plus ou moins serrée, s'opposant au courant normal porto-sus-hépatique et déterminant :

a. La diminution du débit des veines sus-hépatiques, entraînant l'hypotension artérielle, particulièrement au niveau des artères des reins, et consécutivement la tachycardie et l'oligurie;

b. L'hypertension portale. A ce trouble sont liés, entre

autres phénomènes, la diminution de l'absorption des liquides au niveau de la muqueuse intestinale, la gêne dans leur passage intra-hépatique et enfin l'obstacle à leur excrétion au niveau du parenchyme rénal. Ce dernier élément est sous la dépendance directe du syndrome d'hypertension portale, grâce aux anastomoses porto-rénales dont l'auteur a fait une étude détaillée.

L'association de ces différentes causes détermine la production de trois symptômes : l'opsiurie, l'anisurie, l'oligurie dont les raisons sont, en somme, multiples au cours d'une même affection hépatique.

L'existence des anastomoses porto-rénales, que l'auteur a cherché à démontrer, non seulement anatomiquement, mais histologiquement, et qui, peu marquées normalement, peuvent acquérir dans certaines cirrhoses une importance pathologique de premier ordre, lui explique certains signes urinaires des hépatopathies, assez obscurs jusqu'ici. Ses injections lui ont montré en effet qu'en dehors des veines déjà décrites par MM. Tuffier et Lejars, il existait une circulation porto-rénale histologique, se manifestant par le passage de l'injection porte dans la capsule et la plus grande partie de la région corticale du rein.

La richesse des plexus originaires de la veine porte, plus accusée encore que ne le décrivent ordinairement les classiques, la prédominance des réseaux muqueux sur ceux des autres parois du tractus gastro-intestinal, expliquent les troubles de l'absorption aqueuse constatables dans le syndrome d'hypertension portale. On peut en effet considérer comme une règle l'existence au niveau des plexus muqueux de petites dilatations capillaires en rapport avec leur rôle d'absorption, et correspondant, dans une certaine mesure, aux ampoules physiologiques, sortes d'hémorroïdes en miniature, déjà décrites au niveau du rectum. La villosité intestinale se distingue par l'importance spéciale de sa vascularisation dont l'auteur a cherché à élucider certains détails.

L'étude physiologique de la circulation porte normale lui a montré, entre autres constatations, que sa pression est minime, ne dépassant pas 4 à 5 millimètres de mercure dans la respiration ordinaire, dont elle subit l'influence. Elle a pu fournir, d'autre part, un argument de plus à l'existence de la circulation porto-rénale.

Pathologiquement, on peut constater, soit à la suite de ligatures brusques ou lentes de la veine, soit sur la table d'autopsie, principalement dans les cirrhoses alcooliques, d e lésions mécaniques du système porte déterminées par une hypertension plus ou moins marquée; les ligatures permettent de fixer au chiffre moyen de 4 centimètres de mercure le maximum de cette hypertension.

Certaines de ces lésions sont liées à une congestion exagérée des plexus originaires, et en particulier des réseaux intestinaux : les veines des villosités et de la glanduleuse peuvent être remplacées par une véritable hémorragie en nappe, cause de troubles intenses de l'absorption.

D'autres lésions sont dues à une exagération manifeste des anastomoses physiologiques porto-caves; au niveau de la capsule et de la substance corticale des reins les modifications du réseau veineux porto-rénal lui ont paru constantes à un degré variable, aussi bien dans le syndrome d'hypertension portale expérimental que dans les diverses affections du foie.

Au premier rang des manifestations cliniques du syndrome d'hypertension portale, parmi les plus précoces et les plus délicates, il faut placer les modifications du rythme urinaire, qu'il a étudié au préalable chez des sujets normaux. Elles sont caractérisées par une diminution fréquente du taux urinaire, mesuré à jeun et dans la position couchée, sous l'influence de l'orthostatisme et, souvent, de l'ingestion aqueuse ou alimentaire, pendant une période fixée arbitrairement à six heures. On doit rapprocher ce dernier phénomène pathologique bien particulier, d'un symptôme comparable très accusé dans les cirrhoses : l'opsiurie. M. Villaret a pu reproduire expérimentalement cette manifestation clinique importante du syndrome d'hypertension portale, en déterminant expérimentalement celui-ci par la ligature de la veine porte; la stricture de la veine iliaque primitive ne lui a pas semblé entraîner de modification aussi apparente du rythme urinaire normal.

L'opsiurie, qui se manifeste, non seulement dans le débit urinaire, mais encore dans l'élimination de certaines substances telles que l'urée, le chlorure de sodium, la glucose et le bleu de méthylène, pourra, dans une période plus avancée du syndrome, coexister avec deux nouveaux phénomènes : l'anisurie et l'oligurie, cette dernière trouvant sa cause dans l'hypotension artérielle, alliée à la congestion anormale des anastomoses porto-rénales.

L'auteur a pu reproduire expérimentalement l'oligurie en liant la veine porte, et, par contre, la faire disparaître dans certaines cirrhoses, ainsi que l'opsiurie, par une opération de Talma qui améliora sensiblement les différents signes du syndrome d'hypertension portale, sans toutefois paraître agir notablement sur l'état précaire de la cellule hépatique.

L. GAYARD.

NEUROLOGIE

Tumeur cérébrale sarcomateuse prérolandique ayant donné lieu à de l'épilepsie jacksonienne et à une hémiplégie. (Simon FEIRAND et GALLAIS. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, avril 1906, p. 325, avec 4 fig.) — Malgré l'absence complète d'observation clinique (on sait seulement que le malade avait eu des crises d'épilepsie jacksonienne tellement nettes qu'une trépanation fut pratiquée, d'ailleurs sans résultat, puis les crises disparurent pour faire place à une hémiplégie), ce fait est intéressant à relever : il montre en effet que *l'épilepsie jacksonienne peut parfaitement coïncider avec une tumeur située en dehors des circonvolutions motrices.*

Dans le cas présent, le sarcome, long de 7 centimètres sur 5 centimètres de haut, siégeait à la partie supérieure du lobe frontal, à 2 centimètres environ en avant de la scissure de Rolando : la figure 1 jointe à ce travail montre l'intégrité complète de la frontale ascendante.

L. ALQUIER.

Un cas de mélancolie avec hypertrophie thyroïdienne succédant à la ménopause. (PARHON. *Revue neurol.*, 30 juillet 1906, p. 640-643). — Relatant un cas de mélancolie d'involution survenu à l'époque de la ménopause, en même temps que le corps thyroïde était atteint d'hypertrophie progressive, l'auteur émet l'hypothèse que le corps thyroïde joue un rôle important dans la genèse d'un bon nombre des cas de mélancolie (le plus grand peut-être) et dans la psychose maniaco-dépressive.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Le radium en chirurgie. (Robert ABBE. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. XLVI, n° 3, 21 juillet 1906.) — De tous les chirurgiens généraux, Abbe est probablement celui qui s'est servi le plus de radium. Sa statistique englobe 127 cas comprenant 22 différents états pathologiques chirurgicaux. Les cas les plus intéressants sont ceux de lupus, épithélioma, car-

cinome et sarcome. La verrue ordinaire qui, petite ou grande, n'est qu'une hypertrophie des cellules normales de la peau, a toujours disparu sous l'influence du radium, par un processus de régression des cellules qui la formaient ; 35 cas de lupus et d'épithélioma ont tous montré l'action curative du radium; 20 sont guéris, au moins présentement; il est probable que beaucoup des guérisons sont permanentes; quelques-uns ont manifesté une légère récidive qui a toujours cédé à un court traitement secondaire. Sur 40 cas de cancer, 28 étaient inopérables, 11 auraient pu être opérés; parmi ces derniers, 6 le furent plus tard, 5 sont tellement améliorés que l'opération deviendra probablement inutile ; 7 cas de sarcome furent traités avec succès. Le radium a une action analogue à celle des rayons X, quoique non identique. Le radium peut guérir certains cas réfractaires à ceux-ci et peut être utilisé à l'intérieur des cavités. Il est curatif dans les cancers superficiels et le lupus, mais a échoué dans 40 cas de cancers profonds.

F. GARDNER.

XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Le XIXe Congrès s'est ouvert lundi à deux heures, à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur Monprofit (d'Angers). Une nombreuse assistance avait tenu à venir applaudir le sympathique président. On remarquait MM. F. Guyon, Terrier, Lannelongue, Pozzi, Le Dentu, Poncet, Duret, Delagénière, Villar, Harrisson (de Londres), Haya (de Tokio), Ulmann (de Vienne), Kuster et Hildebrand (de Marburg), etc.

Dans son remarquable discours que nous regrettons de ne pouvoir citer *in extenso*, M. Monprofit remercie d'abord ses collègues de l'avoir choisi pour présider leurs travaux, à la suite de Trélat, Ollier, Verneuil, Alphonse Guérin, Larrey, de Tillaux, son maître aimé. Il expose ensuite l'évolution de la gynécologie, étudie la chirurgie des affections bénignes de l'estomac, des affections malignes de l'estomac et de l'intestin et insiste sur les dangers de la temporisation dans les tumeurs.

M. Monprofit aborde alors une question toute d'actualité, la question de la *réforme des études médicales*.

Le régime actuel a donné lieu à beaucoup de plaintes, le mieux serait peut-être de revenir à l'ancien régime, que quelques retouches eussent rendu parfait.

Mais il semble que deux grandes réformes s'imposent :

« La première question est celle des sciences accessoires et elle n'est pas nouvelle. Messieurs, voici ce qu'en disait un homme que j'aime à citer, et que je citerai encore, c'est Trousseau, le grand clinicien du siècle dernier :

« La vie d'un homme intelligent suffit à peine à connaître la physiologie, la pathologie médico-chirurgicale et la thérapeutique, comment demander à un élève de dissiper son attention dans des études accessoires, qui, pour n'être pas complètement inutiles, sont cependant trop peu importantes pour qu'on leur doive sacrifier la physiologie, la clinique, et la thérapeutique sans lesquelles il ne peut y avoir de médecin? »...

Je n'en aurais pas dit autant, et je réclame même pour l'anatomie que Trousseau ne nomme pas, mais qu'il avait, je pense, aussi en vue. Je ne trouve pas inutile qu'on enseigne aux étudiants les sciences dites accessoires, mais je voudrais qu'on les enseignât un peu plus appliquées à la médecine, et que cet enseignement fût rapproché de la clinique de telle sorte qu'il n'empêchât pas les élèves de suivre l'hôpital dès leur première année. Car le médecin vivra toute sa vie avec la clinique et la thérapeutique, toute sa vie il devra examiner des malades, et les soigner après avoir quitté l'école. C'est donc surtout de ce côté qu'il faut le renseigner et l'instruire.

La seconde question est celle des études anatomiques et cliniques.

Pour l'anatomie, tout le monde, je crois, est d'accord; l'importance des études anatomiques ne saurait être exagérée; et nous, chirurgiens, nous trouvons qu'on ne l'étudiera jamais assez. Le temps consacré aux dissections est vraiment trop court pour permettre d'acquérir des connaissances qu'il faut apprendre, oublier et apprendre vingt fois avant d'en posséder même les traits essentiels. Il faut vraiment le dévouement et la science de nos maîtres des facultés pour que les résultats actuels puissent être obtenus.

Pour les études cliniques je citerai encore ce que disait Trousseau dans l'admirable *Introduction* à ses cliniques :

Du jour qu'un jeune homme doit être médecin, disait-il, *il doit fréquenter les hôpitaux*.

Nous ne dirons pas autre chose aujourd'hui : du jour qu'un jeune homme commence à étudier la médecine, il doit fréquenter assidûment l'hôpital, et j'ajouterai : la salle de dissection. Etudes cliniques et études anatomiques, ce sont là les fondements, ce sont les véritables bases de toute éducation médicale sérieuse...

Nous avons bien un espoir, ajoute M. Monprofit, mais peut-être sera-t-il déçu ! Nos étudiants vont passer désormais deux années au service militaire. Je ne vois pas d'emploi plus utile de ces deux années que le perfectionnement de leurs études médicales, surtout en ce qui concerne les matières les plus ardues, celles qu'on n'apprend bien que lorsqu'on y est un peu contraint. L'occasion est belle d'organiser avec l'aide de nos collègues de l'armée un enseignement irréprochable qui bénéficierait un peu du recueillement et de la discipline militaire. Les résultats obtenus à l'école de Lyon sont de ceux qu'on peut louer et admirer. »

En terminant, M. Monprofit salue la mémoire de deux collègues disparus depuis l'an dernier : le professeur Piéchaud (de Bordeaux) et le docteur Rioblanc, médecin-major de première classe à Tunis.

— Le Congrès passe ensuite à l'étude des rapports que nous avons publiés dans nos deux derniers numéros.

Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis, par le docteur Paul Maisonneuve. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

SYMPTOMATOLOGIE

DES ANÉVRISMES AORTIQUES (1)

5. La *compression du phrénique* se manifeste par : *a.* de la douleur à la pression entre les deux chefs du sterno-mastoïdien, le long des bords du sternum et à l'angle costo-xiphoïdien ; *b.* du hoquet ; *c.* des phénomènes de paralysie du diaphragme (dyspnée spéciale, rire sardonique, affaissement inspiratoire de l'abdomen, etc., etc.). Dans la plupart des cas, ces divers signes sont peu marqués; 6. La *compression du grand sympathique* se traduit surtout par des *troubles oculo-pupillaires* : le plus souvent, il existe du myosis de la pupille gauche, dû à la paralysie des fibres irido-dilatatrices du sympathique, et parfois précédé par une mydriase passagère. Plus rarement, on observe du myosis double, ou de la mydriase de la pupille gauche, attribuée à une excitation du grand sympathique. Pour M. Babinski, cette inégalité pupillaire que l'on observe si fréquemment dans l'ectasie aortique n'est pas due à une lésion (paralysie ou excitation) du grand sympathique; s'accompagnant constamment d'abolition du réflexe lumineux, elle doit être attribuée à une lésion syphilitique du système nerveux central : signe d'Argyll-Robertson, d'une part, anévrisme aortique, de l'autre, seraient donc les effets simultanés, mais indépendants, d'une même cause pathogène : la syphilis.

Les *crises sudorales*, la *glycosurie*, la *polyurie* ont encore été signalées.

6. La *compression de la moelle* donne lieu à une *paraplégie* spéciale : cette paraplégie, le plus souvent spasmodique, se traduit : α. par des signes d'ordre médullaire ; β. par des signes extra-médullaires, dus à la compression des racines, et consistant : 1. en troubles trophiques cutanés et musculaires; 2. en *pseudo-névralgies* (v. la question Paraplégies, *Gaz. des hôpit.*, 1905, n°s 124, 127, 133 et 136).

B. Signes physiques. — A l'*inspection*, on constate l'existence d'une *voussure* appréciable surtout à l'examen oblique (Greene). Cette voussure est située soit au côté droit du sternum, soit à la fourchette, soit à gauche du sternum, selon que l'anévrisme siège sur la portion ascendante, sur la portion transversale ou sur la portion descendante de la crosse; elle est le siège de *battements pulsatiles*, appréciables à la vue et à la palpation : « Il semble qu'il y ait dans le thorax deux cœurs battant dans des points différents » (Stokes). Ces battements sont au nombre de deux : un premier plus fort, plus prolongé, exactement systolique; un deuxième, diastolique, manquant en cas d'insuffisance aortique, ou quand l'anévrisme est ancien et que ses parois sont rigides. Le premier est dû à la distension brusque de la poche par l'ondée sanguine; le deuxième a été attribué : α. à l'occlusion brusque des sigmoïdes refoulant dans l'aorte la colonne sanguine qui en redescendait (Peter). Et, en effet, il ne s'observe que dans les anévrismes très voisins du cœur; il manque dans les cas d'insuffisance aortique concomitante; β. à la distension en deux temps de la poche anévrismale, l'aorte, d'abord distendue par l'ondée sanguine, revenant ensuite sur elle-même (Lyons); γ. au reflux dans la poche anévrismale du sang des grosses artères nées de la crosse (Bellingham); δ. pour Fr. Franck, il y aurait trois battements : les deux premiers systoliques, et dus à la distension, en deux temps, de la poche; le troisième, diastolique, correspondant à l'occlusion des sigmoïdes et causé par le refoulement de l'ondée sanguine dans le sac. Plus tard, l'inspection décèle l'existence d'une tumeur fluctuante, pulsatile, au niveau de laquelle la peau, amincie, rouge, peut finir par se rompre.

A la *palpation*, cette voussure est le siège d'un mouvement d'*expansion centrifuge*, et aussi d'un frémissement vibratoire (*thrill*), léger, coïncidant avec les battements, surtout avec le premier, et dus à la pénétration du sang dans la poche anévrismale.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 110, p. 1318.

A la *percussion*, *matité* au niveau du centre des battements, se confondant parfois avec celle du cœur, dont elle augmente l'étendue.

A l'*auscultation*, on peut percevoir deux ordres de phénomènes : des bruits normaux (*bruits propres* ou *pulsations*, de Stokes) et des souffles (*murmures*, du même auteur).

Les *bruits* rappellent absolument, comme timbre et comme succession, les bruits normaux du cœur (Stokes) : le *premier*, sourd, grave, est dû à la distension du sac anévrismal par la systole cardiaque; le *second*, diastolique, à timbre clair, sec, n'est que la propagation du deuxième bruit cardiaque : il manque, en effet, dans les cas d'anévrismes compliqués d'insuffisance aortique, où il est remplacé par un souffle, et dans les anévrismes éloignés du cœur.

Les *souffles* remplacent les bruits toutes les fois que des altérations anatomiques se sont produites, soit dans les parois anévrismales, soit du côté du cœur (Jaccoud). Ils peuvent manquer dans certains cas d'anévrismes volumineux. Le *premier*, systolique, est dû à la pénétration du sang de l'aorte dans la poche anévrismale; il est doux ou rude suivant l'état de l'orifice et des parois de la poche. Le *deuxième souffle*, beaucoup moins constant, peut être dû : α. à la coïncidence d'une insuffisance aortique : c'est alors un bruit de propagation à maximum cardiaque; β. au reflux, dans l'aorte, du sang ayant pénétré dans la poche anévrismale : il naît alors sur place et augmente par la compression des fémorales (Fr. Franck); γ. à la pénétration, en deux temps, du sang dans l'anévrisme; δ. à une origine cardio-pulmonaire : dans ces deux dernières circonstances, il diminuerait par la compression des fémorales (Fr. Franck).

Le *pouls* est *retardé* et *affaibli*.

Lorsque l'anévrisme siège *en amont du tronc brachio-céphalique*, le pouls est uniformément retardé dans tout le système artériel. Lorsqu'il siège *au niveau du tronc brachio-céphalique*, le pouls est retardé dans le domaine de la sous-clavière et de la carotide droites. Lorsqu'il siège *entre le tronc brachio-céphalique et les artères sous-clavière et carotide gauches*, le pouls est retardé dans les branches de ces deux artères et dans les artères des membres inférieurs. D'après Fr. Franck, la présence de caillots dans le sac anévrismal, la coexistence d'une insuffisance aortique (1) feraient disparaître le retard du pouls, qu'exagérerait au contraire l'association d'insuffisance mitrale ou de rétrécissement aortique.

Le pouls est encore *affaibli*, l'ondée sanguine perdant de sa force dans la poche. Cet affaiblissement serait plus marqué à l'inspiration, la poche se dilatant alors. Le pouls prend quelquefois aussi le caractère paradoxal.

Terminer les signes physiques par la *radioscopie*. On pratiquera divers examens : antérieur, postérieur, latéral gauche, latéral droit surtout (V. Achard, *Nouveaux procédés d'exploration clinique*).

§ II. Variétés cliniques suivant : *A.* Le siège. — **I. Anévrismes de la partie ascendante de la crosse.** — Ces anévrismes, presque toujours sus-sigmoïdiens, *ne donnent habituellement pas lieu à des phénomènes de compression*, mais, se portant en avant, ils usent les parties osseuses du thorax et font à l'extérieur une saillie circonscrite, arrondie, molle, fluctuante, réductible en partie, se dilatant à chaque systole, et présentant très nettement des battements et des souffles; signe négatif de valeur : les deux pouls sont égaux. La poche finit par se *rompre* : α. à la peau, qui rougit, s'ulcère et laisse passer un flot de sang : cette façon de mourir est exceptionnelle; β. dans le péricarde : la mort est habituellement très rapide ; γ. dans l'artère pulmonaire : la cyanose manque, mais, à l'auscultation, on perçoit un double souffle avec frémissement cataire, de la crosse de l'aorte à la base du cœur (Lancereaux); δ. dans la veine cave supérieure : d'où œdème et dilatation veineuse de la face, du cou et des membres supérieurs, et frémissement vibratoire vers le bord droit du sternum.

(*A suivre.*)

(1) L'insuffisance aortique fait disparaître le soulèvement des sigmoïdes, facteur important de retard pour le pouls.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 114. — SAMEDI 6 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 6 OCTOBRE 1906. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 4 octobre 1906 (Question : « Configuration extérieure et rapports de la crosse de l'aorte ») : MM. Madier et Passot, 19; Michaut, 18; Lamy, Leporcq et Michel, 17; Noël (André) et Mlle Parisse, 16; MM. Lafon, 15; Netter, 14; Mersey, 13; Moussour, 11; Madelaine, 10; Michelet, 8; Marquet, 7; Maugis, 6; Pierson et Mlle Pokitonow, 3; M. Labelski et Mlle Mamelle, 2.

La prochaine séance aura lieu samedi 6 octobre, à quatre heures et demie (fin des candidats de la première série de la première moitié). La séance suivante aura lieu le dimanche 7 octobre, à huit heures trente du matin.

Pathologie. — Séance du 3 octobre 1906 (Question : « Symptômes et complications des hernies étranglées »): MM. Desplas et Jacquot (Paul), 18; Hattat, 15; Godéchoux, 14; Delaplane, Doguy, Garbon et Pruvost, 13; François (Maurice) et Gastaldi, 12; Jacquot (Georges), 11; Galliot et Guillot et Mlle Haimovitch, 10; MM. Gillard (Joseph), 9; Gastaud (Paul) et Kamenzer, 8; Guisoulphe, 7, et Figouski, 4.

Séance du 4 octobre (Question : « De l'asepsie et des divers modes de stérilisation du matériel opératoire ») : MM. Desbouis et Grahaud, 17; Gréhant (Stéphane) et Jaugens, 16; Hadengue et Saglier, 15; Gouyon-Beauchamps, 14; Jacquemin (Edouard), 13; Jacquemin (Paul), 12; Dive, Facque, Guinet et Jaisson, 10; Mlle Goldenfan et M. Goldstein, 8, et M. Guichou, 4.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux du Havre s'ouvrira le 23 octobre 1906, devant un jury composé de cinq professeurs de l'Ecole de médecine.

Par suite d'un arrêté ministériel du 18 juillet 1906, un concours pour une place de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie s'ouvrira le 18 mars 1907, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de la Faculté de Paris.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Des concours seront ouverts :

1° A l'Ecole vétérinaire de Lyon, le 16 octobre 1906, pour la nomination de deux chefs de travaux attachés, l'un à la chaire de pathologie des maladies contagieuses, police sanitaire, inspection des viandes de boucherie, médecine légale et législation commerciale en matière de vente et échange des animaux domestiques, l'autre à la chaire de pathologie générale, pathologie médicale et clinique;

2° A l'Ecole vétérinaire de Toulouse, le 6 novembre 1906, pour la nomination d'un professeur de physiologie des animaux domestiques et de thérapeutique générale;

3° A l'Ecole vétérinaire d'Alfort, le 13 novembre 1906, pour la nomination d'un chef de travaux attaché à la chaire de physique, chimie et toxicologie, pharmacie.

Les programmes de ces concours se distribuent à Paris au ministère de l'agriculture (bureau des écoles et services vétérinaires) et dans les trois écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

FORMULAIRE

NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE

Le docteur Spaak emploie depuis plusieurs mois, comme liquide hémostatique, l'eau chloroformée qui, d'après lui, offre sur tous les liquides hémostatiques employés jusqu'à ce jour de grands avantages.

1° Il agit avec une rapidité qui tient du prodige;
2° Il n'a pas le moindre goût désagréable;
3° Il n'exerce aucune action escharotique;
4° Il est à la portée de tout le monde et se fabrique instantanément;
5° Il ne coûte presque rien;
6° Il n'offre aucun désagrément dans son application et ne gêne pas le chirurgien dans ses opérations.

Voici la formule de cet agent hémostatique (1) :

Chloroforme................	2	grammes.
Eau simple................	100	—

(1) *Archives de stomatologie.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître: *Intoxications*, par Carnot, Wurtz, Letulle et Lancereaux. Gr. in-8 de 353 p. — Prix: broché, 6 fr.; cart., 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La leucémie myéloïde, par MM. P. Ménétrier, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, et Ch. Aubertin, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Encycl. scient. des Aides-mém.) Petit in-8 de 206 p. — Prix: broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES SUPPURATIONS HÉPATIQUES

Par E. MICHELEAU,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Il nous paraît à peu près impossible de donner des suppurations hépatiques une définition concise qui soit précise et complète en même temps. Malgré sa simplicité, nous proposerions volontiers la suivante : *On désigne, sous le nom de suppurations hépatiques, des inflammations du foie caractérisées par la présence du pus à leur niveau.*

Leur cause générale est l'infection, soit par les microbes, soit par leurs toxines. Les dégénérescences suppuratives secondaires que l'on rencontre au cours de certaines affections organiques, le cancer colloïde par exemple, ne sont pas à proprement parler des suppurations hépatiques.

Suivant leur abondance, leur espèce, leur degré plus ou moins élevé de virulence dans la même espèce, suivant aussi leur mode d'arrivée, les agents microbiens déterminent des réactions locales et générales différentes. Ainsi s'expliquent les variétés anatomiques et cliniques des abcès du foie, les abcès angiocholitiques et les hépatites suppurées des pays chauds, les abcès miliaires et les grands abcès, qui forment les degrés extrêmes de l'échelle des suppurations hépatiques.

Profondément situé dans l'hypocondre droit, entouré par le péritoine qui, sauf entre les deux feuillets du ligament coronaire, l'isole des organes voisins, séparé en outre de la cavité thoracique par le diaphragme, éloigné de tout contact avec l'air extérieur, le foie est à l'abri des infections directes. La contusion n'agit que comme cause prédisposante; une plaie pénétrante détermine d'ordinaire une hémorragie trop rapidement grave pour que l'infection ait le temps de se produire.

Pour bien comprendre le mécanisme des suppurations hépatiques, il importe, comme le fait Chauffard, de considérer les relations anatomiques du foie. Schématiquement, la glande hépatique peut être réduite à une cellule bipolaire en relation avec la circulation sanguine par l'un de ses pôles, avec l'intestin grêle par l'autre : au pôle sanguin arrivent les infections d'origine sanguine, au pôle biliaire les infections d'origine intestinale. Celles-ci sont des infections ascendantes dont l'ensemble constitue les angiocholites. Nous les décrirons tout d'abord.

I

Suppurations d'origine biliaire : angiocholites. — Historique. — Leur histoire est de date relativement récente. Littré (1833) essaya une description des « cholécystomes »; Cruveilhier figure les abcès biliaires dans son atlas d'anatomie pathologique; Frerichs ébauche une classification des angiocholites exsudatives et catarrhales; Monneret donne de la fièvre pseudo-intermittente hépatique un tableau clinique des mieux étudiés. Les recherches de Charcot et Gombault (1876) sur les abcès biliaires déterminés par la ligature du canal cholédoque inaugurent l'étude expérimentale des angiocholites.

Nous nous bornerons à citer ensuite les travaux de Gilbert et Girode, Charrin et Roger, Veillon et Jayle, Dupré, Frænkel, Netter et Martha, Chauffard, Pick, Gilbert, Lereboullet, Lippmann, Cassaët, les thèses de Dupré, Dominici et Mignot.

Étiologie et pathogénie. — Normalement les voies biliaires sont aseptiques, sauf dans la portion terminale du cholédoque, où Duclaux puis Netter ont trouvé des colibacilles et des staphylocoques. Gilbert et Lippmann ont vu en outre de nombreux germes anaérobies dans toutes les voies biliaires extra-hépatiques. Enfin l'ampoule de Vater où se termine le cholédoque renferme une flore microbienne des plus riches.

Le plus abondant, le plus virulent de ses hôtes, comme aussi le plus rapide à se propager le long des canaux excréteurs de l'organisme (Gilbert) est le colibacille. Aussi est-il de beaucoup l'agent le plus habituel des angiocholites.

Mais il n'est pas le seul : le bacille d'Eberth peut aussi les déterminer soit comme complications de la fièvre typhoïde, soit exceptionnellement comme localisations isolées et primitives (deux cas de Guarnieri et Longuet).

D'ordinaire, le bacille se cantonne à la vésicule dont il détermine l'inflammation avec précipitation consécutive de calculs (Duffourt, Dupré, Cassaët, Gilbert, etc.).

Plus rarement on rencontre les streptocoques, les staphylocoques, le pneumocoque, le tétragène, le bacille du choléra, les saprophytes intestinaux, proteus et sarcines, l'entérocoque de Thiercelin comme M. Busquet en a recueilli récemment une belle observation qu'il nous a gracieusement communiquée. Ils se développent seuls ou associés dans le foie, favorisés, parfois, en cela par une infection générale dont l'agent spécifique demeure étranger à l'infection hépatique.

Il n'est guère habituel que les microbes remontent le cours du produit d'excrétion d'une glande. Plusieurs causes peuvent favoriser leur ascension le long des voies biliaires.

D'abord une exaltation de leur virulence, soit artificielle, comme dans les expériences de laboratoire, soit naturelle comme dans les maladies générales. Les phénomènes fébriles dont celles-ci s'accompagnent diminuent la sécrétion de la bile et déterminent une inflammation catarrhale de la muqueuse digestive dans sa totalité, voies biliaires comprises.

La diminution de la sécrétion biliaire est fatalement suivie d'une diminution parallèle de l'état aseptique des voies biliaires. Comme l'urine, en effet, la bile n'est nullement antiseptique; elle constitue même un bon milieu de culture pour le colibacille (Létienne). Comme pour l'urine, son écoulement régulier à travers ses voies d'excrétion entretient leur stérilité par un procédé purement mécanique. D'autre part, l'inflammation catarrhale de la mu-

queuse s'accompagne d'une parésie canaliculaire éminemment favorable à l'infection. Celle-ci sera d'autant plus efficace que, en arrivant au foie, l'agent microbien trouvera une cellule en mauvais état de fonctionnement.

La cause la plus fréquente des angiocholites est la rétention de la bile dans les voies biliaires. Elle peut résulter d'un spasme des canaux excréteurs, d'un bouchon muqueux (Virchow), d'une coudure, d'un rétrécissement cicatriciel, d'une pancréatite chronique, d'un cancer de la tête du pancréas, du duodénum, des voies biliaires ou d'un calcul du canal de Wirsung, d'une bride péritonéale, d'une adénopathie des ganglions du hile, de ptoses viscérales, d'une grossesse ou d'une tumeur abdominale, toutes causes amenant une compression ou une coudure du cholédoque; des corps étrangers d'origine hépatique, tels qu'une vésicule hydatique, ou d'origine intestinale, tels que des ascarides, produisent le même effet. L'arrêt et l'enclavement d'un calcul biliaire sont de beaucoup les plus fréquemment observés : l'angiocholite calculeuse est le type de l'infection des voies biliaires.

C'est en effet une loi de pathologie générale que, lorsqu'un liquide excrétoire quelconque de l'organisme est retenu dans les cavités et les conduits qui normalement doivent simplement lui servir de lieu de passage, l'infection de ce liquide et de ces conduits devient imminente. Les infections cystiques et rénales chez les rétrécis, les prostatiques, les calculeux en témoignent comme les infections biliaires.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont variables suivant la durée et la virulence de l'infection.

Lorsque la mort survient rapidement, les phénomènes de congestion dominent : le foie est tuméfié, ferme, rouge; sa forme générale est conservée; la surface de coupe laisse s'écouler beaucoup de sang, du mucus et de la bile; on peut y voir parfois de petits abcès. La muqueuse des voies biliaires intra et extra-hépatiques est rouge, tuméfiée, recouverte de mucus et de bile, sillonnée d'arborisations vasculaires. Les cellules qui la tapissent présentent des traces d'irritation : leur protoplasma se gonfle, devient granuleux, leur noyau se colore mal. La lumière du tube est rétrécie et ce gonflement cellulaire combiné à la production exagérée de mucus et à l'épaississement de la bile peut en amener l'oblitération. Certaines cellules, tout à fait nécrosées, tombent ou ne tiennent plus à la paroi que par un mince pont de substance protoplasmique, aidant ainsi à l'oblitération du conduit. Parfois, mais plus rarement, on constate une précipitation de sels biliaires à ce niveau. Les vaisseaux sont volumineux, turgescents; le tissu conjonctif voisin du canalicule est infiltré de leucocytes.

C'est là la forme catarrhale. A un degré plus élevé, la suppuration apparaît et on observe la forme suppurée de l'angiocholite.

Le foie est tuméfié, ramolli dans sa totalité; sa forme est conservée; sa surface est marbrée de taches blanc-jaunâtre, correspondant à des abcès, entourées de portions hyperémiées et de portions colorées en vert par la rétention biliaire. A la coupe, il s'écoule du sang et du pus mélangé de bile. Les canaux biliaires sont dilatés d'une façon plus ou moins irrégulière.

Les abcès sont multiples, atteignant tout le foie qui peut devenir une véritable éponge de pus. Leur volume, généralement peu considérable, varie d'un grain de mil à un grain de chènevis; ce sont des abcès miliaires (Cruveilhier). Lorsque l'inflammation, ne restant plus cantonnée au canalicule biliaire, s'étend au tissu hépatique voisin, à l'abcès canaliculaire (Cruveilhier, Joffroy) succède l'abcès périangiocholitique qui peut atteindre les dimensions d'une noix, d'un œuf (Charcot et Gombault). Parfois ces abcès se réunissent : on a alors les abcès aréolaires du foie (Chauffard), abcès constitués par des cavités irrégulières, anfractueuses, juxtaposées, communiquant entre elles à travers des ponts de substance hépatique déchiquetée.

Ces abcès contiennent un pus épais, de couleur jaunâtre ou blanchâtre plus ou moins foncée en vert par la bile (abcès biliaires). On y trouve fréquemment de petits calculs inflammatoires dus à la précipitation de cholestérine et de sels de chaux. Comme dans tous les pus d'origine intestinale, des gaz fétides s'y mélangent parfois (1). Au microscope, ce pus contient des leucocytes, polynucléaires surtout, plus ou moins granuleux et dégénérés, des cellules épithéliales parfois encore reconnaissables, si l'abcès est seulement canaliculaire, des cellules hépatiques, si l'abcès est aussi périangiocholitique. On peut y colorer les microbes, causes de la suppuration.

La paroi de l'abcès varie d'aspect suivant qu'elle est constituée par la muqueuse des voies biliaires ou par le parenchyme hépatique. Dans le premier cas, on retrouve la tunique des voies biliaires encore reconnaissable par places, mais le plus souvent considérablement modifiée. Les cellules muqueuses sont pour la plupart nécrosées et desquamées; celles qui restent sont en voie de dégénérescence, leur noyau ne se colore plus ou très mal, parfois on y observe des figures de karyokinèse, beaucoup ne tiennent plus à la paroi que par un mince pied de substance protoplasmique. Dans les canaux assez volumineux, le derme et les autres couches de la paroi sont infiltrés de cellules embryonnaires qui en dissocient les divers éléments.

L'inflammation s'étend au tissu conjonctif voisin; souvent des néo-canalicules biliaires apparaissent. Les produits inflammatoires tendent bientôt à s'organiser; des cellules fusiformes se mélangent aux cellules rondes et on trouve du tissu conjonctif fibrillaire.

Les vaisseaux présentent des lésions d'endo et de péri-artérite, d'endo et de péri-phlébite, par propagation de l'inflammation de voisinage; c'est en effet au niveau des espaces de Kiernan que siège l'inflammation angiocholitique.

Mais les lobules ne sont point indemnes. Aplaties

(1) C'est là un caractère que nous n'avons trouvé signalé nulle part et sur lequel notre maître M. Cassaët a appelé tout particulièrement notre attention.

et refoulées au début, les cellules hépatiques, voisines de l'abcès, prolifèrent bientôt et deviennent plus volumineuses; à cette phase d'irritation succède une phase de nécrobiose. Dans le voisinage, les lobules perdent leur disposition trabéculaire.

L'infiltration péri-angiocholitique est souvent primitive. L'abcès qui en résulte est alors limité par une paroi irrégulière, anfractueuse, tapissée de cellules hépatiques diversement dégénérées au contact desquelles peuvent se précipiter de petits calculs. Dans certains cas, ces calculs se conglomèrent et forment de gros calculs intra-hépatiques; M. Cassaët en a trouvé un qui pesait 5gr470. Lorsque l'inflammation dure depuis assez longtemps, la paroi hépatique est envahie par du tissu conjonctif qui forme une véritable membrane pyogénique.

Le péritoine s'enflamme souvent au voisinage de ces abcès : on observe de la péri-hépatite suppurée ou adhésive. Ces lésions sont surtout l'apanage des angiocholites extra-hépatiques, de la cholécystite et des grands abcès du foie. On sait le rôle que certains auteurs, Lejars en particulier, leur attribuent dans la colique hépatique.

Il est enfin des cas où l'angiocholite n'aboutit pas à la suppuration : la cirrhose hypertrophique, une de ses formes tout au moins, la maladie de Hanot, paraît se rattacher à une infection superficielle des voies biliaires. Nous devons nous borner à la signaler ici.

Symptomatologie. — Ces altérations anatomiques s'accompagnent de troubles généraux et locaux. Les premiers sont les plus importants.

Ils diffèrent suivant la cause de l'angiocholite et son moment d'apparition. Lorsqu'elle survient au cours d'une infection générale, ils passent le plus souvent inaperçus. Dans l'angiocholite calculeuse, au contraire, ils revêtent une intensité et des caractères tout à fait particuliers.

La fièvre est le symptôme dominant des angiocholites (Monneret, Charcot). A peu près toujours, lorsque tout au moins la maladie est de date assez récente, elle revêt le type intermittent. L'accès éclate le soir et, comme l'accès d'impaludisme, présente les trois stades classiques de frisson, de chaleur et de sueur. Le frisson est très prononcé, il survient brusquement, avec claquements de dents, cyanose des extrémités, sensation de froid très pénible, prostration extrême. La chaleur lui succède sèche, désagréable, le thermomètre atteignant, *dès le frisson*, 40, 41 degrés. Les sueurs abondantes et profuses marquent la défervescence. L'accès a duré de six à douze heures. Comme dans l'impaludisme, on observe les types quotidiens tierce, quarte, parfois même septane et octane; la régularité des accès est moins absolue cependant.

Cette *fièvre bilio-septique* (Chauffard) se produit dans diverses conditions. Parfois elle suit immédiatement ou même accompagne une colique hépatique; les trois stades de l'accès se déroulent avec une intensité variable, se reproduisent parfois le lendemain et, après un ou deux jours, tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine colique (*fièvre hépatalgique*, Charcot).

Dans ce cas, il est facile de la rattacher à sa véritable cause; on risque seulement de se tromper sur la gravité de sa signification. Parfois, au contraire, elle se manifeste en l'absence de toute colique. Elle peut exister en effet sans qu'il y ait migration d'un calcul; elle peut même être la seule traduction extérieure de la migration d'un calcul (Mossé).

C'est que, en effet, l'infection des voies biliaires succède rarement à une première atteinte de colique hépatique. Elle se développe presque toujours chez de vieux lithiasiques dont les voies biliaires se dilatent de plus en plus à chaque passage de calculs, rendant ainsi leur migration de plus en plus facile et silencieuse. Le traumatisme interne de la colique agit sur la fièvre comme tout traumatisme agit sur les fièvres d'infection et sur l'impaludisme (Verneuil). Sous son influence, les substances pyrétogènes accumulées pendant les périodes d'accalmie ou produites en plus grande abondance par des microbes à virulence exaspérée passent dans le sang et vont faire éclater l'accès. Celui-ci peut aussi, plus simplement, résulter de la vie des microbes, sans traumatisme, et de leur irruption dans le sang (Brieger, Netter, Dupré).

A mesure que l'angiocholite vieillit, la fièvre se transforme. Elle perd peu à peu le type intermittent et devient rémittente, parfois même continue. Enfin, aux approches de la mort, il n'est pas rare que la température s'abaisse jusqu'à l'hypothermie, caractère fréquent des infections colibacillaires.

En outre de la fièvre, on observe un retentissement plus ou moins accusé sur l'état général. L'appétit disparaît; les malades s'amaigrissent et perdent leurs forces, ils ont souvent des troubles digestifs, nausées, vomissements, surtout de la diarrhée.

Les phénomènes purement hépatiques sont d'ordinaire peu marqués. L'ictère n'existe guère que dans la forme catarrhale : il a les caractères de l'ictère par rétention, que celle-ci résulte d'un arrêt du calcul ou plutôt de l'angiocholite tronculaire. Dans la forme suppurée, il est beaucoup plus rare et surtout beaucoup moins marqué; à peine observe-t-on une légère teinte jaunâtre des conjonctives. La région hépatique est douloureuse, le malade y éprouve une sensation de gêne, de pesanteur, à peu près constante; de temps à autre s'y ajoutent de véritables paroxysmes de douleurs lancinantes, pongitives, s'irradiant vers l'épaule droite et vers l'épigastre. Exceptionnellement, la maladie évolue complètement indolore.

L'examen du malade permet d'abord de constater l'ictère lorsqu'il existe, les troubles de l'état général, la fièvre. Lorsque la maladie est déjà un peu ancienne, le malade est amaigri, fatigué; son teint est terreux, ses conjonctives subictériques. La langue est pâteuse, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre plus épais à la base, sèche au moment des accès fébriles. La bouche est mauvaise, l'haleine fétide, surtout le matin au réveil. Le sommeil est troublé; des rêvasseries, des cauchemars, un peu de subdélire nocturne viennent tracasser le malade et oc-

casionner l'insomnie; les préoccupations, les plus simples conversations de la journée deviennent des sujets à hallucinations véritables pendant la nuit.

L'inspection de la région hépatique ne dévoile souvent aucune particularité; la palpation profonde est douloureuse. L'auscultation fait entendre des frottements au cas assez fréquent de péri-hépatite.

Par la palpation et la percussion, on retrouve le bord inférieur du foie au-dessous du rebord des fausses côtes; il est arrondi, lisse, un peu plus épais qu'à l'état normal, pas autrement modifié; l'hypertrophie est totale, régulière, elle porte sur le lobe gauche comme sur le lobe droit, et la forme normale du foie est conservée.

L'exploration de la vésicule biliaire n'est pas dépourvue d'intérêt. La cholécystite accompagne très fréquemment l'angiocholite et la constatation d'une vésicule biliaire enflammée, douloureuse, gonflée et distendue, la découverte de calculs dans son intérieur, possible, quoique très rare, sont des phénomènes extrêmement importants.

La rate est aussi un peu hypertrophiée et douloureuse.

L'examen des autres appareils fournit peu de renseignements, sauf celui de l'appareil urinaire. La diarrhée, assez fréquente, ne s'accompagne d'aucune altération organique cliniquement appréciable de l'intestin. On trouve souvent de la congestion pulmonaire des deux bases, surtout de la base droite; les recherches de Potain et Barié, les expériences de François Franck ont montré son mécanisme par voie réflexe et son retentissement sur le cœur droit dont elle amène consécutivement la dilatation. Lorsqu'elle persiste, c'est qu'aux simples phénomènes vaso-moteurs du début sont venus s'ajouter des phénomènes infectieux : les microbes de l'angiocholite se sont fixés sur le parenchyme pulmonaire comme le font ceux de la hernie étranglée et de l'infection urineuse. L'appareil circulatoire est intact en dehors de toute complication, en dehors aussi des accès fébriles où il existe une tachychardie proportionnelle à la fièvre et parfois de la dilatation du cœur droit. Le système nerveux central ou périphérique, les organes des sens ne présentent aucune particularité pathologique, sauf les troubles du sommeil que nous avons signalés.

L'étude de la sécrétion urinaire est fort intéressante; le dosage de l'urée est un des procédés qui permettent d'apprécier le mieux l'état de la cellule hépatique. Dans l'intervalle des accès fébriles, l'urée n'offre généralement que peu de variations. Au moment des accès, on peut voir sa quantité baisser considérablement (Regnard, Soc. de biol., 22 nov. 1873), à l'inverse de ce qui se produit dans les autres affections fébriles. Les urines sont rares, foncées, troubles, rougeâtres, ou bien parfois un peu ictériques. Les matières extractives augmentent, l'urine contient abondamment des ptomaïnes, leucine, tyrosine, créatine, créatinine, déchets d'oxydation incomplète. A côté de pigments biliaires plus ou moins abondants et modifiés qui peuvent manquer, on y trouve fréquemment de l'indican et constamment de l'urobiline; celle-ci existe même en dehors des accès, traduisant ainsi la souffrance de la cellule hépatique.

On peut apprécier expérimentalement l'état de celle-ci. La glycosurie alimentaire est fréquente, l'élimination du bleu de méthylène devient intermittente (Chauffard).

Le coefficient azoturique est à peu près toujours diminué. Cette recherche est encore longue, minutieuse et compliquée, malgré les simplifications qu'y a apportées M. Denigès. Les procédés qui permettent de l'établir sont plutôt du domaine de la chimie de laboratoire que de la chimie clinique. Il en est de même pour la recherche de la toxicité urinaire et la cryoscopie des urines. La toxicité est toujours augmentée (Surmont). La cryoscopie ne donne que des renseignements incertains.

Tous ces procédés expérimentaux sont fort utiles à connaître. Leur étude permet parfois d'arriver à un diagnostic qui est loin d'être facile dans tous les cas.

Diagnostic. — Lorsque la fièvre apparaît chez un malade venant d'avoir une colique hépatique, lorsqu'elle s'allume chez un vieux calculeux, le diagnostic est déjà très probable d'angiocholite calculeuse. Aussi le premier soin du médecin, après avoir constaté les phénomènes fébriles, doit-il être de se renseigner sur les antécédents pathologiques du malade et de rechercher si aucun d'eux ne peut être rattaché à la lithiase biliaire. Il obtiendra ainsi une présomption, mais rien qu'une présomption.

On peut prendre pour de la simple fièvre hépatalgique un accès de fièvre bilioseptique et réciproquement. L'évolution fixera le diagnostic. Au cas de fièvre hépatalgique, la fièvre apparaît au cours de la colique, ou très peu après; les trois stades de frisson, chaleur et sueur sont mal marqués; parfois même quelques malaises seulement accompagnent une élévation thermique dont le thermomètre est un indispensable témoin : la température dépasse rarement et de très peu 39 degrés; l'accès dure quelques heures et ne se reproduit plus ou se reproduit seulement le lendemain, beaucoup moins accusé; l'état général est peu touché, la lassitude que laissent les douleurs disparaît rapidement. Tout autres sont les allures de la fièvre bilioseptique : la température monte à 40, 41 degrés; les trois stades sont nets, les accès se reproduisent plusieurs jours de suite et retentissent chaque fois un peu plus sur l'état général.

Quand les accès sont franchement intermittents, il importe de les distinguer des accès d'impaludisme. Ceux-ci surviennent de préférence le matin, de minuit à midi (Millot, Laveran), ceux-là sont vespéraux, ils surviennent de midi à minuit, leur succession est moins régulière; la rate est beaucoup plus grosse, l'anémie plus rapide et beaucoup plus prononcée dans l'impaludisme que dans l'angiocholite; celle-ci s'accompagne parfois d'ictère ou de subictère des conjonctives. L'existence antérieure d'accidents hépatiques ou d'accès paludéens a la plus grande importance. On ne manquera pas de s'enquérir de l'habitation accoutumée du malade en « *terre de fièvre* »

ou non. Cela offre un intérêt d'autant plus grand que les deux affections peuvent parfois coïncider.

L'examen du foie s'impose alors, examen clinique qui peut suffire, examen expérimental qui viendra confirmer un diagnostic clinique hésitant. L'examen du sang est, lui aussi, extrêmement important. Au cas de fièvre bilioseptique on ne trouve pas l'hématozoaire de Laveran; il existe de l'hyperleucocytose polynucléaire : de 6000 par millimètre cube les leucocytes peuvent atteindre 15000, 20000, jusqu'à 30000; de 65 à 80 p. 100, les polynucléaires monter à 80, 90, exceptionnellement 95 p. 100.

Dans la malaria, au contraire, la phase d'hyperleucocytose légère qui existe au début de l'accès est essentiellement passagère (Vincent, Bastianelli); la formule hémoleucocytaire est une leucopénie, une diminution souvent considérable du nombre des globules blancs. Du côté des globules rouges, on observe aussi une diminution considérable de leur nombre et de leur richesse en hémoglobine, ce qui explique la rapidité et la gravité de l'anémie. Il faut ajouter l'inefficacité à peu près complète des sels de quinine au cours de la fièvre bilioseptique, leur grande action au contraire au cours de l'accès paludéen.

Cette constatation de l'hyperleucocytose polynucléaire est importante (Pick, Chauffard). Il ne faut cependant pas lui accorder plus de valeur qu'elle n'en a. Il n'est guère en médecine de signe, même fourni par le laboratoire, peut-être surtout fourni par le laboratoire, qui puisse suffire à affirmer un diagnostic. Pour les suppurations hépatiques comme pour toutes les autres maladies, le premier rang appartient sans conteste aux signes cliniques. L'hyperleucocytose polynucléaire n'est, en effet, que la caractéristique d'un état phlegmasique. Elle existe très nette dans les suppurations de l'appareil urinaire, la dilatation des bronches, les phlegmasies de l'appareil génital chez la femme, les suppurations des grosses cavernes pulmonaires tuberculeuses ou autres, toutes phlegmasies qui se traduisent, elles aussi, par des accès fébriles intermittents.

Pour les différencier, il est indispensable de procéder à un examen complet du malade. En localisant les troubles ainsi découverts, on localisera la suppuration fébrigène dans l'appareil urinaire, bronchique, pulmonaire, génital, cardiaque, hépatique. La recherche de l'urée rendra aussi des services, bien que les variations en moins de son chiffre ne soient pas pathognomoniques.

Toutes les remarques précédentes s'appliquent aussi aux cas où, au lieu d'être intermittente, la fièvre bilioseptique devient rémittente ou continue. Nous n'y reviendrons pas.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que le diagnostic de l'angiocholite isolée : quand l'infection des voies biliaires se produit au cours d'une infection générale grave, la fièvre typhoïde par exemple, les phénomènes de la maladie masquent les phénomènes de sa localisation hépatique et le développement de celle-ci est, dans bien des cas, une découverte d'autopsie. Il faut alors la rechercher minutieusement, car seul un peu de subictère est capable de mettre sur la voie de son diagnostic. Trop souvent sa constatation viendra seulement aggraver encore un pronostic déjà mauvais.

Pronostic. — Dans ces dernières conditions, en effet, le pronostic de la complication se confond avec celui de la maladie ou vient l'aggraver. Le pronostic de l'angiocholite calculeuse est tout différent.

Il est rare, en effet, que la mort survienne dès le premier accès de fièvre, sauf s'il s'agit d'une infection très violente ou d'une complication. Le plus souvent la mort arrive tardivement après plusieurs mois et même plusieurs années. Elle peut résulter de divers mécanismes.

Dans les affections du foie, le pronostic, a dit Hanot, est intimement lié à l'état de la cellule hépatique. Dans l'angiocholite, la cellule conserve un état relativement bon et son insuffisance fonctionnelle n'existe guère qu'au moment des paroxysmes fébriles. Aussi la mort ne survient-elle pas par la cellule et l'ictère grave est-il rarement la fin de l'angiocholite.

Mais le foyer infectieux hépatique n'est pas toujours bien toléré. La fièvre, les troubles digestifs, l'amaigrissement, la perte des forces amènent la déchéance de l'organisme et la mort arrive dans l'hecticité et le marasme.

Complications. — Ce n'est pas tout : les complications ne sont pas rares. L'infection hépatique localisée peut être le point de départ d'une infection généralisée et, exceptionnellement, la pyohémie succéder aux abcès de l'angiocholite. Nous verrons tout à l'heure comment l'angiocholite devient infectante.

Nous avons dit plus haut que la congestion pulmonaire, primitivement mécanique par action réflexe, finit par s'infecter. Il en résulte des altérations anatomiques assez étendues et des troubles fonctionnels assez graves pour entraîner la mort.

Nous avons vu aussi que cette congestion était susceptible, au moment des poussées aiguës, de produire la dilatation des cavités droites du cœur et même l'asystolie. Le cœur peut également être infecté par les microbes de l'angiocholite, soit directement, soit après leur passage à travers le poumon. Netter et Matha ont décrit l'endocardite du cœur gauche, Rondot l'endocardite du cœur droit. C'est une endocardite ulcéro-végétante; par désagrégation de ses végétations, elle peut ultérieurement semer dans tout l'organisme l'infection qui l'a elle-même déterminée. Les veines portes s'infectent aussi quelquefois. A la périphlébite des ramuscules portes intra-hépatiques s'ajoute alors la pyléphlébite avec toutes ses conséquences.

Une autre complication de l'angiocholite, la cholécystite, amène la mort par un mécanisme différent. Elle est, à proprement parler, une suppuration extra-hépatique et peut exister isolément. Elle constitue cependant un des éléments les plus importants de l'histoire des angiocholites. Le pus contenu dans la vésicule peut s'évacuer dans les voies biliaires; Guarnieri a même relaté un cas où l'expres-

sion bi-manuelle de la vésicule amenait ce résultat. Mais parfois aussi il y a rétention et le pus doit se frayer un chemin au dehors. La rupture de la vésicule se fait alors le plus souvent au niveau de son fond. Le pus se déverse dans le péritoine où il détermine une péritonite généralisée rapidement mortelle, à moins qu'il ne soit contenu par des adhérences et puisse s'évacuer ainsi vers la peau par une fistule bilio-cutanée ou vers un organe creux de l'abdomen, le côlon surtout ou l'estomac. Plus rarement, la péritonite aiguë se produit par simple filtration à travers les parois de la vésicule. Ce sont là des complications qui mériteraient une description spéciale ; nous devons nous contenter de les signaler.

La mort est donc, à plus ou moins lointaine échéance, la terminaison à peu près fatale de l'angiocholite suppurée. Elle peut dépendre de la virulence de l'agent infectieux et, dans ce cas, survenir très rapidement ; elle peut dépendre d'une généralisation de l'agent infectieux ; elle peut dépendre de l'altération de la cellule hépatique elle-même. Dans le premier cas, la thérapeutique est à peu près impuissante ; il n'en est pas de même dans les deux autres.

Traitement. — Nous pouvons en effet combattre et les deux causes qui produisent l'angiocholite, lithiase et rétention, et l'angiocholite elle-même. Un régime alimentaire approprié, une cure à Vichy s'opposeront à la reproduction des calculs. Au moment de la colique et de la rétention biliaire, l'antisepsie intestinale et hépatique s'impose ; elle s'impose également lorsque l'angiocholite est déjà installée.

Le régime lacté absolu est le meilleur moyen d'assurer l'antisepsie intestinale. On y adjoindra quelques prises de calomel, de salol, naphtol, salicylate de bismuth.

L'agent médicamenteux le plus actif, le plus sûr de l'antisepsie hépatique paraît être le salicylate de soude (Cassaët, Chauffard). C'est à lui qu'il faut recourir non seulement au moment des abcès fébriles et des coliques hépatiques, mais encore dans leur intervalle. Chauffard a bien fixé les règles de son emploi : aux lithiasiques « chaque mois, systématiquement, et parfois pendant une ou deux années consécutives, on donnera 20, puis 15, puis 10 jours par mois, en trois fois, aux repas, une quantité de 1 gramme à 1gr50 de salicylate de soude ». Pendant les accès infectieux, on peut aller jusqu'à 6 et 8 grammes par jour. On se trouvera bien d'y adjoindre 10 centimètres cubes par jour de suc hépatique (Cassaët). Le sublimé a également donné de très bons résultats. On peut l'employer sous forme de liqueur de Van Swieten, à la dose de 30 grammes de celle-ci par jour. Dans un cas, M. Cassaët en a donné jusqu'à 50 grammes et a obtenu la guérison de sa malade. (Obs. II, thèse de Cornet, Bordeaux, 1893.)

Nous n'insisterons pas sur le traitement des angiocholites survenant au cours d'infections. Ce que nous avons dit plus haut de ces variétés nous laisse supposer que la thérapeutique en sera le plus ordinairement vaine.

Parfois les ressources médicales sont insuffisantes, non seulement au cas de cholécystite suppurée où l'intervention chirurgicale s'impose, mais aussi au simple cas d'angiocholite isolée, au cas plus simple encore de lithiase et de rétention. Des guérisons inespérées ont été obtenues dans tous ces cas par le drainage des voies biliaires.

Nous ne saurions terminer cette étude des angiocholites suppurées d'origine ascendante sans dire un mot des *angiocholites descendantes*. Ce sont, pour la plupart, des angiocholites toxiques ou toxi-infectieuses, dont l'agent a d'abord traversé les cellules hépatiques. Elles sont assez discutées et assez mal connues et semblent plus intéressantes par les altérations tronculaires qu'elles déterminent pour l'anatomo-pathologiste que pour le clinicien. Elles n'aboutissent pas à la suppuration. (*A suivre.*)

ANALYSES

CHIRURGIE

Opération modifiée pour rein mobile. (J. Chalmers Da Costa. *New-York med. Journ.*, vol. LXXXIV, n° 5, 4 août 1906, p. 209-212.) — Da Costa est sévère pour la néphropexie pratiquée à l'aide de sutures qu'il accuse de couper infailliblement le tissu rénal entre le point où le fil est passé et la capsule ; d'exposer par suite à la formation d'une fistule urinaire ; de toujours fixer le rein dans une position beaucoup plus basse que celle qu'il occupe normalement ; de le fixer en outre de telle sorte que le bord convexe devient postérieur au lieu d'externe, ce qui réalise une certaine torsion des vaisseaux et de l'uretère, et enfin de laisser au-dessous du rein un espace non soutenu où le rein aura fatalement tendance à tomber. C'est à ces deux derniers facteurs que Da Costa attribue l'échec thérapeutique de beaucoup d'opérations. Il essaya d'obvier à ces inconvénients en suturant à la paroi abdominale postérieure non plus le bord convexe, mais la face postérieure du rein ; mais cela produisit simplement une égale torsion des vaisseaux et de l'uretère seulement en sens inverse. L'opération qui place le rein dans la position la plus rapprochée de la normale est celle de Senn. Dans celle-ci, on excise la capsule graisseuse du rein et l'on scarifie ou l'on enlève complètement la capsule fibreuse ; puis l'on passe une longue bande de gaze sous le pôle supérieur du rein, une autre au-dessous du pôle inférieur ; on rentre le rein dans la plaie et on le pousse le plus haut possible ; enfin l'on tamponne la face postérieure du rein avec une autre bande de gaze. Senn avait aussi l'habitude de passer deux soies dans la capsule à l'extrémité supérieure de la plaie, de les attacher au périoste de la douzième côte et deux autres à l'extrémité inférieure de la plaie et de les passer à travers les muscles lombaires. Après avoir passé ces sutures seulement, il mettait ses bandes de gaze. Cette opération a l'inconvénient de nécessiter l'ablation, toujours très pénible, à tel point que l'anesthésie générale a souvent été de rigueur, des bandes de gaze. La plaie demande des semaines pour se combler par granulation ; de plus, Da Costa affirme que, quelque haut que l'on pousse le rein au moment de l'opération, il tend à s'abaisser pendant la cicatrisation et à se mobiliser de nouveau. Pour rendre l'ablation des bandes de gaze plus facile, Da

Costa a d'abord essayé de les faire arroser pendant une heure avec de l'eau salée, puis au moment de l'ablation, avec de l'eau oxygénée ; mais la douleur était encore vive ; puis il a essayé d'entourer le rein avec du protective mince, mais cela semblait diminuer trop la vitalité des granulations. La technique qu'il a employée dans ses vingt derniers cas est la suivante : excision de la capsule graisseuse, scarification de la capsule fibreuse avec une aiguille ou frottage énergique avec de la gaze, ou même excision partielle ou complète. Puis l'on coud ensemble avec du catgut les extrémités de deux bandes de gaze et l'on prépare ainsi la fronde qui sera passée autour du pôle inférieur du rein ; de même pour la fronde du pôle supérieur. Après trois ou quatre jours, le catgut se résorbe et au lieu d'avoir à enlever deux longues bandes qu'il faut faire tourner tout autour du rein, on a quatre bandes courtes qui se détachent facilement. Le mode de plaçage des bandes est minutieusement décrit.

Il nous semble que ce soi-disant perfectionnement de technique est surtout une complication et que la méthode est passible de reproches beaucoup plus graves que ceux imputés à la méthode des sutures. Que dire de l'emploi en 1906 de mèches de gaze iodoformée sur un rein avivé ou même entièrement décapsulé, soi-disant parce que l'iodoforme s'oppose aux altérations putréfactives des liquides des plaies et parce qu'il semble avoir une influence stimulante sur les granulations ? Que dire surtout d'une méthode qui laisse une brèche de paroi abdominale se combler par granulations, alors que la réunion par première intention est si facile à obtenir et est la condition nécessaire et fondamentale du succès sans récidive ?

F. GARDNER.

ANATOMIE

Nouvelles observations sur l'anatomie du duodénum. (A. J. Ochsner. *The Amer. Journ. of the med. sciences*, vol. CXXXII, n° 1, juillet 1906, p. 1-8.) — Il y a un an, Ochsner a attiré l'attention sur une disposition anatomique du duodénum caractérisée par un épaississement notable des fibres musculaires circulaires de cette portion du canal alimentaire en un point situé au-dessous de l'abouchement du canal commun. Ces fibres varient considérablement dans leur position. Dans certains cas, elles sont disposées en une bande circulaire étroite, formant un sphincter typique. D'autres fois, l'épaississement est plus diffus et forme une large bande circulaire. Dans quelques cas enfin, il y a deux bandes distinctes, séparées par un intervalle dans lequel les fibres musculaires sont de la même épaisseur que dans le reste du duodénum.

Ce sphincter duodénal est situé de 3 à 10 centimètres au-dessous de l'abouchement du canal commun ; parfois une partie du sphincter englobe cet abouchement, mais, dans ces cas, une partie du sphincter descend toujours au-dessous de l'orifice.

L'existence de ce sphincter duodénal explique un certain nombre de phénomènes physiologiques, tels que la présence constante de bile dans les vomissements d'un estomac à jeun, et l'extension fréquente au duodénum des ulcères de la région pylorique lorsque ceux-ci coexistent avec un estomac dilaté sans sténose du pylore. Elle explique aussi certains des symptômes gastriques constamment associés à la lithiase biliaire et enfin une condition que l'on rencontre souvent au cours des opérations pour calculs biliaires ou pour ulcère de l'estomac, à savoir un duodénum très distendu avec une portion initiale du jéjunum fortement contractée. Et enfin, elle explique aussi l'imbibition cadavérique par la bile de cette portion du duodénum sous-jacente à l'embouchure du canal commun. Ochsner pense que cette disposition est destinée à faciliter, en agissant comme un sphincter, le mélange dans le duodénum de la bile et du suc pancréatique. La présence d'un ulcère de l'estomac chez beaucoup de malades ayant eu une appendicite chronique peut peut-être s'expliquer ainsi : pendant une attaque aiguë d'appendicite, la valvule iléo-cæcale se contracte d'une façon exagérée afin d'assurer à la région le repos le plus complet possible. La valvule est le point de départ de contractions anti-péristaltiques qui se transmettent au sphincter duodénal et au pylore, d'où troubles de la motricité stomacale qui ont peut-être un rôle dans la pathogénie de l'ulcère. Ochsner annonce que l'étude anatomique comparée de plusieurs espèces de mammifères lui a montré dans le duodénum des particularités intéressantes qu'il développera plus tard.

F. GARDNER.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET DE L'ALIMENTATION RATIONNELLE DE L'HOMME

(*Paris, 22-27 octobre 1906*)

Programme de questions a traiter. — I. **Bureau parisien de la première division** (recherches scientifiques) : président d'honneur, M. M. Berthelot ; présidents, MM. C. Bouchard et A. Gautier.

Première section (Physique biologique. Energétique). — Présidents : MM. les professeurs d'Arsonval et A. Chauveau ; — Vice-présidents : MM. le professeur Gariel et le docteur Bordas ; — Secrétaires : MM. les docteurs J. Deschamps et Tissot.

Questions : 1° Méthodes de calorimétrie humaine. — Rapporteurs : MM. W. O. Atwater (de Middletown) ; le docteur Pompilian (de Paris) et M. J. Lefèvre (du Havre) ;

2° Besoins de chaleur du corps humain, aux divers âges et dans les différents climats ;

3° Mesure du travail physiologique. — Rapporteurs : MM. le docteur Weiss (de Paris) ; le professeur Zenger (de Prague) et M. J. Lefèvre ;

4° Mesure du travail professionnel musculaire. — Rapporteurs : MM. J. Tissot et L. Camus (de Paris) ; le professeur Imbert (de Montpellier) et M. J. Lefèvre ;

5° Mesure du travail intellectuel. — Rapporteur : M. Ch. Henry (de Paris) ;

6° Vérification des besoins énergiques, méthodes et formules d'énergétique. — Rapporteurs : MM. E. Solvay (de Bruxelles), Ch. Henry (de Paris) ; le professeur Laulanié (de Toulouse) et M. J. Lefèvre.

Deuxième section (Chimie biologique et physiologie). — Président : M. le professeur A. Dastre ; — Vice-présidents : MM. le professeur Ch. Richet ; les docteurs N. Gréhant, Gley et A. Charrin ; M. G. Bertrand ; — Secrétaire : M. le docteur J.-P. Langlois.

Questions : 1° Etat présent des connaissances et des théories sur la nutrition. Déterminer les conditions de la nutrition normale. Minimum des aliments organiques et minéraux ainsi que des boissons nécessaires. Quantité minima d'oxygène. Valeur du coefficient respiratoire. Influence de la minéralisation sur la formation des tissus. Rôle des substances colloïdales dans la nutrition. Ferments solubles et ferments figurés dans la digestion et la nutrition. — Rapporteurs : MM. les professeurs E. Pfluger (de Bonn) et Gilbert (de Paris) ; les docteurs A. Netter, Desgrez et Gaube (de Paris) ; le professeur Lambling (de Lille) ; M. V. Henri (de Paris) ; M. le docteur R. Gaultier (de Paris) ; M. Fauvel (d'Angers) ; MM. les professeurs A. Robin (de Paris) et von Bunge (de Bâle) ;

2° Définition précise de ce qu'il faut entendre par un aliment. L'observation de l'isodynamie dans la composition des

rations doit-elle être considérée comme suffisante, le minimum d'albuminoïdes et de minéraux étant respecté? — Rapporteurs : M. le professeur A. Gautier (de Paris), M. J. Lefèvre et M. le professeur Héger (de Bruxelles);

3° Valeur glycosique des aliments. Quel compte en doit-on tenir dans l'établissement des rations? — MM. les professeurs H. Zuntz (de Berlin), Lambling (de Lille), M. Rubner (de Berlin), Chauveau (de Paris) et M. J. Lefèvre;

4° Digestibilité des aliments. Nombre *optimum* de repas. Durée du repos après le repas. Critique des méthodes employées pour déterminer la digestibilité. Influence de la préparation des aliments sur la digestibilité — Rapporteurs : MM. les docteurs Hallopeau, Linossier et Bardet (de Paris), von Noorden (de Francfort);

5° Synthèse chimique des aliments physiologiques;

6° Classification des aliments d'après leur valeur physiologique. Valeur et danger des aliments nervins. L'alimentation végétarienne. — Rapporteurs : MM. les professeurs Pouchet (de Paris), Pascault (de Cannes), M. Fauvel (d'Angers), M. le docteur Lapicque (de Paris) et M. J. Lefèvre;

7° L'alcool est-il un aliment? Abus et dangers de l'alcool. — Rapporteurs : MM. le professeur A. Gautier; les docteurs L. Camus et Ioteyko (Mlle);

8° Comment préciser par des caractères physiques ou chimiques faciles à reconnaître la valeur nutritive d'une substance alimentaire de façon à pouvoir introduire cette valeur nutritive comme élément dans la fixation de la valeur commerciale? — Rapporteurs : MM. Maquenne et Sidersky (de Paris);

9° La stérilisation nuit-elle au développement de la flore stomacale et intestinale utile? L'alimentation peut-elle maintenir et favoriser l'immunité naturelle? — Rapporteurs : MM. les professeurs Charrin et Metchnikoff (de Paris);

10° Alimentation défectueuse ou insuffisante. Suralimentation et alimentation surabondante. Maladies qui en résultent. Les régimes dans les maladies (tuberculose, foie, arthritisme, etc.). — Rapporteurs : MM. le professeur A. Robin (de Paris); les docteurs Vaquez et Laufer (de Paris).

Troisième section (Alimentation rationnelle. Diététique). — Présidents : MM. le docteur Grandeau; le professeur Chantemesse; — Vice-présidents : MM. les professeurs Budin, Gilbert, A. Robin; les médecins inspecteurs généraux Gentit, Auffret et Kermorgant; — Secrétaires : M. le docteur L. Mac-Auliffe et M. J. Alquier.

1° Etat de l'alimentation populaire au commencement du xxe siècle chez les différents peuples (enquêtes directes et indirectes, valeur physiologique des rations actuellement consommées dans les diverses localités). — Rapporteurs : M. le professeur Waxweileir (de Bruxelles), MM. Hirschfeld (de Berlin), Labbé et J. Tribot (de Paris), Piéquet (de Rouen), Slosse (de Bruxelles); M. le docteur Ioteyko (Mlle);

2° Ration d'entretien aux divers âges. — Rapporteur : M. le professeur Maurel (de Toulouse);

3° Détermination de méthodes rigoureuses d'établissement des rations alimentaires appliquées à la croissance et au travail. Procédés de calcul. Tables usuelles. Quel compte doit-on tenir de la relation nutritive (rapport nutritif)? — Rapporteurs : MM. le professeur Atwater (de Middletown) et M. Burner (de Berlin); MM. J. Alquier, H. Labbé et J. Lefèvre;

4° Sous-sections spéciales à créer pour les applications à la ration alimentaire : *a*. Des nourrices et des nourrissons. — Rapporteurs : MM. les docteurs Michel et Perret (de Paris), Variot, H. de Rothschild; — *b*. De l'adolescence dans la famille et en pension. — Rapporteur : M. le docteur Le Gendre (de Paris); — *c*. Du travailleur manuel à l'usine, à l'atelier et au chantier. — Rapporteurs : M. le professeur Imbert (de Montpellier); — *d*. Du travailleur intellectuel. — Rapporteur : M. le docteur M. de Fleury (de Paris); — *e*. Du travailleur des champs. — Rapporteur : M. le professeur Grandeau; — *f*. Des professions manuelles féminines. — Rapporteur : M. le docteur Pompilian (Mlle); — *g*. Du soldat. — Rapporteurs : MM. Balland; le docteur Drouineau; — *h*. Du marin. — Rapporteurs : MM. Léonard; le docteur Robert; M. Florand (de Paris); M. le docteur Langlois (de Paris); — *i*. Du colon. — Rapporteurs : MM. le docteur M. Loir (de Paris); le professeur G. Reynaud (de Marseille); — *j*. Des sportsmen. — Rapporteur : M. J. Lefèvre.

Quatrième section (Chimie analytique. Falsifications. Législation). — Président : M. le professeur P. Brouardel; — Vice-présidents : MM. J. Cruppi, L. Maquenne, A. Müntz; MM. les professeurs A. Villiers et Thoinot; — Secrétaires : M. le docteur A. Chassevant; MM. Fayolle, E. Roux, H. Bourdeaux et X. Rocques.

1° Tables chimiques (et caloriques si possible) des aliments dans les divers pays, avec indication des déchets (refusés) s'il y a lieu. — Rapporteurs : MM. E. Roux, J. Alquier, Sidersky et Balland (de Paris).

2° Peut-on définir les caractères précis, physiques et chimiques des types d'aliments manufacturés (pure foods)? Quels sont ces caractères?

3° Méthodes d'analyses. — Rapporteurs : vins, MM. A. Gautier et Roos (de Montpellier); — Bière, MM. Fernbach et Effront; — Cidre, M. Kayser; — Spiritueux, MM. Lévy et Rocques; — Lait, MM. de Raczkowski et Chassevant; — Beurre, MM. Müntz, Bellier, Silz et Crispo; — Fromages, MM. Trillat et Lindet; — Huiles comestibles, MM. Halphen (de Paris) et Bellier (de Lyon); — Graisses, suifs, M. F. Jean; Saindoux, margarines, huiles de coco, M. Wissmann (de Leyde); — Nouvelle méthode de recherche des corps gras, M. le professeur A. Haller (de Paris); — Nouvelle méthode de recherche de la cellulose dans les aliments végétaux, M. le professeur F. König (de Münster);

4° Indiquer les falsifications auxquelles sont actuellement soumis les aliments dans chaque pays. — Rapporteurs : MM. le professeur Parodi (du Caire), le docteur L. Weil (de Strasbourg), M. Padé (de Paris);

5° Le contrôle opéré par les associations de producteurs sur les produits fabriqués par leurs membres est-il susceptible de prévenir la falsification de ces produits; Peut-il faciliter la répression des falsifications ultérieures? Expérience du Danemark, des Pays-Bas et autres pays. Coopératives agricoles. Certificats d'origine;

6° Sous-sections spéciales : *a*. Unification des méthodes d'analyse des denrées alimentaires dans les laboratoires officiels en vue de la détermination et de la répression des falsifications. — Rapporteurs : M. André (de Bruxelles), M. le docteur A. Chassevant et M. Sidersky (de Paris), MM. H. Wiley (de Washington) et Bonn (de Lille); — *b*. Unification de la législation internationale en matière de fraudes et de falsifications des aliments de l'homme. — Rapporteur : M. Grognard (de Bruxelles); — *c*. 1° Organisation des services d'inspection et de contrôle de la fabrication, de la production et de la vente des denrées alimentaires dans chaque pays. Etat actuel. Améliorations à y apporter; 2° réglementation de l'hygiène et de la salubrité des emballages et des magasins destinés à l'entreposition et à la vente des aliments de l'homme. — Rapporteurs : M. le docteur Louis Weil (de Strasbourg) et M. le professeur Blarez (de Bordeaux); — *d*. Les laboratoires municipaux et départementaux. Fonctionnement actuel. Améliorations;

7° Les lois de répression des fraudes et falsifications peuvent-elles suffire à assurer l'hygiène alimentaire? A quelles conditions?

8° Expertises alimentaires. — Rapporteurs : MM. Fayolle et Dervieux.

Cinquième section (Bactériologie. Toxicologie. Parasitologie). — Président : M. le docteur C. Roux. — Vice-présidents : MM. les docteurs R. Blanchard, Ogier et Martel. — Secrétaires : M. le professeur Vallée; MM. Kohn-Abrest et Delnos.

1° Produits d'altération dans les viandes, les œufs et les gâteaux à la crème. — Rapporteurs : MM. les docteurs Ogier et A. Netter (de Paris);

2° Viandes, organisation des marchés et halles. Viandes frigorifiées. Viandes en général, volailles, poissons. — Rapporteur : M. Martel;

3° Les parasites de la viande. — Rapporteur : M. le docteur Martel;

4° Parasites des cadavres. — Rapporteur : M. le docteur Dervieux;

5° Légumes toxiques. — Rapporteur : M. Kohn-Abrest;

6° Questions diverses : De la tuberculinine, sa présence dans le lait. — Rapporteur : M. le docteur Baudran; — Ac-

tion de la tuberculinine modifiée (tuberculinase) sur les vaches tuberculeuses. — Rapporteurs : MM. Baudran et Andrieu ; — Prophylaxie des contagions par l'alimentation. Lait (tuberculose). — Rapporteur : M. Calmette (de Lille); — Toxicité résultant des impuretés qui peuvent accompagner les substances entrant dans la fabrication de certaines denrées alimentaires, ou que la fabrication peut y introduire. Bières et sucreries arsenicales, présence de métaux toxiques dans les conserves alimentaires, etc.; Antiseptiques. Toxicité et recherche. — Rapporteurs : M. H. Wiley (de Washington), M. le professeur Blarez (de Bordeaux) et H. Pellet (de Paris).

Sixième section (Statistique. Enseignement. Voies et moyens). — Président : M. Emile Levasseur. — Vice-présidents : MM. A. Fontaine, P. Chautard, A. Haller, A. Trillat et M. le professeur Roger. — Secrétaires : MM. le professeur D. Zolla; le docteur Chevalier; M. E. Macquart.

1° Prix de la nourriture (consommation) dans les villes et les campagnes des divers pays au siècle dernier et au commencement du XXe siècle. Part de l'impôt dans le prix des aliments usuels dans les divers pays et leurs agglomérations urbaines. — Rapporteur : M. Yves Guyot (de Paris);

2° Centres de production et origine des aliments usuels, statistique de la production. Prix à la production, à la fabrique et sur les marchés de gros;

3° Moyens d'approvisionnement les plus propres à assurer, au meilleur marché, l'alimentation des travailleurs des villes;

4° Etat présent de l'approvisionnement en denrées alimentaires des centres urbains et des campagnes dans les différents pays. Améliorations possibles. Statistiques officielles ou particulières;

5° *a*. La production mondiale suffit-elle aux besoins des populations? — Rapporteur : M. Yves Guyot; — *b*. La répartition des aliments est-elle suffisante entre les nations, leurs subdivisions administratives, les villes et les campagnes? — *c*. Voir si, comme l'a dit Malthus, il est exact que la population s'accroisse plus vite que les subsistances. — Rapporteur : M. Yves Guyot.

6° Sous-section spéciale : Enseignement et vulgarisation des sciences appliquées à l'alimentation dans les établissements primaires, supérieurs et secondaires. Enseignement de l'alimentation rationnelle dans les établissements d'enseignement supérieur, notamment dans les Facultés des sciences et de médecine. — Rapporteurs : MM. J. Mongel (d'Epinal) et G. Bertrand.

Septième section (Hygiène appliquée à la technologie alimentaire. Transports). — Présidents : M. G. Griolet et M. le docteur Villejean; — Vice-présidents : MM. E. Fleurent, Balland, Dupont et M. le professeur Lindet; — Secrétaires : MM. G. Halphen et E. Kayser.

1° Hygiène appliquée à la technologie alimentaire. Procédés de préparation, de fabrication et d'emballage des denrées alimentaires. Etat présent. Défauts, améliorations à y apporter. (Commissions spéciales à constituer pour préparer l'application des règles de l'hygiène à la technologie alimentaire.) Laiterie. Meunerie. Boulangerie. Viandes. Epicerie. Denrées coloniales. Boissons fermentées. Légumes et fruits. Corps gras d'origine végétale. Produits sucrés et confiserie. Cuisine et pâtisseries, etc. — Rapporteurs : Vins, MM. Sémichon et Mathieu; — Bière, MM. Fernbach et Effront; — Cidres, M. Kayser; — Spiritueux, MM. Lévy et Rocques; — Lait, MM. Henseval et Maurice Beau; — Beurre, M. Dornic; — Fromages, MM. Roger et Houdé; — Huiles comestibles, M. Dugast; — Graisses, M. F. Jean;

2° Conservation des aliments par les agents physiques, chaleur, froid, électricité;

3° *a*. Etat des industries agricoles alimentaires. Améliorations possibles au point de vue de l'hygiène alimentaire; — *b*. Les industries agricoles de l'alimentation comportent-elles l'association des petits producteurs? — *c*. Y a-t-il avantage pour l'hygiène publique et les intérêts de la production à ce que ces industries se développent? En cas d'affirmative, plus spécialement, dans quelles industries?

4° Transport des denrées alimentaires. Améliorations à y apporter dans l'intérêt de l'hygiène publique. Part des frais dans les prix.

II. **Bureau parisien de la deuxième division** (Applications sociales). — Président d'honneur : M. Léon Bourgeois; — Président : M. J. Siegfried.

Huitième section (Hygiène alimentaire et alimentation rationnelle dans la famille et hors la famille). — Président : M. le professeur Landouzy; — Secrétaires : MM. H. Labbé et J. Tribot.

1° Hygiène alimentaire dans la famille. — Devoirs de la mère de famille et de la maîtresse de maison. Responsabilité. Conséquences pour la prospérité de la famille et la santé. Comptabilité alimentaire. Nombre et types des repas, etc.;

2° Alimentation populaire dans les établissements commerciaux. — Restaurants populaires, bouillons, crémeries. Comparaison des prix. Types de repas selon les professions. Moyens d'y rendre possible l'alimentation rationnelle des travailleurs.

Neuvième section (Coopération et libre concurrence). — Président : M. Lourties; — Secrétaire : M. Courcenet.

Questions à traiter : Coopération et libre concurrence. — Influence respective de la coopération et de la liberté de concurrence sur le prix des aliments dans les villes et les campagnes, tableaux comparés. — Rapports directs du producteur et du consommateur. Y a-t-il avantage à se passer des intermédiaires?

Dixième section (Assistance alimentaire). — Président : M. P. Strauss; — Vice-présidents : M. le docteur H. de Rothschild; M. Van Brock; — Secrétaires : MM. les docteurs Borne et J. Chaillou.

Questions à traiter. — *a*. Œuvres philanthropiques d'alimentation économique : 1° Enfance. — Œuvres du lait. Crèches. Nourriceries. Pouponnats, etc. Cantines scolaires (types de repas). — Rapporteur : M. J. Cerexhe (de Belgique);

2° Adultes. — Restaurants coopératifs. Restaurants de tempérance. Restaurants végétariens. Restaurants de dames seules. — Institutions patronales d'alimentation : Réfectoires (types de repas). Magasins d'approvisionnement. Economats : leurs avantages, leurs dangers. — Mesures propres à permettre le chauffage ou la cuisson des aliments des ouvriers et ouvrières dans les ateliers;

b. Œuvres de bienfaisance et de charité. — Organisation de l'assistance alimentaire privée, dans la famille et hors de la famille. Soupes populaires. Bons divers (pains, viande, lait, etc.);

c. Assistance alimentaire publique.

Onzième section (Prophylaxie sociale de l'alcoolisme et de la tuberculose par l'alimentation). — Président : M. le docteur Cazeneuve; — Vice-présidents : MM. les docteurs Borne et M. Letulle; — Secrétaire : M. E. Nourry.

Questions à traiter : Moyens divers. — Rapporteur : M. Mongel (d'Epinal).

Douzième section (Enseignement et vulgarisation de l'alimentation rationnelle de l'homme et de l'hygiène alimentaire à l'Ecole et hors de l'Ecole). — Président : M. F. Buisson; — Secrétaire : M. Ch. Quillard.

1° Les phénomènes de la vie provoquée par l'alimentation peuvent-ils constituer une base solide de l'enseignement de la morale pratique?

2° Place des questions d'alimentation dans l'enseignement ménager;

3° Programmes et plans d'étude. Modèles de leçons;

4° Place des questions d'alimentation rationnelle dans les cours professionnels. Programmes et plans de conférences dans les œuvres post-scolaires, les syndicats professionnels, au régiment, etc.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 115. — MARDI 9 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 9 OCTOBRE 1906. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 6 octobre 1906 (Question : « Rapports du rectum ») : MM. May, 18 ; Mercier, 16 ; Bœckel, Darrieux et Legal-Lasalle, 15 ; Mouflet, 14 ; Mlles Baillet et Cohen, 12 ; MM. Bardet (Henri), 11 ; Lehmann (Paul Mallet (François) et Moreau, 10 ; Dariaux et Lejeune, 8 ; Boube, 7 ; Mallet (Lucien), 6 ; Noël (Charles), 5, et Malavialle, 4.

Séance du 7 octobre (Question : « Nerf radial ») : M. Beck, 19 ; Mlle Cosmovici, 18 ; MM. Bricout, 17 ; Baudouin (Emile) et Cassard, 16 ; Amaudrut, Bourdette et Colibert, 15 ; Bastard-Bogain et Bel, 14 ; Babeaud, 13 ; Aubert, 12 ; Breuillet, Chaineaux et Colleville, 11 ; Autier et Besnard, 9 ; Mlle Aronovitch, MM. Baudouin (Henri) et Casalis, 8 ; MM. Baudot, 7 ; Bodet, 5, et Chevallereau, 3.

La prochaine séance aura lieu mardi 9 octobre, à quatre heures et demie (suite et peut-être fin des candidats de la première série de la première moitié).

Pathologie. — Séance du 3 octobre 1906 (Question : « Complications de la blennorragie ») : MM. Villette (Jean), 17 ; Plesse et Rosse (Charles), 16 ; Queste, Rousseau (Fernand) et Mlle Trency, 15 ; MM. Heyssier, Sebillotte et Siviécinski, 14 ; Prigent, 13 ; Sourdille et Tripier, 12 ; Horné, 11 ; Taplanel, 10 ; Horo et Pougaud, 9 ; Ropiteau, Segaux et Sérin, 8, et Segherdtzian, 6.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AMIENS. — Une place de médecin suppléant des hospices et hôpitaux d'Amiens est mise au concours. Les épreuves commenceront le 27 décembre 1906, à midi, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence d'un administrateur délégué.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, 127, rue de Beauvais, avant le 15 décembre 1906 ; passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

— Une place de chirurgien-accoucheur suppléant des hôpitaux d'Amiens est mise au concours. Les épreuves commenceront le 20 décembre 1906, à midi, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence d'un administrateur délégué.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, 127, rue de Beauvais, avant le 1er décembre 1906 ; passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

— ORLÉANS. — Un concours pour trois places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire sera ouvert le mardi 11 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Un concours pour un emploi de chef de clinique médicale aura lieu le mercredi 24 octobre, à huit heures et demie.

Un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale aura lieu le vendredi 26 octobre, à huit heures et demie. — La liste des candidats sera close le samedi 20 octobre, à quatre heures.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux aura lieu le lundi 29 octobre, à huit heures et demie, et celui de l'externat le mercredi 31 octobre, à huit heures et demie.

La liste des candidats, pour ces deux concours, sera close le samedi 27 octobre, à quatre heures.

Le registre des inscriptions sera ouvert du mercredi 24 octobre, au lundi 5 novembre.

LE XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE a nommé M. le professeur Berger président du Congrès pour 1907, et M. le professeur Forgue (de Montpellier), vice-président.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1378.*)

L'OCRÉINE

Principe actif
de la
Sécrétion interne de l'Ovaire

Thème

— L'ovarine ou oophorine est inconstante dans ses effets parce que les organes qui servent à la préparer sont mal choisis.

— L'action de l'ovaire sur l'organisme est due à une sécrétion interne.

— La glande à sécrétion interne de l'ovaire et, par conséquent, la seule partie active au point de vue thérapeutique, c'est le corps jaune.

— Le corps jaune n'a qu'une durée transitoire et réapparaît périodiquement dans l'ovaire ; il n'existe donc pas d'une façon constante dans cet organe.

— La plupart des ovaires dont on se sert pour préparer l'ovarine ne renferment pas de corps jaune ou en renferment très peu.

— L'Ocréine est un extrait de corps jaune pur.

G. GRÉMY
16, Rue de la Tour d'Auvergne
PARIS

INDICATIONS & DOSES DE L'OCREINE GRÉMY

I. — Au moment de la puberté. Contre les *troubles de la puberté* pouvant aller jusqu'à la *chlorose*, troubles dus à l'apparition irrégulière du corps jaune ou même à son absence totale (1 à 6 pilules par jour ou une injection *intramuscnlaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours. Continuer le traitement jusqu'à ce que la sécrétion interne de l'ovaire se fasse normalement).

II. — Contre les suites de la castration ovarienne. (3 à 10 pilules par jour pendant 8 jours tous les mois, ou 3 à 4 injections *intramusculaires* de deux centimètres cubes tous les mois, à deux jours d'intervalle.)

III. — Contre l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

IV. — Pendant la grossesse. Le même corps jaune qui a permis à l'œuf de se fixer dans l'utérus persiste pendant tout le temps de la grossesse. La sécrétion de ce corps jaune peut être insuffisante et cette insuffisance se traduit par les signes suivants : bouffées de chaleur, nausées, vomissements, vertiges, étourdissements, palpitations, céphalalgies, etc. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours, jusqu'à disparition des troubles.)

V. — Pendant la ménopause. Les transformations que subit à cette période l'organisme féminin sont dues à l'arrêt plus ou moins lent dans la formation des corps jaunes. Cet arrêt peut se produire brusquement ou les périodes s'espacer de plus en plus, jusqu'à disparition totale. Troubles de l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

FORMES PHARMACEUTIQUES DE L'OCRÉINE GRÉMY

Pilules d'Ocréine Grémy dosées à 10 centigr. de corps jaune pur. Les pilules d'Ocréine possèdent un premier enrobage au gluten qui les rend solubles seulement dans l'intestin et un deuxième enrobage extérieur qui les rend inattaquables à l'air. L'Ocréine se conserve ainsi indéfiniment.

Le flacon de 32 pilules, prix **5 francs**

Ampoules d'Ocréine Grémy. — Chaque ampoule contient deux centimètres cubes d'Ocréine injectable.

La boîte de 6 ampoules, prix **5 francs**

Xe SESSION

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES HYDRONÉPHROSES

Rapport présenté à la Xe session de l'Association française d'urologie (1), par MM. Pierre Duval, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, et Raymond Grégoire, ancien interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Il faut entendre par hydro ou uronéphroses les tumeurs rénales formées par la rétention chronique progressive et aseptique avec distension des cavités pyélo-rénales : elles sont créées par un obstacle à l'excrétion de l'urine.

Au point de vue *étiologique*, l'examen successif des différentes causes auxquelles on attribue la production des uronéphroses a conduit les auteurs à en accepter certaines, comme à en rejeter d'autres.

Ainsi les malformations congénitales des voies urinaires supérieures, ainsi les compressions uni- ou bilatérales de l'uretère, ainsi les lésions traumatiques, inflammatoires ou néoplasiques du conduit vecteur de l'urine, toutes ces causes de distension rétrograde ne sauraient être discutées.

Il n'en est pas de même pour les autres causes généralement admises. Dans l'*uronéphrose par calcul*, celui-ci ne peut à lui seul provoquer l'uronéphrose : en réalité, la distension ne se produit que lorsqu'il existe dans l'uretère une cause de rétention dont l'influence s'ajoute à celle du calcul : rétrécissement acquis de l'uretère ou peut-être malformation congénitale.

De même, les *uronéphroses par coudure sur un vaisseau supplémentaire* n'apparaissent que lorsqu'il existe en même temps une *malformation congénitale*.

Les *uronéphroses par rein mobile* sont en réalité des uronéphroses développées dans un rein mobile : il s'agit là de deux malformations distinctes, elles aussi d'*ordre congénital*.

Quant à l'*uronéphrose dite intermittente* elle correspond à deux types distincts :

D'une part, à un mode particulier de réplétion et d'évacuation des uronéphroses que les auteurs qualifient d'*uronéphroses à réplétion lente et à évacuation brusque*.

D'autre part à un syndrome qui correspond, non à une dilatation intermittente du rein, mais à des *crises de rétention aiguë* pouvant se développer dans des reins mobiles ou non, mais non distendus, ou dans une poche d'uronéphrose vraie déjà constituée, et persistant après la crise.

Enfin, dans les *uronéphroses par positions vicieuses de l'uretère supérieur*, celles-ci sont en réalité effets et non causes du développement de la poche uronéphrotique, mais elles jouent ensuite un rôle important dans l'accroissement progressif de la rétention.

En résumé, la notion de malformation congénitale doit, pour les auteurs, dominer toute l'étiologie de l'uronéphrose dite acquise.

Cette malformation congénitale réside dans la persistance des *valvules*, étudiées dès 1879 par Englisch, et existant normalement au cours du développement de l'uretère ; les rétrécissements dits normaux de l'uretère ne sont sans doute que les vestiges de ces formations passagères qui, lorsqu'elles persistent anormalement, peuvent causer un obstacle permanent au cours de l'urine : si, à cette lésion légère, s'ajoute accidentellement une autre lésion susceptible de gêner le flux urinaire, il se produit une lésion dès lors complexe et capable de provoquer la réno-distension.

Physiologie pathogénique.

Les effets ainsi causés ne sont pas toujours identiques.

S'il y a disparition brusque et totale de la lumière des conduits excréteurs, il se produit de la *rétention aiguë sans distension*, avec augmentation considérable de la tension rénale, distension de l'uretère et du bassinet, congestion rénale intense, — puis arrêt de la fonction rénale accompagné de résorption dans la cavité de la poche, — enfin atrophie du parenchyme rénal et de la musculature des conduits excréteurs.

Cette rétention aiguë définitive ne peut guère se produire chez l'homme, mais il peut exister des rétentions aiguës transitoires qui, *en se répétant*, finissent par amener le relâchement de la musculature du bassinet et des calices : la paroi se laisse forcer et la distension s'établit.

Lorsque l'obstacle est définitif, mais que persiste la perméabilité de l'uretère, il y a mise en tension du contenu, et excrétion insuffisante, mais sans résorption, du contenu de la poche.

Dans cette *rétention chronique avec distension*, la poche s'accroît progressivement, et il s'établit dans le rein des phénomènes congestifs qui peu à peu aboutissent à la sclérose (Albarran). Si cette sclérose s'étend à l'uretère, elle peut en amener l'obturation : il s'agit alors d'un véritable kyste uronéphrotique fermé.

La vidange, au contraire, lorsqu'elle se fait, peut revêtir deux modalités distinctes :

Tantôt elle se fait d'une façon régulière, la poche étant toujours remplie, l'uretère laissant échapper chaque nouvelle quantité de liquide qui affleure son orifice.

Tantôt elle a lieu par intervalles et brusquement, comme si l'uretère faisait siphon, et vidait en totalité la poche : ce sont les *uronéphroses à réplétion lente et à évacuation brusque*.

Enfin, le système évacuateur, quel qu'il soit, peut se trouver tout d'un coup arrêté, et il se produit une crise d'hypertension correspondant au type clinique décrit sous le nom d'*uronéphrose intermittente*.

En réalité, il s'agit tantôt de crises de rétention aiguë dans des reins normaux, avec augmentation

(1) Analysé par M. Lebreton.

de volume due à la *congestion*, et non à la distension (Albarran), tantôt d'hydronéphroses vraies qui, par suite d'un obstacle brusque à leur évacuation, se mettent tout à coup en tension, ne révélant leur existence qu'à cette occasion, et aussi souvent que celle-ci se présente.

L'uronéphrose dite intermittente ne présente donc pas autre chose qu'une crise de rétention aiguë.

Quelles que soient les causes occasionnelles de ces accès, excès de boisson, retenue d'urine, voyage trop long, émotions, refroidissements, menstruation, leur *mécanisme* peut se ramener à un certain nombre de causes physiologiques : mobilisation du rein ou de la poche elle-même, d'où coudure de l'uretère, valvule formant clapet à l'orifice supérieur de l'uretère, torsions de l'uretère, enfin et surtout *spasme* ou *congestion* de la paroi urétérale.

La crise se *termine*, soit par réduction du rein dans sa loge, grâce au gonflement progressif de la poche uronéphrotique, ce qui est rare (cas de Bazy), soit par l'excès de tension de la poche, qui finit par vaincre la résistance de l'obstacle, soit enfin par la disparition du spasme ou la décongestion brusque de l'uretère.

Traitement des uronéphroses. — La néphrotomie simple doit être rejetée : de même la ponction évacuatrice, et le cathétérisme répété de l'uretère.

Il ne reste en présence que deux méthodes, l'une radicale, la néphrectomie, l'autre essentiellement *conservatrice*, mais variable comme applications.

a. La *néphrectomie* doit se faire aseptiquement, et l'uronéphrose être enlevée comme un sac fermé.

La meilleure voie d'accès est la voie sous-péritonéale latérale, avec incision verticale coudée en avant à ses deux extrémités (Bardenheuer).

Après relèvement du grand lambeau ainsi formé et refoulement du péritoine, on cherche l'uretère et on en fait la ligature, puis la section, aussi bas que possible.

Le pédicule est lié à son tour, et la poche extirpée par retournement de dedans en dehors.

On termine par une suture pariétale à trois étages, sans drainage.

b. Les *opérations conservatrices* sont variables :

α. *Section de l'éperon pyélo-rénal*;

β. *Pyélo-plasties* : urétéro-plastie simple, pyéloplicature, résection orthopédique du bassinet;

γ. *Urétérolysorthose*;

δ. *Anastomoses urétéro-pyéliques* ou *pyélo-vésicales*, dans lesquelles le cathétérisme de l'uretère facilite beaucoup la réussite de la bouche anastomotique;

ε. *Section de l'artère supplémentaire inutile*;

ζ. *Néphropexie*, inutile par elle-même, mais devant servir de complément à toutes les opérations précédentes.

En somme, la chirurgie des uronéphroses doit être *essentiellement conservatrice*.

La néphrectomie doit être reléguée au rang d'opération d'exception; elle n'a plus dans l'espèce que deux indications, l'impossibilité absolue de pratiquer une opération conservatrice quelconque, ou la disparition totale du tissu rénal.

Quant à déterminer quelle est la meilleure des opérations conservatrices, l'expérience n'est pas encore suffisante pour pouvoir faire une réponse scientifique à ce sujet.

A propos des hydronéphroses acquises.

M. Bazy estime qu'il faut beaucoup insister sur les hydronéphroses consécutives aux prolapsus génitaux chez la femme. Il faut ajouter aux causes d'hydronéphrose les adhérences pelviennes résultant de périmétrites et périsalpingites éteintes.

Il insiste surtout sur l'hydronéphrose intermittente. Il n'adopte pas la classification acceptée par les rapporteurs, qui rangent l'hydronéphrose intermittente parmi les hydronéphroses acquises, du reste eux-mêmes acceptent à ce sujet les idées de M. Bazy qui en fait une conséquence des malformations du bassinet.

L'auteur ne reviendra pas sur les points qu'il a développés au point de vue pathogénique et thérapeutique dans divers mémoires.

Il a le plaisir de constater que les rapporteurs ont accepté les idées émises dans ces divers mémoires sur la pathogénie de cette hydronéphrose, idées absolument opposées à celles qui ont cours jusqu'ici : *il n'y a pas d'hydronéphrose intermittente par rein mobile*; car l'hydronéphrose intermittente est rare, le rein mobile est fréquent, le rein mobile s'observe surtout chez la femme et à droite. L'hydronéphrose intermittente s'observe également chez l'homme, l'enfant et la femme aussi bien à gauche qu'à droite. Le rein de l'hydronéphrose intermittente n'est pas mobile. L'influence des vaisseaux anormaux est secondaire, leur action est inutile et même nuisible.

Quant au traitement, l'auteur donne la préférence aux opérations anaplastiques, il emploie la voie transpéritonéale, sauf dans les cas infectés. Les opérations anaplastiques font cesser complètement les accidents de l'hydronéphrose intermittente, donc ces anaplasties ont réussi.

M. Bazy ajoute un nouveau cas à ceux qu'il a publiés antérieurement soit dans la *Revue de chirurgie*, soit à la Société de chirurgie.

M. Cathelin rapporte 4 cas d'hydronéphroses dont trois congénitales et un d'origine calculeuse. Il fit le cathétérisme urétéral dans les quatre cas; il put ainsi s'assurer du peu de valeur fonctionnelle du rein malade et de l'excellence du rein opposé. La division des urines dans ces cas, ne peut en effet fournir des renseignements que sur l'excrétion du rein malade. Le rein, dans trois des cas participait à la distension; dans l'un d'eux il y avait un bassinet énorme contenant près d'un litre et le rein, en accordéon, n'avait presque plus de parenchyme normal. Dans l'un des cas, on distinguait nettement un étranglement de l'uretère, probablement congénital, au-dessous du bassinet dilaté; le diagnostic ne fut fait que tardivement au moment d'une crise coïncidant avec une tumeur rénale. Dans le cas d'hydronéphrose calculeuse, il s'agissait d'un jeune homme, porteur d'un beau calcul ramifié du bassinet et des calices.

La néphrectomie, dans trois des cas, se fit sans

difficulté ; la néphrostomie dans le quatrième cas, imposée par les circonstances, sera bientôt suivie d'une néphrectomie secondaire. En dehors des cas particuliers de résections orthopédiques, l'auteur ne se montre pas partisan des plasties et néostomies uretérales à cause d'abord de l'insuffisance fonctionnelle de ces reins, très altérés, avec poches souvent énormes et quelquefois infectées, puis à cause de l'aléa des sutures sur de petits organes et la perspective d'une opération complémentaire. La néphrectomie est ici bien supérieure à une conservation théorique, sans grande valeur comme le prouvent les expériences de Donati et l'absence de contrôle ultérieur par la division des urines.

Hydronéphrose calculeuse intermittente.

M. Desnos (de Paris). Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui depuis sa jeunesse présentait des signes de calcul rénal, douleur plus ou moins vive du côté droit, provoquée par les efforts, rarement spontanée ; urines très rarement rosées. Il y a dix ans les douleurs devinrent peu à peu moins vives, quand, il y a quatre ou cinq ans, survint, spontanément, une crise très différente des précédentes, douleurs moins aiguës, sourdes, pongitives, mais tout à fait continues; cet état se prolongea deux jours environ, puis brusquement les souffrances disparurent, en même temps que la diurèse devenait très abondante. Pendant ces cinq années le malade a eu une vingtaine de crises de ce genre ; j'en ai observé plusieurs et constaté une tumeur rénale, volumineuse pendant les crises, diminuant dans leur intervalle, quoique le rein restât appréciable.

Le malade qui s'était refusé jusque-là à toute opération, fut atteint d'une grippe infectieuse très grave à la suite de laquelle les urines, jusque-là limpides, se troublèrent, et la douleur rénale augmenta sans intermittence. La fièvre continuant, une incision lombaire me conduisit sur une poche volumineuse, descendant jusqu'au détroit supérieur, formée par une énorme dilatation pyélitique et rénale que j'extirpai. Au niveau de l'orifice supérieur de l'uretère, mais non dans sa cavité, proéminant dans le bassinet, existait un calcul gros comme un noyau de datte, absolument enclavé et pouvant basculer et venir en s'abaissant, obstruer complètement l'orifice urétéral, calcul d'origine très ancienne, cause évidente des accidents d'hydronéphrose intermittente.

De l'hydronéphrose par rotation du rein autour d'un de ses axes.

Cette variété est moins rare qu'on ne pourrait croire. Seize fois M. le docteur Hamonic a eu à intervenir pour des déviations rénales et, depuis que son attention est appelée là-dessus, ce chirurgien a observé fréquemment cette modalité clinique.

L'*hydronéphrose par rotation* ne rappelle en rien les tumeurs uretérales classiques dues à la rétention. Elle se distingue aussi de l'hydronéphrose par abaissement du rein.

M. le docteur P. Hamonic, dans toutes ses opérations, a rencontré autour du rein des adhérences plus ou moins rétractées et dures qui résultaient d'un *processus inflammatoire périnéphrétique.* De plus il a constaté que le *rein était* malade, congestionné, enflammé ou dégénéré.

L'altération parenchymateuse lui a paru la première en date et c'est elle qui, vraisemblablement, a donné lieu à la périnéphrite chronique d'où sont résultés les épaississements fibreux. En se rétractant, ces dernières ont imposé au rein des attitudes vicieuses. Une fois même la maladie résultait d'une néphropexie mal faite.

Quand les adhérences ont dévié l'organe, l'amaigrissement ou le relâchement neurasthénique des tissus exagère la mauvaise position.

La succession des phénomènes est la suivante :

Altération primitive du rein, *périnéphrite chronique, épaississements inflammatoires* de l'atmosphère celluleuse; *rétraction* des adhérences et *rotation* du rein autour d'un de ses axes (vertical, transversal ou antéro-postérieur).

Les *symptômes* sont ceux communs à toute ptose rénale. Mais, toutes choses égales, ils sont beaucoup plus accusés ici que dans l'abaissement simple. C'est qu'en effet, l'abaissement rénal arque l'uretère sans beaucoup effacer sa lumière, tandis que le moindre mouvement de bascule coude le conduit et l'oblitère.

L'*évolution* est progressive, d'autant plus que les malades ne peuvent guère supporter les appareils contentifs qui, pour être efficaces, doivent exercer une pression active et très localisée.

Au point de vue du diagnostic la modalité actuelle est souvent confondue avec le *lombago* et la *névralgie.*

Parfois, on rapporte les symptômes à la *néphrite* qui existe réellement et marque la première étape de l'évolution, mais qui n'est pour rien dans les manifestations de l'hydronéphrose.

La palpation a pu faire croire dans quelques cas à l'existence d'une *tumeur abdominale.*

La déviation rénale aggrave toujours les lésions parenchymateuses ou prédispose le rein à la maladie, si, par exception, l'organe n'est pas lésé.

L'opération de choix est la *néphropexie.* Mais il faut avoir soin, avant de fixer le rein, de le libérer des adhérences qui vicient sa position et de bien rétablir sa verticalité.

A propos de la pathogénie et du traitement des hydronéphroses.

M. Luys insiste sur le rôle des artères anormales dans la production de l'hydronéphrose et il apporte à l'appui deux pièces qui semblent nettement démontrer le rôle de la présence de l'artère dans la production de l'hydronéphrose.

Au point de vue des indications du traitement, M. Luys pense qu'avant d'opérer, il faut pratiquer des examens complets du malade et il estime que les deux méthodes de la séparation intra-vésicale des urines et du cathétérisme uretéral, loin d'être mises en antagonisme, doivent au contraire être employées l'une et l'autre, et chacune d'elles doit donner des renseignements spéciaux.

La séparation intra-vésicale fera voir si les coudures urétérales sont fixes ou mobiles.

Le cathétérisme de l'uretère permettra de préciser l'endroit exact du rétrécissement ou de la coudure et d'autre part, de connaître avec précision la capacité du bassinet.

De toutes ces notions, il se dégage qu'on pourra, avant de prendre le bistouri, savoir quelle opération on devra pratiquer : contre la coudure mobile qu'aura décelée le séparateur, on aura recours à la néphropexie; contre les grosses dilatations du bassinet, c'est à la résection orthopédique du bassinet qu'on devra s'adresser.

M. Rafin (de Lyon) rapporte treize observations d'hydronéphrose, comprenant des cas d'hydronéphroses aseptiques ou infectées, et d'hématonéphrose.

M. Rafin reste partisan des opérations conservatrices qu'il a déjà préconisées en 1899 dans la thèse de Verrière.

Le cathétérisme de l'uretère est supérieur à toute autre méthode, soit au point de vue diagnostic, soit comme moyen de vérification des résultats opératoires. Dans les hydronéphroses aseptiques volumineuses, il convient d'être très réservé dans son emploi, les collections s'infectant comme les vessies distendues. En présence d'une hydronéphrose infectée et surtout dans les cas où il existe une contre-indication opératoire, le cathétérisme thérapeutique constitue une ressource précieuse. Pour préciser les indications de la néphrectomie et des opérations conservatrices, il faudra tenir compte de divers éléments, tels que l'état général, l'infection, la valeur du rein à conserver, et la gravité de l'opération à pratiquer. Le choix ne sera pas toujours des plus aisés, car les observations de guérison après une opération conservatrice à l'abri de toute critique sont d'une extrême rareté.

XIXe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Après son remarquable discours dont nous avons donné des extraits, M. Monprofit a ouvert le XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie.

C'est M. Lejars qui monte le premier à la tribune pour la lecture de son rapport sur la **chirurgie des gros troncs veineux**. Dès la semaine dernière, nous en avons publié ici une analyse détaillée.

Une discussion s'est immédiatement ouverte sur cette question, ou mieux à l'occasion du rapport un certain nombre d'orateurs ont fait connaître leurs observations personnelles.

M. Morestin a eu deux fois à intervenir pour des blessures des sinus craniens à la suite de fractures du crâne. Malgré l'hémostase assurée par le tamponnement, la mort est survenue dans les deux cas.

Dans un cas, il eut à lier à quelques jours d'intervalle les deux jugulaires. Le malade succomba quelques minutes après la deuxième résection, présentant une tuméfaction violacée de la face. Dans un cas, l'extirpation d'un branchiome malin du cou ayant nécessité la résection de la jugulaire interne et de la carotide, la mort rapide termina l'acte opératoire.

Les ligatures des grosses veines des membres ont au contraire donné de bons résultats. Cependant M. Morestin se rapproche de l'opinion de Gensoul qui prétend que, dans les cas de plaie de la veine fémorale, il est préférable de lier à la fois l'artère et la veine. Dans un cas de ligature de la veine, il y eut une congestion véritablement effrayante du membre et la tension de la veine fémorale fut telle que la ligature céda, livrant passage à un véritable jet de sang.

M. Depage (de Bruxelles) a eu l'occasion de lier les gros troncs veineux sans accidents. Toutefois la ligature des veines pulmonaires dans un cas de pneumectomie totale fut suivie de mort rapide : il s'était formé un caillot jusque dans le cœur.

M. Depage signale plusieurs cas heureux de suture veineuse dans un cas de blessure de la veine-porte, suturée bout à bout, après sa résection pendant l'ablation d'un cancer du pancréas. Malgré la mort qui survint dans les vingt-quatre heures, M. Depage croit que la suture avait bien tenu et que la plaie veineuse ne fut pas la cause de la mort.

M. Delagenière (du Mans) a lié avec succès de gros troncs veineux; il pense même que la ligature est le meilleur mode d'hémostase des plaies des sinus veineux craniens, à la condition d'avoir recours à un petit artifice opératoire.

Néanmoins la suture des veines donne de bons résultats (deux sutures de la veine fémorale, une suture de l'axillaire).

Dans les cas désespérés, la forcipressure à demeure peut rendre de grands services. Témoin un cas de blessure du tronc brachio-céphalique droit.

Enfin, dans un cas, M. Delagenière pratiqua le rétrécissement d'une dilatation ampullaire de la saphène par un véritable capitonnage.

M. Duret fait remarquer qu'il a pratiqué une douzaine de fois la résection ou la double ligature de la jugulaire interne sans qu'il en soit résulté le moindre incident; il a de même pratiqué la ligature du sinus longitudinal supérieur blessé au cours d'une trépanation.

Dans deux cas, M. Duret a pratiqué la ligature double de la veine iliaque externe pour phlébite survenue au cours d'une fièvre typhoïde. L'un de ses malades succomba.

M. Villar (de Bordeaux) a pratiqué et expérimenté les sutures veineuses; il partage l'opinion du rapporteur sur les indications de la suture et de la ligature.

M. Témoin (de Bourges) a guéri un malade dont la veine cave avait été blessée au cours d'une néphrectomie, pour une énorme tumeur du rein. Malgré le succès que lui donna la suture veineuse, M. Témoin pense que la ligature reste le procédé hémostatique de choix pour la plupart des blessures veineuses.

C'est l'opinion de M. Faure, qui ajoute qu'il croit peu aux dangers de l'entrée de l'air dans les veines. Ce n'est pas l'avis de M. Ziembicki (de Lemberg) ni de M. Thiéry (de Paris).

M. Vidal (d'Arras) pense que la ligature des deux jugulaires peut être faite sans inconvénient si une compression préalable, par une tumeur, a permis le développement d'une circulation veineuse collatérale.

Il déclare que, pour les sinus, il préfère la suture à la ligature.

M. Delaunay a eu un succès dans un cas de pincement latéral de la veine iliaque externe blessée, mais il pense que pincement ou ligature latérale se terminent souvent par une thrombose oblitérante ainsi qu'en témoigne l'œdème du membre. La ligature simple est donc préférable.

Dans un cas de blessure de la veine cave inférieure, au-dessous des veines rénales, une double ligature amena la guérison. D'une façon générale, M. Delaunay préfère la ligature à la suture.

M. Barnsby (de Tours) enregistre au contraire un beau succès de suture de la veine cave inférieure, blessée au-dessus des veines rénales au cours d'une néphrectomie.

M. Alessandri (de Gênes) a pratiqué avec succès la suture de la jugulaire interne.

M. Ullmann (de Vienne) relate des faits réellement curieux. Il a réussi expérimentalement des sutures vasculaires sur prothèse d'aluminium; il a pu, notamment chez le chien, transplanter le rein au cou en abouchant l'artère rénale à la carotide et la veine rénale à la jugulaire et voir la fonction du rein se continuer normalement : l'urine s'écoulait par l'uretère abouché à la peau du cou.

Chez l'homme il a réussi dans un cas à réséquer de propos délibéré la veine cave inférieure. Il s'agissait d'une tumeur du pancréas ayant envahi les parois de la veine cave. Ullmann pratiqua la résection en bloc de la tumeur et sutura la veine cave en deux plans; dix-huit mois plus tard il réopéra ce malade pour cancer de l'estomac et put ainsi s'assurer que la suture de la veine cave était parfaitement guérie.

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

M. Auvray a eu à intervenir dans 7 cas de plaies de l'estomac, il a obtenu 4 guérisons et 3 morts. Il insiste surtout sur la nécessité de créer une large brèche dans l'épiploon gastro-colique, même si quelques vaisseaux sont lésés. Souvent cette brèche est insuffisante et pour bien explorer la face postérieure de l'estomac, il faut en outre pratiquer la gastrostomie. Mais il est évident que cette opération prolonge et aggrave le pronostic de l'intervention et qu'elle n'est indiquée que dans certains cas spéciaux où la plaie postérieure est difficile à déceler et à aborder par une autre voie.

M. Savariaud pense que la meilleure voie d'accès pour aborder la face postérieure de l'estomac est la voie transcondro-costale qui est d'une façon générale la voie d'accès de l'hypocondre gauche.

M. de Zawaski (de Varsovie) répond que dans 20 cas de plaies de l'estomac qu'il a eu à traiter, il a toujours pu se contenter de la voie trans-épiploïque pour aborder la face postérieure de l'estomac. C'est également l'avis de M. Delagenière (du Mans) qui a toujours pu se contenter d'intervention simple, et qui rejette, en principe, pour ces cas, toute opération complexe.

M. Legueu rapporte trois observations de plaies du foie par arme à feu, il a pu sauver les blessés par la laparotomie et le tamponnement. Un quatrième malade, qui avait eu le foie traversé de part en part par un coup de couteau, a succombé.

M. Legueu croit la suture inutile et dangereuse, et il se borne au tamponnement, beaucoup plus rapide et tout aussi efficace.

M. Dujon (de Moulins) fait connaître un cas intéressant de **cholécysto-duodénostomie** qu'il dut pratiquer pour une oblitération du cholédoque due à des adhérences péritonéales, reliquat d'une péritonite tuberculeuse guérie.

M. Berthomier (de Moulins) attire l'attention sur la valeur de l'exploration dans le **décubitus latéral gauche** pour différencier l'appendicite chronique de la douleur de la salpingite droite ou de l'entéro-colite pseudo-membraneuse.

M. Pauchet (d'Amiens) fait connaître 4 cas de **tuberculose du cæcum**. Dans un cas, il a fait l'exclusion ferme du cæcum, en pratiquant une double implantation de l'iléon dans le côlon. Dans un autre cas, il a pratiqué l'exclusion ouverte en fistulisant à la peau les deux bouts du segment cæcal sectionné, et en rétablissant la continuité de l'intestin. Dans deux autres cas enfin, il a réséqué le segment iléo-cæcal malade, ferme les deux bouts de l'intestin et termine par une anastomose iléo-colique latérale à l'aide du bouton de Murphy.

M. Cazin revient sur un procédé de **technique de la colpopérinéorraphie**, procédé préconisé par Groves en Angleterre et par Chaput en France. Cette technique consiste à pratiquer systématiquement la suture des releveurs en avant et en arrière du vagin.

Voici la technique que préconise M. Cazin :

En pratiquant une incison horizontale sur la paroi antérieure du vagin, à 4 ou 5 centimètres en arrière du méat urétral, et en décollant la lèvre supérieure de la plaie sur une hauteur suffisante pour isoler la vessie, il est facile de trouver les releveurs sur les parois latérales du vagin en enfonçant profondément le doigt successivement à droite et à gauche de l'incision. On attire alors le bord interne du muscle de chaque côté avec une pince à griffes et on passe successivement deux ou trois fils destinés à réaliser la myorraphie antérieure. Il lui est arrivé une seule fois de ne pouvoir faire une approximation complète des muscles; dans tous les autres cas, la suture a été pratiquée sans difficulté. On termine la colporragie en suturant les deux lèvres de la plaie vaginale après avoir réséqué 3 ou 4 centimètres du lambeau supérieur.

Il ne reste plus qu'à faire la colpopérinéorraphie postérieure en suturant de la même façon les releveurs en arrière du vagin, au moyen de deux ou trois points de suture.

Il emploie pour ces sutures le tendon de renne, plus résistant et moins rapidement résorbable que le catgut. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DU 3, 10, ET 17 SEPTEMBRE 1906)

Sur l'activité hématopoiétique des différents organes au cours de la régénération du sang, par M. Paul CARNOT et Mlle DEFLANDRE. — De trois séries d'expériences résultent les conclusions suivantes :

Le sérum des animaux, en pleine crise de rénovation hématique, provoque, chez les animaux neufs, une hyperglobulie caractérisée par un gain d'un à trois millions d'hématies par millimètre cube.

La moelle osseuse est au moins aussi active que le sérum : elle contient donc une proportion notable d'hémopoiétine.

Abstraction faite du cerveau, dont l'action nécessite de nouvelles recherches, et du foie dont l'activité est peut-être due au sang contenu dans l'extrait, tous les autres organes (rate, intestin, rein, capsule surrénale, muscle) se sont montrés inactifs.

L'hémopoiétine, élaborée au cours de la régénération du sang, existe donc à la fois dans le sang et dans la moelle osseuse, plus encore peut-être dans la moelle que dans le sang Il est donc problable que la moelle est le lieu d'origine de cette substance : mais il se pourrait à la rigueur qu'elle s'y fixât secondairement, par suite de son affinité élective pour le tissu médullaire sur lequel elle doit agir.

Pratiquement, la richesse du sérum et de la moelle osseuse en hémopoïétine, au cours de la rénovation hématique, permet d'utiliser thérapeutiquement l'un ou l'autre de ces produits. Si l'injection sous-cutanée du sérum est préférable à l'injection sous-cutanée d'extrait médullaire (de préparation aseptique plus difficile), des recherches récentes ont montré aux auteurs, par contre, que l'ingestion rectale ne faisait pas perdre au produit la totalité de son activité : l'extrait médullaire pourrait peut-être, alors, être utilisé par cette voie.

L'injection sous-cutanée de sérum, la seule employée jusqu'ici chez l'homme, a donné, dans les diverses variétés d'anémie symptomatique où on l'a utilisée, des hyperglobulies de plus de deux millions d'hématies par millimètre cube : ces hyperglobulies persistent un fort long temps chez les sujets normaux : elles durent moins longtemps lorsque la cause d'anémie persiste et détruit les nouvelles hématies formées : mais, même dans ces cas, elles persistent de deux à trois semaines, et une nouvelle injection, pratiquée après ce laps de temps, produit à nouveau une augmentation du nombre des hématies.

Expérience d'infection de trypanosomiase par des « glossina palpapis » infectés naturellement. — M. L. CAZALBOU.

(SÉANCE DES 24 SEPTEMBRE ET 1er OCTOBRE 1906)

Nouveaux exemples de rosacées à acide cyanhydrique.— M. L. GUIGNARD. Dans cette note, l'auteur expose des recherches qui viennent doubler le nombre des espèces à acide cyanhydrique déjà connues, chez les rosacées, dans les deux tribus des pirées et des spirées.

Parmi les organes végétatifs de ces plantes, ce sont presque toujours les feuilles qui fournissent la proportion la plus élevée d'acide cyanhydrique et, dans certains cas, cette proportion atteint presque celle que l'on obtient avec les feuilles de laurier-cerise.

ANALYSES

MEDECINE

Sur la question de la curabilité et du traitement de la méningite tuberculeuse. (G. RIEBOLD. *Münch. med. Wochens.*, 28 août 1906, n° 35, p. 1709.) — Une jeune fille de seize ans fut admise dans la clinique de Schmaltz, à Dresde : elle présentait tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse. Elle fut traitée par la ponction lombaire pratiquée quotidiennement, et la quantité totale de liquide céphalo-rachiden ainsi soustraite s'élève à 574 centimètres cubes. Dès les premières ponctions, les symptômes de la maladie s'amendèrent et l'état général s'améliora peu à peu. Au commencement de mars 1906, deux mois après le début des accidents, la jeune fille pouvait être considérée comme guérie. Elle a été revue en août 1906 et était encore en parfaite santé.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse a été confirmé : 1° par la découverte de bacilles tuberculeux très nombreux, à l'examen direct du liquide céphalo-rachidien ; 2° par l'inoculation intrapéritonéale à deux cobayes de ce liquide, qui a déterminé chez ces animaux une tuberculose généralisée typique.

L'observation rapportée par Riebold semble donc être un cas incontestable de guérison sûre d'une méningite tuberculeuse. A. LEMIERRE.

Sur un cas typique de chlorome du crâne. (C. PFEIFFER. *Munch. med. Woch.*, n° 39, 25 sept. 1906.) — Pfeiffer rapporte une observation typique de cette affection exceptionnelle décrite par Aran sous le nom de cancer vert, et généralement connue sous le nom de chlorome.

Il s'agit d'un enfant qui présenta d'abord une suppuration de l'oreille moyenne droite avec surdité de ce côté; puis bientôt une exophtalmie bilatérale avec chémosis et troubles graves de la vue. Rapidement apparut une anémie intense et, consécutivement à celle-ci des hémorragies conjonctivales et un affaiblissement considérable. Ensuite on vit apparaître des adénopathies sous-maxillaires et une tuméfaction de la région temporale de chaque côté. Quatre mois après le début de la maladie la mort survint dans le marasme.

L'autopsie montra des tumeurs gris verdâtre dans le tissu orbitaire, des tumeurs semblables étaient disposées en nappes dans la dure-mère, le long des grands sinus veineux; elles existaient également dans la fosse temporale, le long de la colonne dorsale, dans le sternum, dans l'amygdale gauche, dans les ganglions du cou. Enfin on trouva des noyaux de chlorome dans le médiastin, le foie et les deux reins.

L'examen histologique montra que le tissu néoplasique était constitué par des cellules rondes avec un gros noyau rond et un étroit protoplasma, la plupart du temps serrées sans ordre les unes contre les autres, parfois ordonnées en traînées allongées; un tissu conjonctif très ténu existait entre ces cellules; il y avait peu de vaisseaux. L'aspect anatomique était celui d'un lymphosarcome. Enfin on remarquait de nombreuses cellules à granulations éosinophiles.

Pfeiffer rappelle pour terminer les particularités caractéristiques du chlorome notées par la plupart des auteurs, et qui existaient dans son propre cas : 1° exophtalmie avec atrophie optique; 2° otite moyenne avec tuméfaction de la région temporale; 3° anémie ou plus exactement tableau de la leucémie aiguë (mononucléose, adénopathies, hémorragies); 4° rapide évolution de l'affection et jeune âge du malade.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Diverticules faux de l'appendice. (M. G. Seelig. *Annals of surg.*, vol. XLIV, n° 1, juillet 1906, p. 78-86.) — L'auteur s'étonne du peu d'intérêt qu'ont soulevé ces diverticules dont il n'est cité qu'une quinzaine de cas, répartis entre une demi-douzaine d'articles. La plupart ont été observés le long de l'attache mésentérique, là où les vaisseaux nourriciers perforent la tunique musculaire et créent un point faible. Mais d'autres ont été vus en des points diamétralement opposés et alors le point faible qui permet leur production résulte d'une inflammation antérieure. La musculature de l'appendice est la plus forte de toutes comparée à la dimension de l'organe et une augmentation de pression ne peut suffire à créer un diverticule s'il n'y a point eu affaiblissement pathologique antérieur. Après une attaque d'appendicite, la muqueuse et la sous-muqueuse ainsi que l'endothélium péritonéale peuvent se régénérer, mais la musculeuse, plus hautement différenciée, ne le peut. Un diverticule de l'appendice est une menace, parce qu'il laisse passer plus facilement les microbes de l'appendice dans la cavité péritonéale et parce qu'il invite la perforation. La plupart des cas graves d'appendicite donnent une histoire antérieure de poussées aiguës ou subaiguës et il est bien possible que l'acuité du processus terminal soit en rapport avec la formation de diverticules. F. GARDNER.

L'incision de l'épididyme dans le traitement de l'orchite blennorragique. (L. Bazet. *California State Journ. of Medicina*, vol. IV, n° 4, p. 125.) — L'auteur rappelle les symptômes qui font la gravité de l'orchite blennorragique : douleur intense, fièvre, infection générale se traduisant par une leucocytose qui varie entre 12000 et 27000. Tous ces signes cèdent immédiatement à la simple incision de l'épididyme.

Après avoir passé en revue l'historique du traitement de l'orchite, il conclut que jusqu'à ces dernières années le traitement par l'expectation sacrifiait à la sclérose et à l'atrophie un appareil musculaire si nécessaire à la progression du sperme.

Baernaman, assistant de Neisser, en 1903, ayant pratiqué des ponctions de l'épididyme pour y chercher le gonocoque, fut frappé de la sédation de tous les symptômes à la suite de cette évacuation.

En avril 1905 Belfied (de Chicago) propose l'incision large de l'épididyme avec suture des bords de la plaie à la peau.

Bazet réclame la priorité de ce traitement puisque ses premières observations remontent à 1897. Son expérience s'appuie aujourd'hui sur 65 observations. Après plusieurs essais voici la technique à laquelle il s'est arrêté.

Dès le début de l'épididymite pratiquer une incision au niveau de la queue de l'épididyme, en ce point où le ligament scrotal réunit à la peau la queue de l'épididyme située en dehors de la vaginale. Pour cela, sous anesthésie, on saisit solidement de la main gauche la queue de l'épididyme qui forme un noyau induré, et on l'incise sur une longueur de 3 centimètres. Par cette ouverture tous les noyaux indurés de l'épididyme sont successivement incisés. Les bords de l'incision sont suturés à la peau. Aucune extirpation ne doit être faite. On panse avec de la gaze trempée dans de la glycérine ichtyolée à 1/10. Tous les signes douloureux et fébriles cessent aussitôt et la plaie se ferme d'elle-même en une semaine. Le danger de stérilité est moins marqué par l'incision que par l'abstention. Jamais l'auteur n'a observé l'atrophie testiculaire, la hernie ou la nécrose du testicule par l'incision.

M. LANCE.

Kystes non parasitaires (congénitaux) du foie, et étude des conduits biliaires aberrants. (Eli Moschcowitz. *Amer. Jounr. of the med. sciences*, vol. CXXXI, n° 4, p. 694-699, avril 1906.) — Quatre-vingt-cinq de ces kystes ont été relatés dans la littérature. Les deux sexes sont également atteints. Les diverses théories proposées, rétention dans les conduits biliaires, angiome biliaire, adénocystome, cystosarcome, ne satisfont pas l'auteur qui se rattache à la théorie d'une malformation congénitale. Les kystes non parasitaires du foie sont associés dans la grande majorité des cas à des anomalies congénitales d'autres parties du corps et notamment au rein polykystique. Ils sont toujours associés à des anomalies congénitales du foie, *vaisseaux biliaires aberrants*, soit intra, soit extra-hépatiques. Ces vaisseaux aberrants sont des restes embryonnaires formés au cours du développement du foie. Jusqu'à présent on ne les a trouvés que dans les cas où il existait des kystes du foie ou du rein. Les kystes non parasitaires du foie ont leur origine dans ces vaisseaux aberrants et se présente sous deux formes : l'une qui résulte d'une hyperplasie inflammatoire de ces canaux; l'autre qui résulte d'une obstruction congénitale de ces canaux avec rétention consécutive. Il n'y a aucune raison pour classer ces kystes parmi les tumeurs.

Dans dix-huit cas, il y eut opération : excision ou marsupialisation. Dans un de ces cas, Keen fit avec succès une résection étendue du foie. F. GARDNER.

OBSTETRIQUE

Des rapports entre l'embryon et le placenta dans l'avortement. Etude clinique. (G. Benoist. Th. de Paris, 1906; Jouve, édit.) — L'auteur se propose dans sa thèse d'étudier quelques points de l'avortement que les traités d'obstétrique laissent dans l'ombre ou sur lesquels les auteurs sont en désaccord, notamment en ce qui concerne le poids de l'embryon avorté et celui du placenta dans les premiers mois de la grossesse. De cette étude il tire les conclusions suivantes :

Le poids de l'embryon dans les quatre premiers mois de la grossesse est de beaucoup supérieur aux poids donnés par les différents auteurs.

Le poids du placenta dans les quatre premiers mois de la grossesse est également supérieur aux poids donnés par les auteurs.

C'est vers trois mois et demi que le poids de l'embryon est sensiblement égal à celui du placenta.

Les bruits du cœur de l'embryon peuvent être perçus avant quatre mois et demi grâce à des manœuvres spéciales à partir de la treizième semaine, et ils ont pu être entendus chez un embryon pesant 260 grammes.

Ces derniers faits, et les manœuvres auxquelles il est fait allusion ont été signalés et décrits par D. Sarwey, de l'Université de Tubingue, en août 1904 et dans une autre communication plus récente.

M. Georges Benoist apporte dans sa thèse huit observations personnelles à l'appui de cette opinion.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NEUROLOGIE

Sur l'importance diagnostique de la ponction lombaire en psychiatrie et neurologie. (Merzbacher. *Riv. di patol. nervosa e mentale*, mai 1906, p. 193-207.) — Après avoir décrit la technique de la ponction lombaire et de l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien, l'auteur montre l'importance des résultats et aboutit aux conclusions suivantes :

Dans tous les cas de paralysie générale, on trouve une forte lymphocytose : dans la plupart, une augmentation significative de l'albumine.

Dans tout tabes il y a une forte lymphocytose sans augmentation de l'albumine.

Dans l'infection de l'organisme par la syphilis, les auteurs ont trouvé la lymphocytose céphalo-rachidienne dans 89 p. 100 des cas, pas d'albumine, symptômes nerveux pas constants dans ces cas.

Toutes les méningites inflammatoires s'accompagnent d'une notable lymphocytose avec polynucléose. Il n'en est pas ainsi pour la chronique hyperplasique.

Chez les individus non syphilitiques aucune psychose ne détermine la lymphocytose.

En l'état actuel de nos connaissances, la lymphocytose et l'augmentation de l'albumine peuvent être considérées comme les symptômes les plus précoces et constants du tabes et de la paralysie générale. L. ALQUIER.

Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de l'aphasie. (BONFIGLI. *Riv. di patol. nervosa e mentale*, juin 1906, p. 266-273.) — Cécité verbale avec écriture servile due à deux anciens foyers de ramollissement cortical situés dans l'hémisphère gauche, l'un sur la partie la plus reculée de la deuxième pariétale, l'autre sur l'extrémité postérieure de la première scissure temporale. (Malgré l'absence d'examen microscopique ce cas est intéressant, en raison des discussions actuelles sur la pathogénie de l'aphasie.)

L. ALQUIER.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 OCTOBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Legueu et Proust; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Marcel Labbé; — M. Claude, suppléant.

Mardi 16 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Morestin; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 17 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne.

1er, sages-femmes : MM. Ribemont-Dessaignes, Lepage et Cunéo; — M. André Broca, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin) : MM. Pinard, Wallich et Potocki; — M. Branca, suppléant.

Jeudi 18 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

4e : MM. Joffroy, Vaquez et Méry.

1er, sages-femmes : MM. Ribemont-Dessaignes, Launois et Demelin; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 19 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Mauclaire; — (2e série) : MM. Segond, Legueu et Pierre Duval; — M. Marcel Labbé, suppléant.

2e, sages-femmes, *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 20 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un concours pour l'admissibilité à quinze emplois de rédacteur dans les services de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris sera ouvert le samedi 20 octobre 1906.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve du concours.

Ne pourront être admis à se présenter, en dehors des agents faisant déjà partie de l'administration, que les candidats de nationalité française qui, le 1er janvier 1906, auront atteint l'âge de vingt et un ans et n'auront pas dépassé l'âge de trente ans. Aucune dispense d'âge ne peut être accordée. Toutefois, pour les candidats ayant des services militaires, la limite d'âge est prorogée d'une durée égale à celle des services qui auront été accomplis pour satisfaire à la loi sur le recrutement, rengagements non compris.

Les candidats étrangers à l'administration devront, en outre, produire un diplôme de docteur en médecine, en droit, ès lettres ou ès sciences, de licence en droit, ès lettres ou ès sciences, un diplôme de l'école des chartres ou de l'institut agronomique, ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux examens de sortie des écoles polytechnique, Saint-Cyr, navale, normale supérieure ou centrale.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, jusqu'au mercredi 10 octobre inclusivement.

Le programme des connaissances exigées des candidats est déposé au service du personnel et sera communiqué à toutes les personnes qui en feront la demande.

— Un concours pour l'admissibilité à six emplois de commis dans les agences départementales du service des enfants assistés de la Seine sera ouvert le samedi 1er décembre 1906.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve du concours.

Ne pourront être admis à se présenter que les candidats de nationalité française qui, le 1er janvier 1906, auront atteint l'âge de vingt et un ans et n'auront pas dépassé l'âge de trente ans.

Aucune dispense d'âge ne peut être accordée. Toutefois, pour les candidats ayant des services militaires, la limite d'âge est prorogée d'une durée égale à celle de ces services qui auront été accomplis pour satisfaire à la loi sur le recrutement, rengagements non compris.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, de dix heures du matin à quatre heures du soir, jusqu'au mercredi 21 novembre 1906 inclusivement, dernier délai.

Le programme des connaissances exigées des candidats est déposé au service du personnel et sera communiqué à toutes les personnes qui en feront la demande.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1906.) M. LAUNOIS : Paralysie simultanée du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique. — WEISSMANN et FIOCRE : Le sinus et les sinusites maxillaires chez les nouveau-nés. — H. CABOCHE : Tuberculose nasale et du méat inférieur, deux cas de tuberculose naso-lacrymale. — LE BEC : Nouveau cas de laryngectomie totale en deux temps. — DIRIART et ROZIER : Paralysie récurrentielle par compression thyroïdienne. Thyroïdectomie. Guérison. — KUBO : Appareils auditifs et mouvements oculaires.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 198, 25 sept. 1906.) M. VAQUEZ : Action des rayons X sur l'organisme malade. — F. BARJON et NOGIER : Nouvelle et curieuse action des rayons X, éruptions généralisées sous l'influence d'irradiations localisées. — H. MARQUÈS : Incontinence essentielle d'urine traitée par la galvanisation. — J. B. : Minutier à sonnerie pour applications électrothérapiques et rayons X de la maison Gaiffe de Paris.

Archives de médecine des enfants. — (N° 10, octobre 1906.) AUCHÉ et CAMPANA : Dysenterie bacillaire. — DERVAUX : Spina bifida ouvert. Guérison. — COMBY : Pleurésie aiguë. Mort subite.

Archives générales de médecine. — (N° 37, 11 sept. 1906.) BOINET : La maladie des scaphandriers. — L.-A. AMBLARD : Méningite cérébro-spinale à pneumocoques et diabète. — GODET : Névrome racémeux de la paroi thoracique. — CORNET : Les surdités à début brusque. — BRAULT : Les labialites tertiaires. — (N° 38, 18 sept.) RIMBAUD : Les endo-myo-péricardites traumatiques. Considérations médico-légales. — AIEVOLI : Observation très rare d'absence apparente du pénis chez un enfant bien conformé. — MARTIN et GODLEWSKI : Une variété rare de fractures du temporal. — BRELET : La mort subite dans la fièvre typhoïde.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er octobre 1906.) GUISEZ : Cure radicale de l'otite suppurée chronique et confusion mentale. — MIGNON : Sinusite frontale suppurée chronique bilatérale traitée par l'opération de Killian d'un côté. — KANELLIS : Sur un cas d'atrésie congénitale du conduit auditif externe de l'oreille droite avec pavillon rudimentaire. — CASTEX : Fibro-sarcome à myéloplaxes de l'oreille externe ; — Lympho-sarcome d'une corde vocale ; — Sinusite frontale infectieuse, séquestres, gangrène pulmonaire. — RANJARD : Syphilis laryngée et pulmonaire, élimination d'un aryténoïde ossifié et nécrosé, guérison. — DECRÉQUY : Proportions des maxillaires supérieurs et leurs irrégularités ; — Injections intra-trachéales, dilatation des bronches et tuberculose pulmonaire concomitantes. — LAFITE-DUPONT : La fossa subarcuata, détails anatomiques. — BOUDIN : La lecture sur les lèvres pour la surdité.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 12, 30 sept. 1906.) MUSELIER : Le traitement des cardiopathies d'après les derniers travaux. — J. CHEVALIER : Les conserves de viande.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 27 sept. 1906.) HORSTMANN : Traitement des affections de la conjonctive oculaire. — PESCHEL : Un nouveau compte-gouttes aseptique. — SCHIRBACH : Expériences cliniques avec le proponal. — MÜLLER : Sur l'examen fonctionnel des artères. — NEISSER et SACHS : Remarques sur le travail d'Ulmluth sur la suppression du complément et la différenciation de l'albumine du sang. — KLIENEBERGER : Contribution à l'étude de la présence saprophytique des bacilles hémoglobinophiles. — DUNGER : Remplacement de la diazo-réaction d'Ehrlich par l'épreuve du bleu de méthylène d'après Russo. — WERNER et LICHTENBERG : Influence des injections de choline sur la gravidité. — BARATYNSKI : Sur les méthodes de traitement des plaies de la vessie après les tailles hautes. — EICHEL : Sur les blessures du diaphragme. — SCHLESINGER : Sur la ceinture-corset de Glénard.

Écho médical du Nord. — (N° 39, 30 sept. 1906.) GAUDIER : Un nouvel hôpital d'enfants à Zurich. — DRUCBERT : Tumeurs malignes végétantes des annexes et en particulier de leur traitement par la castration abdominale totale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 39, 30 sept. 1906.) COURTIN et CLÉJAT : Deux cas d'élephantiasis nostras. — MONOD et LOUMEAU : Gros reins poly-kystiques.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 39, 30 sept. 1906.) LALESQUE : Les injections de sérum marin et en particulier dans la tuberculose pulmonaire.

Journal des praticiens. — (N° 40, 6 oct. 1906.) DEBOVE : Hémorragies intestinales au cours des cirrhoses veineuses. — TERSON : L'évolution, le pronostic et le traitement des troubles visuels dus à l'abus de l'alcool et du tabac (*fin*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 39, 29 sept. 1906.) BOSQUIER : Achylie gastrique (*fin*). — RUDELLE : Ostéomyélite chronique d'emblée de l'humérus.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 40, 4 oct. 1906.) L. STORDEUR : A propos de trois cas de maladies congénitales du cœur (*fin*).

Lyon médical. — (N° 39, 30 sept. 1906.) PAULY et BALLIVET : Sur un cas de péricardite brightique avec épanchement; frottement intense à maximum dorsal; endocardite de l'oreillette droite et thrill veineux. — LAGOUTTE : Luxation ancienne pathologique de la hanche et ankylose du genou.

Medizinische Blatter. — (N° 39, 29 sept. 1906.) BERIERT : Chapitres choisis de symptomatologie et de diagnostic.

Montpellier médical. — (N° 37, 16 sept. 1906.) VIRES : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies; indications tirées des éléments anatomiques. — (N° 38, 23 sept.) VIRES : Même article (*suite*).

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 39, 30 sept. 1906.) BÄCKER : Traitement de l'endométrite. — FELDMANN : Contribution à l'étude des infections et surtout des suppurations causées par le bacillus fusiformis et le spirillum dentium.

Presse médicale. — (N° 80, 6 oct. 1906.) A. REY : L'habitation. Hygiène de l'aération, la rue, la cour.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 18, 30 sept. 1906.) DUHEM : Le P. Mersenne et la pesanteur de l'air (2e partie). — HÜET : Les époques de ponte des poissons en rivière et en eau dormante. — LANGLOIS : Revue annuelle d'hygiène.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 39, 27 sept. 1906.) FISCHER : Les prédécesseurs de Semmelweiss. — LÖWY : Importance de la réaction de l'infusion de digitale pour son activité. — URBANTSCHISCH : Sur l'épilepsie réflexe. — TELEKY : La mortalité par tuberculose en Autriche, 1873-1904. — RETHI : L'ozène et le traitement par stase. — JOACHIM : Les épanchements pseudo-chyleux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de MM. P. BROUARDEL et A. GILBERT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître : *Intoxications*, par CARNOT, WURTZ, LETULLE et LANCEREAUX. Gr. in-8 de 353 p. — Prix : broché, 6 fr.; cart., 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 116. — JEUDI 11 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 11 OCTOBRE 1906. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 9 octobre 1906 (Question : « Artère poplitée et ses branches ») : MM. Bodineau et Buquet, 18 ; Chamorro, 17 ; Bobeau, 15 ; Chastel, Chatelin (Charles) et Gillard (Joseph), 14 ; Biérer, Bleynic et Cuvillier, 13 ; Adain et Bélot, 12 ; Daniel, 9 ; Caubet et Chamlian, 6 ; Adler, Chaillot et Corre, 5, et Baudson et Bartissol, 3.

La prochaine séance aura lieu jeudi 9 octobre, à quatre heures et demie (fin des candidats de la première série de la première moitié et candidats de la deuxième série de la première moitié).

ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST. — Le jury du concours qui doit avoir lieu à Brest le 15 octobre 1906, pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de ce port, sera composé comme suit : M. le directeur du service de santé de Brest, par intérim, président; MM. Condé et Mailliu, médecins de première classe, professeurs.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE EN BELGIQUE. — La loi votée il y a quelques mois vient d'être promulguée. En voici la teneur que publie le *Moniteur belge* du 27 septembre 1906 :

« Article premier. — La fabrication, le transport, la vente, ainsi que la détention pour la vente des absinthes sont interdits sous peine d'une amende de 26 à 500 francs et d'un emprisonnement de 8 jours à 6 mois, ou d'une de ces peines seulement.

Les produits faisant l'objet d'une contravention aux défenses édictées par le présent article seront saisis et confisqués.

Art. 2. — L'importation des absinthes est prohibée. Cette prohibition ne s'applique pas aux expéditions en transit direct sous surveillance douanière.

Art. 3. — La présente loi ne sera exécutoire que dix mois après le jour de sa publication, sauf en ce qui concerne l'interdiction de la fabrication et la prohibition de l'importation. »

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mercredi 21 novembre 1906, avec le concours de ses assistants MM. Paul Laurens et Hautant, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Le cours sera complet en trente-trois leçons. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de vouloir bien s'inscrire d'avance auprès de M. Paul Laurens, assistant du service, à l'hôpital Saint-Antoine, rue du Faubourg-Saint-Antoine.

DEUX INTERNES EN MÉDECINE feront du 15 octobre au 15 novembre une série de douze leçons de clinique interne avec examen de malades. Les élèves seront également exercés à l'emploi des principaux procédés de diagnostic de laboratoire. Prix, 60 francs.

S'adresser à M. François, à la Charité.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Stations hivernales* (*Nice, Cannes, Menton, etc.*). — Billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours.

Du 16 octobre au 15 mai, la Compagnie délivre, dans toutes les gares de son réseau, sous condition d'effectuer un mini-

mum de parcours simple de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes pour les stations hivernales suivantes : Toulon, Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël, Valescure, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant, au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

La durée de validité des billets peut être prolongée une ou plusieurs fois de 15 jours moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Relations entre Paris et l'Espagne. — Train de luxe bi-hebdomadaire « Barcelone-Express », composé de wagons-lits et d'un wagon-restaurant. Nombre de places limité.

Aller, les mercredis et samedis, au départ de Paris : Paris, départ, 7 h. 30 soir; Barcelone, arrivée, 2 h. 48 soir (heure de l'Europe occidentale).

Retour, les lundis et vendredis, au départ de Barcelone : Barcelone, départ, 1 h. 50 soir; Paris, arrivée, 8 h. 55 matin (heure de l'Europe occidentale).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Oct. 1906.) ICARD : Le certificat de décès automatique en l'absence du médecin. — D'AUFREVILLE DE LA SALLE : L'hygiène à Saint-Louis du Sénégal.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 12, 20 sept. 1906.) L. WHITNEY : Deux observations de leucémie lymphatique (avec 3 tableaux). — Benjamin P. CROFT : Le trachome. — Isaac W. BREWER : Le climat estival de Tucson, district de Pima, Etat d'Arizona (avec 2 tableaux). — Walter A. SMITH : Ablation d'une énorme tumeur ovarienne (avec 1 fig.).

Bulletin médical. — (N° 78, 3 oct. 1906.) DERVAUX : Considérations médicales sur les accidents du travail.

Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 5, mai 1906.) G. PETIT : Sur la pathogénie des tumeurs mixtes du sein.

Écho médical du Nord. — (N° 40, 7 oct. 1906.) LAMBRET : Occlusions intestinales par brides circulaires. — Georges PETIT : Le médecin allemand.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 111, 16 sept. 1906.) Prof. E. DE RENZI : Lithiase hépatique et lésion des capsules surrénales. — Prof. Ivo BANDI : Une question de priorité à propos des aggressines et des vaccins aggressiniques. — Cesare ORTALI : Le pronostic de la maladie de Little. — Walfredo CHIODI : Contribution au diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse et de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Mario FERRARI : A propos du procédé de Bier par stase. — Enrico PASQUIMANGELI : Les voies d'accès dans la chirurgie du testicule et des voies spermatiques. — Teodoro ZAESLEIN : Contribution clinique à l'emploi rationnel du digalen en thérapeutique.

Pédiâtrie pratique. — (N° 19, 1er oct. 1906.) SILHOL : Péritonite à pneumocoques et abcès de la cavité de Retzius. — WEYMEERSCH : Maternité de Bruxelles. Résultats de la première année de fonctionnement de la consultation de nourrissons. — Raoul LABBÉ : La résistance aux maladies est-elle diminuée chez la nourrice ? — LAVRAUD : Laryngite œdémateuse chez un enfant de neuf mois.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* — (Fasc. IX, sept. 1906.) V. CANDIANI : L'appendicite tuberculeuse. Contribution clinique et anatomo-pathologique. — Leonardo DOMINICI : Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. — Umberto ALEGIANI : Vice congénital du fémur. — Valentino BARNABO : L'étiologie de l'estomac en besace.

Presse médicale. — (N° 79, 3 oct. 1906.) Léon MEUNIER : Des douleurs tardives de l'estomac et leur traitement. — H. JOSEPH : Corps étrangers superficiels de l'œil.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 39, 29 sept. 1906) MOLINIÉ : Quelques considérations sur la chirurgie des tumeurs malignes du larynx. — H. MASSIER : Du traitement de l'empyème latent du sinus frontal par la résection du cornet moyen.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Oct. 1906.) Jules VOISIN et Roger VOISIN : Classification et assistance des enfants dits « anormaux intellectuels ». — Ch. JOYEUX, M. PERRIN et PARISOT : Arthrite suppurée primitive à staphylocoques. — Ch. DAM et GROGNOT : Sur l'imperforation de l'œsophage.

Revue neurologique. — (N° 18, 30 sept. 1906.) H. CLAUDE et F. ROSE : Etude graphique du clonus dans les maladies organiques et fonctionnelles. — G. DURANTE : Les transformations morphologiques du tube nerveux (neuroblaste segmentaire).

Revue scientifique. — (N° 13, 29 sept. 1906.) Louis FREDEY : La conception humaine de l'univers. — BECHTEREW : Psychologie objective. — (N° 14, 6 oct.) A. VERNEUIL : La chaire de céramique au Conservatoire des arts et métiers. — L. FREDEY : La conception humaine de l'univers (*suite*). — CHEINISSE : Le bilan du XVe Congrès international des sciences médicales.

Riforma medica. — (N° 37, 15 sept. 1906.) Sergio PANSINI : A propos de ce que l'on appelle sensibilité récurrente ou supplémentaire. — Gaspare ALAGNA : A propos d'un cas rare d'abcès cérébelleux d'origine otitique. — Luigi MASCIANGIOLI : Le sulfure de carbone dans la cure de la pneumonie fibrineuse. — Tullio MAZZEI : La conservation du virus rabique dans la glycérine. — (N° 38, 22 sept.) Cristoforo PASTINE : Un cas intéressant de neurofibromatose diffuse. Névromes. Maladie de Recklinghausen. — Sergio PANSINI : A propos de ce que l'on appelle sensibilité récurrente ou supplémentaire (*suite*). — Tullio MAZZEI : La résistance du virus rabique à la putréfaction. — (N° 39, 29 sept.) Oreste CIGNOZZI : Adamantinome kystique multiloculaire du maxillaire inférieur. — Cristoforo PASTINE : Un cas intéressant de neurofibromatose diffuse. Névromes. Maladie de Recklinghausen (*suite*). — Giuseppe FINZI : Sarcome primitif du poumon droit.

Semaine gynécologique. — (N° 40, 2 oct. 1906.) PICHEVIN : A propos de l'ovaire scléro-kystique.

Tribune médicale. — (N° 37, 29 sept. 1906.) H. LÉVY : Les délires de zoopathie interne. — MARCILLE : Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius. — BABINSKI : Conception moderne de l'hystérie (*fin*).

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 18, 30 sept. 1906.) COLLEVILLE : Quinze jours en Allemagne.

MYOPATHIE PAR SURSAUTS DELTOIDIENS

PENDANT LES MOUVEMENTS DE L'ÉPAULE

Par M. Fr. GUERMONPREZ (de Lille).

On dit que la pathologie du xxe siècle se présente sous des aspects parfois nouveaux; et c'est vrai. Encore faut-il en apprécier la genèse avec mesure. Les lois dites « sociales » placent malades et blessés dans une mentalité qui résulte de la fameuse revendication, nommée le « droit à la paresse ». Il serait injuste d'y voir toujours la simulation, ou le système qui consiste à exploiter sans cesse une situation réellement morbide. L'esprit nouveau n'est pas toujours entaché de mauvaise foi et les médecins-experts peuvent tomber dans un piège, sans avoir encouru la moindre suspicion.

Prochainement surgiront les vieillards « prématurés », lorsque sera mise en pratique la loi sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables (14 juillet 1905, 1er janvier 1907). Pour le moment, ce sont les lois sur les accidents du travail, qui introduisent l'esprit nouveau dans la pathologie : il ne s'agit plus de calmer une douleur, ou d'atténuer une infirmité. Il suffit d'une particularité pour bénéficier d'une loi sociale. On la met en valeur, de la même façon qu'on revendique son droit, lorsqu'on se trouve possesseur du billet gagnant d'une loterie. Après la hanche à ressort, des allégations tout aussi anodines pourront former un chapitre nouveau de la pathologie. Le fait suivant en est un témoignage.

Le mécanicien E. D..., né à Maroilles (Nord) le 16 avril 1863, demeurant à Fourmies (Nord), est actuellement atteint d'une myopathie par sursauts deltoïdiens pendant les mouvements de l'épaule. Le 21 avril 1906, il était au service de filateurs à Fourmies lorsqu'il en a éprouvé le premier signe. Tandis qu'il tenait le bras horizontalement, ce mécanicien a fait un geste de rotation en dehors ; il lui est survenu un claquement ou un craquement en avant de l'épaule du côté droit. Ce claquement ou craquement aurait été entendu à distance par le contremaître. Le geste ainsi accompli est un mouvement professionnel régulier, on le fait cinquante fois, cent fois par jour, et dans le cas particulier, l'effort a été bien petit, c'est le mécanicien E. D... qui le dit. A défaut de signes physiques bien définis, on a pu supposer une entorse de l'épaule du côté droit. Après un certain nombre de séances de massage, il a été appliqué deux vésicatoires, un en avant, un autre en arrière du moignon de l'épaule et des pointes de feu ont été réparties en trois séances vers l'empreinte deltoïdienne de l'humérus. Malgré ces soins, les claquements ou craquements persistent, et c'est à ces particularités que le mécanicien reporte toutes les sensations de fatigue qu'il lui arrive d'éprouver. En juillet-août 1906, les explorations renouvelées donnent des résultats qui se résument ainsi qu'il suit. L'épaule du côté droit ne présente aucune difformité, aucune paralysie, aucune ankylose, même partielle. Le claquement signalé n'existe pas dans tous les mouvements ; mais il est assez facile à retrouver. Il ne présente aucun rapport avec le fonctionnement du tendon de la longue portion du biceps brachial : quand on fait la flexion et l'extension alternatives du coude pendant la station debout avec les membres supérieurs verticalement disposés le long du corps, on ne constate aucune irrégularité, soit que ces mouvements soient accomplis dans la rotation en dehors, soit qu'ils soient menés dans la direction opposée. Le claquement se reproduit constamment, lorsque l'humérus est conduit dans l'abduction, en même temps que le coude est fortement fléchi, pourvu que ce geste d'abduction soit mené dans un plan à peu près horizontal ; mais on ne trouve plus de trace du claquement lorsqu'on fait la rotation de l'humérus, en même temps que le membre est abandonné dans la verticalité. Quand on pratique l'exploration dans une autre attitude, celle des membres disposés horizontalement avec les coudes étendus, on ne trouve plus aucun claquement dans l'épaule du côté droit, et on a la surprise d'en constater dans celle du côté gauche dont le mécanicien ne se plaint pas. Dans tous les cas, on se rend compte que les sursauts sont différents d'avec les craquements d'arthrite sèche. Lorsqu'on les retrouve toujours en une même localisation, en avant de l'articulation scapulo-humérale, on en vient à se demander s'il s'agit d'une frange synoviale ou bien d'un corps étranger articulaire encore sessile, comme si les mouvements modifiaient ses rapports avec le fibro-cartilage de renforcement de la cavité glénoïde de l'omoplate, ou bien ses rapports avec l'un des trousseaux fibreux les plus volumineux de la capsule articulaire. Ce doute est élucidé par une exploration ultérieure. Le ressaut est plus superficiel que la cavité articulaire ; il se trouve tantôt en avant, tantôt en arrière du moignon de l'épaule ; et il répond tantôt à un seul, tantôt à plusieurs déplacements brusques. Cette fois, on les observe tandis que le bras est horizontal et le coude très fléchi. Si l'humérus décrit un cône peu étendu autour de l'axe transversal du corps, on perçoit les ressauts en arrière lorsque le coude est conduit un peu en avant du plan transversal. La sensation ne ressemble jamais à la rudesse des frottements d'une synovite ou d'une bursite ; elle rappelle la sensation du doigt à ressort, ou de la hanche à ressort, mais avec moins d'importance et moins de netteté. Le siège, la consistance et la configuration des sursauts se rapportent à des faisceaux musculo-aponévrotiques du muscle deltoïde. Préalablement contractés, ces faisceaux passent avec brusquerie les uns par-dessus les autres en produisant une secousse. Ce membre supérieur du côté droit ne présente d'ailleurs pas d'hypertrichose, ni d'hyperhydrose, ni de cyanose, ni de déformation. Loin d'être atrophié, il présente un volume un peu plus important que le membre congénère, ainsi qu'il est d'ordinaire pour un droitier. Dans le fait concret du mécanicien E. D..., il y a une simple coïncidence entre l'accomplissement du travail professionnel d'une part et l'apparition de la myopathie par sursauts deltoïdiens pendant les mouvements de l'épaule d'autre part. En effet il n'existe pas de relation de cause à effet entre le travail et la myopathie : c'est l'intéressé lui-même qui en fournit la preuve. Quand est survenu le claquement, ou craquement du 21 avril 1906, le mécanicien faisait un mouvement professionnel correct, tel qu'il l'exécute cinquante fois, cent fois par jour ; et lui-même le précise, l'effort de ce mouvement n'était qu'un effort bien petit, c'est son expression. Cette myopathie n'est pas imputable à l'action soudaine d'une violence extérieure ; elle n'est donc pas un accident du travail.

Il n'est peut-être pas fréquent d'observer la myopathie par sursauts des faisceaux musculo-aponévrotiques du deltoïde pendant les mouvements de l'épaule. Ce sont, en effet, des particularités, qui

n'aboutissent ni à la douleur, ni à l'impuissance du membre. Il n'est pas temps de rechercher si les habitudes, qui la mettent en valeur, sont, ou non, de nature à l'augmenter. Mais on ne peut méconnaître que le fait ne se produit que par les mouvements; et on ne doit pas oublier que les mouvements suffisamment répétés arrivent à déterminer une sensation de fatigue.

Cette notion de la fatigue est de réelle importance lorsqu'il s'agit de mener une exploration difficile : elle entrave l'observation; elle obscurcit même les appréciations les plus délicates. Il faut donc des précautions pour arriver au diagnostic. On y parvient par une palpation légère et par des mouvements lentement menés, en y intercalant des phases d'un repos suffisamment prolongé, ou réitéré.

Les sursauts ne se voient pas nettement, par ce motif que ce ne sont pas les faisceaux les plus suserficiels, qui donnent les bizarres secousses. C'est la palpation, et non l'inspection, qui est la ressource de l'exploration. On sent parfaitement que les faisceaux musculaires commencent par être de consistance dure; puis on perçoit les secousses successives, qui s'effectuent dans les couches profondes, comme s'il s'agissait de franchir un cap : c'est moins net que pour le doigt à ressort et pour la hanche à ressort; mais c'est tout aussi brusque. Il est donc possible que les faisceaux fibro-aponévrotiques franchissent les saillies osseuses du trochin et du trochiter de l'humérus, en même temps que d'autres faisceaux de stratifications diverses,

Quoi qu'il en soit, l'inanité du traitement par les révulsifs paraît bien démontrée; et les exercices de mobilisation ont répondu à une sorte d'instinct, inspiré par une véritable ankylophobie.

Il convient d'aller plus loin et de conduire les exercices de la gymnastique dans le sens d'une véritable rééducation du membre. C'est le moyen de réaliser une adaptation fonctionnelle, selon les indications rationnelles. On utilise ainsi ce qui est acceptable dans la valeur fonctionnelle du membre. Il est même très possible d'en tirer bon parti pour un travail professionnel aussi rémunérateur qu'avant la myopathie. On y est encouragé, lorsqu'on sait le savoir-faire de certains infirmes, qui sont mutilés de plusieurs doigts et qui parviennent à recouvrer une dextérité digne d'une sincère admiration.

FORMULAIRE

FORMULE DE SAVON LIQUIDE POUR LES MAINS AVANT LES OPÉRATIONS (1)

Bier (de Bonn) emploie la formule suivante :

Savon de potasse	9	kilogr.
Alcool à 90 degrés	20	—
Eau	50	—
Glycérine	750	grammes.
Huile d'olive	250	—

(1) Colleville. *Union méd. du Nord-Est*, 30 sept. 1906.

XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Discussion des rapports et communications diverses (1).

M. Lapeyre (de Tours) conseille de recourir à **l'hystéropexie abdominale** dans un but de conservation, lorsque l'utérus a été lésé au cours d'opérations dirigées contre des tumeurs annexielles, ou lorsque le chirurgien a pratiqué la myomectomie.

L'hystéropexie pratiquée largement donne une péritonisation parfaite, que l'on peut à la rigueur compléter par le drainage du Douglas. C'est un complément opératoire de sécurité.

M. Pozzi, ayant coupé l'uretère au cours d'une laparotomie, fit une **suture par invagination de l'uretère** sectionné. Sauf une petite fistule qui se tarit spontanément la malade guérit très bien.

M. Forgue (de Montpellier) rapporte deux observations de **cancer primitif de l'ovaire à formations chorio-épithéliales**. Ces tumeurs paraissent être de la classe des « embryomes » et au point de vue clinique sont des tumeurs caractérisées par une extrême malignité, la rapidité de leur récidive et de leur généralisation.

M. Lambret (de Lille) a observé un cas intéressant de **pseudo-cancer inflammatoire du côlon transverse** qu'il traita par l'iléo-sigmoïdostomie.

Le malade était très amaigri, presque cachectique; il présentait des troubles de circulation intestinale, et l'examen démontrait l'existence de deux tumeurs, l'une volumineuse au niveau du côlon transverse, l'autre plus petite sur le cæcum. Le diagnostic porté fut celui de cancer double de l'intestin. Une laparotomie exploratrice démontra que l'ablation en était impossible. Il fit alors une iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale de l'intestin. Or, trois semaines après, les deux tumeurs avaient complètement et définitivement disparu, et le malade se rétablit tout à fait.

Cette guérison permet d'affirmer qu'il ne s'agissait ni de cancer, ni de tuberculose, mais de tumeurs inflammatoires. Ces cas sont obscurs et d'une interprétation difficile. Il faut admettre que le processus inflammatoire a ici une allure tout à fait particulière, insidieuse et sans retentissement sur l'état général. On a rencontré des tumeurs de ce genre au niveau des divers organes abdominaux, et il est à souhaiter qu'elles soient étudiées de plus près dans l'avenir.

M. Bégouin (de Bordeaux) rapporte un cas de **grossesse abdominale avec rétention fœtale de vingt et un ans.** Il s'agit d'une femme qui, ayant déjà eu un enfant à dix-neuf ans et une fausse couche de deux mois et demi à vingt-quatre ans, redevient enceinte à trente-trois ans. Au troisième mois de sa grossesse elle présente des accidents graves d'hématocèle qui se répètent, atténués, au quatrième mois. La gros-

(1) Suite. — Voir. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 115, p. 1374.

sesse continue cependant : on sent les mouvements de l'enfant et l'on entend les bruits du cœur. Au neuvième mois, faux travail de vingt-quatre heures, et mort du fœtus.

Celui-ci est resté vingt et un ans dans la cavité abdominale en déterminant seulement une gêne insignifiante. Mais depuis trois mois, il provoque des douleurs très vives de compression qui font perdre le sommeil et l'appétit et rendent la vie intolérable. La laparotomie permit d'extraire un fœtus extrêmement adhérent aux parties maternelles qui restent cruentées sans péritonisation possible. Trois mois après la guérison opératoire la mort survint par occlusion intestinale.

Le fœtus pesait 1 700 grammes et était en excellent état de conservation, sans aucune incrustation calcaire.

Ces fœtus abdominaux devraient être extraits au bout de quelques mois, au plus tard au cours de la première année, alors que les adhérences maternelles sont assez molles et en tout cas les adhérences fœtales nulles, ce qui, au pis aller, permet une marsupialisation facile, et pourrait éviter les accidents ultérieurs d'occlusion intestinale.

M. Jayle attire l'attention sur **certaines sténoses ou atrésies spontanées du col utérin** ou du canal cervical, survenant chez des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants, mais n'ayant subi aucune cautérisation sur le col de l'utérus.

M. Delangre (de Tournai) conseille la **résection du cordon dans la cure radicale de certaines hernies inguinales volumineuses**. L'échec fréquent qui suit la cure opératoire de ces hernies est dû à ce fait que la poussée viscérale contre la paroi distendue trouve, dans le cordon surchargé de graisse, une voie virtuellement ouverte à une nouvelle sortie de l'intestin ou de l'épiploon. Telle est la constatation pathogénique qui paraît justifier l'effet utile de la résection du cordon pour assurer une fermeture hermétique de la brèche inguinale. M. Delangre cite 3 cas qui viennent à l'appui de sa thèse.

M. Princeteau (de Bordeaux) a observé 5 cas et opéré 3 cas de **hernie épigastrique chez l'enfant**. Ces hernies seraient dues au défaut de développement de l'extrémité interne d'une des intersections des muscles droits.

Comme technique, il conseille la suture avec chevauchement des lèvres de l'orifice pour les petites hernies, et pour les grosses l'utilisation d'un volet aponévrotique emprunté à la gaine du droit et rabattu sur l'orifice, le muscle droit étant ramené au devant,

M. Ziembicki a pratiqué trois fois la **suture artérielle**. Dans un cas de suture de l'origine de la thyroïdienne inférieure au niveau de la bifurcation de la carotide, l'hémorragie s'est reproduite au dixième jour et le sujet a succombé.

M. Baudet fait connaître un procédé de cure des **larges éventrations abdominales** par le retournement des aponévroses d'insertion des deux grands obliques.

M. Fournier (d'Amiens) lit une observation d'**anastomose de l'uretère**, suivie de guérison.

M. Delétrez (de Bruxelles) a réuni 39 observations d'**infection puerpérale traitée par l'hystérectomie**, avec 20 guérisons. Nous doutons que la statistique de ce chirurgien entraîne la conviction.

M. Psaltoff (de Smyrne), en se basant sur deux cas personnels, est d'avis que lorsqu'on se trouve en présence de cas anciens et négligés de **prolapsus complet de l'utérus et du vagin**, et que la suppression de l'organe s'impose, la voie vaginale doit céder la place à la voie abdominale. En effet, l'opération est plus facile, le résultat plus sûr. Les attaches du moignon du vagin, avec les pédicules des ligaments larges, assurent davantage le succès.

M. Guisez fait connaître ses derniers cas de **broncho-œsophagoscopie**. C'est la sixième fois qu'il a pu extraire des corps étrangers des bronches par la bronchoscopie.

L'auteur présente un jeune homme de dix-huit ans qu'il a pu opérer sous l'œsophagoscopie d'un **rétrécissement valvulaire congénital de l'œsophage**.

M. P. Redard donne sa statistique de huit années, indiquant les résultats obtenus par la méthode du **redressement forcé dans le traitement des gibbosités pottiques**. Ce redressement forcé donne d'excellents résultats, lorsque la déformation est, au début, réductible. Il est contre-indiqué dans les bosses anciennes, ankylosées. Appliqué avec une technique spéciale, il est exempt de tout danger. M. P. Redard emploie surtout, dans sa pratique, soit le *redressement forcé*, soit la *position en hypertension du rachis*.

1° Le *redressement forcé* s'obtient avec un appareil d'extension agissant sur les extrémités, le sujet reposant sur une table, sur le ventre, dans la position horizontale. Un appareil plâtré fixe la correction obtenue ;

2° L'*hyperextension*, la *lordose du rachis* sont réalisées par l'action d'un appareil très simple constitué par deux arcs métalliques qui peuvent être fixés, à leurs extrémités, sur divers points d'une table et dont la courbure peut, par conséquent, être très facilement modifiée.

L'enfant est placé sur la convexité des arcs, le rachis en lordose. L'appareil plâtré est facilement et rapidement appliqué. Après dessiccation du plâtre, les lames métalliques sont facilement retirées.

La méthode d'hyperextension, d'après l'auteur, donne d'excellents résultats. Grâce à sa technique simplifiée, elle est tout particulièrement indiquée dans la pratique hospitalière.

MM. Barbarus et Calot préfèrent l'appareil plâtré avec fente postérieure permettant d'agir directement sur la gibbosité.

M. Moty signale un cas d'**allongement de l'humérus droit à la suite d'une ostéomyélite chronique**, chez un adulte de trente-sept ans.

Nous donnons le résumé de la très intéressante communication du professeur Ceci (de Pise) sur des procédés originaux d'**amputation plastico-cinétique ou plastico-orthopédique**.

Cette nouvelle méthode d'amputation du membre supérieur consiste à utiliser les muscles et les tendons restés indemnes dans un membre amputé ou ceux qui se sont conservés tels dans un moignon d'amputation, cela dans le but de former des *moteurs*

vivants de la forme d'un anneau ou d'une massue.

Ces moteurs vivants, obéissant à la volonté, permettent aux moignons de mettre en mouvement une main artificielle.

M. Ceci a eu l'occasion de mettre cette idée trois fois en pratique avec des procédés opératoires originaux. Dans deux de ces amputations, il a obtenu des résultats réellement merveilleux. Un cas se rapporte à l'amputation du bras, au tiers inférieur, avec moteur à anneau, formé par une anse, obtenue par la suture des tendons du biceps et du triceps brachiaux. Deux autres cas se rapportent à l'amputation de l'avant-bras au tiers supérieur. Dans un de ces cas, on forma un anneau moteur unique, constitué par les tendons des fléchisseurs suturés aux tendons des extenseurs. Dans l'autre, on forma deux anneaux moteurs, dont l'un dorsal avec les tendons des extenseurs, l'autre ventral avec les tendons des fléchisseurs.

Il a cherché à laisser les muscles et tendons dans les conditions anatomiques et physiologiques les plus normales possibles, en les employant en masse.

Cette méthode d'amputation, très utile dans les membres thoraciques, aura, à son avis, moins d'application dans les membres abdominaux.

On est obligé de limiter le nombre des moteurs musculo-tendineux, parce qu'ils exigent une grande quantité de peau, qui doit les recouvrir bien solidement, seule façon qui peut leur permettre de bien supporter la pression des cordes de la main artificielle.

M. Depage (de Bruxelles) signale un procédé nouveau d'ostéo-synthèse : le **boulonnage des os**. Il a fait construire des boulons terminés par un conducteur métallique flexible, grâce auquel il peut facilement faire pénétrer ses boulons à travers les fragments osseux, qu'il s'agit de maintenir: ces boulons spéciaux permettent d'assurer la fixité des os fracturés à l'aide de petites attelles métalliques placées aux deux côtés de l'os.

M. Depage décrit le manuel opératoire pour les différents os longs; de façon générale, il fait toujours deux incisions, l'une interne, l'autre externe, de façon à ne pas pouvoir dépérioster l'os sur une trop grande étendue.

La méthode a été employée avec succès dans un cas de fracture de la rotule, dans deux fractures de la cuisse et dans deux fractures de la jambe.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 9 octobre 1906)

La syphilis des femmes honnêtes. — M. Fournier a continué la communication qu'il a commencée dans la dernière séance. Après avoir exposé les faits, il en a recherché les causes. Pour lui, l'une des canses qui contribuent le plus à amener les accidents dont il a parlé, c'est la longue durée de la contagiosité de la syphilis, durée beaucoup plus longue que ne le croient généralement les médecins. Pendant longtemps on a cru que les accidents primaires étaient seuls contagieux. A M. Fournier revient l'honneur d'avoir démontré que les accidents secondaires le sont tout autant. Enfin l'étude plus approfondie des faits démontre qu'il y a des cas de contagion à des échéances de plus en plus éloignées, après six, dix, douze, quinze et même dix-sept années, comme dans un cas cité par M. Fournier. On sait aussi maintenant qu'au cours de la période tertiaire la plus évidente, peuvent réapparaître des accidents secondaires encore contagieux. En résumé, plus on approfondit l'étude de la syphilis, plus on y trouve des éléments de contagion et de dangers jusqu'ici méconnus.

Il est une cause qui contribue puissamment à prolonger ou à réveiller les accidents secondaires buccaux, c'est l'abus du tabac, contre lequel s'élève M. Fournier avec la plus grande énergie. Les syphilitiques de longue date, dit-il, qui veulent se marier, ont l'obligation morale de renoncer au tabac. Le tabac est donc pernicieux pour les syphilitiques et il faut le leur défendre.

M. Fournier insiste de nouveau sur l'ignorance ou l'incurie de beaucoup de syphilitiques à l'égard de leur affection et des soins qu'elle exige. Dans bien des cas, dans la plupart des cas même, le mari ne dit pas à sa femme la nature du mal dont il est atteint; il hésite à le confier même à un médecin. Une fausse honte le retient et il préfère ne rien dire, laissant le mal évoluer à loisir. M. Fournier, entre un grand nombre de faits, cite celui d'une jeune fille de seize ans, mariée à un syphilitique qui la contamine et ne la soigne pas. Résultat : trois fausses couches, un enfant mort-né, trois enfants syphilitiques, dont l'un mort en bas âge, un second est infirme et le troisième aveugle et sourd-muet. M. Fournier insiste tout particulièrement sur le fait que les femmes mariées contaminées par leur mari sont, le plus souvent, insuffisamment soignées et ne le sont pas assez longtemps.

Enfin il y a des cas où le mari et le médecin s'accordent pour dissimuler à la femme la maladie dont elle est atteinte, et organiser, à son égard, la conspiration du silence. Mais si vingt ans plus tard surviennent des accidents tertiaires, si le mari et le médecin ne sont plus là, et qu'à toutes les interrogations faites par un nouveau médecin, la malade répond par la négative, il en résultera forcément des erreurs de diagnostic bien regrettables. Il faut conclure de ces faits que le médecin ne doit consentir à un mensonge qu'en des cas fort exceptionnels. Quand on est syphilitique, il est bon de le savoir.

VARIÉTÉS

LE SIGNE DE LA MORT RÉELLE EN L'ABSENCE DU MÉDECIN

Le docteur Icard (de Marseille) vient de publier un livre (1) dans lequel il étudie d'une façon fort intéressante un moyen simple et infaillible, à la portée de tous, qui permet d'éviter le danger de la mort apparente. M. Icard part de ce principe qu'en l'absence du médecin, le seul signe de mort absolument sûr est la putréfaction. « Or la putréfaction s'est déjà *complètement* emparée du cadavre, ou se trouve simplement *commençante*, c'est-à-dire ne se traduit que par l'apparition de la tache verte abdominale. Dans le premier cas, le signe est

(1) In-8°. Paris 1907, Maloine.

infaillible mais il est trop tardif, il y aurait danger à en attendre la manifestation évidente, et la sécurité publique ne permet pas de pousser si loin la rigueur de l'épreuve. Dans le second cas, le signe est incertain puisque son interprétation présente des difficultés et ne peut être faite, d'après tous les auteurs, que par le médecin. »

Il est bon de noter que la putréfaction dite *commençante* se manifeste encore trop tard, rarement avant le quatrième jour.

« En réalité, dans les familles, le seul signe de putréfaction qu'on constate est l'*odeur cadavérique*, signe trompeur et qui ne mérite aucun crédit au milieu de multiples émanations et parmi les miasmes d'une atmosphère non renouvelée quelquefois depuis plusieurs jours. Jusqu'ici, pratiquement, la putréfaction ne fournissait aucun *signe vulgaire* de la mort réelle.

Mais, en vérité, la tache verte abdominale qui caractérise la putréfaction commençante est loin d'être le premier indice de la putréfaction. Bien avant son apparition, des gaz se produisent, et, parmi eux, de l'hydrogène sulfuré et du sulfhydrate d'ammoniaque, dont la présence dûment constatée indique la réalité de la mort d'une façon aussi certaine et aussi évidente que la putréfaction elle-même.

Ces gaz se forment rapidement et en abondance plus spécialement dans les poumons, d'où ils s'échappent par les fosses nasales.

Or le plus ignorant peut constater la présence de ces gaz à l'aide d'un morceau de papier plombé, c'est-à-dire à l'aide d'un morceau de papier ordinaire trempé dans une solution d'acétate neutre de plomb. La réaetion donne naissance à du sulfure de plomb dont la coloration noire, si nettement caractéristique, varie depuis la couleur café au lait jusqu'à la coloration noire intense à reflet métallique.

Le papier plombé, à la rigueur, peut être remplacé par un morceau d'argent ou de cuivre, une pièce de monnaie, par exemple, de 50 centimes ou de 5 centimes, que l'on aura soin auparavant de bien nettoyer et de rendre bien brillante. L'argent comme le plomb, sous l'influence des gaz sulfurés, devient noir, mais d'un noir moins prononcé, donnant un peu sur le gris noir (sulfure d'argent); le cuivre prend une coloration noir-rougeâtre (sulfure de cuivre) : on dirait que ces métaux ont passé par le feu. Ces deux réactions sont très sensibles et très nettes, on doit néanmoins leur préférer la réaction par le papier plombé, à cause de la coloration noir intense qui le caractérise et dont la constatation s'impose aux yeux des moins observateurs.

La recherche du *signe de la réaction sulfhydrique* n'exige aucune connaissance technique, aucune manipulation de chimie, aucun travail de laboratoire : il suffit d'introduire dans la fosse nasale un morceau de papier plombé ou de déposer sous la narine un petit carré de ce même papier ou même une pièce de monnaie.

Il y a du reste un moyen excessivement simple de rendre encore plus nettement et plus rapidement évidente la recherche des gaz sulfurés sur l'argent et le cuivre et aussi sur le papier plombé.

Ce moyen consiste à ne faire agir les gaz sulfurés que sur une partie du papier et de la pièce de monnaie, l'autre partie ne changeant pas, restant ce qu'elle est à l'état normal et devant servir de terme de comparaison. Pour cela, s'il s'agit du papier, au lieu de le tremper dans la solution d'acétate de plomb, on tracera avec cette même solution sur une ou sur ses deux surfaces, des caractères quelconques, une inscription, un signe, une figure, etc. S'il s'agit d'une pièce de monnaie, on couvrira une partie de sa surface avec un morceau de papier quelconque que l'on collera. On pourra se servir à cet effet d'un morceau de papier découpé sur le bord gommé d'une enveloppe.

Les gaz sulfurés de la putréfaction n'agiront que sur la partie de papier imbibée de sel de plomb et sur la partie de la pièce de monnaie restée libre. Les caractères, les inscriptions, les figures, les dessins tracés sur le papier ressortiront alors d'une façon très apparente, tranchant nettement par leur coloration noire sur la partie blanche du papier non imprégnée de sel de plomb, et c'est ainsi que le moins instruit pourra avoir la preuve de la réalité de la mort en constatant simplement l'apparition spontanée d'une inscription ou d'un dessin sur le papier, qui, au moment de son application, paraissait tout blanc. Sur la pièce de monnaie, la réaction deviendra aussi très ostensible par la différence de coloration qui existera entre les deux parties de la surface métallique. »

L'acétate neutre de plomb est un produit très répandu dans le commerce sous les noms d'*eau blanche*, *extrait de saturne*. Il suffit de tremper un morceau de papier dans l'eau blanche pour avoir le papier réactif si simple proposé par M. Icard.

Notre confrère propose, pour vulgariser son procédé, qu'un papier réactif tout préparé, portant des inscriptions ou des dessins invisibles soit remis gratuitement, par les soins de l'autorité municipale à tout témoin qui se présentera à la mairie, sans certificat de médecin, pour faire une déclaration de décès. Ce même papier, rapporté à la mairie, après réaction, tiendra lieu et place de certificat de décès dans les communes où il n'y a pas de médecins.

Les observations nombreuses faites par M. Icard lui permettent d'affirmer que son procédé est infaillible. Comme d'autre part ce signe est relativement précoce, que par une température moyenne la réaction se produit vers la fin du premier jour ou le commencement du deuxième jour après la mort, l'attente de sa manifestation ne lèse en rien les préceptes de la plus rigoureuse hygiène. Comme tel, le signe de M. Icard mérite doublement d'être vulgarisé.

ANALYSES

MEDECINE EXPÉRIMENTALE

Ulcère de l'estomac ; pathogénie et anatomie pathologique ; expériences pour produire l'ulcère gastrique artificiel et le véritable ulcère peptique provoqué. (Fenton B. Turck. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. XLVI, n° 23, 9 juin 1906, p. 1753-1763, avec 19 fig.) — Après avoir soigneusement étudié la littérature de la question, après avoir noté les échecs constants des méthodes traumatiques à produire l'ulcère typique spontané de l'estomac, l'auteur fut amené à étudier l'influence des modifications dyscrasiques du sang, obtenues en plaçant les animaux dans des conditions d'existence défavorables. Le nombre d'ulcères obtenus ne fut pas assez considérable pour donner la clef du problème, mais fut cependant suffisant pour faire soupçonner l'importance des modifications du sang. Alors, Turck commença à expérimenter sur des chiens avec des cultures de bacterium coli provenant des fèces de malades ayant un ulcère de l'estomac, bacille qui ne différait point en apparence morphologique du type ordinaire. Dans les premières expériences, les bacilles furent injectés directement dans la circulation, mais plustard les cultures vivantes ou mortes furent données avec les aliments ; quelquefois, on administra en même temps des extraits

de viande qui sont un excellent milieu pour la pullulation du bacterium coli. Toutes les expériences faites en administrant les cultures avec la nourriture ont été positives. Turck s'est assuré par de nombreuses autopsies de chiens tués à la fourrière que l'ulcère de l'estomac n'existe pas chez le chien. Dans un cas, il obtint même une perforation de l'ulcère artificiel; le chien mourut d'hémorragie. Il ne s'agit point ici de ces érosions plus ou moins hémorragiques obtenues par plusieurs expérimentateurs et qui guérissent rapidement, mais bel et bien d'ulcères typiques de l'estomac, de la région pylorique et du duodénum. Ces expériences offrent pour la première fois une base solide sur laquelle s'appuyer pour résoudre le problème ardu de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. Le bacille administré par la bouche ne produit rien qui ressemble à une infection; il n'y a point de leucocytose, ni générale, ni locale autour de l'estomac; il y a simplement des modifications générales du milieu sanguin; le sang possède un pouvoir agglutinant marqué, même lorsqu'il est fortement dilué; l'hémolyse est évidente; et, à l'examen microscopique, la muqueuse de l'estomac, les cellules du foie et du rein montrent une cytolyse et une autocytolyse marquées.

F. GARDNER.

CHIRURGIE

Rupture de l'œsophage résultant d'un traumatisme externe. (LOMAX. *The Treatment*, mai 1906, vol. X, n° 3, p. 183.) — L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui fut prise si violemment entre la porte d'un ascenseur et un mur de brique que la porte en fut brisée. Vue aussitôt après l'accident, on ne trouve pas de lésion, un peu plus tard on constate une fraction du bassin; malgré la défense la malade prend des aliments liquides. Aussitôt, éclate une douleur violente dans la partie gauche du thorax, collapsus, dyspnée, on trouve du liquide dans la plèvre gauche, mort onze heures après l'accident. A l'autopsie, rupture verticale de l'œsophage 2 centimètres au-dessus du diaphragme avec déchirure de la plèvre dans laquelle on retrouve le liquide ingéré.

L'auteur donne une revue complète des ruptures de l'œsophage. Elles sont de trois sortes :

1° Par suite d'un effort de vomissement, alors que la partie supérieure de l'œsophage est obstruée, surtout si la paroi est affaiblie par une maladie antérieure.

2° Par traumatisme interne.

3° Par traumatisme externe, avec l'observation rapportée plus haut il n'en connaît qu'une autre authentique rapportée par Raümondi.

La rupture est due à la fois à une pression interne brusque par suite de la projection violente dans l'œsophage des gaz et aliments de l'estomac, et en même temps à la fermeture brusque de l'orifice supérieur par la frayeur ou une blessure pneumogastrique. L'œsophage éclate en son point le plus faible au niveau de sa paroi gauche au dessus du diaphragme et la rupture est verticale.

Les signes de rupture sont la cyanose et la dyspnée sans doute par blessure du pneumogastrique, et le collapsus. Les vomissements, l'emphysème de la base du cou ne sont pas constants et le second semble dépendre du premier. Il se forme d'ordinaire un hydro-pneumothorax; si le diagnostic qui en général est méconnu était fait le seul traitement rationnel serait une thoracotomie postérieure pour aller suturer la plaie œsophagienne.

M. LANCE.

De la cholédocotomie. (GUILLAUME-LOUIS. Th. de Paris, 1906; Jules Rousset, édit.) — L'étude anatomique du canal cholédoque apprend que, s'il est juste de dire que ce conduit biliaire n'a que rarement une portion sus-duodénale, il est nécessaire au point de vue chirurgical de revenir à l'ancienne division en segment supraduodénal et segment rétroduodénal (pancréatique et vatérien). D'une part, en effet, la position dans laquelle on place le malade à opérer modifie sensiblement les rapports normaux, d'autre part le chirurgien en tirant sur l'origine du cholédoque crée toujours artificiellement un segment supraduodénal.

Pour toute opération sur les voies biliaires, il est nécessaire de bien s'éclairer, et on arrive à ce résultat en plaçant le malade dans une situation convenable et en adoptant une bonne incision.

L'auteur conseille de produire une hyperextension du tronc, une lordose marquée au niveau de la région dorsale inférieure. en plaçant sous la onzième dorsale un billot, ou mieux en utilisant une table spéciale comme celle de Guyot.

L'incision en baïonnette de Kehr est celle qui donne le plus de jour et permet de mieux explorer les voies biliaires, deuxième temps et temps important de l'opération.

Cette exploration du système biliaire se fait d'abord au doigt en suivant la vésicule biliaire, le cystique et le cholédoque. La vésicule est le fil d'Ariane qui mène au cholédoque, le guide sûr pour trouver le conduit commun de la bile. C'est donc elle qu'on doit toujours commencer à chercher; dans les conditions ordinaires des cholédocotomies, cette recherche peut être délicate, car la vésicule rétractée est perdue au milieu des adhérences. Il faut libérer avec soin et avec patience, en s'éclairant toujours le mieux possible.

Mais le palper est un moyen d'exploration ou infidèle (il peut laisser ignorer la présence de calculs) ou impossible à réaliser (cela dans la portion rétroduodénale du cholédoque). Aussi pour être complète, l'exploration des voies biliaires doit être intracanaliculaire, c'est assez dire qu'elle doit être précédée d'une taille supraduodénale du cholédoque.

En certains cas, la sonde introduite dans le segment inférieur du cholédoque laisse encore des doutes sur la nature de l'obstacle; l'auteur croit qu'il peut être utile alors de procéder à une duodénotomie exploratrice.

L'incision du cholédoque et l'extraction des calculs dans la portion supraduodénale sont faciles à pratiquer.

Dans la portion rétroduodénale, on arrive aux calculs par deux voies : transduodénale, rétroduodénale avec mobilisation du duodénum. L'auteur a donné la préférence à la voie transduodénale (valvulotomie, cholédoco-duodénostomie), car, si la voie rétroduodénale permet de voir, de sentir et d'explorer le cholédoque dans son segment terminal, elle rend difficile le drainage ultérieur des voies biliaires, drainage reconnu indispensable à l'heure actuelle.

Tout ictère calculeux est un ictère infectieux, il faut donc drainer après toute cholédocotomie, et pour que ce drainage soit total, il faut chercher la bile à son origine, drainer l'hépatique, c'est l'hepatikus-drainage de Kehr, que M. Lejars a fait connaître en France et que l'auteur adopte volontiers. Il repousse cependant le « colossal tamponnement » de Kehr qui laisse une plaie trop grande. Quelques mèches de gaze entourant le drain suffisent largement. C'est aussi parce que l'infection biliaire lithogène s'exerce surtout sur la vésicule, c'est encore parce que des calculs se forment dans ce réservoir, que la cholédocotomie doit être *le plus souvent* associée à une cholécystectomie; on enlève à la fois les pierres et la carrière qui les forme.

Les suites opératoires des cholédocotomies allant vers la

guérison sont simples, et les malades guérissent en vingt à vingt-cinq jours. Parfois, pourtant, se produisent des accidents, et cela surtout chez les malades affaiblis ou ictériques. En dehors des complications ordinaires de toute laparotomie (péritonite, embolie pulmonaire, etc.), il se produit, chez les ictériques, des hémorragies cholémiques qui pourraient être un grand danger post-opératoire. M. Guillaume-Louis recommande, avant toute intervention sur le cholédoque, des lavements de chlorure de calcium : c'est un excellent moyen hémostatique préventif.

Les résultats éloignés sont non moins satisfaisants, et les récidives vraies sont maintenant rares. Avec les cholédocotomies, telles qu'on tend de plus en plus à les faire, telles qu'on doit les faire, les statistiques sont de plus en plus rassurantes; cette intervention trouvera son indication de plus en plus précoce dans la lithiase du cholédoque. L. GAYARD.

Résection du côlon transverse, descendant, de l'anse sigmoïde et du rectum pour rétrécissements multiples et recto-colite ulcéreuse. (Samuel G. GANT. *Amer. Journ. of surg.*, vol. XX, n° 6, juin 1906, p. 165-168.) — Cas très intéressant en ce qu'il met en lumière les difficultés parfois énormes du traitement de certaines inflammations chroniques du gros intestin et la bonne volonté des malades qui se soumettent à tout plutôt que de souffrir. Un homme de quarante-sept ans vient trouver Gant l'année dernière dans un état pitoyable : selles dysentériformes incessantes, rétrécissements multiples du rectum; peau de l'abdomen constamment irritée par les écoulements de *deux* anus artificiels, l'un à droite et l'autre à gauche. Ceci était le résultat de dix-huit ans de souffrances; en 1888, rétrécissement du rectum de nature indéterminée (pas de syphilis antérieure), traité d'abord par la dilatation, puis par l'électrolyse, puis par la divulsion, puis par une opération indéterminée qui maintint le malade dans un état très grave pendant plus de six semaines. En 1892, colostomie inguinale gauche; en 1898, résection du rectum rétréci, puis, en 1902, cæcostomie après que l'on se fut assuré, par une opération exploratrice préliminaire, que l'anus inguinal gauche, qui s'était peu à peu rétréci, ne pouvait pas être remis en usage. Persistance des phénomènes de colite après tout cela. L'infirmité de ses deux anus artificiels rendait la vie absolument intolérable au patient. Gant commença par faire un *troisième* anus sur la ligne médiane sur le côlon transverse; celui-ci fut très difficile à attirer à l'extérieur lors de l'opération et se rétracta considérablement à la suite de telle sorte que l'anus devint insuffisant et il fallut une nouvelle intervention pour le régulariser. Six semaines après, le chirurgien enleva, au prix de difficultés opératoires considérables, la moitié gauche du côlon transverse, le côlon descendant et l'anse sigmoïde et la partie du rectum non excisée antérieurement. Le malade guérit sans incidents notables. L'examen de la pièce montra une destruction totale de la muqueuse avec une prolifération énorme de la tunique interne des artères intestinales. L'anus médian fonctionne de façon très satifaisante; les selles sont beaucoup moins liquides et leur fréquence est normale. L'opéré fait chorus avec l'opérateur pour déclarer que jamais opération ne donna de résultats plus satisfaisants pour tous les deux, ce qui montre qu'après tout, le contentement est une chose très relative. F. GARDNER.

Calcification des vésicules séminales et des canaux déférents. (S. GEORCE. *Journ. Amer med. assoc.*, vol. XLVI, n° 2, 14 juillet 1906.) — L'auteur a trouvé une fois une calcification de la vésicule séminale droite sans étiologie apparente et une fois, une calcification partielle du canal déférent gauche consécutive à une inflammation blennorragique chronique de longue durée. Ces calcifications ne donnent lieu à aucun symptôme particulier, mais au toucher rectal, elles peuvent très facilement être confondues avec des calculs vésicaux ou prostatiques. F. GARDNER.

ANATOMIE

Circulation artérielle et veineuse du rein. (GRÉGORI. *Ball. de la Soc. anat.*, 1906, p. 193-208.) — Dans ce travail nous relevons, en particulier, les points suivants. Les artères ne forment pas une voûte sus-pyramidale. Mais après être parvenues, en suivant des colonnes de Bertin, jusqu'à la base des pyramides de Malpighi, elles s'infléchissent bien au-dessus de chaque pyramide, les recouvrant à la manière des plantes grimpantes d'un bosquet, mais sans s'anastomoser entre elles; au contraire, les veines forment de véritables arceaux et s'anastomosent, selon la conception classique, en voûte sus-pyramidale. Entre les territoires antérieur et postérieur du rein, il existe une zone neutre, ne contenant aucun gros vaisseau, située le long du bord convexe du rein. Cette constatation explique la possibilité de l'incision chirurgicale du rein le long de son bord convexe, sans grosse hémorragie. L. ALQUIER.

OBSTETRIQUE

La capacité stomacale du nouveau-né. (Léon ALLIOT. Th. de Paris, 1906; Jouve, édit.) — « Quelle est la capacité stomacale du nouveau-né? La connaissance de cette capacité peut-elle permettre des déductions pour l'allaitement? » Telle est la double question que M. Alliot étudie dans sa thèse en se plaçant au point de vue de nourrissons nés viables dans un des quatre derniers mois de la grossesse.

La conclusion de l'auteur est qu'on ne saurait établir des formules exactes dont on ne devra pas se départir pour l'allaitement des enfants nés à six, sept, huit et neuf mois. Ce qui dictera la conduite à tenir ce sont les besoins de chaque enfant individuellement, la ration alimentaire étant naturellement plus considérable à mesure qu'on se rapproche du terme de la grossesse.

Il ne suffit pas de dire qu'un nouveau-né à terme recevra des tétées d'environ 30 grammes, car en plus de la capacité stomacale il faut tenir grand compte du fonctionnement stomacal. Or, on ne connaîtra ce fonctionnement que par l'examen attentif de chaque enfant et par l'étude scrupuleuse de ses réactions vis-à-vis des aliments qui lui sont fournis. « Chaque enfant, dit l'auteur, a une individualité physiologique particulière et il se comporte différemment de son voisin. Ce sera donc faire œuvre vraiment scientifique et clinique que cette observation constante, journalière, pour réglementer l'alimentation des enfants nouveau-nés. »

Les recherches personnelles de M. Alliot, exposées au cours de sa thèse, portent sur 51 estomacs d'enfants mort-nés entre le sixième et le neuvième mois de leur vie intra-utérine. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

SYMPTOMATOLOGIE

DES ANÉVRISMES AORTIQUES [1]

II. **Anévrismes de la portion transversale de la crosse.** — Ce qui les caractérise absolument, c'est *la fréquence et l'intensité des phénomènes de compression*; ils se développent surtout vers le haut du thorax, compriment la trachée et les bronches, et donnent lieu à un signe spécial, le *signe d'Oliver-Cardarelli*, dit aussi, quelquefois, signe de Mac Donnel. Pour le percevoir, on fait étendre le cou des malades, on saisit leur cricoïde entre le pouce et l'index, et on l'élève légèrement : l'anévrisme, à cheval sur la bronche droite, exerce sur celle-ci, à chaque systole, une petite secousse de haut en bas qui fait descendre légèrement la trachée et le larynx à chaque pulsation radiale. Ce signe, que suivrait immédiatement un *choc trachéal diastolique* (Hall), est considéré par beaucoup d'auteurs comme pathognomonique. C'est dans cette forme d'anévrisme, souvent très peu volumineux, que se produisent les crises pharyngo-laryngées [*anévrisme à type récurrent* (Dieulafoy)]. La poche peut se remplir de caillots, les caillots se prolongent parfois dans les gros vaisseaux qui naissent de la crosse; plus souvent, elle se rompt : à la peau, aux environs de la fourchette sternale; dans le médiastin; et surtout, dans la trachée et les bronches, d'où hémoptysies mortelles (v. la question d'internat : Hémoptysies, in *Gaz. des hôpit.*, 1906, nos 70, 73 et 76).

III. **Anévrismes de l'aorte descendante.** — Situés dans le médiastin postérieur, ils tendent surtout à se porter en arrière, et à comprimer : α. les nerfs de la région, d'où névralgies interscapulaires; β. l'œsophage, donnant lieu à des signes de pseudo-rétrécissement (dangers du cathétérisme, même prudent); γ. la bronche gauche, d'où cornage, souffle tubaire, etc. (Rendu); δ. quelquefois, la colonne vertébrale et la moelle, d'où paraplégie douloureuse. Ils refoulent le cœur en avant et peuvent, à la longue, déterminer une rétraction de la paroi thoracique gauche, par suite de l'atélactasie du poumon correspondant, et des adhérences pleurales. Leur terminaison habituelle est la rupture, soit à la peau du dos, à gauche de la colonne vertébrale, entre les septième et dixième côtes, soit dans l'œsophage.

IV. Les **anévrismes de l'aorte abdominale** siègent habituellement au niveau du tronc cœliaque; annoncés par une douleur très vive, localisée à la région correspondante et se propageant aux lombes et aux membres inférieurs, ils se caractérisent, à la période d'état, par une tumeur abdominale fluctuante, pulsatile, ne donnant lieu qu'à *un seul battement*, *un seul souffle*, celui-ci pouvant disparaître dans la station verticale (Stokes), et à *un retard du pouls fémoral sur les pulsations radiales*. L'ectasie, après avoir comprimé les organes voisins, finit par se rompre : à la peau de la région dorsale, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, le péritoine, la veine cave inférieure, l'estomac (petite courbure), l'intestin.

B. La NATURE DE L'ANÉVRISME. — Pratiquement, il n'y a que deux causes d'anévrisme : la *syphilis* et le *paludisme*. Ces deux causes peuvent d'ailleurs s'associer.

MARCHE. TERMINAISONS. — L'*évolution* de l'anévrisme est lente et insidieuse si bien que, dans un certain nombre de cas, la mort subite est la seule manifestation de la maladie. Le plus souvent, c'est par des douleurs que s'annonce l'anévrisme, puis apparaissent les phénomènes de compression; à partir de ce moment, l'*ectasie progresse constamment* : dans sa marche envahissante, il use, érode tous les organes voisins : tissu conjonctif, cartilages, os, téguments. Deux *terminaisons* : la guérison et la mort. La guérison *spontanée* par oblitération du sac est exceptionnelle; la guérison, consécutive à telle ou telle thérapeutique, ne l'est pas moins, et l'on a pu justement critiquer (Grenet) les résultats obtenus par Lancereaux au moyen des injections de sérum gélatiné. Donc, que la guérison soit spontanée ou provoquée, elle est *tout à fait rare*, et ce serait commettre une grave erreur pronostique que de compter sur elle. La *mort* est la *terminaison habituelle des anévrismes de l'aorte*. Elle peut être due : *a.* à des *phénomènes de compression* : par compression de la trachée et des bronches, d'où asphyxie par excitation du récurrent, d'où spasme de la glotte; compression de la veine cave supérieure, d'où œdème de la glotte, coma; *b.* à la *rupture* (142 fois sur 272, Boinet). La rupture à *l'extérieur* est assez rare, comme nous l'avons vu; la rupture à l'intérieur, beaucoup plus fréquente, est annoncée par une douleur brusque, suivie de signes d'hémorragie interne : hématémèses fractionnées, répétées ou abondantes et uniques; hémoptysies, d'abord peu abondantes, mais fréquentes, attribuées à la fissure des parois trachéo-bronchiques, à la compression du pneumogastrique, à des troubles vaso-moteurs, à la tuberculose, à une embolie pulmonaire. Ces phénomènes se terminent rapidement par la mort. La rupture peut se faire : α. *dans le péricarde*; c'est surtout le fait des anévrismes sus-sigmoïdiens; elle se traduit alors par des phénomènes d'asphyxie et d'asystolie aiguës; β. *dans le poumon* (gauche), phénomène parfois suivi de gangrène pulmonaire; γ. *dans les bronches* (surtout la gauche), d'où hémoptysie rapidement mortelle; δ. *dans l'œsophage*; la rupture succéderait à la chute de l'escare consécutive à une plaque de gangrène préexistante (Leudet); ε. parfois aussi, la rupture fait communiquer l'aorte avec une cavité veineuse voisine : artère pulmonaire, veine-cave supérieure, tronc veineux brachio-céphalique droit, veine-cave inférieure, oreillette droite, ventricule droit. L'histoire clinique de ces diverses variétés d'*anévrisme artérioso-veineux* est difficile à tracer : tout ce qu'on peut dire, c'est que, *lorsqu'une ectasie de la crosse de l'aorte vient à communiquer avec les gros troncs veineux*, les accidents débutent brusquement, par des symptômes fonctionnels inquiétants (dyspnée, cyanose, bourdonnements, étourdissements, céphalalgie, angoisse); comme signes physiques, on perçoit un bruit de souffle continu, grave, avec renforcement notable au moment de la systole et frémissement cataire, siégeant à droite de la fourchette sternale et se propageant dans les vaisseaux cervicaux. *Lorsqu'un anévrisme de l'aorte abdominale communique avec la veine cave inférieure*, les membres inférieurs s'œdématient et se recouvrent de varicosités, et, au niveau de la ligne médiane, on perçoit un souffle intense, se renforçant à chaque systole, et accompagné de thrill. Dans tous ces cas, la mort n'est qu'une question d'heures. — c. par *complications*. Les trois seules à signaler sont : α. La *tuberculose pulmonaire*, très fréquente et très importante, attribuée, soit à la compression du vague, soit à celle de l'artère pulmonaire. [La tuberculose siège à gauche parce que c'est surtout la branche gauche de l'artère pulmonaire qui est comprimée par la poche anévrismale. La coexistence d'ectasie aortique et de tuberculose pulmonaire est souvent la cause d'erreur de diagnostic, le médecin ne voyant que les lésions pulmonaires et leur attribuant tous les signes, depuis la perte des forces et l'amaigrissement jusqu'aux phénomènes laryngés, qu'il explique par une laryngite tuberculeuse, et aux hémoptysies.] β. la *gangrène pulmonaire*, peut-être moins fréquente aujourd'hui que jadis; γ. la *cachexie* due à l'inanition et aux douleurs. Ces diverses complications disent assez la gravité du *pronostic*, au sujet duquel il faudra, dans la majorité des cas, faire les plus formelles réserves.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, no 110, p. 1318, et no 113, p. 1354.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La leucémie myéloïde, par MM. P. MÉNÉTRIER, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, et Ch. AUBERTIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Encycl. scient. des Aides-mém.) Petit in-8 de 206 p. — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

La technique histo-bactériologique moderne, procédés nouveaux, procédés rapides, par E. LEFAS, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 117. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 13 OCTOBRE 1906. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — **1** an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — **1** an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 11 octobre 1906 (Question : « Configuration extérieure et rapports de l'estomac ») : MM. Butel et Butin, 18; Barthélemy, 17; Bougot, 16; Bougeant, Bruel et Chardin, 15; Amblard, Beloux et Caux, 13; Bouquier, 12; Albertin et Chapuis, 11; Alvergnat et Cornet, 10; Chatelain (Marcel), 9; Bertrand, 8; Barnathan, Bernard, Bulliard et Clogne, 7; de Baric, 6, et Brunet, 5.

La prochaine séance aura lieu samedi 13 octobre, à quatre heures et demie; la séance suivante aura lieu dimanche 14 ocbre, à huit heures et demie du matin (candidats de la deuxième série de la première moitié et candidats des autres séries autorisés à subir leur épreuve vers la fin du concours).

Pathologie. — Séance du 10 octobre 1906 (Question : « Vaccination contre la variole ») : MM. Vielle, 19; Paynel et Rehm, 16; Plaisant, Mlle Ricard, MM. Riou et Vermenouze, 15; Pollet, Thierry et Toffin, 14; Zaepffel, 13; Schilmann, Verrier et Wilnet, 12; Rabourdin, Renault, Sauty et Scheurer, 10; Reinhold, 9, et Mlle Schechtmann, 8.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — *Concours au Val-de-Grâce.* — Un concours s'ouvrira, le 26 novembre 1906, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'emploi de professeur agrégé de la chaire « Diagnostic chirurgical spécial ».

Les médecins-majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à concourir.

Les demandes formulées par les médecins-majors en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part au concours seront adressées au ministre de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau), avant le 5 novembre 1906, terme de rigueur.

Elles devront être appuyées de l'avis motivé de leurs chefs et transmises par la voie hiérarchique.

MARINE. — Le jury du concours qui doit avoir lieu à Toulon le 25 octobre 1906, pour deux emplois de professeur de physique biologique dans les écoles annexes de médecine navale sera composé comme suit :

M. l'inspecteur général du service de santé, président; — M. le pharmacien en chef de première classe Sauvaire et M. le pharmacien principal Le Ray, membres.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — La séance solennelle de la Société centrale de médecine vétérinaire aura lieu le jeudi 18 octobre 1906, à trois heures, au siège de la Société, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : Allocution de M. R. Baron, président; — « L'élève d'Alfort et le chirurgien de vaisseau, » par M. A. Railliet, secrétaire général; — Compte rendu général du concours, par M. Petit, secrétaire annuel.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Emmanuel Lemoine (de Vitry-en-Artois).

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — A partir du lundi 7 janvier 1907, sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Lariboisière, les docteurs P. Gibert et F. Lemaître, assistants, feront une série de vingt conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Ces conférences auront lieu le matin, à huit heures un quart, à la consultation du larynx.

Le prix est de 50 francs.

Pour le versement et l'inscription, prière de s'adresser au docteur Paul Gibert, assistant du service, salle Davaine.

Il est recommandé aux médecins ou étudiants de se munir d'un miroir frontal.

Programme des conférences. — *Première conférence.* — Généralités. Moyens d'éclairage. — Rhinoscopie antérieure. — Rhinoscopie postérieure. — Rhinométrie.

Deuxième conférence. — Epistaxis. Hématome de la cloison. — Eperons et crêtes de la cloison. — Déviations.

Troisième conférence. — Corps étrangers des fosses na-

sales. — Rhinite hypertrophique. Queues du cornet. — Rhinite spasmodique. — Rhinite atrophique.

Quatrième conférence. — Adénoïdite aiguë, chronique. — Catarrhe du cavum. — Végétations adénoïdes.

Cinquième conférence. — Sinusites maxillaires aiguës, chroniques.

Sixième conférence. — Sinusites frontales. — Sphéno-ethmoïdites.

Septième conférence. — Tuberculose nasale. — Syphilis du nez aux trois périodes.

Huitième conférence. — Tumeurs des fosses nasales. — Polypes muqueux. — Tumeurs malignes. — Tumeurs du cavum.

Neuvième conférence. — Hypertrophie des amygdales. — Amygdalites chroniques. — Phlegmon sus-amygdalien. — Ulcérations de la langue et du voile du palais.

Dixième conférence. — Pharyngites aiguës, chroniques. — Ulcérations du pharynx. — Abcès rétro-pharyngiens.

Onzième conférence. — Hématome du pavillon. — Examen du conduit auditif externe. — Corps étrangers du conduit. — Furoncle du conduit.

Douzième conférence. — Epreuves de l'audition. — Examen du tympan. — Variations de couleur, de tension. — Affections de la trompe d'Eustache. — Cathétérisme.

Treizième conférence. — Otites moyennes aiguës. — Paracentèse. — Mastoïdite aiguë.

Quatorzième conférence. — Otites moyennes suppurées chroniques. — Cholestéatome.

Quinzième conférence. — Otites moyennes chroniques sèches. Oto-sclérose. Synéchies. — Labyrinthisme.

Seizième conférence. — Examen de l'oro-pharynx. — Base de la langue. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. — Examen du larynx.

Dix-septième conférence. — Trouble de mobilité des cordes. — Laryngites aiguës et chroniques.

Dix-huitième conférence. — Tuberculose laryngée. — Syphilis du larynx. — Sténoses.

Dix-neuvième conférence. — Polypes du larynx. — Cancer du larynx.

Vingtième conférence. — Trachéotomie. — Bronchoscopie supérieure et inférieure.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES SYNDICATS MÉDICAUX ET LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES

Le syndicat médical de Lille et de la région,

Considérant d'une part : 1° que le certificat d'études médicales est institué, d'après ses auteurs, pour relever le niveau scientifique du corps enseignant, et, par suite, du corps des praticiens;

2° Que le relèvement scientifique du corps enseignant dépend, non de l'obtention préalable, par ses membres, d'un certificat intermédiaire entre le doctorat et l'agrégation, mais bien de la valeur réelle des épreuves d'agrégation;

3° Que la création d'un certificat supérieur, *accessible seulement à une minorité*, loin de relever le niveau scientifique général, ne pourra que déconsidérer le doctorat et abaisser le niveau des études qui y mènent;

Considérant d'autre part : 1° que la création de ce certificat aura pour effet de diviser le corps médical en deux castes: les docteurs en médecine, ou *médecins inférieurs*; les titulaires du certificat, ou *médecins supérieurs*; et de rétablir un officiat de santé à peine et justement aboli;

2° Qu'aucune considération ne peut militer en faveur de cette division, vu que :

Ou bien les médecins actuels sont, d'une manière générale, à la hauteur de leur mandat, et il n'est pas besoin de créer une classe de médecins soi-disant supérieurs;

Ou bien ils sont, dans leur ensemble, inférieurs à leur tâche, et il ne suffit pas, dès lors, de donner une instruction plus forte à une *minorité*, il devient urgent de prendre les mesures nécessaires pour que *tous* les praticiens possèdent l'instruction voulue;

3° Qu'il s'agit ici, non seulement de l'intérêt du praticien, mais aussi et surtout de l'intérêt du malade, et, partant, du pays lui-même;

Considérant enfin : 1° Que le relèvement scientifique du praticien, dépend, non d'une réforme plus ou moins banale des études ou du mode de recrutement du personnel enseignant, mais de la transformation radicale d'un *enseignement* universellement reconnu défectueux et insuffisant;

2° Qu'il importe moins, par conséquent, de discuter comment *se recruteront* les professeurs, que d'établir comment ils *enseigneront*, ce dont les promoteurs du décret ont omis, précisément, de se préoccuper;

Décide;

Le syndicat médical de Lille et de la région :

1° Proteste avec énergie contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures;

2° Charge son bureau de saisir la fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais;

3° Fait appel à tous les praticiens de France, à tous les groupements professionnels, à tous les organes de défense;

4° S'associera à toutes mesures susceptibles de faire rapporter le décret du 25 juillet 1906, tel qu'il a été conçu;

5° Propose dès maintenant, pour faire bloc avec toutes les forces cohérées de la démocratie médicale, l'organisation d'un vaste Congrès des praticiens de France;

6° Fera tenir copie de cet ordre du jour au ministre de l'Instruction publique; à tous les syndicats médicaux; à tous les confrères sénateurs ou députés; à tous les sénateurs, députés et conseillers généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

REVUE GÉNÉRALE

LES SUPPURATIONS HÉPATIQUES [1]

Par E. MICHELEAU,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

II

Suppurations d'origine sanguine. Abcès du foie. — Il importe, tout d'abord, de les diviser en suppurations d'origine artérielle, venant de la circulation générale par l'artère hépatique, et suppurations d'origine veineuse, venant de la circulation intestinale par la veine porte.

Le rôle des lymphatiques est des plus modestes, Les connexions du réseau lymphatique du foie n'existent guère qu'avec les lymphatiques de son enveloppe péritonéale. Seuls quelques cas d'abcès sous-phrénique consécutifs à une appendicite, à une périgastrite, ou de péritonite sus-hépatique consécutive à une infection pleurale, peuvent leur être rattachés.

A. *Suppurations d'origine artérielle.* — Les pyohémies chirurgicales ou obstétricales, les pyohémies médicales qui suivent la variole, la fièvre typhoïde, les fractures compliquées des os, surtout des os du crâne, les suppurations diffuses consécutives aux plaies de tête, aux anthrax, aux érysipèles phlegmoneux se transmettent au foie par l'artère hépatique. Une endocardite, une aortite ulcéro-végétante, les abcès du poumon, la gangrène pulmonaire, les infarctus suppurés, la bronchite putride en sont aussi le point de départ.

Les abcès qui en résultent rentrent dans la catégorie des *petits abcès* (Budd). Ils ressemblent un peu, macroscopiquement, aux abcès de l'angiocolite suppurée. Leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un pois, d'une noisette. Leur forme est généralement arrondie. Leur nombre est considérable et ils sont irrégulièrement disséminés dans la totalité des deux lobes. Le foie est très augmenté de volume: sa consistance est ferme ou ramollie, suivant la durée du processus. Sous la capsule, les abcès forment des points jaunâtres qui tranchent sur la coloration rouge brun de la glande. A la coupe, on constate la présence d'une infinité de petits abcès de volume variable, parfois assez nombreux et assez cohérents pour transformer le foie en une véritable éponge purulente. A côté de simples taches blanchâtres, première étape de l'abcès en formation, existent de vrais abcès : ils renferment un pus jaunâtre, parfois verdâtre, plus ou moins concret. Des abcès plus volumineux résultent de la confluence d'abcès plus petits.

Au microscope, les points blanchâtres présentent les phénomènes ordinaires de l'inflammation et de la suppuration : dilatation des capillaires, arrêt, accumulation et diapédèse des leucocytes, thrombose des vaisseaux, dégénérescences nécrobiotiques des cellules hépatiques et des leucocytes; on y reconnaît facilement des germes spécifiques, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, colibacilles. Le pus contient souvent des cristaux de cholestérine. La paroi de l'abcès est formée par les cellules hépatiques en voie de prolifération et de dégénérescence. Les voies biliaires sont rarement intactes, le processus suppuratif se propage aux canalicules biliaires, aux veines sus-hépatiques, aux veines portes de l'espace de Kiernan. La capsule de Glisson, le péritoine périhépatique sont peu ou point altérés, la marche de l'infection étant généralement trop rapide.

L'histoire clinique de ces suppurations se confond avec celle des infections qui les produisent. On note seulement une tuméfaction plus ou moins accusée du foie avec douleur à la pression et léger subictère. Leur constatation se fait surtout à l'autopsie.

B. *Suppurations d'origine veineuse.* — Ce sont de beaucoup les plus intéressantes. Elles évoluent sous deux modalités anatomo-pathologiques : les *petits abcès* et les *grands abcès du foie* (Morand, Budd).

Les relations des infections hépatiques avec l'intestin ont été bien mises en lumière par Hanot. Toutes les infections intestinales peuvent avoir dans le foie des localisations secondaires : entérites ulcéreuses, fièvre typhoïde, tuberculose intestinale servent de voie d'entrée soit à leur bacille spécifique, soit à des infections secondaires. C'est à peu près exclusivement à ce dernier titre que la tuberculose est intéressante dans l'histoire des suppurations hépatiques, du moins chez l'adulte. Il faut y ajouter les ulcérations stomacales simples ou cancéreuses, l'appendicite (Dieulafoy), les ulcérations du cæcum, de l'appendice et du gros intestin, les suppurations du rectum, le cancer du rectum, les hémorroïdes suppurées.

Dans toutes ces affections, la veine porte sert de canal vecteur, très souvent sans qu'il y ait pyléphlébite. On observe alors surtout de petits abcès, plus rarement de grands abcès : le foie ressemble anatomiquement au foie infecté des pyohémies; son histoire clinique est à peu près la même, sauf, parfois, la marche moins rapide des accidents. C'est surtout avec les affections ulcéreuses du gros intestin que l'hépatite suppurée a des relations étroites (Hanot. Congrès de médecine de Bordeaux, 1895). Au premier rang, nous devons placer la dysenterie.

L'abcès du foie est en effet la complication de la dysenterie. Galien en a laissé une description célèbre; Larrey l'observa en Egypte et en Syrie. Annesley (1828), Budd (1845), Dutroulau (1868), Kelsch et Kiener, etc., ont nettement fixé son histoire. L'hépatite suppurée des pays chauds forme une variété pathologique bien distincte. Nous la décrirons tout à l'heure.

Il importe auparavant d'établir comment et pourquoi les agents infectieux puisés dans l'intestin se fixent dans le foie. La chose est des plus faciles à comprendre.

Il ne suffit pas qu'un microbe soit mis en contact avec un point quelconque de l'organisme pour qu'il

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 114, p. 1359.

y prolifère et y détermine des phénomènes réactionnels infectieux. Il est des conditions de durée de contact, d'*adhésivité*, si l'on veut bien nous permettre ce mot, qui lui sont indispensables. Ces conditions s'observent au niveau du foie, plus favorables peut-être que partout ailleurs. Issue du réseau capillaire intestinal, la veine porte se déverse dans le réseau capillaire intra-hépatique sous une pression extrêmement faible, avec une vitesse excessivement réduite qui favorise au plus haut point la stagnation du sang, l'arrêt et l'installation des microbes. Très utile à l'exercice normal des fonctions anti-toxiques et anti-microbiennes du foie, cette lenteur du courant sanguin devient nettement défavorable lorsque l'intégrité de la cellule hépatique est compromise. Le fait est fréquent au cas d'infection intestinale, au cas surtout d'infection dysentérique où le malade a son foie déjà surmené par sa vie dans les pays chauds, par les fautes alimentaires qu'il y commet, les excès d'alcool (Sachs), par les conditions météorologiques dans lesquelles il vit, exposé à des changements très brusques de température auxquels il n'était pas habitué (Louis).

C'est en effet chez les étrangers et plus particulièrement chez ceux qui sont récemment arrivés dans une colonie que la dysenterie et les abcès du foie se développent. Les indigènes, les acclimatés en sont presque complètement à l'abri ; les enfants en sont à peu près indemnes ; les femmes y sont moins sujettes que les hommes, probablement parce qu'elles font moins d'excès, qu'elles mènent une existence moins active et sont moins exposées à la fatigue, aux traumatismes et aux intempéries.

Ces relations si étroites des grands abcès du foie et de la dysenterie n'ont pas été acceptées sans discussion ; elles ne sont pas d'ailleurs exclusives.

L'impaludisme a été longtemps incriminé. Kelsch et Kiener ont nettement démontré que son rôle était à peu près nul. Tout récemment, cependant, Tomaselli a rapporté neuf observations où cette étiologie paraît indiscutable.

Anatomie pathologique. — Le foie est très augmenté de volume ; il pèse 2 kilogrammes, $2^{kg}500$, souvent même beaucoup plus. L'hypertrophie porte surtout sur le lobe droit. Le lobe gauche est plus volumineux lui aussi, par suite de l'hypertrophie compensatrice dont il est le siège.

L'abcès dysentérique est toujours un grand abcès. Le plus souvent on n'en trouve qu'un seul, mais parfois aussi, à côté d'un grand, deux ou trois autres plus petits. Le lobe droit en est le siège le plus habituel. L'abcès peut y acquérir un volume considérable ; sa capacité, ordinairement de quelques centaines de centimètres cubes à 1 litre et demi, arrive parfois jusqu'à 4 et 5 litres. Dans ces conditions, le lobe droit est réduit à une mince coque de substance hépatique.

Si la mort survient avant que l'abcès soit constitué, on trouve au centre du lobe malade une zone d'étendue variable où le parenchyme est ramolli, friable, de couleur rouge foncée, presque noire, ecchymotique. Les vaisseaux y sont nombreux et fragiles et du sang s'écoule abondamment de la coupe. Au microscope, les cellules sont dégénérées, nécrosées, mélangées de granulations graisseuses et de leucocytes qui infiltrent et dissocient leurs travées. A mesure que la suppuration devient plus prochaine, l'abcès se ramollit davantage ; du rouge foncé, sa couleur passe au gris sombre, au centre d'abord, puis peu à peu et de plus en plus vers la périphérie. Enfin la suppuration se produit.

C'est parfois un pus blanc verdâtre, phlegmoneux, bien lié, ayant l'aspect du pus de bonne nature des suppurations franches. Parfois il est séreux, grumeleux, teinté en vert par la bile. Le plus souvent, il est de couleur chocolat plus ou moins clair, épais, crémeux, bien lié : c'est son aspect le plus caractéristique.

Des gaz fétides s'y mélangent parfois, en faible abondance.

La paroi de l'abcès a une structure variable, suivant la rapidité de son évolution. Quand la lésion marche vite, elle est irrégulière, anfractueuse, tomenteuse, tapissée de bourgeons mous, très vasculaires, très friables ; elle est formée par le tissu glandulaire fortement hypérémié et enflammé, ecchymotique, sur une étendue excentrique plus ou moins considérable. Dans toute cette zone, les cellules sont en voie de dégénérescence et d'infiltration ; les phénomènes nécrobiotiques l'emportent sur les phénomènes inflammatoires et l'abcès s'étend de dedans en dehors par déliquium successif de tous les éléments histologiques du foie.

Quand le développement est moins rapide, les phénomènes histologiques réactionnels sont mieux marqués. La cavité de l'abcès est limitée par une véritable membrane pyogène, faite de tissu embryonnaire ; sa surface est un peu irrégulière, rouge, vascularisée, parfois soulevée de bourgeons charnus. En dehors, elle se continue avec le parenchyme hépatique par une zone plus ou moins épaisse, suivant l'activité du processus, de tissu infiltré de leucocytes et de cellules rondes ; les cellules y sont en voie de suractivité fonctionnelle jusqu'à ce que l'excès de leur suractivité entraîne leur déchéance et leur mort.

Enfin, lorsque le développement est très lent, cette membrane pyogénique s'épaissit, devient fibreuse, s'infiltre même parfois de sels calcaires ; elle limite ainsi l'extension de l'abcès. Mais, alors que la membrane pyogénique jeune, vivante, était capable de proliférer et d'amener la guérison de l'abcès en accolant ses deux faces, cette membrane épaissie, fibreuse, peu vivante, est incapable d'une pareille évolution.

A mesure que l'abcès s'étend, la couche de tissu hépatique qui le sépare de la surface diminue d'épaisseur. Alors se développent des phénomènes réactionnels du côté du péritoine ; la péri-hépatite établit avec les organes voisins, le diaphragme et la paroi abdominale, des adhérences qui jouent un rôle extrêmement important dans la délimitation et la direction des ouvertures spontanées.

En dehors de l'abcès, sauf au cas d'altérations déjà existantes, les cellules hépatiques ne sont pas

malades. On constate, au contraire, dans les parties saines, une véritable hyperplasie anatomique et fonctionnelle. Ainsi s'expliquent la longue durée possible de la maladie, l'absence habituelle ou tout au moins le peu d'importance des signes d'insuffisance hépatique au cours de son évolution.

A côté de ces *abcès phlegmoneux*, nous devons signaler les *abcès fibreux* (Kelsch et Kiener).

Ils sont petits, multiples, de forme arrondie, de volume variable jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, rarement plus, de couleur blanchâtre, de consistance dure. Ils sont irrégulièrement disséminés au milieu du parenchyme hépatique. A la coupe, ils présentent une coque fibreuse dure, épaisse, parfois infiltrée de concrétions calcaires, contenant un pus très épais, caséeux, à demi concret. Les phénomènes hépatiques réactionnels sont différemment marqués à leur pourtour suivant l'activité de leur évolution, ils peuvent manquer totalement.

Les infections d'origine portale peuvent aussi déterminer des petits abcès et des abcès aréolaires; nous dirons seulement un mot de ces derniers.

Ils ont été décrits par Chauffard. « Le foyer purulent naît en plein foie, à la partie moyenne de l'un des lobes, puis il évolue vers la surface de l'organe en prenant la forme des infarctus à sommet central, à base étalée, presque circulaire et périphérique. A la coupe, on trouve un abcès en éponge, formé d'une série d'aréoles inégales, isolées ou pour la plupart communiquant entre elles pour établir une sorte de système caverneux, les logettes centrales se trouvant confondues par la destruction des cloisons qui les séparent. » Chaque aréole contient du pus de caractères variables, limité par une membrane pyogénique. Ils ne sont pas seulement d'origine angiocholitique, comme l'avait tout d'abord supposé Chauffard; ils peuvent se développer le long des rameaux portes et le long des veines sus-hépatiques. Les abcès appendiculaires du foie affecteraient souvent cette modalité anatomique (Dieulafoy).

La bactériologie de ces abcès d'origine veineuse est assez peu fixée. Le colibacille en est souvent la cause; on y a aussi constaté le streptocoque, les staphylocoques, l'entérocoque, des amibes, etc., seuls ou associés. Un caractère propre à l'hépatite suppurée des pays chauds est sa stérilité habituelle (Kartulis, Laveran, Netter, Longuet). Faut-il admettre que la suppuration résulte d'une action toxique directe sur la cellule hépatique, d'une nécrose massive du tissu glandulaire? Le fait de l'extension progressive de l'abcès de dedans en dehors ne paraît guère s'accorder avec cette idée. D'autre part, comme l'a fait remarquer M. Planté, elle explique assez mal la localisation de l'abcès et la régénération rapide du foie après traitement; les dégénérescences toxiques ont, en effet, pour caractères d'être totales et de frapper profondément les éléments cellulaires. Peut-on admettre aussi que les germes virulents au début de l'infection ont succombé rapidement au contact du parenchyme hépatique et de la bile? Ce sont là de pures hypothèses d'intérêt plutôt spéculatif que réellement médical.

Symptomatologie. — Elle diffère suivant la variété anatomique. Les petits abcès se développent au cours d'une infection générale dont les symptômes masquent souvent leur évolution. D'autres fois, c'est après la guérison ou tout au moins une accalmie de l'infection première que les abcès apparaissent, dans l'appendicite par exemple (Dieulafoy). On sera alors appelé à constater les signes d'une violente et très grave infection hépatique : fièvre, vomissements, douleurs dans l'hypocondre, subictère, etc.

Plus intéressants sont les grands abcès. Ils présentent quelques différences d'évolution tenant à la diversité de leurs causes, mais leurs caractères cliniques sont à peu près semblables, tout à fait même au point de vue objectif.

C'est plus particulièrement chez les gens qui ont la dysenterie depuis quelque temps ou qui viennent d'en guérir depuis peu, que l'on observe l'abcès du foie. Mais parfois aussi l'abcès se développe en même temps que l'infection intestinale; il peut même la devancer (Murchison). On l'a observé en dehors de toute dysenterie (Boinet). En revanche, l'abcès peut apparaître très longtemps après la guérison de la dysenterie, de ses accidents aigus tout au moins : nous en avons observé et publié tout récemment un cas.

Entre la guérison de la dysenterie et le développement de l'abcès, aucun signe bien net ne vient trahir sa présence : quelques douleurs dans l'hypocondre droit, un peu de subictère, quelques poussées fébriles le soir existent seuls. Si l'on examine le malade, on trouve seulement une légère hypertrophie douloureuse du foie. Les débuts sont donc des plus insidieux, tellement insidieux que c'est souvent à l'occasion de la tumeur constatée par le malade lui-même que celui-ci vient consulter le médecin.

Lorsque l'abcès est constitué, les phénomènes généraux se modifient et il apparaît des phénomènes locaux importants. La fièvre existe constante, généralement assez peu élevée, 38°5, 39 degrés, plus rarement 40 degrés; elle est rémittente ou intermittente quotidienne; le type intermittent est souvent irrégulier. L'accès a lieu le soir, avec frissons et chaleur, les sueurs peuvent manquer. Le pouls ne se modifie pas proportionnellement à la température; il reste plutôt lent, différence avec l'accès paludéen. Le malade présente parfois un peu de subictère.

Dans d'autres cas, moins fréquents surtout en France, plusieurs poussées de congestion hépatique précèdent la formation de l'abcès : le foie devient gros, douloureux, la fièvre s'allume, rarement très intense, un peu d'ictère apparaît: après trois ou quatre jours, tout rentre dans l'ordre. Puis l'hépatite se déclare : un frisson très violent en est habituellement le premier signe; la température s'élève jusqu'à 40 degrés, 41 degrés; des nausées et des vomissements bilieux apparaissent et aussi une douleur extrêmement vive dans la région hépatique; elle s'irradie vers l'épigastre, dans le dos, vers l'épaule droite; les mouvements l'exaspèrent, le malade reste couché immobile, incliné sur le côté droit, restreignant le plus qu'il le peut l'amplitude de sa respi-

ration. L'abcès se développe rapidement et ses signes physiques sont bientôt faciles à constater.

Ils le sont d'autant plus que les malades sont plus amaigris. Leur état général ne tarde pas à être profondément altéré, l'émaciation et l'anémie sont considérables, la peau devient sèche, rugueuse, le teint pâle jaune terreux, parfois subictérique. En même temps, l'hypochondre droit devient le siège d'une hypertrophie appréciable par l'inspection, par la palpation bi-manuelle et par la mensuration.

Les fausses côtes sont soulevées et déjetées en dehors; l'hypocondre et le flanc droits, le creux épigastrique sont tendus et bombés par la voussure sous-jacente. Si celle-ci est peu prononcée, il est utile d'examiner la région à jour frisant; nous avons pu ainsi, dans un cas d'abcès de la face profonde, apercevoir non seulement la saillie de l'abcès, mais encore le sillon qui la séparait du rebord inférieur du foie. Comme les tumeurs de la face profonde du foie, l'abcès s'élevait pendant l'expiration et s'abaissait pendant l'inspiration. La peau conserve habituellement son apparence normale.

La palpation et la percussion précisent mieux encore les caractères et les limites de cette hypertrophie. La pression est douloureuse en une région où l'on peut parfois sentir profondément de la fluctuation. MM. Hassler et Boisson ont signalé comme très importante l'existence d'une sensation de ballottement de rénitence profonde, comparable aux sensations que donneraient la palpation et la percussion d'un ballon de caoutchouc surdistendu. »

Toute la région hypertrophiée est le siège d'une matité compacte. Dans un cas unique à notre connaissance, M. Cassaët a constaté, en pleine matité hépatique, une zone tympanique donnant le bruit de pot fêlé. « J'ai pensé qu'il s'était produit dans la masse du foie un abcès avec gaz, que je confirmai à l'aide d'une ponction exploratrice et d'où un litre de pus fut enlevé quelques heures après » (E. Cassaët. *Précis d'auscultation*, 2e édition, p. 711).

Il est très important de préciser les limites et la forme de la matité : lorsque l'abcès évolue vers la cavité thoracique, il donne souvent lieu en effet à tous les signes d'une pleurésie ou d'une spléno-pneumonie droites. Nous verrons tout à l'heure comment on peut l'en différencier.

L'auscultation de la région hépatique n'est pas dépourvue d'intérêt : on y perçoit, aux deux temps de la respiration, un frottement caractéristique (Bertrand) dû pour les uns à la péri-hépatite, pour d'autres (Hassler et Boisson) à l'œdème du foie.

Les autres appareils que le foie sont intacts ou à peu près. La langue est rouge, dépouillée, sèche même en dehors des accès fébriles. Il existe souvent, à la base droite, de la pleurésie et de la congestion pulmonaire, perceptibles surtout à l'auscultation, assez peu marquées pour produire des modifications de sonorité à la percussion. L'aspect et la composition des urines sont variables; ce sont souvent des urines fébriles, rouges, rares, fortement uratiques. Parkes, en 1846, a signalé l'hypoazoturie au moment des paroxysmes fébriles, Lecorché et Talamon l'ont eux aussi retrouvée; elle était très nette dans un cas que nous avons publié récemment.

Diagnostic. — Lorsque, chez un malade qui a ou qui vient d'avoir la dysenterie, on voit apparaître, en même temps que des phénomènes fébriles, une douleur limitée au foie avec voussure de la région hépatique hypertrophie du foie, fluctuation, teinte subictérique des conjonctives, amaigrissements, troubles digestifs, léger œdème des membres inférieurs, le diagnostic d'abcès du foie est facile. Il n'en est pas toujours ainsi.

Les formes aiguës, comme les poussées congestives qui précèdent la formation du pus, peuvent être confondues avec la congestion paludéenne du foie, plus rarement du poumon, quelquefois avec la pneumonie. La constatation d'accès paludéens, la recherche de l'hématozoaire, l'examen du sang, seront les éléments du diagnostic.

Lorsque l'abcès se développe vers la face supérieure du foie et en arrière, il donne parfois les signes d'une pleurésie, d'une spléno-pneumonie. L'absence de phénomènes hépatiques, la coexistence possible d'une pleurésie de la base droite font hésiter. Il importe au plus haut point d'interroger alors le passé pathologique du malade et les accidents récents qui ont marqué l'évolution de la maladie. La pneumonie et la splénopneumonie surviennent au milieu d'une santé généralement bonne. La pleurésie purulente ne se développe guère sans avoir été précédée d'accidents pulmonaire. La constatation, au contraire, de phénomènes abdominaux, le subictère feront penser à l'abcès du foie.

Les signes physiques offrent aussi une très grande importance. Nous en empruntons en partie la discussion à M. Cassaet : la voussure ne s'étend pas à la totalité du périmètre thoracique, elle est moins générale que dans la pleurésie; l'œdème et la rougeur de la paroi sont plus nettement thoraciques, plus diffus aussi dans la pleurésie purulente que dans l'abcès; la limite supérieure de la matité forme une ligne parabolique assez nette dans la pleurésie; même quand la pleurésie est secondaire, elle présente toujours un triangle d'ascension paravertébral; ce triangle manque souvent en cas d'abcès, la ligne de limite de la matité est parfois horizontale, beaucoup moins régulière dans sa courbe; le signe du sou, qui peut exister, n'est pas entendu toujours d'une manière précise et se modifie souvent pendant les mouvements de la respiration.

Parfois on est obligé de recourir à une ponction exploratrice de la plèvre; au cas de pleurésie sèche, l'aiguille ne ramène pas de liquide; au cas de pleurésie purulente, le liquide a les caractères des pus pleuraux et non pas du pus hépatique.

Les abcès de la face inférieure se développent vers la cavité abdominale. Leur diagnostic sera à faire d'avec les tumeurs de l'abdomen : tumeurs de la face antérieure du rein droit, du côlon, de l'intestin, du mésentère, tumeurs de la face inférieure du foie.

L'hypertrophie parfois totale du foie qui accompagne le développement des abcès peut les faire confondre avec la cirrhose hypertrophique et le

cancer massif. Ces deux affections évoluent souvent en effet avec des phénomènes fébriles et douloureux assez accusés pour que le diagnostic ne soit pas toujours facile. On a eu parfois recours à la ponction exploratrice pour l'établir. C'est un procédé peu recommandable qui peut être la source de très graves accidents. On ne doit l'employer qu'en cas de nécessité absolue, et après avoir tout préparé pour pratiquer une intervention chirurgicale plus complète si elle a donné un résultat positif.

Il importe au plus haut point de préciser le siège de l'abcès. La localisation de la douleur, la tuméfaction, la fluctuation, la rénitence, les caractères, la forme et les limites de la matité sont les signes dont l'analyse minutieuse permettra d'y arriver.

La radioscopie a rendu quelques services. Béclère, Variot, Contremoulin en ont fixé la technique et posé les indications.

Nous devons nous occuper du diagnostic avec les kystes hydatiques. Tant que ceux-ci ne sont pas suppurés, ils constituent de simples tumeurs du foie. Ils se développent insidieusement peu à peu, s'accompagnant parfois de douleurs dans l'épaule droite, de dégoût pour les matières grasses, plus rarement de poussées d'urticaire. Les malades ne viennent pas des pays chauds, mais des pays où l'on vit en promiscuité à peu près constante avec les chiens, où les eaux d'alimentation sont peu profondes et séparées de la surface du sol par une couche de terrain très perméable, constituant un filtre très mauvais; en France, les Landes et la Sologne en fournissent la majeure part. L'analyse de cette phase prémonitoire, la notion d'origine, l'examen du sang qui dénote une notable augmentation des éosinophiles (Sabrazès, Bronqueyre) sont alors et demeurent les éléments du diagnostic. Lorsqu'il est inflammé, le kyste devient une suppuration hépatique, dont l'évolution est à peu près la même que celle de l'abcès du foie.

Marche. Complications. — Dans les deux cas, le pus tend à s'évacuer à l'extérieur. Les phénomènes ultérieurs seront un peu différents, suivant le point où s'achemine la suppuration, suivant aussi l'existence ou l'absence et le degré de solidité des adhérences péri-hépatiques.

Lorsque celles-ci ne sont pas assez nombreuses ou assez fortes, l'abcès de la face inférieure peut s'ouvrir dans le péritoine. Il en résultera, suivant le degré de virulence du pus, une péritonite suraiguë ou, au contraire, une réaction péritonéale peu marquée (Peyrot); dans ces derniers cas la mort survient par cachexie progressive.

Lorsque les adhérences existent, elles limitent le trajet et dirigent le pus soit vers l'extérieur, soit vers un organe creux de l'abdomen. Dans le premier cas, la peau rougit, de l'œdème se développe au niveau duquel on constate de la douleur, de la rougeur et de la chaleur, la peau s'amincit de plus en plus, l'abcès s'ouvre spontanément, du pus s'écoule et il en résulte un trajet fistuleux qui persiste plus ou moins longtemps. Il aboutit soit à l'ombilic, soit à l'épigastre; dans quelques cas, le trajet est beaucoup plus long et va jusqu'au pli de l'aine. La guérison peut survenir par ce moyen, souvent aussi c'est la mort par infections secondaires ou par cachexie, suite d'une suppuration prolongée. Les abcès de la face antéro-supérieure et certains abcès de la face inférieure évoluent parfois de la sorte.

Plus souvent ces derniers se vident dans un organe creux de l'abdomen : le côlon, l'intestin grêle, le duodénum, l'estomac, les voies biliaires, plus rarement le bassinet du rein droit, exceptionnellement la veine cave inférieure. Les symptômes varient avec cette localisation, de même que la gravité. L'ouverture dans le côlon paraît le moins défavorable, la guérison totale serait possible. Beaucoup plus fréquemment, des infections secondaires ne tardent pas à produire l'hecticité et à entraîner la mort du malade.

Les abcès de la face supérieure se portent plutôt, sauf ceux situés en avant, en haut, vers la cavité thoracique. Par simple propagation de la péri-hépatite à travers le diaphragme se produit de la pleurésie sèche ou purulente. La pleurésie purulente qui suit leur rupture dans la plèvre est à peu près fatalement mortelle. Les adhérences pleurales qui l'ont précédée peuvent amener leur ouverture directe dans le poumon, déterminant une vomique d'abondance variable. Pendant les quelques jours qui la précèdent, le malade présente des signes de broncho-pneumonie de la base droite et souvent son haleine et son expectoration ont un goût et une odeur aromatiques comparés par Lichorst à ceux de la confiture d'abricots. La vomique est formée de pus hépatique rougeâtre, couleur chocolat. Elle s'accompagne d'une douleur très vive au moment où elle se produit. Puis, pendant les jours qui suivent, le malade continue à cracher en grande quantité, 200, 300 grammes par jour, du pus hépatique dont les caractères sont plus ou moins modifiés par le pus d'irritation bronchique. La guérison a été observée exceptionnellement. Plus ordinairement, après la vomique, se produit une infection secondaire du poumon par l'abcès et de l'abcès par le poumon. La fièvre prend tous les caractères de la fièvre hectique, la courbe thermique présente de grandes oscillations vespérales, très rapidement se développent des ostéopathies hypertrophiantes pneumiques des extrémités digitales et le malade ne tarde pas à succomber dans la cachexie. Si on l'examine, on constate, outre les signes hépatiques, les signes d'une excavation pulmonaire plus ou moins étendue de la base droite. Enfin, l'abcès peut s'ouvrir en même temps ou secondairement dans le poumon et dans la plèvre. On a signalé aussi, mais beaucoup plus rarement, l'ouverture dans le péricarde.

Pronostic. — L'abcès du foie est donc une maladie grave par elle-même et par ses complications.

La mort peut résulter de la gravité des phénomènes inflammatoires et de la marche de l'abcès. A ce point de vue, on distingue trois types :

a. Cas aigus, franchement phlegmoneux où le pus est collecté en 15 à 20 jours, où la mort survient au

milieu de phénomènes véritablement typhoïdes.

b. Cas subaigus, les plus fréquents, dans lesquels l'abcès suit, en quatre, six, huit, dix semaines l'évolution que nous venons de décrire.

c. Cas chroniques, où l'abcès se développe avec une extrême lenteur et atteint souvent un très gros volume, malgré le peu de phénomènes réactionnels qui l'accompagnent; cette évolution s'observerait surtout, d'après Haspel, chez les sujets affaiblis et cachectiques.

La mort peut également résulter de l'ouverture de l'abcès à la peau ou dans un organe voisin, nous avons dit plus haut par quels mécanismes.

Abandonné à lui-même, l'abcès ne guérit à peu près jamais. Il est exceptionnel d'observer son enkystement et la résorption du pus. Il est à peu près aussi rare d'observer sa guérison par ouverture et évacuation spontanées. Il ne faut donc pas s'en remettre au hasard, il faut diriger cette ouverture et cette évacuation.

Traitement. — La chirurgie en est seule capable. La ponction du foie, suivie ou non de l'injection d'une substance antiseptique, n'est plus guère employée aujourd'hui. Elle a eu cependant quelques succès. En 1896, dans le service de notre maître, M. le professeur Arnozan, nous vîmes un malade qui guérit ainsi par ponction et aspiration. Mais les dangers auxquels elle expose, la péritonite qui peut lui succéder en font un procédé dangereux, les récidives qui peuvent se produire en font un procédé infidèle. Aussi, aime-t-on mieux recourir à un traitement moins aveugle et lui préfère-t-on l'ouverture directe de l'abcès.

Nous ne décrirons pas les divers procédés auxquels on a eu successivement recours suivant les perfectionnements de la technique opératoire, non plus que ceux dont on use aujourd'hui suivant le siège de l'abcès. Relativement simple pour l'abcès de la face inférieure, où une laparatomie avec incision du foie peut suffire, l'intervention chirurgicale est très compliquée et très délicate pour les abcès de la face supérieure. A l'histoire de leur traitement se rattachent les noms de Stromeyer Little, Fontan, Segond, Israël, Lannelongue et Canniot, Monod et Vanverts, Le Dentu, Siraut, etc. Il sortirait du cadre de ce travail de décrire ces procédés chirurgicaux. Souvent, d'ailleurs, les circonstances feront que l'on sera obligé d'employer un procédé de fortune.

Mais si la thérapeutique médicale ne peut pas guérir l'abcès du foie, tout au moins peut-elle, dans une certaine mesure, en empêcher la collection. C'est dans le traitement rigoureux et énergique des infections qui peuvent le causer que réside cette prophylaxie. Dans ses leçons sur la dysenterie, à l'Institut colonial de Bordeaux, M. le professeur Le Dentu insiste tout particulièrement sur les bons effets des lavements systématiquement employés dès le début de la dysenterie : grands lavements au permanganate de potasse, grands lavements au nitrate d'argent (Trousseau); l'antisepsie intestinale et hépatique par le salol surtout concourent au même but. Dans ses leçons sur l'appendicite, M. le professeur Dieulafoy insiste sur la précocité de l'intervention pour prévenir le foie appendiculaire.

Ce que nous avons dit des abcès d'origine artérielle nous permet d'être bref sur leur traitement. Cliniquement confondus dans l'ensemble des phénomènes infectieux qui les accompagnent, leur pronostic est le même, à peu près toujours fatal, et leur thérapeutique à peu près toujours inefficace. Moyens médicaux et moyens chirurgicaux sont également inutiles. Mais, si ceux-ci ne peuvent guérir, ils peuvent tout au moins prévenir, et la pratique rigoureuse de l'antisepsie, en évitant de plus en plus les grandes infections chirurgicales, obstétricales et même médicales, a déjà rendu et rendra encore de plus en plus rares les suppurations hépatiques.

BIBLIOGRAPHIE

Morand. Sur les abcès du foie, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, 1753. — Petit le fils. Des apostèmes du foie, *Ibid.* — Budd. *On diseases of the liver*, Londres, 1845. — Monneret. *Traité de pathologie interne*, Paris, 1865-1866. — Cruveilhier. *Atlas d'anatomie pathologique.* — Jaccoud. *Clinique médicale de Lariboisière*, 1872. — *Traités de médecine* : Charcot, Bouchard, Brouardel et Gilbert, Debove et Achard. — Rendu. Art. foie, in *Dict. encycl. des sc. méd.* — Charcot et Gombault. Note sur les altérations du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque, *Arch. de physiol.*, 1876. — J.-M. Charcot. *Leçons sur les maladies du foie et des voies biliaires*, 1877. — Joffroy. Genèse des abcès du foie par oblitération du canal cholédoque, Soc. de biol., 1879. — Regnard. Soc. de biol., 22 nov. 1873. — Lecorché et Talamon. *Etudes médicales*, 1881. — A. Chauffard. Etude sur les abcès aréolaires du foie, *Arch. de physiol.*, 1883. — Netter et Martha. De l'endocardite végétante ulcéreuse dans les affections des voies biliaires, *Arch. de physiol.*, 1886. — Aubert. *De l'endocardite ulcéro-végétante dans les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891. — Charrin et Roger. Soc. de biol., 21 fév. 1891. — Gilbert et Girode. Soc. de biol., 21 mars 1891. — Létienne. *De la bile à l'état pathologique*, Th. de Paris, 1891. — Cadéac. *De la cholécystite suppurée*, Th. de Paris, 1891. — E. Cassaët. Lithiase biliaire intralobulaire. *Semaine méd.*, 14 oct. 1891. — E. Dupré. *Les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891. — Duffourt. *Revue de médecine*, avril 1893. — Cornet. *De l'antisepsie des voies biliaires dans le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire*, Th. de Bordeaux, 1892-1893. — Achard et Phulpin. Angiocolite calculeuse avec abcès aréolaire du foie. *Médecine mod.*, 1894. — Dominici. *Des angiocolites et cholécystites suppurées*, Th. de Paris, 1894. — Longuet. Angiocolite à bacille typhique sans fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 6 déc. 1894. — Widal et Griffon. Abcès aréolaire du foie d'origine calculeuse, Soc. anat., 1895. — R. Mignot. *Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites*, Th. de Paris, 1896. — J. Sallès et F. Bayon. *Province méd.*, 1896. — E. Sergent. *Tubercules et cavernes biliaires*, Th. de Paris, 1896. — A. Gouget. Infection hépatique expérimentale par le proteus vulgaris, *Arch. de méd. expérim.*, 1897. — A. Dauriac. *Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1897. — Pick. La fièvre intermittente hépatique, Cong. de médecine de Paris 1900, et Soc. méd. de Prague, 1900. — Gilbert et P. Lereboullet. Les angiocolites suppurées anictériques, Soc. méd. des hôpit., 1900. — P. Chevret. L'infection hépatique par l'entérocoque de Thiercelin : Th. de Paris, 1900. — Munzer. Sur la fièvre biliaire intermittente, Congrès de médecine, Berlin, 1901. — Adenot. De la cholécystite à forme d'appendicite, *Lyon méd.*, 1901. — Cassuto. *Les abcès du foie d'ori-*

gine typhique, Th. de Paris, 1904. — GILBERT et LEREBOULLET. La cholémie familiale, *Gaz. hebd.*, 1902. — GILBERT et LIPPMANN. Bactériologie des cholécystites, Soc. de biol., 1902. — GILBERT et LIPPMANN. Le microbisme biliaire normal, Soc. de biol., 1903. — E. CASSAËT. De l'action du suc hépatique dans la lithiase biliaire et l'angiocholite, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 13 mars 1903.

HASPEL. *Maladies de l'Algérie*, 1858. — DUTROULAU. *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, 1868. — LAVERAN. Contribution à l'anatomie pathologique des abcès du foie, *Arch. de physiol.*, 1879. — KELSCH et KIENER. *Maladies des pays chauds*, 1889. — NETTER. Soc. méd. des hôpit., 1890. — BERTRAND. Frottement péri-hépatique et abcès du foie, Acad. de méd., 1890. — CALMETTE. *Arch. de méd. navale et coloniale*, 1893. — SAINT-ARNAUD. Abcès du foie et péri-hépatite suppurée, *Ann. de l'école de méd. et de pharm. de Marseille*, 1893. — ZANCAROL. Pathogénie des abcès du foie, *Revue de chir.*, 1893. — HANOT. Vaste abcès aréolaire au foie pris pour une pleurésie purulente, Soc. méd. des hôpit., 1894. — A. PETIT. Soc. méd. des hôpit., 1894. — ACHARD. Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires, Soc. méd. des hôpit., 1894; — Abcès dysentérique du foie pris pour une pleurésie purulente. Remarques sur le pus stérile, Soc. méd. des hôpit., 1895; — Cancer de l'estomac à forme pyohémique; fistule ombilicale, abcès cancéreux du foie, *Médecine mod.*, 3 oct. 1895. — LONGUET. Sur la stérilité du pus des abcès du foie, *Presse méd.*, 1895. — HANOT. Des rapports du foie et de l'intestin en pathologie, Congrès de méd. de Bordeaux, 1895. PLANTÉ. Des rapports du foie et de l'intestin en pathologie, Congrès de méd. de Bordeaux, 1895. — MONNIER. Un cas d'abcès intra et péri-hépatique chez l'adulte, Congrès de méd. de Bordeaux, 1895. — BERTHELIN. *Complications hépatiques de l'appendicite*, Th. de Paris, 1895. — PEYROT et ROGER. Acad. de méd., 1896. — HASSLER et BOISSON. Etude sur les abcès dysentériques du foie, *Revue de méd.*, 1896. — BOINET. Trois cas de grands abcès du foie *nostras* d'origine dysentérique, *Revue de méd.*, 1897. — TOMASELLI. *Gazz. degli ospedali*, 1899. — G. DIEULAFOY. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, 1899. — MOSSÉ et SARDA. La formule leucocytaire dans les abcès du foie, Soc. de biol., 1901. — E. SCHWARTZ. *La chirurgie du foie*, Th. de Paris, 1901. — E. MICHELEAU. Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans le poumon droit et dans la plèvre, *Gaz. des hôpit.*, 30 janv. 1906, n° 12. — E. CASSAËT. *Précis d'auscultation et de percussion*, 2ᵉ édit., percussion du foie.

FORMULAIRE

FORMULE CONTRE LES ASCARIDES

Kuchenmeister a recommandé, pour éviter l'intoxication par la santonine chez les enfants, de l'associer à l'huile d'olive. Les enfants l'acceptent mal et s'en dégoûtent. Il vaut mieux l'associer à l'huile de ricin, qui a en outre l'avantage d'expulser en même temps les ascarides.

Pour masquer le goût de l'huile, voici la formule prescrite par le docteur Ferreira (de Lisbonne), pour un enfant de dix ans :

Santonine....................	0gr10
Essence de badiane...........	x gouttes.
Huile de ricin...	20 grammes.
Mucilage de fucus crispus.....	40 —

F. s. a. Agiter avant de s'en servir.

On peut combiner cette formule pour un enfant de n'importe quel âge, en se souvenant que la santonine s'emploie à la dose de 0gr01 par année et l'huile de ricin à raison de 2 grammes; quant à l'essence de badiane, il suffit d'une goutte par année. (*Clinique infantile.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1906)

Occlusion intestinale chez l'enfant. — M. LEJARS fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Szczypiorski (du Mont-Saint-Martin). Il s'agit d'abord de trois faits d'occlusion intestinale chez de jeunes enfants, dont deux par invagination et le troisième par tuberculose de l'intestin.

Dans le premier cas, un enfant de quatre mois présentait dans l'abdomen une tumeur du volume d'un œuf de poule, avec des vomissements et des signes d'occlusion. Cet enfant fut opéré à l'hôpital du Mont-Saint-Martin dix heures après le début des accidents. M. Szczypiorski trouva une invagination iléo-colique. Il put facilement réinvaginer l'intestin et son petit malade guérit sans fièvre. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est la précocité de l'intervention.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de cinq ans qui ne put être opéré que douze jours après le début des accidents. Il y avait, dans ce cas, une très considérable invagination formant une tumeur transversale au niveau du côlon transverse. L'opération fut très facile, malgré la longue durée de l'invagination.

M. Lejars, à propos de ces faits, envisageant la question au point de l'invagination chez les adultes, fait observer que, d'une façon générale, les chirurgiens sont appelés beaucoup trop tard auprès de ces malades et qu'ils en sont réduits à faire la résection dans de mauvaises conditions. C'est ainsi que, dans un cas de ce genre, M. Lejars intervint, fit la résection trop tard, et que le malade succomba vingt-quatre heures après l'opération.

Le troisième fait de M. Szczypiorski a trait à un enfant âgé de six ans qui fut pris de douleurs abdominales, avec vomissements et tumeur abdominale à droite de l'ombilic. M. Szczypiorski fit la laparotomie et trouva vers la fin de l'iléon un segment d'intestin tuméfié, l'extériorisa, l'incisa et trouva une cavité libre dont la muqueuse était parsemée de granulations tuberculeuses. Il toucha les granulations avec de l'eau oxygénée, laissa un instant cette muqueuse exposée à l'air, referma ensuite l'anse intestinale et le ventre. Dès le soir, l'enfant rendit des gaz et eut une selle; il ne souffrit plus, la température s'abaissa et le malade guérit. Tout le monde connaît les bons effets de la laparotomie simple dans ces cas. Il y a lieu de féliciter M. Szczypiorski de la conduite qu'il a tenue chez ces trois malades.

M. KIRMISSON tient à joindre ses félicitations à celles de M. le rapporteur. Il est extrêmement rare que, dans ces cas, les enfants soient amenés au chirurgien en temps utile et c'est là ce qui explique la rareté de nos succès comparés à ceux des chirurgiens anglais. Cela tient uniquement à ce que ces faits, peut-être mieux connus des médecins anglais, sont soumis aux chirurgiens en temps utile. Or en France, dans la très grande majorité des cas, le diagnostic de l'invagination n'est pas porté en temps utile. Est-ce à dire que ce diagnostic soit si difficile? Non, certes; c'est une question d'âge. Quand les accidents causés par l'invagination intestinale se produisent chez un enfant en bas âge, il y a 99 chances sur 100 pour que ces accidents soient dus à une invagination. A côté des cas suraigus, il y a des cas subaigus, comme dans le second fait de M. Szczypiorski. Dans ces cas subaigus,

il peut arriver que les enfants succombent après l'opération à une septicémie intestinale. C'est donc surtout une question de diagnostic précoce et d'intervention immédiate.

M. Broca, d'après son expérience personnelle, a toujours vu guérir les enfants opérés de bonne heure, et mourir les enfants opérés trop tard, alors que l'intestin est déjà sphacelé. Il est bon, comme l'a dit M. Kirmisson, de répandre le plus possible cette idée au dehors et dans le public médical, à savoir qu'en matière d'invagination intestinale chez l'enfant, il faut poser un diagnostic précoce et intervenir immédiatement. Le salut de l'enfant est à ce prix. Toutefois il faut toujours penser à la possibilité d'une infection intestinale secondaire. Ainsi dans le service de M. Broca, un enfant fut opéré six heures après le début des accidents. L'enfant eut ensuite des phénomènes d'entérite grave auxquels, heureusement, il a résisté.

Quant aux invaginations chroniques, le diagnostic en est parfois difficile. On a vu cependant des cas où l'intestin a pu être désinvaginé deux et trois mois après le début de l'invagination. Mais souvent aussi, dans ces faits, on trouve un intestin sphacelé qu'il vaut mieux alors réséquer.

M. Témoin (de Bourges) qui assiste à la séance, rapproche des faits qui viennent d'être rapportés par M. Lejars, celui d'une femme de vingt-deux ans qui a eu une succession de crises extrêmement douloureuses avec des accalmies et qui était tombée dans un état de faiblesse extrême, de cachexie. Le pouls était à 120, le ventre balloné, avec une tuméfaction au niveau de l'arcade crurale. On pensa à une salpingite purulente. Il fit une laparotomie et trouva une invagination de tout le gros intestin. L'intestin enveloppant était sphacelé. M. Témoin réséqua tout le gros intestin et fit ensuite une suture latérale après avoir fermé l'ampoule rectale. Cette malade alla mieux le lendemain mais succomba dans la nuit à des phénomènes de septicémie due à la gangrène de l'intestin.

M. Delbet a observé un cas analogue, dans lequel le diagnostic fut également très difficile. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans qui était atteint de temps en temps de crises abdominales très douloureuses, sans constipation. Comme il existait chez lui une petite hernie ombilicale, M. Delbet l'opéra. Les crises continuèrent. M. Delbet constata également l'existence d'une hernie inguinale droite, il en fit aussi la cure radicale sans aucun succès au point de vue des crises abdominales. Il se décida à faire la laparotomie et trouva une invagination du cæcum dans lui-même. Ce cæcum était logé sous le foie, inaccessible à la palpation. La désinvagination fut facile malgré la longue durée de l'invagination. Pour éviter le retour de l'invagination, M. Delbet eut recours à un procédé de suture particulier à points transversaux.

Rupture de l'urètre. — M. Lejars analyse d'autres observations de Szczypiorski, celle entre autres d'un garçon de douze ans qui, à la suite d'un grand traumatisme ayant déterminé des fractures de côtes, une rupture de la symphyse pubienne et du périnée, a aussi amené une rupture de l'urètre. M. Szczypiorski fit la recherche du bout postérieur de l'urètre, fit la cystostomie, le cathétérisme rétrograde et la suture de l'urètre. Il fit aussi la suture des côtes fracturées.

Présentations :

M. Lejars présente une jeune fille qui était atteinte d'un **sarcome de l'omoplate**. Elle se refusa à la désarticulation de l'épaule. M. Lejars fit l'ablation de l'omoplate et du sarcome. Le résultat fonctionnel est très remarquable. Mais l'opération ne date que de trois mois.

Tumeur blanche du poignet. — M. Chaput présente un jeune homme atteint de tumeur blanche du poignet qu'il a traitée par la méthode de Bier.

Corps étranger de l'œsophage. — M. Kirmisson présente un enfant de trois ans qui avait avalé un sou depuis trois mois. Il en fit très facilement l'extraction avec son crochet. Il ne faut donc pas dire que, pour les corps étrangers anciens de l'œsophage, il ne reste plus que l'œsophagotomie.

Papillome du bassinet. — M. Bazy présente un rein qu'il a enlevé chez un homme de soixante-sept ans et qui était atteint d'un papillome du bassinet.

LIVRES NOUVEAUX

La mélancolie [ouvrage couronné par l'Académie de médecine (1)], par le docteur Masselon.

Ce livre commence par un bref historique qui fait bien ressortir la tendance actuelle, de plus en plus marquée, de nombreux aliénistes modernes, à considérer la mélancolie, non comme une affection, une entité morbide, mais bien comme un syndrome. Le bien fondé de cette manière de voir ressort des chapitres suivante, consacrés à l'étude, à la fois précise et détaillée, des symptômes psychiques et physiques, et à la psychologie des mélancoliques. Dans ce chapitre, l'auteur étudie avec détails, et en s'appuyant sur des observations personnelles, les troubles des diverses facultés intellectuelles de la volonté, les réactions affectives et l'origine de la douleur morale, enfin, le délire et sa genèse. Cette étude psychologique, pleine d'intérêt et rendue vivante par l'emploi judicieux des observations, ne fait que répéter ce qui est dit dans les divers ouvrages traitant de la mélancolie ; çà et là, on y trouve la note personnelle de l'auteur, en des déductions et des aperçus fort séduisants. Ensuite vient le chapitre du diagnostic puis une étude pathogénique, aboutissant à cette conclusion que « la mélancolie nous apparaît comme le retentissement, sur un cerveau prédisposé de certains troubles organiques caractérisés par le ralentissement des fonctions physiologiques normales ». Enfin le dernier chapitre est consacré au traitement, surtout celui que l'on devrait instituer dans les asiles.

L. Alquier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La fièvre bilieuse hémoglobinurique dans le bassin du Congo, par Vidy. In-8°, 152 pages. — Paris, A. Maloine ; Bruxelles, Lamerton.

L'apepsie, par Henri Français. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Steinheil.

Le problème de l'alimentation dans les néphrites chroniques. Contribution critique et clinique, par le docteur G. Padoa. — Florence, Société typographique florentine, 1906.

(1) In-8 de 284 p. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 118. — MARDI 16 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 16 OCTOBRE 1906. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 13 octobre 1906 (Question : « Face inférieure du foie ») : MM. Huber, 17; Desplas, 16; Judel, 14; Dive, Gontier (Jean) et Istria, 13; Delot, 10; Deffins, 8; Fricker, 6; Garnier, 5; Mme Alexeieff et M. Jacquemin (Edouard), 4; MM. Garbon, 3; Delmas, Desemery et Jaugeas, 2, et Guinet, 1.

Séance du 14 octobre (Question : « Configuration extérieure et rapports de la trachée ») : MM. Jacquet (Paul), 18; Gastaud, Guedeney et Mlle Haïnovitch, 17; MM. Fontanier et Gillard (Henri), 16; Desbouis, 15; Fallot et Jaisson, 14; Dogny et Godéchoux, 13; Hanriot, 11; Gantier (Philippe) et Mlle Gougel, 10; MM. Duchateau, 9; Deleplane, 6; Jacquot (Georges), 5; Garriguenc, 4; Eudel, 2, et Eissen, 1.

La prochaine séance aura lieu mardi 16 octobre, à quatre heures et demie (suite des candidats de la deuxième série de la première moitié et candidats des autres séries autorisés à subir leur épreuve vers la fin du concours).

Pathologie. — Séance du 13 octobre 1906 (Question : « Coxalgie ») : MM. Vaudescal, 19; Rolland, 18; Pizon et Winauer, 17; Senjurjo, Soucix, Vinay et Vincent (Max), 16; Pige, Pouilhoux et Tribes, 14; Velfroy, 13; Potherat et Villatte (Paul), 12; Rocher, 11; Portret, Potiron et Renevey, 10; Simon, 8, et Vautier, 6.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Les jurys de ces deux concours sont ainsi constitués :

Concours de l'internat. — Juges titulaires : MM. Mesnard, Cassaët, Lanelongue, Chavannaz, Bousquet, Guyot et Lefour.

Juges suppléants : MM. Durand, Arnozan, Villar, Dubourg, Abadie, Verdelet et Rivière.

Concours de l'externat. — Juges titulaires : MM. Hirigoyen, Micheleau, Bitot, Venot et Bégouin.

Juges suppléants : MM. Badal, Lamacq et Cabannes.

— Lyon. — A l'occasion de la réunion des anciens internes, une plaque commémorative a été posée à l'Hôtel-Dieu, sur l'emplacement du *Tiercelet*, l'ancienne salle de garde des internes en médecine.

Le bureau de la Société des anciens internes des hôpitaux de Lyon pour 1906-1907 est ainsi composé : président d'honneur : M. Viennois; président : M. J. Gros; secrétaire : M. Lucien Mayet; trésorier, M. Voron; assesseurs : MM. L. Revol et René Leriche.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Buchet, directeur de la pharmacie centrale de France, et Chassaing, fabricant de produits chimiques.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Binot, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Manson et Renault (de Paris).

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 9 octobre 1906, les officiers dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après et ont été, par décision ministérielle du même jour, maintenus à leurs postes actuels :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Hussenet, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; — Maljean, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Salètes, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Arras; — Darde, à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Rouchaud, au 133e d'in-

fanterie; — Cuvier, au 132e d'infanterie; — Thérault, au 71e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Anthony, au 30e d'infanterie; — Roques, au 157e d'infanterie; — Bobard, au 4e d'infanterie.

MARINE. — M. le médecin de première classe Sisco, du port de Rochefort, est désigné sur la demande du commandant de la marine au Sénégal pour embarquer sur le *Marigo* où il remplira les fonctions de médecin-major de l'arsenal de Dakar.

M. le médecin de deuxième classe Robin, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Péï-Ho*, centre administratif de Tong-Kou (Chine).

COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — Le docteur Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera le mardi 6 novembre son cours pratique pour les maladies de la gorge, larynx, nez, oreilles. Ce cours sera complet en douze leçons, et aura lieu les mardis, jeudis et samedis (amphithéâtre Chomel), à trois heures et demie. Il comprendra toutes les notions *pratiques* de la spécialité : examen des malades, diagnostic, thérapeutique des affections courantes.

S'inscrire à la consultation de laryngologie de l'Hôtel-Dieu les mardis et samedis, de cinq à six heures.

Droits d'inscription : 40 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Pierre Merklen, médecin des hôpitaux de Paris; — Floquet, médecin en chef du Palais de Justice, victime de l'accident du chemin de fer d'Epernon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 OCTOBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Legueu et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Roger, Teissier et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 23 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, Hartmann et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin; — (2e partie) : MM. Robin, Thiroloix et Dupré; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 24 octobre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Mauclaire et Cunéo.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Blanchard, Brissaud et Marcel Labbé; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 25 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

4e : MM. Langlois, Gilbert et Dupré; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 26 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Delens et Mauclaire; — M. Balthazard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 27 octobre, à une heure. — 2e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Vaquez et Gouget; — (2e série) : MM. Robin, Méry et Jeanselme; — M. Bezançon, suppléant.

5e (1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 24 octobre 1906, à une heure. — M. DOURNEL. Sur une épidémie de rubéole grave. (MM. Gaucher, président; Segond, Legueu et Claude.) — M. DEBROVICI. Tension intra-gastrique et intra-intestinale de l'aérophagie. Etude physiologique, expérimentale et clinique. (MM. Gaucher, président; Segond, Legueu et Claude.) — M. LE JEMTEL. Les fibromes périostiques d'origine vertébrale. (MM. Segond, président; Gaucher, Legueu et Claude.) — M. CHAUVEAU. De l'appendicite à gauche. (MM. Segond, président; Gaucher, Legueu et Claude.)

Jeudi 25 octobre 1906, à une heure. — M. GEORGES. L'inosurie. Etude chimique et clinique. (MM. Pouchet, président; Berger, Desgrez et Morestin.) — M. HARDYAN. De l'aspiration en chirurgie et en oto-rhino-laryngologie. (MM. Berger, président; Pouchet, Desgrez et Morestin.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEUR ET LES SYNDICATS MÉDICAUX

La réunion du syndicat médical du Sud-Est vient de voter l'ordre du jour suivant :

« L'Union des syndicats médicaux du Sud-Est proteste avec énergie contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures; fait appel à tous les praticiens et à tous les groupements professionnels du Sud-Est; s'associera à toutes les mesures susceptibles de faire rapporter ou modifier le décret du 25 juillet 1906, tel qu'il a été conçu; adhérera à l'organisation d'un congrès des praticiens de France; fera tenir copie de cet ordre du jour au ministre de l'Instruction publique, à tous les groupements médicaux, à tous les confrères, sénateurs ou députés. »

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 13, 8 oct. 1906.) ROCHARD : Kyste hydatique du lobe gauche du foie simulant un kyste hydatique de la rate.

Bulletin médical. — (N° 81, 13 oct. 1906.) SABRAZÈS : Hémoptysies matutinales. — A. MALHERBE : Sérothérapie des scléroses auriculaires.

Journal des praticiens. — (N° 41, 13 oct. 1906.) LEMOINE : Le traitement moderne des dysenteries. — E. THOMAS : Réflexions sur les rapports entre l'entérite et l'appendicite.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 40, 6 oct. 1906.) H. LAVRAUD : Pathogénie des érysipèles spontanés de la face à répétition.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 41, 11 oct. 1906.) BORDET et GENGOU : Le microbe de la coqueluche.

Revue scientifique. — (N° 15, 13 oct. 1906.) A. GRUVEL : Les pêcheurs de la côte occidentale d'Afrique. — Daniel BELLET : Le bateau d'hier, d'aujourd'hui et de demain. — BRIDOU : La joie morbide.

Semaine gynécologique. — (N° 41, 9 oct. 1906.) PICHEVIN : Suture uretéro-uretérale.

LES

CARDIOPATHIES TRAUMATIQUES

Par M. L. RIMBAUD,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

I

Les lois sur les accidents du travail ont donné une actualité nouvelle à l'étude du rôle que le traumatisme joue dans la pathologie médicale; la tuberculose pulmonaire, le diabète, les névroses, etc., peuvent être déterminés par un choc, une chute, une commotion. Dans certains cas, les maladies du cœur relèvent à leur tour de causes analogues et le traumatisme peut être la cause déterminante vraie d'une affection cardiaque.

Les premiers travaux d'ensemble sur ce sujet sont ceux de Peacock (1), puis de Barié (2), qui étudient plus spécialement les ruptures valvulaires. Bien avant eux Blancard (3) avait publié une observation de péricardite traumatique. Testa (4), Hope (5), Flint (6), Salmon (7) avaient rapporté quelques cas isolés de cardiopathies traumatiques. Senac, Corvisart, Laënnec, dans leur *Traité des maladies du cœur* consacrent quelques lignes au rôle du trauma dans les affections cardiaques.

Depuis, les observations se sont multipliées : Bernstein (8) en a groupé 107 dans une revue d'ensemble, Dreyfus (9) étudie dans sa thèse les ruptures valvulaires. La thèse de Dupuich (10), le travail de Castiaux et Laugier (11), les envisagent dans leurs rapports avec la loi du 9 avril 1898. Forgue et Jeanbrau, Thoinot, Vibert leur consacrent d'intéressants chapitres dans leurs *Guides dans les accidents du travail.*

Parmi les nombreuses observations que nous avons parcourues, nous avons négligé les cas douteux pour ne conserver que ceux dans lesquels l'accident a eu une action bien réelle ou paraît avoir joué un rôle suffisant pour que, dans l'état de la législation actuelle, une action judiciaire eût pu raisonnablement être intentée.

Dans un précédent travail (12), nous avons particulièrement étudié les endo-myo-péricardites traumatiques et nous avons relevé :

26 cas d'endocardite dont avec péricardite, 3 avec rupture valvulaire, 1 avec myocardite, 1 avec myocardite et péricardite;

(1) Peacock. 1865.
(2) C. Barié. *Recherches sur les ruptures valvulaires du cœur, Revue de méd.*, 1881.
(3) Blancard. *Anatomiæ pratica ratio*, 1688.
(4) Testa. *Krank. der Herz. deutsch. von Sprengel*, 1813.
(5) Hope-Becker. *Krank. der Herz.*, 1833.
(6) Flint. *Diseases of the heart*, 1870.
(7) Salmon. Paris, 1872.
(8) Bernstein. *Zeit. f. klin. Med.*, t. XXIX, p. 519, 1896.
(9) Dreyfus. Th. de Paris, nº 120, 1896-1897.
(10) Dupuich. Th. de Lyon, nº 31, 1899-1900.
(11) Castiaux et Laugier. Congrès intern. de méd. Section méd.-légale, Paris 1900.
(12) *Arch. gén. de méd.*, 18 sept. 1906.

13 cas de péricardite, dont 2 avec rupture des valvules aortiques, 1 avec dilatation aiguë du cœur;

10 cas de myocardite dont 1 avec péricardite chronique.

Mais le traumatisme de la région du cœur est le plus souvent cause de ruptures valvulaires.

Voici comment se répartissent les observations que nous avons recueillies :

70 fois l'orifice aortique est atteint; 2 fois il y a eu en même temps lésion de la mitrale;

28 fois il y a rupture des valves ou piliers de la mitrale.

7 observations parlent de lésion de l'orifice pulmonaire. Dans un cas seulement il y eut déchirure certaine des sigmoïdes pulmonaires (1), dans 1 cas (2) déchirure probable, mais pas d'autopsie. Pour les autres observations au nombre de 10, réunies dans la thèse de Landouaré (3), il s'agit de rétrécissement pulmonaire et le rôle du traumatisme ne nous paraît pas évident.

4 fois il y a déchirure de valvules ou piliers de la triscupide; il s'agit d'observations anciennes, mais toutes avec constatations anatomiques [Testa (4), Bertin (5), Allen Williams (6), Todd (7)].

10 observations ont trait à des affections cardiaques diverses : hypertrophie du cœur [Schutz (8)], hypertrophie du cœur avec aortite aiguë et dilatation de l'artère pulmonaire [Benedikt (9)], rupture du cœur [Hammerschmidt (10), Vibert (11)], rupture du septum interventriculaire [Rosenthal (12)], coronarite infectieuse post-traumatique (Vibert).

Nous devons encore citer, sans entrer dans des détails, les cas de dilatation aiguë du cœur dont l'étude se rattache à celle du cœur forcé, les cas assez fréquents de névrose cardiaque dont Cottu (13) a retracé l'histoire complète, et rappeler enfin que le traumatisme peut intervenir comme cause révélatrice et aggravante d'une cardiopathie latente [Guénebaud (14]).

Mais en somme les cardiopathies traumatiques comparées aux autres complications sont rares. Wolff (15) dans une statistique récente portant sur 2 000 accidents observés dans son Institut de Dantzig a trouvé 11 cas de troubles cardiaques, soit une proportion de 0,05 p. 100. Ces malades présentaient les symptômes subjectifs et objectifs communs aux

(1) Bamberger et Weiss. *Wiener med. Presse*, 1876.
(2) Oppenheim, 1892, in Bernstein. Loc. cit.
(3) Landouaré. Th. de Paris, nº 331, 1899-1900.
(4) Testa. Loc. cit.
(5) Bertin. *Traité des maladies du cœur*, 1824.
(6) Allen Williams. *London med. Gaz.*, p. 78, 1829.
(7) Todd. *Dublin quarterly Journ. of med.*, 1848.
(8) Schutz. *Monatsch f. Unfal.*, 1894.
(9) Benedikt. Soc. imperio-royale de méd. de Vienne, 30 nov. 1901.
(10) Hammerschmidt. *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 66, 1902.
(11) Vibert. *Ann. d'hyg. publ. et méd. légale*, 1905.
(12) Rosenthal. *Berlin. klin. Woch.*, 1883.
(13) Cottu. Th. de Paris, nº 527, 1904.
(14) Guénebaud. Th. de Lyon, nº 115, 1882.
(15) Wolff. *Aertz. Sachvert. Zeitung*, 15 déc. 1902.

affections cardiaques, mais il n'y avait pas de lésion valvulaire.

II

Etiologie. — C'est le *sexe masculin* qui paie le plus lourd tribut aux cardiopathies traumatiques. Dans 11 observations seulement, il s'agit de femmes, toutes les autres, c'est-à-dire près de 200, concernent des hommes, en général des *adultes* exerçant des professions pénibles : terrassiers, portefaix, employés de chemin de fer. Une quinzaine de cas seulement se rapportent à des sujets au-dessus de cinquante ans ou au-dessous de vingt ans. Les sujets jeunes sont surtout atteints de lésions mitrales, les sujets plus âgés de lésions aortiques.

Comme *causes prédisposantes* interviennent toutes les maladies ayant une action sur le cœur, les maladies infectieuses aiguës, le rhumatisme articulaire aigu en particulier; certaines affections chroniques, telles que l'artério-sclérose, la goutte, la syphilis, l'alcoolisme, le tabes.

Les *causes déterminantes* vraies se ramènent à deux : traumatisme et effort.

Le *traumatisme* est souvent cause d'endocardite, de myocardite ou de péricardite; il peut cependant suffire à déterminer une rupture valvulaire. Dans ce cas c'est presque toujours le cœur gauche qui est atteint et en général l'orifice aortique, sans doute à cause de son siège superficiel, presque en contact avec la paroi thoracique. La nature du traumatisme est variable; souvent une chute d'un lieu élevé, un coup de pied de cheval, une compression dans un éboulement ou dans un accident de chemin de fer. Le choc porte presque toujours sur la région précordiale; mais la violence peut s'exercer sur une autre région; chute sur la tête, sur le dos et l'occiput [Stern (1)].

L'*effort* est la cause habituelle des ruptures valvulaires; effort pour soulever un fardeau, pour déplacer un tonneau [Corvisart (2)], pour monter à un mat [Peacock (3)], effort en ramant [Lathan (4)]; un courrier est atteint brusquement d'insuffisance mitrale par rupture de piliers après avoir fait mille lieues à cheval [Corvisart (5)]. D'après de Quervain (6), l'effort intervient de deux façons : il s'agit soit d'un travail musculaire exagéré, nécessaire dans beaucoup de métiers, effectué parfois pour des courses rapides, pour monter des escaliers, pour certains exercices et certains sports..., ou bien il s'agit d'un effort subit, tel qu'un mouvement pour éviter une chute ou un choc. Ces deux causes peuvent d'ailleurs se combiner: par exemple un homme est occupé au moment d'un accident à pousser une lourde voiture.

Evidemment la cause déterminante doit être d'autant plus intense que la cause prédisposante l'est moins et réciproquement. Chez les sujets dont les valvules ont été antérieurement lésées, le moindre traumatisme amènera une rupture; le malade de Vaquez (1), syphilitique et tabétique au début, fait un simple faux-pas et se déchire une sigmoïde aortique; Trévisanello (2) rapporte le cas d'un alcoolique, rhumatisant, dont une valvule aortique se déchire à propos d'un mouvement brusque pendant le coït. Mais l'altération préalable du cœur n'est pas nécessaire et, si l'effort est suffisant, il peut créer de toute pièce une cardiopathie grave chez un sujet indemne de toute tare antérieure.

(1) Stern, in Thoinot. *Accidents du travail*, p. 258, 1904.
(2) Corvisart. *Essai sur les maladies du cœur*, 1811.
(3) Peacock. *Monthly Journ. of med. sc.*, 1852.
(4) Lathan. *Monthly Journ.*, 1852.
(5) Corvisart. Loc. cit.
(6) De Quervain. *Semaine méd.*, 21 mai 1902.

III

Pathogénie. — Le traumatisme agit indirectement par l'infection pour déterminer les endo-myo-péricardites; il fait des déchirures, des hémorragies, des attritions dans les divers tissus de l'appareil cardiaque, ces lésions se compliquent d'altérations épithéliales et vasculaires sur lesquelles vient facilement se greffer un agent infectieux. Rubino (3) a pu déterminer expérimentalement chez l'animal des péricardites traumatiques à staphylocoques.

Pour ce qui est des ruptures valvulaires leur cause vraie paraît être *l'élévation exagérée de la pression sanguine*. C'est par ce mécanisme que les expliquent Potain (4) et Barié; Castiaux et Laugier se rangent à leur opinion.

Dans le traumatisme deux forces se trouvent en présence : l'une qui, comprimant le cœur et les gros vaisseaux, élève la pression sanguine dans les cavités cardiaques; l'autre, qui est l'énergie de contraction du muscle cardiaque lui-même, pousse le sang dont la circulation est gênée par la compression extérieure.

Et cette compression peut être considérable puisque Mauclaire a démontré que jusqu'à vingt-cinq ans, le sternum peut venir en contact du rachis sans fracture de côte. Sous l'action de cette tension exceptionnellement le myocarde pourra se rompre (observation de Hammerschmidt), en général, ce sont les valvules, les points les plus faibles, qui se déchirent.

Dans la plupart des cas c'est par le mécanisme de l'effort que se fait la rupture valvulaire; la circulation entravée dans le poumon élève la tension dans les cavités droites; à gauche l'élévation de tension vient de l'obstacle apporté à la circulation sanguine dans les artères périphériques par les contractions soudaines de différents groupes musculaires et aussi par la compression que subit l'aorte dans le thorax et l'abdomen. Ce sont les sigmoïdes aortiques qui éprouvent les premières le contre-coup de cette élévation de pression, aussi sont-elles le plus souvent déchirées; la mitrale est mieux protégée par le muscle cardiaque.

Barié a déterminé sur le cadavre la rupture des sigmoïdes aortiques par des pressions variant entre 116 et 484 millimètres de mercure.

(1) Vaquez. Soc. méd. des hôpit., 30 déc. 1904.
(2) Trevisanello. *Gaz. degli Ospedali*, 21 août 1904.
(3) Rubino. *Arch. ital. de biol.*, t. XVII.
(4) Potain. Du trauma du cœur, *Bull. méd.*, 18 déc. 1892.

Dufour (1) a pu déterminer chez le chien des ruptures ou des désinsertions des valvules aortiques en frappant la région précordiale de vigoureux coups de maillet. Delhommeau (2) a obtenu sur le cadavre des résultats inconstants; cependant dans 2 cas sur 12, il est parvenu à déchirer les sigmoïdes aortiques distendues par une pression de 5 mètres d'eau, en frappant le thorax avec un maillet.

IV

Anatomie pathologique. — Dans les inflammations cardiaques post-traumatiques les lésions n'ont rien de caractéristique; assez souvent la péricardite est purulente [Blancard, Bouillaud (3)]. Dans les cas aigus d'endocardite on constate des végétations, des hémorragies; dans les cas chroniques des cicatrices, des scléroses valvulaires. Quant à la myocardite, dans aucune observation nous n'en trouvons de description précise.

Pour ce qui est des ruptures valvulaires, nous avons vu que presque toujours il s'agissait du cœur gauche. Des ruptures valvulaires résultent des insuffisances orificielles; les rétrécissements sont surtout le fait de l'endocardite.

Au niveau de la mitrale les valves sont le plus souvent intactes : ce sont les piliers ou les cordages qui sont rompus ou arrachés.

Au niveau de l'aorte, ce qui frappe c'est l'étendue des lésions. Pour Barié, ce serait la valve sigmoïde droite le plus souvent lésée ; pour Bellot (4) ce serait la valve postérieure. En général il y a rupture vraie et même arrachement de la valvule au niveau de son insertion, parfois cependant il s'agit d'une simple échancrure susceptible de cicatrisation. Dans tous les cas il peut coexister un hématome valvulaire et des végétations endocarditiques plus ou moins récentes.

A la tricuspide ou à la pulmonaire les lésions se rapprochent du type précédent.

Dans le cas de rupture du cœur, celle-ci siégeait au niveau du sillon interventriculaire. On a observé une déchirure du septum ventriculaire (5), une réouverture du trou de Botal (6).

On peut rencontrer aussi de l'hypertrophie du cœur, de l'aortite, de la coronarite. Enfin on observe assez souvent des lésions des parois thoraciques, en particulier des fractures de côtes ou du sternum.

V

Symptomes. — Il est difficile de décrire dans une étude d'ensemble les symptômes d'aussi diverses affections cardiaques.

Pour ce qui est des endo-myo-péricardites les signes immédiats peuvent manquer; cependant en général douleur précordiale, dyspnée, palpitations. Puis au bout de quelques jours, parfois de quelques mois et plus, s'établissent les symptômes ordinaires d'une péricardite, d'une myocardite, d'une endocardite ; celle-ci a une prédilection pour l'orifice mitral que nous trouvons pris 12 fois, l'orifice aortique ne l'étant que 7 fois.

Lorsqu'il y a rupture valvulaire, les symptômes immédiats sont en général intenses et alarmants : douleur angoissante précordiale, violentes palpitations, perte de connaissance, dyspnée vive avec lipothymie ou syncope. Les crachements de sang ne sont pas rares. Parfois le sujet entend un craquement au niveau de son cœur ou a la sensation de quelque chose qui se déchire dans la poitrine.

L'auscultation donne de précieux renseignements : immédiatement, ou peu de jours après, elle révèle des bruits de souffle au niveau des orifices. Ce sont des souffles d'insuffisance, en général intenses, souvent avec bruits musicaux, piaulements, etc. Ces bruits peuvent être assez forts pour être perçus par le malade et même entendus à distance. Dans le cas de Tretzel (1) le souffle d'insuffisance aortique est perçu à 2 et 3 mètres de distance; à 7 mètres dans un cas de Teissier (2); le malade d'Aldowic (3) a la sensation d'un bruit de roucoulement dans sa poitrine; dans deux cas de Launois (4) le souffle aortique était entendu par le malade et son entourage.

VI

Evolution. — D'après Bernstein les accidents cardiaques ont suivi immédiatement le traumatisme dans 67 p. 100 des cas et sont survenus moins d'un mois après dans 17 p. 100.

La marche des péricardites est d'ordinaire assez aiguë, c'est celle des péricardites suppurées. La myocardite a une évolution chronique et souvent n'amène la mort que plusieurs années après le traumatisme déterminant. Brouardel (5) rapporte le cas de Jules Ferry qui mourut d'une myocardite causée par une balle de revolver non pénétrante reçue quatre ans et demi avant dans la région du cœur. L'endocardite peut être aiguë et dans certains cas amène la mort en quelques jours. En général elle est chronique d'emblée et le blessé qui a pu reprendre son travail accuse quelque temps après des signes d'insuffisance cardiaque ; l'examen révèle une lésion orificielle, souvent un rétrécissement mitral.

L'évolution des ruptures des valvules est plus rapide et la mort peut survenir dans les jours qui suivent l'accident du fait d'une asystolie rapide. Si le myocarde peut résister à ces subites insuffisances valvulaires, l'état du sujet s'améliore et, sous la condition de ne pas se livrer à de pénibles efforts, il peut vivre avec tous les symptômes d'une lésion orificielle plus ou moins bien compensée. Et encore reste-t-il exposé soit à de soudaines défaillances cardiaques, soit à une endocardite infectieuse, soit à une embolie, etc. *(A suivre.)*

(1) Dufour. Th. de Paris, nº 120, 1896-1897.
(2) Delhommeau. Th. de Paris, nº 307, mai 1902.
(3) Bouillaud. *Traité des maladies du cœur*, p. 680.
(4) Bellot. Th. de Lyon, 1903-1904, nº 38.
(5) Rosenthal. Loc. cit.
(6) Flint. Loc. cit.

(1) Tretzel. *Berl. med. Woch.*, 1891.
(2) Teissier. In. Th. Bellot, loc. cit.
(3) Aldowic. *Lancet*, 1877.
(4) Launois. In Th. Dupuis, Paris, 1900-1901, nº 538.
(5) P. Brouardel. *Blessures et accidents du travail*, 1906, p. 306.

XIX[e] CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Discusion des rapports.

Nous avons déjà analysé ici (1) les deux remarquables rapports de MM. Willems et Loison sur la chirurgie du thorax. Nous allons résumer aujourd'hui la discussion qui s'est engagée à la suite de leur lecture.

M. Fontan (de Toulon) pense que, pour la crosse de l'aorte, on doit avoir recours au volet sternal en taillant le lambeau costal à charnière externe et en réséquant le sternum. Le chirurgien obtient ainsi un grand jour qui lui permet de lutter contre les hémorragies de la région.

Pour le cœur, M. Fontan, qui a déjà publié plusieurs résultats heureux, nous conseille trois volets, dont le meilleur est un volet parasternal gauche à charnière externe et comprenant les troisième, quatrième et cinquième côtes.

Pour le foie, il résulte des 115 cas qu'il a opérés, que la voie thoracique est la plus fréquemment indiquée (89 fois sur 115). M. Fontan après une large incision a souvent recours à un volet comprenant les huitième, neuvième et dixième côtes.

Il termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° Le grand volet thoracique permet la plupart des interventions urgentes ou tardives, soit pour les blessures, soit pour les maladies des organes intrathoraciques;

2° Il permet la *restitutio ad integrum* du thorax;

3° Ce grand volet doit comprendre trois côtes et être à charnière externe;

4° Le pneumothorax n'est pas très redoutable; il l'est beaucoup moins que l'hémorragie et la septicémie;

5° Il faut avant tout *faire vite, largement et aseptiquement.*

Dans les cas de *pleurésies purulentes chroniques* notre compatriote Bœckel (de Strasbourg) préconise de larges résections de la paroi thoracique, faites en séances éloignées.

M. Depage (de Bruxelles) est partisan de la *position ventrale*, sur laquelle il a déjà insisté lors du dernier Congrès, pour les opérations intra-thoraciques : anesthésie facile, respiration aisée, facilité de l'établissement du drainage postérieur, tels sont les avantages de ce décubitus abdominal.

Contrairement à M. Bœckel, il est partisan de la large résection costale. Il pratique un véritable effondrement du thorax de haut en bas et accole un lambeau flasque antéro-musculaire sur le poumon affaissé. Sur deux malades ainsi traités il en a perdu un, mais l'autre a parfaitement et complètement guéri.

M. Gourdet (de Nantes) est aussi partisan des larges résections, dans les pleurésies purulentes, et il insiste sur la nécessité de laisser très peu de fragment costal en arrière.

D'après M. Delagenière (du Mans), les deux questions qui dominent la chirurgie pleuro-pulmonaire sont celles du pneumothorax et de l'infection de la cavité pleurale.

Le pneumothorax chirurgical peut être combattu chirurgicalement par la méthode d'ouverture petite et introduction lente de l'air dans la plèvre, et le *harponage* suivi de l'*ancrage* du poumon, puis aspiration de l'air emprisonné, ainsi que l'auteur l'a démontré; ou bien on peut avoir recours aux appareils compliqués de Sauerbruck ou à celui de Brauer et agir, pour ainsi dire, physiologiquement. Cette question du pneumothorax chirurgical peut être considérée aujourd'hui comme résolue.

L'infection de la plèvre mérite de retenir un peu plus l'attention. Voici, relativement à cette question, les conclusions que M. Delagenière croit pouvoir tirer de 46 observations de chirurgie pleuro-pulmonaire pour des affections très disparates :

1° Pour amener un drainage complet de la cavité pleurale, le drainage doit occuper le cul-de-sac costo-diaphragmatique ; — 2° ce drainage doit être fait au moyen de deux gros drains assez longs pour remonter jusqu'au sommet de la cavité pleurale à drainer ; — 3° pour éviter la formation de clapiers et de fistules intarissables, il est indispensable de réséquer les côtes qui avoisinent le cul-de-sac costodiaphragmatique, pour permettre l'effacement de ce cul-de-sac et l'accolement de la plèvre costale à la plèvre diaphragmatique ; — 4° les côtes qu'il faut réséquer depuis leur angle postérieur jusqu'à leur extrémité antérieure, sont la huitième, la septième et la sixième ; on peut ajouter la résection de la neuvième et de la cinquième pour les vieux enkystements ; — 5° c'est dans l'espace occupé par la huitième côte qu'on doit ouvrir la plèvre, suivant les règles déjà préconisées; l'incision doit permettre l'introduction de la main et du bras pour faciliter l'exploration complète du poumon et la découverte des lésions; — 6° si une lésion pulmonaire nécessite une autre ouverture de la paroi; cette ouverture doit être faite en bonne place, le poumon doit être fixé contre la paroi de façon que la lésion soit accessible pendant les pansements ; — 7° dans tous les cas, il faut assurer le drainage de la plèvre comme il a été dit plus haut.

En prenant ces précautions rigoureusement, on évitera toute stagnation de liquide et par suite presque tout danger d'infection, soit immédiat, soit secondaire.

M. Villar (de Bordeaux) adopte pour les affections du médiastin antérieur, la voie sternale avec résection très large du sternum. Pour ces interventions sur le médiastin supérieur, dont d'ailleurs les indications se restreignent de jour en jour, le procédé de Faure avec résection de la première côte lui paraît le meilleur.

La voie abdomino-diaphragmatique, que l'on peut adopter pour le massage du cœur, est inférieur au volet thoracique dans le cas de plaie du cœur.

(1) Voir. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 111, p. 1324.

M. Mayer (de Bruxelles) estime que les appareils de Sauerbruck et de Brauer donnent beaucoup plus de garanties que les procédés chirurgicaux. L'appareil de Brauer est plus pratique, parce qu'il est moins coûteux et moins compliqué.

La cyanose dans le cas de pneumothorax traumatique doit être attribuée non à un excès de circulation de sang non artérialisé dans le poumon rétracté, mais à des troubles réflexes dus en partie à la surcharge brusque du cœur droit.

M. Brauer (de Marbourg) a fait des expériences sur le *pneumothorax fermé* dans le but de comprimer et d'immobiliser le poumon.

Il indique la technique à laquelle il donne la préférence. Il choisit l'azote comme gaz destiné à faire le pneumothorax et utilise cette méthode dans le cas de tuberculose pulmonaire unilatérale ou de dilatation bronchique.

M. Vidal (d'Arras) reconnait l'avantage des chambres de Sauerbruck et de Brauer; mais en pratique, il est facile d'improviser des appareils à pression constante très suffisants pour permettre d'exécuter, facilement et sans danger, les interventions sur le thorax.

M. Hallion pense que l'avantage reste aux appareils d'insufflation.

M. J.-L. Faure, bien que, depuis quatre ans, il n'ait pas eu l'occasion d'intervenir sur l'œsophage thoracique, donne toujours la préférence à la voie transmédiastinale postérieure avec section de la première côte.

La voie transpleurale est à peine indiquée pour l'extraction de certains corps étrangers bas situés dans l'œsophage. Mais dans les cas où il faut faire une résection avec abouchement du bord inférieur à la peau, l'infection pleurale constituerait un danger redoutable.

Ses deux malades ont succombé aux troubles de l'hématose par pénétration de l'air dans le médiastin postérieur. Aussi M. Faure aurait-il recours dorénavant à un drainage aspirateur.

C'est l'avis de M. Vidal (d'Arras), qui pense qu'en outre de ce drainage il faut faire une suture soignée et hermétique du médiastin.

Xe SESSION

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

DISCUSSION SUR L'HYDRONÉPHROSE (1)

M. Paul Delbet. L hydronéphrose, telle qu'elle est décrite dans les traités, a toujours paru à M. Delbet une affection singulièrement confuse et hétéroclite. Sous cette étiquette, on décrit, en effet, des affections d'ordre très dissemblable : 1° des dilatations par compression; 2° des distensions sur la nature desquelles on est mal fixé.

Les premières se caractérisent par une poche peu altérée dans sa constitution, contenant un liquide très voisin de l'urine.

Les secondes, essentiellement différentes et constituant seules les hydronéphroses vraies.

Pour M. Paul Delbet, ce sont exclusivement des dilatations pyélo-rénales par pyélo-urétérite et péri-pyélo-urétérites sténosantes et oblitérantes.

M. Le Fur (de Paris) rapporte deux cas d'*hydronéphrose intermittente*. Le premier était dû à une coudure de l'uretère à sa partie inférieure, consécutive à des ligatures vasculaires pratiquées au cours d'une hystérectomie; il s'accompagna bientôt de rein mobile et guérit, sans opération, au bout d'un mois environ. Le second cas, très intéressant, concernait un jeune homme de trente-deux ans, qui, depuis l'âge de huit ans, et pendant vingt-quatre ans consécutifs présenta tous les mois des crises très douloureuses, prises pour des coliques néphrétiques durant quatre à douze jours et s'accompagnant de polyurie au moment de la fin de la crise. — Une blennorragie survint, qui infecta la poche; celle-ci, très flasque à un certain moment, devenait très tendue à d'autres. Un état général très grave, au moment d'une crise de rétention, obligea à faire une néphrectomie. On trouva une uropyonéphrose de la grosseur d'une tête d'adulte; la paroi était mince comme du parchemin; pas de calculs; l'uretère, énormément dilaté, laissait passer une sonde jusqu'à la partie inférieure. Il devait s'agir d'une hydronéphrose à type clinique intermittent, datant de l'enfance et consécutive à un rétrécissement de la partie inférieure de l'uretère, probablement d'origine congénitale.

M. Carlier (de Lille), tout en admettant la fréquence de la congénitalité des causes de l'hydronéphrose, croit qu'un certain nombre d'hydronéphroses restent indépendantes de cette origine congénitale, et en cite un exemple qui lui paraît probant.

M. Carlier partage l'avis des rapporteurs en ce qui concerne le traitement opératoire de l'hydronéphrose, sans toutefois pousser à l'extrême le principe de la conservation, parce qu'il n'est pas démontré que certains reins hydronéphrosés et en état de déchéance marquée, ne finissent pas, à la longue, par influencer désavantageusement le rein congénère.

M. Albarran (de Paris) dit que, MM. Duval et Grégoire ayant accepté dans leur excellent rapport la plupart des idées qu'il professe, il ne discutera que quelques points particuliers.

En ce qui concerne les *uronéphroses calculeuses* il les tient pour relativement fréquentes; en 1899 il en avait déjà réuni 24 observations, il en a vu bien d'autres depuis et on doit encore faire entrer en ligne de compte les cas très nombreux d'hydronéphroses secondairement infectées. M. Albarran ne pense pas que dans tous les cas, ni même fréquemment, il faille faire intervenir dans la pathogénie une lésion urétérale préexistante au calcul. Il a remarqué que, souvent, à côté du calcul, on trouve des lésions secondaires, dues au passage ou au séjour de la pierre, mais il existe des cas nombreux dans les-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 115, p. 1371.

quels ces lésions manquent. Cela est démontré par les nombreux cas de guérison d'uronéphroses avec la simple extraction de la pierre ; plus directement encore par constatation directe lorsque, chez plusieurs malades, il a exploré l'uretère et constaté sa perméabilité.

M. Albarran appelle de nouveau l'attention sur les *hydronéphroses consécutives à la péri-urétérite avec déviation secondaire de l'uretère*. Il y a deux ans qu'il a publié 2 cas de ces rétentions rénales dues à la péri-urétérite dans la portion pelvienne ; il a pu constater après la libération externe de l'uretère la parfaite perméabilité de l'uretère. Ses malades sont restées guéries après cette simple opération. Dans la partie supérieure de l'uretère ces lésions sont fréquentes : elles fixent les coudures d'abord mobiles.

Des expériences qu'il a publiées en 1891 démontrent qu'un obstacle siégeant à la partie inférieure de l'uretère peut déterminer des coudures siégeant près du bassinet. Dans ces cas, tout l'uretère est dilaté, mais la coudure sous-pyélitique peut elle-même devenir oblitérante, comme le démontre une de ses pièces concernant une femme dont l'uretère sectionné avait été abouché à la peau. A côté de ces coudures, il en existe d'autres dans lesquelles l'uretère n'est dilaté qu'au-dessus de la coudure : elles se font sur des brides, sur des vaisseaux anormaux, lorsque le rein est déplacé.

Il croit fermement que le rein mobile peut être cause d'uronéphrose : contrairement à ce qui a été avancé, M. Albarran ne pense pas qu'il faille toujours incriminer une lésion urétérale congénitale préexistante à la mobilité du rein. Cliniquement la démonstration résulte de la cessation de certaines crises lorsqu'on réduit le rein dans sa loge. Anatomiquement la démonstration est donnée par la constatation opératoire de coudures, accompagnant la mobilité du rein avec perméabilité parfaite de l'uretère. Enfin, tout le monde a vu guérir des uronéphroses par la simple fixation du rein ; que, le premier, Guyon a faite dans ces cas, avec ou sans destruction de quelques brides péri-urétérales.

Les rapporteurs ont grandement raison d'insister sur les lésions congénitales capables de produire la rétention rénale, mais il ne faut pas oublier que, dans un grand nombre de ces rétentions, l'orifice urétéral dans le bassinet a un calibre normal et que pareillement l'uretère peut être complètement libre : la fréquence de ces cas est attestée par les guérisons opératoires lorsqu'on ne touche pas à l'uretère. M. Albarran en a publié plusieurs exemples.

A propos de la pathogénie des crises de rétention aiguë, il a été le premier à s'élever contre la conception de Landau, qui faisait du type rétention rénale intermittente la conséquence obligée de la mobilité du rein. Tout le monde accepte aujourd'hui que l'intermittence se voit dans toutes les variétés de rétention rénale. Pour expliquer ces crises on ne peut invoquer le spasme de l'uretère que rien ne démontre, ni la congestion, qui est elle-même une conséquence plutôt qu'une cause de la rétention. Cette pathogénie reste obscure, mais on peut invoquer, soit de petits déplacements du rein, soit une polyurie subite qui augmente trop vite la quantité d'urine habituellement retenue dans la poche et qui secondairement provoque, soit l'abaissement du rein, soit la fermeture de l'orifice lorsque l'uretère est obliquement implanté, soit enfin la torsion de l'uretère.

Au point de vue du *traitement*, M. Albarran pense que, lorsque l'indication d'enlever la poche existe, il est inutile d'employer le grand lambeau latéral, la néphrectomie lombaire simple donne des résultats excellents.

Parmi les opérations conservatrices, celle qui lui a donné les meilleurs résultats est la résection orthopédique qu'il a décrite. Sur 4 opérés, il a 4 guérisons complètes persistantes depuis deux, trois, trois et demi et neuf ans. Lorsqu'il est applicable, ce procédé lui paraît le meilleur.

M. Luys insiste d'une part sur le rôle des artères anormales dans la production de l'hydronéphrose et il apporte à l'appui deux pièces qui semblent nettement démontrer le rôle de la présence de l'artère dans la production de l'hydronéphrose.

Au point de vue des indications du traitement, M. Luys pense qu'avant d'opérer, il faut pratiquer des examens complets du malade et il estime que les deux méthodes de la séparation intra-vésicale des urines et du cathétérisme urétéral, loin d'être mises en antagonisme, doivent au contraire être employées l'une et l'autre et chacune d'elles doit donner des renseignements spéciaux.

La séparation intra-vésicale fera voir si les coudures urétérales sont fixes ou mobiles, et si le fonctionnement du rein est suffisant.

Le cathétérisme de l'uretère permettra de préciser l'endroit exact du rétrécissement ou de la coudure et, d'autre part, de connaître avec précision la capacité du bassinet.

De toutes ces notions, il se dégage qu'on pourra, avant de prendre le bistouri, savoir quelle opération on devra pratiquer contre la coudure mobile qu'aura décelée le séparateur, on aura recours à la néphropexie ; contre les grosses dilatations du bassinet, c'est à la résection orthopédique du bassinet qu'on devra s'adresser.

Pathogénie et traitement de l'uronéphrose. — M. Pasteau. Tout d'abord, il faut admettre l'existence d'*uronéphroses congénitales* et d'*uronéphroses acquises*.

Sous le nom d'uronéphrose acquise, il faut placer celles qui sont dues à une *compression de l'uretère*, l'*uronéphrose calculeuse*, l'*uronéphrose par péri-urétrite inflammatoire*, ainsi que l'*uronéphrose déterminée par une obstruction néoplasique de l'uretère* qui peut exister soit dans le trajet extra-vésical, soit dans la traversée de la paroi vésicale, soit à l'intérieur même de la vessie.

L'*uronéphrose par rein mobile* n'est pas niable.

Au point de vue thérapeutique, il est important de *faire un diagnostic étiologique aussi complet que possible*.

Dans l'uronéphrose par rein mobile, si la réten-

tion rénale est petite, le *cathétérisme répété de l'uretère* peut amener la guérison, sinon il faut recourir à la *néphropexie*, au cours de laquelle on doit toujours *examiner le bassinet et l'extrémité supérieure de l'uretère* pour voir s'il n'y a pas de cause congénitale ou autre capable d'expliquer les accidents.

Si la rétention est plus volumineuse, il faut avoir recours aux *opérations plastiques* et faire autant que possible de la *chirurgie conservatrice*. La *néphrectomie* doit, dans les cas d'uronéphrose, être rejetée au rang d'opération de nécessité pour les cas de complication, pour ceux dans lesquels l'opération plastique n'a pas réussi ou a donné lieu à la formation d'une fistule incurable.

M. Lebreton (de Paris) rapporte les résultats de de son expérience personnelle au point de vue de l'*urétroscopie dans les urétrites chroniques*.

MM. Forgue et Jeanbrau (de Montpellier) communiquent une observation d'*angiome de l'urètre chez un enfant guéri par l'électrolyse interstitielle sous le contrôle de l'urétroscope*. Ils présentent deux planches fort intéressantes représentant l'aspect de la muqueuse avant et après l'intervention.

M. Frank (de Berlin) présente également des planches d'urétroscopie.

La technique physiologique des lavages de l'urètre est étudiée ensuite par M. Duchastelet (de Paris).

M. Hamonic présente un nouvel urétrographe, et M. Desnos un nouveau urétrotome.

Cure radicale des rétrécissements traumatiques de l'urètre périnéal. — MM. Pasteau et Iselin (de Paris) exposent leurs résultats opératoires et concluent que dans les cas de rupture de l'urètre périnéal on peut par l'autoplastie prévenir la formation du rétrécissement; que dans les cas de rétrécissement cicatriciel on peut en assurer la cure radicale.

Traitement de l'épididymite blennorragique grave, par M. Escat (de Marseille).

Traitement de l'hypospadias par l'élongation urétrale, par M. Hamonic (de Paris).

Instillations d'urotropine. — M. Janet propose de faire faire aux prostatiques qui se sondent plusieurs fois par jour, à chaque sondage, une instillation d'urotropine ou d'helmitol de 0,50/10 avec une seringue de 12 millimètres cubes complètement remplie de cette solution.

D'après des analyses faites sur des échantillons d'urine alcaline ou acide additionnés d'urotropine ou d'helmitol dans la proportion de 0,33 p. 1000, il se produit un dégagement évident de formol au bout de trois heures de présence à 38 degrés dans les urines acides.

La réaction est nulle pour l'urotropine dans les urines alcalines, faiblement positive dans ces conditions pour l'helmitol. Il serait utile de pouvoir acidifier à chaque instillation le milieu vésical, M. Janet le fait en faisant dissoudre l'urotropine dans l'eau boriquée, mais cette acidification est insuffisante, l'auteur cherche actuellement à la remplacer par l'acide tartrique, mais son expérience n'est pas encore suffisante à cet égard.

M. Frank (de Berlin) montre les inconvénients de l'emploi de l'*oxycyanure de mercure dans la pratique courante*.

Des névralgies vésico-urétrales et de leur traitement électrique, par M. Denis Courtade.

M. Genouville présente un *calcul urétro-périnéal*.

M. Le Fur (de Paris) fait une communication sur les *indications et les contre-indications du massage de la prostate*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 8 octobre 1906)

Sur la teneur en acide carbonique de l'air marin. — M. R. Legendre a pu faire pendant ces derniers mois une série de dosages de l'acide carbonique dans l'air marin. Les dosages d'acide carbonique faits jusqu'ici sur l'air de la mer sont peu nombreux et leurs résultats assez discordants.

Il était donc intéressant de reprendre ces recherches par une méthode dont les résultats soient comparables à ceux obtenus à terre au même moment. L'acide carbonique de l'atmosphère marine n'étant ni accru par les combustions et les respirations, ni réduit par la végétation, des dosages précis et nombreux permettraient de vérifier la théorie de Schlœsing sur l'équilibre qui se produit entre l'acide carbonique et les bicarbonates, équilibre qui ferait de la mer le grand régulateur de la teneur en acide carbonique de l'atmosphère.

La moyenne des 14 dosages effectués en pleine mer est de 35'5 pour 100 millimètres cubes d'air, chiffre très voisin de celui trouvé à Paris à Montsouris, mais un peu plus fort.

L'auteur continuera ses recherches pour vérifier si la quantité d'acide carbonique contenue dans l'air, qu'on sait déjà assez constant au-dessus des divers continents, est également constante dans l'air au-dessus des mers.

Autres communications :

Sur la nature du sucre virtuel du sang. — MM. Lépine et Boulard.

Sur la recherche des falsifications du beurre à l'aide de la graisse de coco et de l'oléo-margarine. — M. L. Robin.

Sur les complexes de l'albumine pure. — M. André Mayer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 12 octobre 1906)

Evacuation en une seule fois de trois litres et demi de liquide dans une pleurésie chronique par insufflation d'air dans la plèvre. — MM. Dufour et Foix présentent une malade atteinte de pleurésie chronique droite datant de cinq à six mois.

A six reprises différentes cette malade dut être ponctionnée pour des phénomènes de dyspnée progressive; l'intervalle entre chaque ponction était de dix jours environ.

A chaque fois on retirait un litre un quart, un litre et demi de liquide. A ce moment on devait arrêter l'évacuation à cause des phénomènes d'intolérance qui se présentent habituellement au cours des thoracentèses, lorsque le poumon rétracté par des adhérences ou par un processus de scléroses est incapable de se dilater pour venir combler le vide produit par la soustraction du liquide.

Dans ces conditions, ils ont pensé à appliquer chez cette malade la méthode qui avait été préconisée par l'un d'eux à l'une des séances précédentes de la société.

Aussi après la septième ponction, dès qu'on eut retiré un litre et demi de liquide et dès qu'apparurent les phénomènes d'intolérance relatés plus haut, ils ont injecté dans la plèvre de l'air à l'aide de la soufflerie d'un thermocautère.

Il suffit d'introduire à côté du trocart évacuateur, une aiguille reliée à la soufflerie par un tube de caoutchouc et un index de verre garni d'ouate pour stériliser l'air.

Par ce procédé et en graduant l'entrée de l'air, en se guidant sur la gêne éprouvée par la malade au fur et à mesure de l'évacuation, on a pu retirer en une seule séance et sans aucun inconvénient 3 litres et demi de liquide.

L'écoulement ayant cessé, on avait donc soustrait tout le liquide pleural situé au-dessus du niveau de la ponction.

La malade a présenté naturellement tous les signes d'un hydropneumothorax.

Il semble intéressant de rapporter cette tentative qui démontre la possibilité de vider complètement un grand épanchement en une seule séance.

Indépendamment de la valeur thérapeutique du procédé, qui a été mise en valeur par M. Vaquez. Les auteurs pensent que cette insufflation d'air serait le seul remède efficace à opposer à l'œdème aigu du poumon produit par une évacuation maladroitement conduite.

Pneumonie suppurée. Pneumotomie. — MM. Apert et Dubosc rapportent l'observation d'un enfant qui à la suite d'une pneumonie, conserva de la fièvre hectique, des crachats purulents. Il s'amaigrit, se cachectisa rapidement. Bien qu'il n'y eût pas de vomiques, il fallait rechercher une pleurésie métapneumonique interlobaire; ni les ponctions répétées, ni la radiographie ne purent en révéler le siège. Malgré cela, et en présence du dépérissement rapide de l'enfant et de sa mort prochaine, on se décida à intervenir. L'incision fut faite en un point où l'hyperesthésie localisée attirait l'attention. Cette incision tomba en plein poumon et n'amena l'évacuation que d'une petite quantité de pus : malgré cela, l'état se transforma subitement, la fièvre diminua, l'expectoration se tarit; tout semblait rentrer dans l'ordre quand, douze jours après l'expectoration, une pneumonie survint du côté opposé et entraîna la mort du malade. A l'autopsie, pneumonie grise au côté droit avec suppuration diffuse non collectée ; pas de collection interlobaire ; l'incision avait porté en plein parenchyme. A gauche, pneumonie grise non suppurée; ce qui est à retenir dans ce cas, c'est l'amélioration très nette obtenue par l'incision d'un poumon atteint de pneumonie suppurée.

Vomissements incoercibles chez les nourrissons (présentation de malades). — M. Variot présente un enfant chez lequel les vomissements incoercibles furent arrêtés par la substitution au lait maternel du lait stérilisé additionné de sulfate de soude. Il y avait dans ce cas une sorte d'intoxication par le lait maternel. Ce fait, pour n'être pas fréquent, n'est cependant pas aussi rare qu'on pourrait le croire, et chose curieuse, l'analyse du lait est incapable d'en fournir la raison.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 13 octobre 1906)

Bacilles tuberculeux dégraissés. — MM. Louis Martin et Vandremer discutent quelques points d'une note communiquée à la Société par M. Vallée (séance du 16 juin) et confirmant les expériences publiées par eux en 1900.

La technique nouvelle préconisée par M. Vallée (laver les bacilles rapidement à l'eau distillée, puis les dessécher) donne des bacilles moins toxiques. Il faut aussi tenir compte de ce que certains bacilles sont moins toxigènes que d'autres, et que par suite tous les microbes dégraissés ne sont pas également toxiques.

Etant donné l'importance extrême qu'il y a à bien caractériser un microbe tuberculeux, les auteurs demandent que désormais on définisse un microbe non seulement en donnant la virulence des bacilles vivants injectés sous la peau ou dans le péritoine, mais encore en indiquant le pouvoir toxique de leurs corps dégraissés.

Sur quelques cas de guérison apparente de tuberculose expérimentale. — Après avoir inoculé dans le péritoine de cobayes des bacilles dégraissés, MM. L. Martin et Vandremer ont recherché s'il se forme un anticorps tuberculeux dans les organes abdominaux de ces animaux. Pour cette recherche, ils ont sacrifié le cobaye quarante-huit heures après l'inoculation, puis broyé dans de l'eau physiologique à 7 p. 1 000 les capsules surrénales, la rate, l'épiploon, filtré, mélangé le liquide ainsi obtenu avec des bacilles peu virulents, et inoculé le mélange dans le péritoine de cobayes.

Le mélange d'épiploon broyé et de bacilles peu virulents a donné des résultats intéressants. Les animaux inoculés étaient encore vivants au bout de huit mois, tandis que les témoins meurent en quatre mois.

Après huit mois, pour connaître la résistance vis-à-vis d'une tuberculose virulente, les animaux ont été inoculés sous la peau avec un bacille humain virulent. Sur sept traités, six sont morts rapidement; au lieu d'être vaccinés, ils étaient sensibilisés. Le septième a survécu plus de deux mois aux témoins; il était plus résistant que les cobayes ordinaires. Ces faits prouvent qu'on peut, à l'aide du liquide épiploïque, augmenter la résistance des cobayes à une injection de bacilles de peu de virulence.

Les auteurs ont ensuite essayé, avec ce liquide épiploïque, de prévenir la méningite tuberculeuse du lapin.

Deux lapins témoins reçurent dans le liquide céphalo-rachidien 2/10 de centimètre cube d'une émulsion de bacilles tuberculeux peu virulents; ils n'eurent rien. Deux autres lapins reçurent 4/10 de centimètre cube d'un mélange de ces mêmes bacilles et du liquide épiploïque. L'un eut une légère paralysie du train postérieur et guérit; l'autre mourut au bout de deux mois après deux atteintes de méningite.

De tous ces faits, on peut conclure qu'il est important de bien connaître la virulence des bacilles tuberculeux qu'on emploie; qu'il est délicat d'opérer des essais de vaccination ou de traitement avec des bacilles peu virulents, car on peut croire à des guérisons, alors que le plus souvent il existe des bacilles embusqués qui peuvent provoquer des poussées de tuberculose secondaires. Ces tubercules isolés et localisés sont toujours en imminence de réveil et constituent un réel danger dans tout essai de vaccination ou de traitement avec des bacilles vivants.

Note sur les dépenses de l'organisme pendant la grossesse chez le cobaye et la lapine. — M. Maurel a suivi la grossesse sur la cobaye et sur la lapine, en tenant compte de l'alimentation; et il arrive à cette conclusion, que, contrairement aux précisions, les dépenses de l'organisme, pendant la grossesse, au moins dans ces deux espèces animales, vont en diminuant du commencement à la fin d'une manière régulière et marquée.

Évolution des corps osmophiles. — En étudiant l'évolution des corps osmophiles décrits antérieurement par lui dans les cellules à lutéine du cobaye, M. Mulon montre que leur présence est liée directement à l'activité fonctionnelle à la glande.

Coefficient d'accumulation de l'iode. — M. Boulaire.

Infection pyocyanique par ingestion. — M. Brault.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — JEUDI 18 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 18 OCTOBRE 1906. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 16 octobre 1906 (Question : « Surfaces articulaires et ligament de l'articulation de l'épaule ») : Mlles Delage, 18; Blanc, Defiol et M. Donzelot, 17; MM. Guillemet et Hadengue, 16; Mlle Bouteil, MM. Desnoues, Goldstein et Gouyon-Beauchamps, 15; MM. Fournier, Gassier, Mlle Hertz et M. Verdun, 14; MM. Guillot, 13; Colanéri, 12; Fourrey, 11; Berthomier, 10; Grahaud, 9, et Dorlencourt, 8.

La prochaine séance aura lieu jeudi 18 octobre, à quatre heures et demie (suite des candidats de la deuxième série de la première moitié et candidats des autres séries autorisés à subir leur épreuve vers la fin du concours).

Cette séance d'anatomie sera peut-être la dernière.

Pathologie. — Séance du 15 octobre 1906 (Question : « Panaris ») : M. Passot, 18; Mlle Delage, 17; MM. Mignot, 16; Lorreyte, Mercier, Mersey et Mlle Peltier, 15; Mlle Defiol, MM. Labernadie, Le Roy (Pierre), Michel, Noël (André) et Photiadis, 14; de la Vallée, 13; Lenoël et Mélamet, 11; Mallet (Lucien), Michelet et Michaut, 10, et Weisweiller, 1.

L'IMMUNISATION DES BOVIDÉS PAR LE SÉRUM DE BEHRING. — L'ÉPILOGUE DE L'EXPÉRIENCE DE MELUN. — Nos lecteurs n'ont pas oublié la fameuse expérience faite à Melun de décembre 1904 à décembre 1905 (v. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 139, p. 1657), dans laquelle le professeur Vallée (d'Alfort) inocula un certain nombre de veaux avec du bovo-vaccin de Behring injecté dans les veines. L'expérience fut conduite avec toute la minutie et la précision nécessaires, et M. Vallée en avait pu conclure que le bovo-vaccin possédait effectivement la propriété de rendre les bovidés réfractaires à la tuberculose.

Depuis cette époque l'expérience a continué et a subi l'épreuve du temps.

A la dernière séance de la Société de médecine vétérinaire, MM. Rossignol et Vallée ont exposé les résultats éloignés de l'expérience de Melun.

Il en résulte que *la bovo-vaccination est incapable de préserver, au bout d'un an, les bovidés contre la contamination par les voies naturelles.*

Le problème de la vaccination des bovidés reste donc encore à résoudre; il a néanmoins fait un pas grâce à l'expérience de Melun, puisqu'il montre aux bactériologistes que leurs efforts devront tendre à *prolonger* la durée d'immunité et à renforcer la résistance des animaux vaccinés.

CLINICAT. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale et des maladies des voies urinaires s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 novembre 1906, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat chirurgical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire; 2° pour le clinicat des maladies des voies urinaires, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concous. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 25 octobre 1906. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Dufour est promu au grade de médecin de première classe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Hippolyte Martin-Roux, médecin des hôpitaux de Paris.

L'OCRÉINE

L'OCRÉINE

Principe actif
de la
Sécrétion interne de l'Ovaire

Thème

— L'ovarine ou oophorine est inconstante dans ses effets parce que les organes qui servent à la préparer sont mal choisis.

— L'action de l'ovaire sur l'organisme est due à une sécrétion interne.

— La glande à sécrétion interne de l'ovaire et, par conséquent, la seule partie active au point de vue thérapeutique, c'est le corps jaune.

— Le corps jaune n'a qu'une durée transitoire et réapparait périodiquement dans l'ovaire ; il n'existe donc pas d'une façon constante dans cet organe.

— La plupart des ovaires dont on se sert pour préparer l'ovarine ne renferment pas de corps jaune ou en renferment très peu.

— L'Ocréine est un extrait de corps jaune pur.

G. GRÉMY
16, Rue de la Tour d'Auvergne
PARIS

FORMES PHARMACEUTIQUES DE L'OCRÉINE GRÉMY

Pilules d'Ocréine Grémy dosées à 10 centigr. de corps jaune pur. Les pilules d'Ocréine possèdent un premier enrobage au gluten qui les rend solubles seulement dans l'intestin et un deuxième enrobage extérieur qui les rend inattaquables à l'air. L'Ocréine se conserve ainsi indéfiniment.

Le flacon de 32 pilules, prix **5 francs**

Ampoules d'Ocréine Grémy. — Chaque ampoule contient deux centimètres cubes d'Ocréine injectable.

La boîte de 6 ampoules, prix **[illegible] francs**

INDICATIONS & DOSES DE L'OCREINE GRÉMY

I. — Au moment de la puberté. Contre les *troubles de la puberté* pouvant aller jusqu'à la *chlorose*, troubles dus à l'apparition irrégulière du corps jaune ou même à son absence totale (1 à 6 pilules par jour ou une injection *intramuscnlaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours. Continuer le traitement jusqu'à ce que la sécrétion interne de l'ovaire se fasse normalement).

II. — Contre les suites de la castration ovarienne. (3 à 10 pilules par jour pendant 8 jours tous les mois, ou 3 à 4 injections *intramusculaires* de deux centimètres cubes tous les mois, à deux jours d'intervalle.)

III. — Contre l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

IV. — Pendant la grossesse. Le même corps jaune qui a permis à l'œuf de se fixer dans l'utérus persiste pendant tout le temps de la grossesse. La sécrétion de ce corps jaune peut être insuffisante et cette insuffisance se traduit par les signes suivants : bouffées de chaleur, nausées, vomissements, vertiges, étourdissements, palpitations, céphalalgies, etc. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours, jusqu'à disparition des troubles.)

V. — Pendant la ménopause. Les transformations que subit à cette période l'organisme féminin sont dues à l'arrêt plus ou moins lent dans la formation des corps jaunes. Cet arrêt peut se produire brusquement ou les périodes s'espacer de plus en plus, jusqu'à disparition totale. Troubles de l'insuffisance ovarienne. (1 à 6 pilules par jour, ou une injection *intramusculaire* de deux centimètres cubes tous les deux jours jusqu'à disparition des troubles.)

LES

CARDIOPATHIES TRAUMATIQUES [1]

Par M. L. RIMBAUD,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

VII

Pronostic. — En somme le pronostic des cardiopathies traumatiques est grave. La mort est fréquente, souvent rapide. Sur nos 49 cas d'endo-myo-péricardite elle est survenue 17 fois moins de deux mois après l'accident, 5 fois moins d'un an après.

Lorsqu'il y a rupture valvulaire le pronostic est encore plus sombre.

Nous n'acceptons pas cependant l'opinion pessimiste de Bernstein qui affirme que le maximum de survie après la rupture valvulaire est de trois ans.

Pour nos ruptures des sigmoïdes aortiques dans 48 cas le malade n'a pas été suivi et nous ignorons ce qu'il est devenu. La mort est notée dans 27 cas et survient en général dans les deux premières années. Il y a cependant des survies de quatre, cinq ans, dix ans dans un cas de Durozier (2). Exceptionnellement il peut y avoir guérison; tels sont les cas de Potain (3), de Yeo, d'Ostwalt (4). Leroy (5) examine en 1879 un voyageur qui, victime d'un accident de chemin de fer, eut une déchirure certaine de sigmoïdes aortiques. La Compagnie fut condamnée à payer un capital de 26000 francs et une rente viagère de 4000 francs. Le malade examiné vingt ans après par le docteur Castiaux est complètement guéri et ne présente plus aucun signe d'insuffisance aortique. Il s'agissait sans doute d'une déchirure valvulaire partielle qui dans la suite s'est parfaitement cicatrisée.

Pour les lésions mitrales, le pronostic est presque fatal; dans 17 cas sur 28 la mort est survenue, souvent rapide, en général après quelques jours ou quelques mois. Cependant des observateurs ont constaté des améliorations deux, trois et onze ans après [Nélaton (6)].

En somme, attendre pour poser un pronostic que les accidents du début soient atténués. Pour les ruptures valvulaires il dépendra des dimensions de la déchirure et sera d'autant plus grave que celle-ci sera plus étendue. Il dépendra aussi de son siège; d'après Barié, à l'aorte le danger serait plus grand si la valvule lésée est au-dessous de l'origine d'une coronaire, à cause de l'ischémie possible du myocarde, mais il est souvent difficile de déterminer quelle est la valvule lésée.

Pour toutes les cardiopathies le pronostic dépendra en grande partie du genre de vie que pourra mener le malade, de l'état de ses artères périphériques, enfin et surtout de l'état de son myocarde.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 118, p. 1407.
(2) Durozier. *Union méd.*, 1880.
(3) Potain. *Cliniques méd.*, 1894.
(4) Ostwalt. *Revue de méd.*, 1898, p. 906.
(5) Leroy. *Bull. méd. du Nord*, 1879.
(6) Nélaton. Th. d'agrégation, 1886.

VIII

Diagnostic et considérations médico-légales. — Le premier point à résoudre est de savoir s'il y a vraiment lésion cardiaque. Un examen attentif permettra en général de retrouver les symptômes fonctionnels et les signes physiques d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une myocardite. Le récit de l'accident et des symptômes immédiats, l'intensité et le siège des souffles, les piaulements et les bruits musicaux permettront d'affirmer une déchirure valvulaire.

Mais les traumatismes peuvent être suivis de *névrose cardiaque* se manifestant par des palpitations douloureuses, de la tachycardie, parfois de la bradycardie [Debove (1)], des souffles anorganiques qui peuvent en imposer pour une lésion. Et ces cas sont fréquents : Cottu dans sa thèse, Debove, Blum (2), en rapportent d'intéressantes observations. Les 11 cas de Wolff sont tous des troubles cardiaques fonctionnels. Mais ces névroses cardiaques surviennent après de gros accidents dans lesquels la commotion morale a été plus intense que le choc physique; la région précordiale n'a pas été spécialement atteinte, le sujet présente des stigmates d'hystérie, enfin l'amélioration ou la guérison complète sont la règle.

La certitude de l'existence d'une lésion cardiaque étant acquise, reste à déterminer le rôle qu'a joué le traumatisme ou l'effort. Pour affirmer une rupture valvulaire traumatique, on pourra s'appuyer sur l'intensité du souffle, le frémissement cataire, sur la sensation de déchirure, de coup de fouet éprouvés au niveau de la région précordiale au moment de l'accident. Mais pour les inflammations cardiaques et même pour les ruptures valvulaires tous ces renseignements peuvent manquer, et, une lésion cardiaque étant constatée après un accident, il faudra se demander quel était l'état antérieur du cœur. Evidemment si un examen médical a été fait peu de temps avant, soit au conseil de revision, soit pour une assurance sur la vie ou pour toute autre cause, et que le cœur ait été trouvé sain, pas de doute possible. Brouardel (3) rapporte le cas d'un homme qui en descendant d'un omnibus est pressé contre une voiture; rentré chez lui, on l'ausculte et on trouve une insuffisance aortique; cet homme avait été ausculté quinze jours avant par Dumontpallier et ne présentait alors aucune lésion: le rôle du traumatisme est certain.

Mais il en sera rarement ainsi. Pour affirmer l'intégrité antérieure de l'appareil cardiaque il faudra presque toujours se baser sur le témoignage direct du blessé, qui jusqu'ici a effectué sans peine un travail pénible, qui n'avait ni essoufflement, ni palpitations, ni œdèmes, qui vient de faire son service militaire, qui n'a jamais eu de maladies antérieures, en particulier ni rhumatisme articulaire aigu, ni

(1) Debove. Cliniques de l'hôpital Beaujon et *Presse méd.*, 1904.
(2) Blum. *De l'hystéro-neurasthénie traumatique*, Paris, 1893.
(3) P. Brouardel. Discussion. Rapport Castiaux et Laugier, Paris, 1900.

variole, ni typhoïde, qui n'est ni syphilitique, ni alcoolique, etc. Si ces affirmations sont vraies, on pourra conclure à la relation directe entre l'accident et la maladie.

Et du reste, en admettant que le cœur fût antérieurement malade, si la lésion était bien compensée, l'accident qui est venu rompre cet équilibre a bien une part de responsabilité. Prenons par exemple le malade de Scheel (1) : c'est un ouvrier de quarante-quatre ans qui a toujours fait son ouvrage sans peine. Il reçoit sur la poitrine un tube de plomb de 79 kilogrammes. Vive douleur, il cesse son travail. Peu après signes d'insuffisance aortique, fièvre, mort au bout de quinze jours. L'autopsie montre une endocardite ancienne des valvules aortiques, une rupture incomplète récente de deux sigmoïdes aortiques et sur ces déchirures des points d'endocardite ulcéreuse récente. Il est bien évident que le traumatisme a été ici la cause de la mort de cet homme : l'endocardite ancienne était parfaitement tolérée et l'accident eût été capable de déterminer des lésions même sur un cœur antérieurement sain ; une indemnité est due à la famille.

Mais l'indemnité sera d'autant plus réduite que le traumatisme a été moindre et que la prédisposition était plus marquée. Et en effet n'y a-t-il pas de ces « fragiles » du cœur, comme les appelle Vibert, qui, sous des apparences de santé et de vigueur, cachent des lésions cardiaques profondes : ils tombent en asystolie aiguë après un traumatisme minime ou sont frappés de mort subite du fait d'une simple émotion.

Pour l'évaluation du préjudice causé à l'accidenté par sa cardiopathie nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos du pronostic : le sujet, dont la capacité de travail est toujours très diminuée, est souvent un infirme. Quand il y a eu rupture valvulaire, surtout s'il s'agit de la mitrale, le moindre effort est impossible et la vie du malade est menacée à brève échéance.

Il est évident que l'évaluation de l'incapacité diffère avec la nature de la lésion, la profession, le degré de culture intellectuelle du blessé, etc. : un homme jeune, instruit, exerçant une profession sédentaire, pourra tolérer longtemps un rétrécissement mitral causé par une endocardite traumatique; un charretier, illettré, avancé en âge, artério-scléreux, deviendra incapable de tout travail si, dans un accident, il a eu une déchirure des valvules aortiques. Le premier aura sa capacité de travail réduite de 50 à 70 ou 80 p. 100, suivant l'état de son myocarde, le second peut être considéré comme atteint d'une incapacité totale ou d'au moins 95 p. 100.

Lorsqu'il existait une cardiopathie latente et que le traumatisme l'a simplement révélée sans l'aggraver notablement, l'incapacité temporaire seule sera indemnisée; mais si le traumatisme a rompu d'une façon plus ou moins définitive une compensation jusque-là suffisante, l'accident sera intégralement responsable et au point de vue médico-légal il doit être assimilé à l'accident qui a créé la cardiopathie.

(1) Scheel. *Ugeskrift. f. Loger*, n° 15, 1905.

Quant à la névrose cardiaque, elle est parmi les névroses traumatiques une des plus tenaces, et suivant que les troubles ressentis par le malade sont plus ou moins compatibles avec sa profession, elle peut être évaluée à 30, 40 ou 60 p. 100, sous réserve d'une revision qui est toujours possible dans les trois ans.

Dans toute expertise de ce genre le point de départ devra toujours être une étude approfondie des conditions du traumatisme, un examen méthodique du cœur du blessé après l'accident et dans les jours qui suivent ; une enquête attentive sera toujours faite sur les antécédents du sujet.

Dans ses conclusions l'expert ne devra pas craindre d'insister sur la gravité habituelle des cardiopathies traumatiques.

AUTRES TRAVAUX A CONSULTER

Allix. Rupture par effort des cordages de la mitrale, *Ann. de la Soc. anat.-pathol. de Bruxelles*, 1859. — Alvarenga. *Insuffisance aortique traumatique*, 1856. — Aran. Insuffisance aortique par effort, *Arch. gén. de méd.*, 1842.

Béhier. Péricardite traumatique, Soc. de méd. légale, 1898. — Biggs. Endocardite et rupture traumatique des valvules aortiques, *Bull. méd.*, mars 1890. — Bilfinger. Lésions mitrale et aortique traumatiques, *Ærzt. sach. Zeits.*, 1904, n° 18. — Bondet. Insuffisance aortique traumatique, Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 1904. — Bourquin et de Quervain. Des lésions valvulaires du cœur par brusque effort, *Monats. f. Unfalh.*, 1902, n° 5. — Geo Burney. Insuffisance aortique par effort, *Virchow Hirsch Jahresb.*, 1874, et *Med. Times and Gazette*, 1878.

Carrière. Insuffisance aortique traumatique, *Nord méd.*, 15 avril 1904. — Cheyne. Rupture des cordages de la mitrale, *Dublin hosp. reports*, 1827.

Desanti. *Dilatation du cœur par traumatisme de la région précordiale*, Th. de Lyon, 1898-1899, n° 171. — Duménil. Cardiopathie latente révélée par un traumatisme, *Gaz. hebd.*, 1879. — Düms. Lésions du cœur après contusion de la paroi thoracique, *Monats. f. Unfalh.*, 1896. — Durand. *Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur la marche des cardiopathies*, Th. de Bordeaux, 1887, n° 31.

Ebbinghaus. Lésions du cœur dues au traumatisme, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1902, t. LXIV, fasc. 1 et 2. — Ercklentz. Péricardite traumatique, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1902, t. LXIV, fasc. 1 et 2.

Foster. Insuffisance aortique par effort, *Med. Times and Gazette*, 1873. — Frank. Les affections du myocarde d'origine traumatique, *Prag. med. Woch.*, 23 fév. 1905. — Frankel. Rupture traumatique d'une valvule du cœur, *Munch. med. Woch.*, 11 avril 1905. — Furbringer. Endocardite traumatique, Soc. de méd. intern. de Berlin, 21 juin 1897.

Gilbin. *Rupture des tendons de la mitrale*, Th. de Paris, 1892-1893, n° 436. — Goldscheider. Un cas de névrose cardiaque et d'artério-sclérose post-traumatiques, *Berl. klin. Woch.*, 23 avril 1906.

Haidenhain. Affections organiques du cœur consécutives aux contusions de cet organe, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1895, t. XLI. — Hayden. Arrachement traumatique d'une valvule aortique, *Dublin quart. Journ.*, 1867. — Heimann. *Sur un cas d'endocardite mitrale traumatique*, Th. de Berlin, 1890. — Hektoën. Déchirure d'une valvule aortique par effort, *The North Amer. Pract.*, 1892. — Henderson. Arrachement d'une valvule aortique par effort, *Edinburg med. Journ.*, 1835. — Herzfeld. Un cas d'endocardite traumatique, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 24 mars 1906. — Hockhaus. Myocardite traumatique, *Deuts. Arch. f. klin. Chir.*, 1893. — Huchard.

Traité des maladies du cœur et de l'aorte, 1899-1904. — HUCHARD et DEGUY. Des ruptures de la valvule mitrale et de la luxation de la grande valve, *Journ. des prat.*, 1898, p. 165.

JESSEN. Insuffisance aortique traumatique, *Monats. f. Unfalh.*, 1903, n° 1. — JOCHMANN. Des affections traumatiques du cœur et des vaisseaux, *Monats. f. Unfalh.*, 1902, n° 5. — JOLOWICZ. Anévrisme de l'aorte et insuffisance aortique, suite éloignée de traumatisme, *Ærzt. Sach. Zeit.*, 1904, n° 10.

KNECHT. Un cas de lésion cardiaque grave à la suite d'un traumatisme, *Ærzt. Sach. Zeit.*, 1904, n° 1. — KELSCH. Cardiopathies latentes et mort subite dans l'armée, Acad. de méd., 30 juillet 1901.

LEGENDRE. Rupture traumatique de la mitrale, *Bull. de la Soc. anat.*, 1839, p. 195. — LEHMANN. Lésion traumatique du cœur, *Monats. f. Unfalh.*, mai 1904. — LÉVY. *Cœur forcé*, Th. de Nancy, 1875. — LEYDEN. Lésion aortique par effort, *Berl. klin. Woch.*, 1892. — LINDMANN. Rupture valvulaire aortique par effort, *Arch. f. klin. Med.*, 1880. — LITTEN. L'endocardite et ses rapports avec les autres maladies, Soc. de méd. intern. de Berlin, 1897, et Rapport au XVIIIe Cong. allem. de méd. interne, 1900. — LUCKINGER. Péricardite et endocardite traumatiques, *Munch. med. Woch.*, 1896.

MARCKAM. Déchirure des valvules aortiques par effort, *Brit. med. Journ.*, 1854. — MARCUS. Un cas d'insuffisance mitrale traumatique, *Munch. med. Woch.*, 21 nov. 1905, n° 47. — MENDELSSOHN. L'état fonctionnel du cœur et son aptitude à retrouver l'équilibre rompu par un effort musculaire, XIXe Cong. allem. de méd. interne, avril 1901 ; — Un cas de myocardite traumatique, Soc. de méd. intern. de Berlin, 1898. — MIRCOLI. Insuff. mitraliche da traumi, *Clin. med. ital.*, mai 1905. — MOLLIÈRE. Influence des grands traumatismes sur les lésions cardiaques latentes, *Union méd.*, 1880.

NEIL. Lésion cardiaque par effort, *Constatt's Jahresb.*, 1857.

OLLIVE et LE MEIGNEN. *Accidents du travail*, 1904.

PEPPER. Arrachement des valvules aortiques par effort, *Philadelphia med. Times*, 1873. — PETER. Insuffisances aortiques par effort, *Gaz. des hôpit.*, 1875. — PICOT : Influence des traumatismes de la poitrine sur la genèse des maladies du cœur, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1899.

PRESCOTT-HEWIT. Rupture traumatique de la mitrale, *London med. Gaz.*, 1847.

QUAIN. Insuffisances aortiques par effort, *Monthly Journ.*, 1852.

RAWSON. Insuffisance aortique par effort, *Monthly Journ.*, 1852. — RIEDINGER. Endocardites traumatiques, *Monats. f. Unfalh.*, 1894. — RIEGEL. Endo-myo-péricardites traumatiques, *Zeits. f. klin. Med.*, XIV, 1888. — RIGAULT. *Des ruptures traumatiques de la valvule mitrale*, Th. de Paris, 21 juin 1905. — RITTER. Endocardite traumatique, *Berl. klin. Woch.*, 1889. — ROMME. Rôle du traumatisme dans l'étiologie des affections organiques du cœur, *Gaz. hebd.*, 19 oct. 1895.

SIMPSON. Insuffisance aortique par effort, *Brit. med. Journ.*, 1868. — SINNHUBER. Insuffisance aortique traumatique, *Deuts. med. Woch.*, 4 août 1904. — STERN. Endocardite traumatique, *Ærtz. Sach. Zeits.*, 1903, n° 13. — STRASSMANN. Lésions traumatiques des valvules aortiques, Soc. de méd. interne de Berlin, 19 nov. 1900. — STRUPPLER. Insuffisance aortique traumatique, *Munch. med. Woch.*, 1903, n° 28. — SWINEY. Rupture traumatique de la mitrale, *Dublin. Journ. of med. sc.*, 1873.

TEISSIER. *Lésion cardio-aortique traumatique*, in Th. Bellot. — TERRILLON. Rupture des parties internes du cœur, *Progrès méd.*, 1879.

VAQUEZ et DIGNE. Insuffisance aortique traumatique au cours d'un tabes fruste, Soc. méd. des hôpit., 30 déc. 1904.

WILLIAMS. Rupture traumatique de la mitrale, *London med. Gaz.*, 1847.

ZOHRAB. *Insuffisance aortique par effort*, Th. de Lyon, 1885.

UN PANSEMENT DE CHIRURGIE D'URGENCE

Par le docteur JEAN CAVALIER,
Médecin-major de deuxième classe (1).

Dans le journal *La Clinique* du 31 août 1906, M. le médecin-major de première classe Jacob, professeur agrégé au Val-de-Grâce, après avoir exposé la question du premier pansement sur le champ de bataille et décrit le pansement aseptique tout préparé que nous proposons pour mettre les blessures à l'abri de toute contamination étrangère au traumatisme lui-même, concluait en ces termes :

« Le pansement du docteur Cavalier est simple ; son application est facile et très rapide, et elle peut être confiée à un personnel non médical, sans crainte de souillure. Pour toutes ces raisons, il constitue un excellent type de pansement de chirurgie d'urgence, et nous ne doutons pas que son emploi rendrait les plus grands services en chirurgie de guerre, dans le traitement des blessés sur le champ de bataille et dans les formations sanitaires de l'avant. »

C'est qu'en effet, ce qui fait l'originalité du principe de notre pansement, c'est qu'il peut être ap-

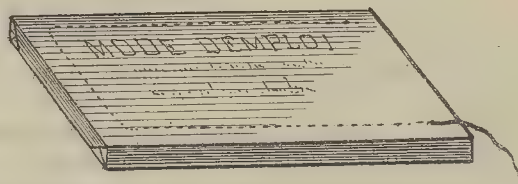


FIG. 1. — *Paquet empaqueté.*



FIG. 2. — *Enveloppe extérieure déchirée.*

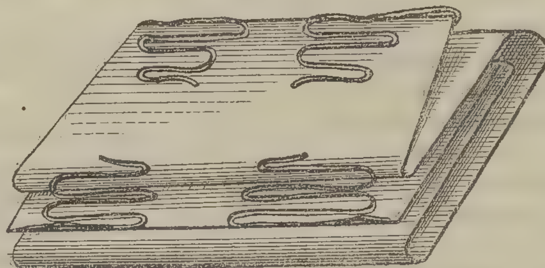


FIG. 3. — *Pansement plié dans le papier filtre.*

pliqué, *sans que les mains de l'opérateur le touchent*, et de plus il ne nécessite *ni bandes, ni épingles.*

(1) Aux dernières manœuvres du service de santé nous avons vu expérimenter un très ingénieux pansement dû à M. le médecin-major Cavalier, du 2e cuirassiers. Nous lui avons demandé de vouloir bien nous en donner une description, car il nous paraît susceptible de nombreuses applications dans la chirurgie d'urgence. — (*N. D. L. R.*)

L'analyse détaillée de notre pansement (composition, dimensions, mode d'emploi, avantages, expérimentation) se trouvera dans le journal *Le Caducée*.

Résumons brièvement ce qui a trait à la composition du pansement et à son mode d'emploi.

Composition. — 1° Gaze à pansement (qui pourrait être antiseptique si on le désire) destinée à être mise au contact de la blessure;

2° Ouate hydrophile pour absorber les sécrétions de la plaie;

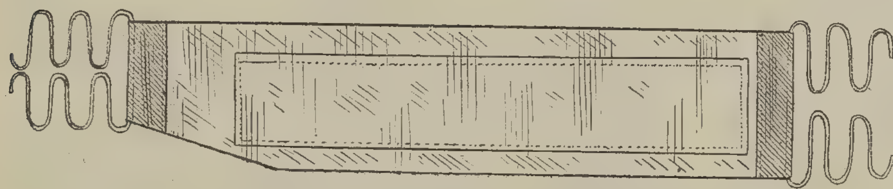


Fig. 4. — *Pansement déployé (un seul angle abattu).*

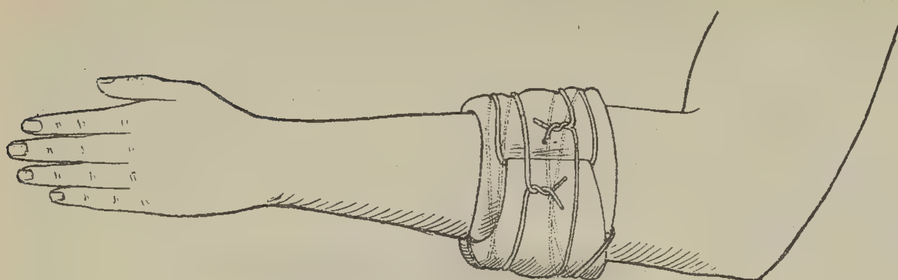


Fig. 5. — *Pansement appliqué et torsion des fils.*

3° Une mince couche de coton cardé, matière filtrante, vis-à-vis des souillures étrangères;

4° Aux quatre angles, quatre fils de fer galvanisés, repliés en accordéon, et pouvant se développer facilement.

Le tout est aseptique, et les deux enveloppes qui renferment le pansement suffisent pour conserver l'asepsie primitive.

Mode d'emploi. — 1° Déchirer l'enveloppe extérieure en tirant sur le fil de chanvre qui pend à l'un des angles du paquet;

2° Ecarter l'enveloppe en papier filtre;

3° Saisir, soit seul, soit à deux, le pansement par les extrémités des fils de fer;

4° Déplier le pansement, toujours tenu par les fils de fer, et l'appliquer autour du membre blessé, le petit côté venant chevaucher sur le grand;

5° Les fils de fer sont alors enroulés sur le pansement, sans trop serrer, et sont enfin, deux par deux, tordus trois ou quatre fois sur eux-mêmes, les mains de l'opérateur étant aussi éloignées l'une de l'autre que possible. On coupe avec des ciseaux quelconques l'excès de longueur des fils de fer.

On le voit, ce pansement tout préparé est aussi simple que possible.

A défaut de champ de bataille, nous l'avons expérimenté aux manœuvres dernières sur les hommes et sur les chevaux, et il nous a donné toute satisfaction.

Puisqu'il en est ainsi, et en vertu du précepte : « Qui peut le plus, peut le moins, » ce pansement de chirurgie d'urgence ne conviendrait-il pas aux blessures que l'on observe tous les jours? La voie publique est, au point de vue de la contamination secondaire des plaies, le champ de bataille de la population civile, et combien plus souvent nocif! Aussi, notre pansement, qui pourrait être antiseptique (c'est une question de gaze), trouverait-il son emploi dans les caisses de secours que possèdent les grandes administrations civiles, par exemple les chemins de fer (trains en marche, gares même les moins importantes, ateliers, etc.). Les diverses sociétés d'assistance et de secours aux blessés pourraient en doter les nombreux postes de secours qui se trouvent *intra* ou *extra muros.* Les commissariats et postes de police qui sont, avec les pharmacies civiles, les premiers rendez-vous des blessés (rixes, attentats, accidents, etc.), auraient là un *pansement d'urgence*, qui pourrait rendre des services immédiats. Enfin, dans les services hospitaliers, quand il ne s'agit pas de faire un pansement fortement compressif, et dans les consultations où la question de temps entre en jeu, comme la question de prix, notre pansement pourrait être utilisé avec avantages.

La manufacture d'objets de pansement de Saint-Rémy (Calvados), qui a bien voulu nous confectionner nos pansements d'essai, nous laisse entrevoir que le prix de revient ne dépasserait pas 50 à 60 centimes.

XIXe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Discusion des rapports.

Le troisième rapport sur l'**ectopie testiculaire** et **ses complications** (1) a donné lieu à la discussion suivante :

Depuis 1898, M. Kirmisson a opéré 80 cas d'ectopie testiculaire. Dans les cas où le testicule est petit et impossible à abaisser, il ne faut pas insister.

La fixation au scrotum n'a aucune valeur; il faut faire une suture très exacte de tous les éléments du cordon, depuis le testicule jusqu'à l'orifice inguinal.

Trente-cinq fois, M. Kirmisson a pu revoir ses opérés, 15 fois le testicule était en bonne place, 10 fois il était remonté à la racine des bourses, 10 fois il était dans le canal inguinal. Chez deux ou trois malades seulement le testicule s'était bien développé. Dans les autres observations, il était resté petit, 2 fois même il était disparu.

(1) Voir. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 112, p. 1335.

Bien que M. Kirmisson ne pratique jamais le procédé de Bassini, la hernie n'a jamais récidivé. La meilleure période est la seconde enfance, à moins de hernie concomitante. A deux ans l'opération est extrêmement difficile et délicate. La contamination de la plaie est fréquente. D'ailleurs il est fréquent de voir le testicule ne descendre au scrotum que vers quatre ou six ans.

M. Girard (de Berne) croit au contraire qu'il faut opérer de bonne heure, parce qu'alors on met le testicule en état de retrouver plus facilement sa fonction spermatogénique.

Les manœuvres de massage sont bien longues et le plus souvent inefficaces.

Jamais il ne faut, dit-il, pratiquer la castration, ni sectionner les vaisseaux qui portent avec eux les filets nerveux sécréteurs.

Il fixe le testicule à son voisin, par l'intermédiaire d'un large lambeau d'albuginée.

M. Forgue insiste sur ce fait que la mobilisation complète du testicule ectopique est la condition de sa fixité dans les bourses. Ce sont les adhérences qui fixent les éléments du cordon au conduit vagino-péritonéal qui, dans la grande majorité des cas, retiennent anormalement le testicule. Le progrès de la technique opératoire a consisté à conduire l'opération comme une véritable cure de hernie.

Dans le cas, le plus fréquent, d'une ectopie à canal ouvert, une incision haute ouvre, en toute sa hauteur, le trajet inguinal; la découverte de la séreuse rencontre des conditions différentes selon le type anatomique de la permanence du conduit péritonéo-vaginal. La séreuse étant ouverte est incisée transversalement au-dessus du testicule : le segment de péritoine, sous-jacent à cette incision transversale, est replié autour du testicule pour constituer la vaginale; au-dessus, c'est le processus péritonéo-vaginal que l'on décolle, le plus haut possible, des éléments du cordon. M. Forgue insiste sur ce détail technique : avec le professeur Riedel (d'Iéna), il pense que ce décollement sous-séreux des vaisseaux spermatiques poussé très haut, dans le tissu rétro-péritonéal vers la fosse iliaque, au delà de l'orifice interne du canal, suffit, dans le plus grand nombre des cas, à donner du jeu aux vaisseaux spermatiques et que la section de ces derniers, qu'il a cependant pratiquée 3 fois sur 38 cas, doit être évitée. Pour la fixation de l'organe, il l'assure selon une technique imitée de celle de Peyrot et Souligoux.

M. Depage (de Bruxelles) a traité 20 cas d'ectopie âgés de huit à vingt-neuf ans; 15 fois l'ectopie était unilatérale; 5 fois elle était bilatérale. Dans la plupart des cas il y avait coexistence de la hernie. La méthode appliquée est : cure radicale de la hernie, libération des éléments du cordon et mise en place du testicule dans une tunique vaginale, sans pratiquer le Bassini, et fixation au fond des bourses en transfixant la vaginale. Dans un cas, l'auteur a pu sectionner les vaisseaux sans provoquer d'accident.

Il a revu 10 malades et constaté que 7 testicules sont en bonne position et d'apparence normale, et que 3 fois le résultat était incomplet.

Au point de vue de la vitalité du testicule, il cite un fait curieux. Ayant dû dans un cas enlever la glande, il termina la cure radicale de la hernie, puis réimplanta dans le scrotum le testicule qui avait été déposé sur un plateau; le résultat a été excellent au point de vue moral.

M. Willems (de Gand), comme M. Forgue, attribue la fixation haute du testicule ectopié à la brièveté du processus péritonéo-vaginal, il ne craint pas d'aller le chercher même par une laparotomie. C'est au Bassini qu'il faut demander la reconstitution de la paroi.

Comme traitement préparatoire, il faut par des manœuvres, par le port d'un appareil, allonger le scrotum et y faire la place nécessaire pour loger le testicule.

M. Bousquet (de Clermont) formule son avis dans les conclusions suivantes :

1° En présence d'un sujet atteint d'ectopie, il y a intérêt à intervenir le plus vite possible. Bien conduite, l'opération fait cesser les crises douloureuses et favorise le développement de l'organe et surtout celui du sujet;

2° Les opérations les mieux conçues ne donnent pas, toutefois, au point de vue esthétique, toutes les satisfactions désirables. Souvent le testicule remonte près du pubis et ne reste pas dans le scrotum. Malgré cela, on constate toujours une amélioration réelle dans la santé de l'opéré.

M. Delagenière fait la funiculopexie en même temps que l'orchidopexie. Sur 17 cas opérés, l'auteur a eu 10 très bons résultats, 4 résultats médiocres et 3 mauvais.

Voici les résultats obtenus par M. Frœlich (de Nancy); deux fois il a observé la transformation cancéreuse du testicule en ectopie iliaque droite.

De 23 ochidopexies faites en treize ans, il conclut que le procédé le plus simple est celui de Broca et de Kirmisson.

Pour libérer le cordon on peut, sans inconvénient, sectionner le pédicule nourricier, à l'exception du canal déférent et de l'artère déférentielle, exceptionnellement volumineuse.

L'âge auquel il opère est de six à sept ans.

Les résultats opératoires, position et volume du testicule, sont en général satisfaisants. Le testicule, cependant, peut s'atrophier.

Pour ce qui concerne le résultat fonctionnel, il a trouvé, chez un cryptorchide double, dont un des testicules était atrophié, des spermatozoïdes; ce qui vient à l'appui de l'opinion que l'opération peut conserver un testicule fécond.

M. Coudray conclut ainsi : « 1° Il faut rechercher systématiquement l'ectopie testiculaire chez les jeunes enfants;

2° Dès l'âge de cinq à six ans, il y a lieu de descendre les testicules ectopiques par des manœuvres externes, qui, appliquées avec persévérance, donnent de bons résultats jusqu'à dix ou douze ans. Le bandage en fourche est un adjuvant nécessaire du traitement. Les manœuvres externes peuvent réussir, même dans l'ectopie abdominale, comme je l'ai vu chez un garçon de onze ans;

3° Après l'âge de onze ou douze ans, le résultat

des manœuvres externes devient très aléatoire, et on est généralement obligé d'avoir recours à la descente opératoire, qu'il vaut mieux pratiquer dès l'âge de onze à douze ans que plus tard vers la puberté ;

4° La coexistence d'une *petite hernie* n'implique pas obligatoirement l'opération sanglante chez les tout jeunes enfants; mais après six ou sept ans, la descente opératoire, avec cure radicale, s'impose le plus souvent. »

M. Carlier (de Lille) a dans 3 cas dû sectionner le cordon en respectant l'artère déférentielle et le canal déférent ; chez ces 3 malades, le testicule n'a subi aucune atrophie.

M. Walther a toujours pu obtenir l'abaissement du testicule, en ayant soin de disséquer le cordon très haut, jusque dans l'abdomen, pour les cas difficiles.

Il considère comme importante la cure radicale de la hernie, qui contribue pour une grande part à la fixation du cordon.

Pour la fixation de la glande ectopiée, il fait une incision dans la cloison des bourses, puis, à travers l'ouverture ainsi obtenue, fait passer le testicule dans la loge de l'autre glande, et il maintient l'organe abaissé dans sa nouvelle situation en fixant simplement son cordon à la boutonnière pratiquée dans la cloison, par quelques points de suture. Il a toujours obtenu d'excellents résultats avec cette manière de faire.

M. Tailhefer (de Béziers) emploie, pour le traitement de l'ectopie, une technique nouvelle qui consiste dans la continuation de la structure de la paroi antérieure du canal inguinal jusqu'au fond de la bourse scrotale : le goulot du scrotum est rétréci et et le testicule ne peut passer. Il a obtenu de la sorte un excellent résultat immédiat et définitif chez un enfant de deux ans qui avait une ectopie inguinale double.

Il croit qu'on peut abaisser la limite d'âge indiquée par les rapporteurs pour l'opération, et la fixer entre deux et quatre ans, lorsque l'enfant ne se souille plus.

M. Vidal (d'Arras) a eu l'occasion d'opérer un malade atteint d'ectopie testiculaire double. Ne pouvant pas abaisser les deux glandes, il les rentra dans le ventre. Neuf mois et deux jours après son mariage cet homme, à qui l'auteur avait fait dans les bourses de la prothèse testiculaire, a été père d'un enfant! Cette observation concorde avec les faits expérimentaux qui prouvent que la glande dans l'abdomen peut conserver ses fonctions spermatogénétiques, alors que la glande fixée dans la paroi perd ses propriétés.

M. Auvray n'envisage, dans sa communication, que la pathogénie et le traitement de l'ectopie. Au point de vue pathogénique, il distingue deux variétés : l'ectopie par arrêt de développement de l'appareil testiculaire (cordon trop court qu'on ne peut pas abaisser malgré la dissection la plus soignée) et l'ectopie par malformation, portant sur les annexes de l'appareil testiculaire (conduit péritonéo-vaginal trop court, adhérences du cordon avec les parois du canal inguinal, faisceaux puissants et courts du crémaster maintenant le testicule élevé, cloisonnement de la bourse correspondant au testicule ectopié); l'auteur a observé dans les opérations des cas se rattachant nettement à ces diverses variétés.

Au point de vue thérapeutique, M. Auvray distingue les cas dans lesquels il est impossible d'abaisser le testicule quoi qu'on fasse, ou dans lesquels on ne l'abaisse qu'insuffisamment, ils appartiennent à la première variété pathogénique et ceux dans lesquels il est possible d'obtenir un abaissement très sensible et même total de la glande après la libération des adhérences, des fibres crémastériennes, etc. M. Auvray ne fixe jamais le testicule dans sa nouvelle position, il se contente de l'y maintenir en fixant le cordon aux piliers externes du canal inguinal et en formant, à l'aide des tissus cellulo-fibreux qu'il trouve dans les bourses, une sorte d'étui rigide qui enveloppe le cordon.

Chez les malades qu'il a pu suivre, il a vu le testicule prendre un volume qui permettait de supposer que l'organe n'était pas inutile.

M. Lardennois (de Reims) est intervenu 10 fois, mais il veut insister seulement sur un cas, concernant une orchidopexie pour testicule en ectopie *abdominale* chez un enfant de huit ans.

A droite, le testicule était normal et en bonne position. A gauche l'examen le plus attentif de la région inguinale ne montrait ni testicule, ni même aucun point présentant à la pression la sensibilité caractéristique. Seulement on sentait dans la partie gauche déshabitée du scrotum un petit cordon dur, un ligament inséré à la peau scrotale en bas et se perdant en haut à l'orifice externe du canal inguinal, orifice d'ailleurs étroit et resserré.

Ce ligament, vestige du gubernaculum, servit de fil d'Ariane après la laparotomie inguinale et en le suivant dans la profondeur on trouva la glande à peine atrophiée et cachée à un bon centimètre en dehors de l'orifice profond du canal inguinal. La libération une fois exécutée, il fut possible d'amener le testicule dans la bourse et de le fixer solidement.

Le petit opéré a été revu un an après l'intervention ; le résultat est resté très satisfaisant.

Xe SESSION

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

COMMUNICATIONS DIVERSES

Prostatectomie sus-pubienne. — M. Pauchet (d'Amiens), après avoir fait 54 prostatectomies périnéales et 19 sus-pubiennes, arrive à la conviction qu'il n'y a rien à changer à l'opération de Freyer (voie transvésicale) pour laquelle il faut un bistouri et une aiguille et qui doit être exécutée en trois à six minutes.

M. Carlier (de Lille) pense que la prostatectomie transvésicale doit, sauf cas rares, remplacer la prostatectomie périnéale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

M. Loumeau estime également que l'opération de Freyer ne doit pas être modifiée.

M. Cathelin, à propos de la valeur comparée des prostatectomies, apporte le résultat de 19 opérations personnelles, dont 10 périnéales sub-totales sans aucune mort et 4 transvésicales avec 2 morts. Tous les malades opérés par la voie périnéale ont guéri *sans fistule*, sauf un de quinze à vingt-cinq jours ; un seul vieux colonial paludéen conserva une fistule de cinquante jours. Il n'y a jamais eu d'incident opératoire ni de blessure rectale. Deux des malades étaient cependant en état d'infection grave et un autre infecté portait huit calculs dont deux gros.

Par contre, le procédé transvésical, beaucoup plus brillant puisqu'il ne demande que quelques minutes dans son exécution, comporte des suites plus graves, plus hémorragiques et plus incertaines, aussi l'auteur reste-t-il avec Albarran un partisan convaincu de la voie périnéale simple dans l'immense majorité des cas, ou combinée dans les cas de grosses prostates à évolution vésicale. Ses deux premiers malades de l'an dernier opérés par la voie combinée restent toujours guéris sans fistule ; l'un d'eux urine toutes les cinq heures.

Des indications de la cystoscopie à vision directe. — M. Luys insiste sur les services considérables que peut rendre la cystoscopie à vision directe.

1° Dans la cystoscopie simple, le cystoscope à vision directe permet, en effet, de voir d'une façon infiniment précise et nette des points localisés Il permet l'examen complet de la vessie, non seulement dans la partie inférieure, mais également de la paroi supérieure de la vessie, grâce à un procédé un peu spécial qu'il indique ;

2° Pour le cathétérisme des uretères, la supériorité du cystoscope à vision directe se montre tout d'abord quand il s'agit de faire le cathétérisme d'un uretère sain, car, dans ces conditions, les chances d'infection d'un rein sain sont réduites tout à fait au minimum.

Quand il s'agit de faire le cathétérisme de l'uretère dans des vessies enflammées ou saignantes, le cathétérisme uretéral ne peut guère être fait que par le cystoscope à vision directe ;

3° Ensuite, dans la recherche des corps étrangers intra-vésicaux, le cystoscope à vision directe constitue certainement la méthode la plus sûre et la plus simple ;

4° Enfin, pour les opérations endo-vésicales, tant pour le traitement des cystites que pour le traitement des tumeurs vésicales, le cystoscope à vision directe constitue un instrument précieux, qui permet d'obtenir des succès thérapeutiques de tous points remarquables.

M. Cathelin vient préciser les indications de la cystoscopie à vision directe. Il ne faut pas voir dans cette méthode une méthode universelle, voulant remplacer toutes les anciennes. Comme il l'a dit à Lisbonne, la cystoscopie à vision directe ne peut être utilisée ni pour l'ablation des tumeurs, ni pour le cathétérisme des uretères ni même pour l'examen général de toutes les vessies. Ses grandes indications sont : 1° l'examen des petites vessies, inexplorables autrement ; 2° l'ablation des corps étrangers exogènes non lithotriciables ; 3° les cautérisations chimiques directes pour la thérapeutique des lésions vésicales, en particulier, les ulcérations tuberculeuses.

Nécessité de faire la cystoscopie avant la séparation intra-vésicale des urines. — M. Jeanbrau (de Montpellier) apporte deux cas où la séparation intra-vésicale des urines ne permettait pas de faire un diagnostic exact. Il insiste sur la nécessité dans la plupart des cas, de faire un examen cystoscopique pour vérifier et compléter les résultats fournis par la séparation des urines. Il conclut en disant qu'on doit comparer le cathétérisme urétral avec la séparation précédée ou suivie de la cystoscopie et non pas avec la seule séparation intra-vésicale des urines.

M. Cathelin a insisté il y a déjà longtemps sur la nécessité d'un examen cystoscopique avant toute division des urines, les deux moyens d'exploration se complétant sans s'exclure.

Il rappelle, à propos de la communication de M. Jeanbrau, deux observations personnelles où la présence du sang d'un seul côté, attribué par les assistants à une hématurie rénale, reconnaissait pour cause une lésion vésicale unilatérale correspondante.

Dans un cas, la cystoscopie fit voir trois polypes au pourtour de l'orifice uretéral droit, ce que la clinique avait pressenti et ce que vint confirmer la taille hypogastrique.

Il faut, bien entendu, laisser de côté les cas de saignements unilatéraux déterminés par les manœuvres instrumentales, car les malades n'accusent pas alors d'hématuries dans leurs antécédents.

Curetage et écouvillonnage de la vessie par les voies naturelles chez l'homme dans les cystites chroniques. — M. Pousson (de Bordeaux), frappé des excellents résultats que lui ont donnés le curetage et l'écouvillonnage de la vessie par l'urètre chez la femme dans les cystites rebelles au traitement par les topiques, a cherché à rendre ce traitement applicable chez l'homme.

A cet effet, il a imaginé une instrumentation comprenant, d'une part, une sonde-curette et, d'autre part, une série de tiges porte-écouvillon.

Pour pratiquer à l'aide de cette instrumentation le curetage, l'écouvillonnage et la cautérisation de la vessie, le malade doit être soumis à l'anesthésie générale. La vessie étant largement lavée et antiseptisée on curette d'abord le col, le trigone et la portion prostatique de l'urètre méthodiquement d'abord dans leurs parties inférieures, puis dans leurs parties supérieures en accrochant avec la concavité de la sonde successivement la lèvre supérieure et la lèvre inférieure du col et en portant la curette maniée par l'intermédiaire de son mandrin en sens inverse. Il faut cureter avec soin l'urètre prostatique, aussi la curette-herse porte-t-elle sur sa tige même des incisures. Le curetage du bas-fond et du corps de la vessie est difficile et délicat. On y procède en s'aidant de l'index introduit dans le rectum et de la main appliquée à l'hypogastre, mais ce grattage est toujours imparfait. Ce premier temps de l'opération accompli, on retire la sonde-curette, on

supprime la curette et on ne réintroduit plus que la sonde, dans l'intérieur de laquelle on conduit les tiges porte-écouvillon imprégnées d'une solution antiseptique et caustique. Le chlorure de zinc à 1 p. 10 est la substance à laquelle le chirurgien bordelais donne la préférence. L'urètre prostatique, le col et le trigone sont les points sur lesquels doivent s'appesantir l'écouvillonnage et la cautérisation. Avant le retrait de la sonde, on fait de copieux lavages de la vessie à l'eau boriquée ou simplement bouillie pour enlever l'excès de la substance caustique, puis on la retire et on la remplace par une sonde en gomme à deux yeux (nº 20 ou 22), qui assurera l'écoulement des débris de la muqueuse scarifiée et des caillots sanguins, et sera retirée trois ou quatre jours après.

Cette petite opération, pratiquée un grand nombre de fois par M. Pousson, lui a donné une proportion de guérisons de 80 p. 100 de vieilles cystites ayant résisté à l'emploi des injections et des instillations régulièrement et longuement faites. Il doit reconnaître qu'un de ses malades a succombé à une perforation de la vessie, mais dans ce cas, au lieu d'avoir recours à l'écouvillonnage et la cautérisation par arrachement des parties malades, il avait eu le tort d'avoir injecté directement la solution de chlorure de zinc dans la vessie. La perforation a été ainsi produite non par la curette, mais par le caustique.

L'opération s'adresse surtout aux cystites du col, spécialement les cystites blennorragiques, ayant résisté aux injections et aux instillations, mais dont le processus anatomique est encore à la période d'organisation et n'a pas gagné les profondeurs des tuniques vésicales. La leucoplasie vésicale y échappe le plus souvent.

Parfois la guérison survient à la suite du grattage et de la cautérisation, d'autres fois il est nécessaire de les faire suivre d'instillations.

Appliqué au traitement des cystites tuberculeuses, l'opération préconisée par M. Pousson ne lui a donné que des résultats minimes et temporaires.

Diverticules de la vessie. — M. Potherat communique l'observation d'un homme de cinquante-huit ans qui présentait depuis dix-huit mois une tumeur fluctuante suspubienne à développement progressif et s'étendant du pubis à l'ombilic. Le cathétérisme vésical ne modifiait en rien les caractères de cette tumeur liquide qu'accompagnait un état général parfait, sans aucun trouble urinaire.

Le diagnostic le plus probable était celui de kyste hydatique du plancher pelvien; il parut d'abord se confirmer par l'opération. Mais bientôt on s'aperçut que cette vaste poche abdomino-pelvienne communiquait avec la vessie. C'était un énorme diverticule contenant 6 litres environ d'un liquide clair. L'opérateur décortiqua la poche aussi loin qu'il put, referma le reste de la poche, l'amena contre la paroi antérieure de l'abdomen. Le malade guérit, et est resté guéri depuis deux ans et demi.

A propos de cette communication, M. Durrieux (d'Alger) rappelle qu'il y a deux sortes de diverticules de la vessie, les diverticules congénitaux ordinairement latéraux, symétriques et para-urétéraux et les diverticules acquis, dus à l'extension progressive d'une cellule vésicale, produite au niveau d'un point faible de la paroi de la vessie. C'est vraisemblablement à un cas de ce genre que se rapporte l'observation de M. Potherat.

Anurie calculeuse et cathétérisme urétéral. — M. Léon Imbert (de Marseille) communique deux observations d'anurie calculeuse guérie par le cathétérisme urétéral. Dans le second cas, l'anurie se reproduit à deux reprises après l'ablation de la sonde urétérale; mais, chose curieuse, le simple lavage de la vessie à l'eau boriquée froide suffit à rétablir le cours des urines; le diagnostic fut confirmé par l'expulsion du calcul au bout de quelques jours.

Au sujet de ces deux malades, l'auteur attire l'attention sur l'utilité du cathétérisme urétéral au cas d'anurie calculeuse. On pourrait supposer que, le calcul oblitérant l'uretère, la sonde doit être arrêtée: or, il n'en est point ainsi : dans les deux cas, la sonde a pénétré jusqu'au bassinet sans aucune difficulté L'auteur en conclut qu'il n'y a pas lieu d'admettre l'oblitération mécanique de l'uretère par le calcul agissant comme un simple bouchon; le rétablissement du cours des urines par un simple lavage vésical le prouve bien. Il est probable qu'il se produit un double réflexe : le premier, provoqué par le contact du calcul avec la muqueuse urétérale détermine la contraction de la couche musculaire sous-jacente et, en fait, dans ces deux cas, l'obstacle : l'écoulement de l'urine était bien dû à cette contraction, puisque rien n'arrêtait la sonde; d'autre part, l'existence de cette contraction est indéniable, puisque le bassinet renfermait 60 à 80 grammes de liquide sous pression. Le second réflexe, qui succède probablement au premier, est l'arrêt de la sécrétion rénale; cet arrêt est dû, non point à la présence de la pierre, mais à la tension du rein.

L'auteur fait remarquer encore que ses deux observations viennent à l'appui des idées actuelles sur l'état anatomique des reins anuriques; dans le premier cas, le rein opposé n'était arrêté que par son réflexe et son débit recommença par l'introduction de la sonde urétérale dans l'uretère calculeux; chez le second malade, au contraire, le rein opposé était détruit et ne fonctionna pas davantage après qu'avant le cathétérisme.

Diagnostic de la tuberculose rénale. — M. Desnos (de Paris). Le diagnostic de la tuberculose rénale, difficile souvent, se trouve dans l'examen bactériologique qui, malheureusement, ne donne pas toujours la certitude. Il arrive souvent que l'examen du pus ne fait pas constater les bacilles et qu'on trouve de grosses lésions dans le rein opéré ou autopsié, anomalie qui s'explique par les foyers d'infection secondaire qui peuvent rester isolés ou inclus.

Le fait contraire est plus rare : M. Desnos a vu un malade chez lequel le cathétérisme urétéral avait amené de l'urine dans laquelle on a constaté des leucocytes et des bacilles de Koch : le rein enlevé fut malheureusement trouvé exempt de lésions ainsi que l'urètre. Mais quelques mois plus tard il présen-

tait des signes de prostatite suppurée, des lévuli et des bacilles furent de nouveau retrouvés dans l'urine : il est donc possible que l'extrémité de la sonde urétérale ait entraîné, dans l'uretère, quelques bacilles qui existaient sur le bas-fond et sur le col et que ce sont ceux-là que l'examen bactériologique a retrouvés.

M. Bousquet (de Clermont) communique *deux cas graves de contusion du rein.*

Calculs du rein et radiographie. — M. Rafin (de Lyon) présente des calculs du rein et des radiographies ayant servi au diagnostic.

MM. Cathelin, Contremoulins et Debains apportent les conclusions d'un travail entrepris cette année sur les calculs du rein et de l'uretère, sous la direction de leur maître Guyon, à Necker. Il repose sur 10 cas de calculose réno-urétérale, tous radiographiés et opérés, la plupart par néphrolithotomie, après cathétérisme des uretères ou division endovésicale des urines. Dans deux autres cas, on fit une pyélotomie postérieure et une urétérostomie. Les calculs dont toutes les analyses ont été faites par M. Debains, ont été radiographiés par M. Contremoulins et ont tous fourni une épreuve positive, aucun n'était formé d'acide urique pur.

Dans 4 autres cas, la radiographie montra des calculs de l'uretère pelvien impossibles à diagnostiquer cliniquement. Tous présentaient au cathétérisme et à la division de la pyélonéphrite du côté correspondant et l'un d'eux fut expulsé spontanément après une crise de quarante-huit heures.

Dans ces cas, les auteurs conseillent l'incision d'Albarran avec uretérostomie iliaque sus-péritonéale, avec ou sans laparotomie d'exploration (qui servira à faire remonter le calcul) sans sutures et avec drainage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 16 octobre 1906)

Nous entrons dans la période des rapports de prix et il ne reste presque plus de temps pour les communications originales et les discussions. La lecture des rapports de M. Hamy sur le prix Léopold Hugo, de M. Kermorgant sur le prix Larrey, de M. Duguet sur le prix Chevalier, a occupé la plus grande partie de cette séance.

Guerre russo-japonaise. — M. Laveran a analysé un très intéressant travail de M. Matignon sur l'excellente hygiène de l'armée japonaise au cours de cette guerre. Grâce aux sages mesures prises et aux grandes précautions mises en œuvre, il n'y a pas eu d'épidémie de fièvre typhoïde, ni de dysenterie. Dans l'escadre japonaise, il n'y a pas eu de béribéri à bord, grâce à la façon dont a été assurée l'alimentation azotée. On sait également que les Japonais prenaient soin d'incinérer leurs cadavres sur les champs de bataille. Grâce à toutes ces larges mesures, la morbidité et la mortalité par maladies ont été réduites au minimum. Il y a là de bonnes leçons à prendre et à retenir.

Le paludisme. — Dans l'une des dernières séances, M. Kelsch a fait une communication, dans laquelle, tout en reconnaissant la valeur étiologique des piqûres de moustiques pour la production du paludisme, il s'appliquait à démontrer que ce n'en est pas le seul mode de production, et que d'autres causes telles que les travaux de terrassement peuvent produire le paludisme en dehors de toute action des anophèles. Pour appuyer sa démonstration, M. Kelsch invoquait, par exemple, le fait que la distribution géographique des moustiques ne correspondait pas toujours au nombre de malades atteints de paludisme.

M. Laveran reprend un à un les arguments présentés par M. Kelsch pour démontrer que le paludisme peut se produire épidémiquement en dehors de toute action de l'anophèle, et il réfute ses arguments comme ayant trait à des faits anciens antérieurs à la découverte de l'action des moustiques. M. Laveran fait aussi remarquer que toujours on a constaté une atténuation du paludisme là où l'on s'est attaqué aux moustiques.

Se basant sur ces faits et sur d'autres encore, bien observés, M. Laveran arrive à cette conclusion, qu'ainsi qu'il l'a déjà maintes fois soutenu, ce sont les moustiques et les moustiques seuls qui sont les vrais agents de la propagation du paludisme.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ACTION HÉMOSTATIQUE DU LAIT ADMINISTRÉ EN LAVEMENTS

M. P. Solt [de Riga] (1) obtient depuis plusieurs années des résultats très satisfaisants en employant le lait en lavements contre les hémorragies internes quelles qu'elles soient, pulmonaires, gastro-intestinales, ou d'ordre gynécologique ou obstétrical.

L'action du lait s'explique par sa richesse en sels calcaires qui augmentent la coagulabilité du sang.

Les lavements se donnent à doses massives, un litre environ, on peut même, dans certains cas, aller jusqu'à 3 litres en une fois. Ils sont très bien supportés, bien que les malades se plaignent quelquefois de flatulence.

L'auto-intoxication intestinale, par le docteur A. Combe, professeur à l'Université de Lausanne. In-8° de 568 p. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) *Therap. Monast.*, oct. 1906.

Le Directeur-gérant : Drs François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 20 OCTOBRE 1906. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 18 octobre 1906 (Question : « Rapports des reins ») : MM. Dumont, 19; François (Maurice) et Gaston (Edgar), 15; Gastaldi, 14; Hattat, 12; Dubois et Fuselier, 11; Kamenzer, 10; Mlle Goldenfan, 8; MM. Gaufroy, 6; Gréhant, 5; Facque, 3; Simonet, 2; Jacquemin, 1.

Séance du 19 octobre (Question : « Artère fémorale ») : MM. Frette, 17; Goret, 15; Achard, 14; Feigoivsky et Guichou, 13; Gaillard, 12; Fége, 10; Gonthier (André), 7; Gegermacher, 6, et Galliot, 2.

Pathologie. — Séance du 17 octobre 1906 (Question : « Chlorotormisation ») : M. Petit (Henri), 19; Mlle Lenormand et M. Madier, 18; Mlle Blanc, MM. Legal-Lasalle et Maurer, 17; Lafon, Lefèvre, Leporcq, Petit (Charles) et Netter, 15; Monod, 14; Mlle Bouteil, 13; MM. Mallet, Monsour, Moreau et Le Pontois, 12; Petit (Arnold), 11; Krebs, 10; Mlle Nikolsky, 9.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour trois places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire sera ouvert aux hospices d'Orléans, le 11 décembre prochain. S'adresser au secrétaire desdits hospices.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — M. le professeur Henrot, directeur de l'Ecole de médecine, et M. Grandval, professeur de chimie, viennent de faire valoir leurs droits à la retraite.

UN ORDRE DES MÉDECINS A HAMBOURG. — Les médecins de Hambourg viennent de se constituer en un ordre fermé dont le conseil constituera en même temps une sorte de tribunal d'honneur. Cette juridiction qui a été reconnue par le Sénat de Hambourg est autorisée à infliger des peines pécuniaires jusqu'à 3 000 marcks. La corporation des médecins espère par ce moyen se débarrasser de certains éléments douteux et mettre fin au système des réclames et des consultations au rabais qui déshonore la profession.

CHAMBRE DE COMMERCE DE LYON. — L'ouverture des cours de l'enseignement colonial (palais du Commerce) aura lieu le lundi 22 octobre 1906.

COURS D'HYGIÈNE ET DE CLIMATOLOGIE COLONIALES. — M. le docteur Navarre, professeur : le lundi à huit heures du soir (rez-de-chaussée du pavillon Sud-Est). [Des projections accompagnent certaines leçons.]

Pro ramme. — Les climats tropicaux, où sont situées nos princi ales colonies, nécessitent une hygiène spéciale. Il n'est pas de question plus urgente pour le colonial que celle de sa santé et des moyens permettant de la conserver et de la préserver.

Le programme du cours d'hygiène coloniale est tout entier en ces deux mots. Il est complet en deux années.

Dans la première année le professeur donne aux élèves des moyens simples et pratiques d'entretenir les défenses naturelles de l'organisme, de conserver la santé par une entente rationnelle du régime alimentaire et de celui des boissons, de l'habitation, du vêtement, des soins de la peau et des divers organes.

Dans le cours de la deuxième année, l'élève apprend à se préserver des maladies exotiques. L'hygiène prophylactique est nécessairement basée sur la connaissance des causes de ces maladies. Cette partie très moderne de l'hygiène a acquis en ces dernières années une précision inconnue aux anciens, et de la notion des germes animés se déduisent des précautions et des prescriptions presque mathématiques. Connaître les germes et le mode de propagation de la malaria, du choléra, de la peste, c'est savoir en même temps, presque à coup sûr, les éviter.

BACTÉRIOLOGIE. — M. le docteur Lorrain, ancien interne des hôpitaux, commencera le mardi 6 novembre à deux heures, au laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph, une série de vingt leçons élémentaires de bactériologie médicale. Les leçons auront lieu les mardis, jeudis, samedis et seront suivies de travaux pratiques.

S'adresser au laboratoire, 7, rue Pierre-Larousse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES ET LES SOCIÉTÉS MÉDICALES

Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine vient de voter la protestation suivante :

« Considérant :

1° Que la création d'un certificat d'études médicales supérieures ne pourra que déconsidérer le doctorat;

2° Que la création de ce certificat aura pour effet de diviser le corps médical en deux castes : les docteurs en médecine ou médecins inférieurs ; les titulaires du certificat ou médecins supérieurs, et de rétablir un officiat de santé à peine et justement aboli ;

3° Que le titre de docteur, dans toutes les sciences, est le titre summum fixé jusqu'à ce jour, et qu'on ne saurait autrement que par une loi créer un titre supérieur, comme celui que donnerait le certificat d'études médicales, présentement visé,

1° Proteste avec énergie contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures ;

2° Fait appel à tous les praticiens de France, à tous les groupements professionnels, à tous les organes de défense ;

3° S'associe à toutes les mesures susceptibles de faire rapporter le décret du 25 juillet 1906, et plus particulièrement au pétitionnement du corps médical français. »

Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine a en outre adressé aux différents groupements médicaux la lettre suivante :

« Monsieur le président,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance que le Conseil général, ayant à discuter dans sa séance du 8 octobre les conclusions de plusieurs sociétés d'arrondissement, et en particulier le rapport de la Société du VII[e] au sujet de la réorganisation des études médicales, ayant été saisi en outre, par différents groupements professionnels de Paris et de la province, d'ordres du jour de protestation contre la création du certificat d'études médicales supérieures; après avoir entendu M. Coppens (de Lille) invité à prendre part à la discussion, a adopté les résolutions suivantes :

Le Conseil général,

1° Est d'avis qu'il y a lieu, pour chaque société médicale d'arrondissement, d'organiser d'urgence, par voie de pétitionnement, une protestation contre la création du nouveau certificat et de demander l'abrogation du décret du 25 juillet 1906, qui l'a institué; ce mode de protestation paraissant présenter au point de vue de la rapidité d'action et de l'efficacité, des avantages supérieurs à ceux que l'on peut attendre d'un Congrès de praticiens dont l'organisation demande d'ailleurs un temps plus long ;

2° Approuve dans leur ensemble les différents ordres du jour dont il a été saisi par l'Association de l'Ain et par le Syndicat de Lille et de la région, sous la réserve exprimée dans le paragraphe précédent en ce qui concerne l'utilité du pétitionnement et l'opportunité d'un Congrès des praticiens, décidant en outre l'adjonction du texte de ce considérant : que le titre de docteur, dans toutes les sciences, est le titre summum fixé jusqu'à ce jour, et qu'on ne saurait, autrement que par une loi, créer un titre supérieur comme celui que donnerait le certificat d'études médicales précédemment visé;

3° Adopte la proposition de M. Coppens, demandant que chaque groupement professionnel délègue deux de ses membres à l'effet de constituer un Comité d'action et de protestation et désigne comme délégués à cet effet le président et le secrétaire général.

En conséquence, nous vous serons obligés de vouloir bien nous faire connaître les noms des deux délégués de votre groupement afin que nous puissions nous mettre utilement en rapport avec eux.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de nos sentiments dévoués.

Le Secrétaire général, Dr DUCOR, 87, avenue de Villiers.

Le Président, Dr DIGNAT, 14, avenue Carnot. »

REVUE GÉNÉRALE

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR LA PATHOLOGIE RÉNALE

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

LES ALTÉRATIONS MÉCANIQUES DU REIN ET LEURS CONSÉQUENCES

Par J. CASTAIGNE

Si les néphrites observées en clinique sont le plus souvent dues aux toxi-infections, il n'en est pas moins vrai que toute une série de lésions rénales que le médecin et le chirurgien ont l'occasion d'observer sont d'ordre mécanique. Au point de vue expérimental, on pourrait même dire que ce sont les plus intéressantes, en ce sens qu'elles permettent d'étudier les réactions que peut avoir sur l'organisme la lésion produite au niveau du rein, réaction qui ne peut pas être déduite des expériences faites avec les toxiques ou les poisons, parce qu'il est difficile, en pareil cas, de faire la part de ce qui revient d'un côté à l'action du rein malade et de l'autre à la toxi-infection.

C'est qu'en effet, en provoquant des lésions mécaniques sur l'un des reins, on peut se proposer trois buts principaux d'étude : d'une part, les altérations du rein sur lequel on a fait porter l'action mécanique; en second lieu, les lésions du rein opposé qui peuvent en être la conséquence; enfin le retentissement de la lésion rénale sur l'ensemble de l'organisme.

Nous allons envisager successivement les résultats obtenus par cette triple série d'études.

I

ALTÉRATIONS MÉCANIQUES DES REINS, LEURS CONSÉQUENCES LOCALES

Les troubles mécaniques que l'on détermine au niveau du rein peuvent porter sur l'*uretère*, sur les *vaisseaux*, sur le *tissu rénal* lui-même ou sur la *capsule propre*. Rappelons, sans y insister, que pour avoir quelque valeur, ces expérimentations doivent être faites d'une façon parfaitement aseptique et sans l'aide du chloroforme ni des antiseptiques, toutes substances qui, à elles seules, produisent des lésions du rein.

1° LA LIGATURE DE L'URETÈRE est l'opération qui a été le plus souvent pratiquée, et les expériences de Straus et Germont ont été bien des fois reproduites avec des résultats toujours identiques. On constate ainsi que, six à huit heures après la ligature, le rein correspondant est plus pâle et plus volumineux que le rein sain; à partir de ce moment, la pâleur devient de plus en plus accusée, et la dilatation du bassinet s'accentue de telle sorte que le rein paraît augmenté de volume jusqu'à la fin du premier mois environ. Plus tard, au bout de quatre à cinq mois, le rein est complètement transformé en un kyste par suite de la destruction du tissu noble. Si l'on incise ce kyste, on constate que ses parois ont une épaisseur ne dépassant pas deux à trois millimètres et qu'on ne peut pas y distinguer, à l'œil nu, ce qui provient de la substance corticale ou de la pyramide. Le contenu de la poche est un liquide absolument clair, dans lequel on trouve des traces d'urée et d'albumine. Histologiquement, on peut constater que la destruction des tubes urinifères se fait en deux phases : dans la première, on note de l'ectasie des canalicules, qui est plus précoce et plus accusée au niveau des tubes contournés que dans les rayons médullaires et les tubes collecteurs, sans doute parce que la pression est maxima au niveau du glomérule. Dans la seconde phase, qui commence quatre à cinq semaines après la ligature, il y a collapsus de tous les tubes dont les éléments épithéliaux sont desquamés et résorbés, sans que nulle part, autour des tubes affaissés, il n'existe d'infiltration embryonnaire ou de sclérose.

Ces résultats sont obtenus, tels que nous venons de les décrire, quand l'asepsie a été rigoureuse. Que si, au contraire, la ligature n'a pas été faite selon les préceptes chirurgicaux, on obtient des résultats différents qui expliquent les conclusions que Charcot et Aufrecht avaient autrefois tirées de leurs expériences. Ces auteurs avaient constaté la production de néphrite diffuse et de sclérose consécutive, survenant à la suite de la ligature de l'uretère. Il est évident qu'il s'agissait alors de ligature septique, car on peut obtenir très facilement ce résultat si, après avoir lié l'uretère d'une façon aseptique, on injecte dans le bassinet — comme l'a fait Albarran — une culture microbienne qui, selon sa virulence, donnera lieu soit à de la suppuration rénale; soit à une néphrite diffuse évoluant ultérieurement vers la sclérose.

Ces constatations expérimentales expliquent comment, à l'autopsie de malades auxquels on trouve de la compression, de l'uretère, les lésions rénales constatées ne sont pas toujours les mêmes. Si la compression est produite par un néoplasme du petit bassin, il est de règle que le rein présente des lésions d'inflammation subaiguës ou chroniques surajoutées aux lésions mécaniques, ce qui tient à ce que l'uretère se trouve plongé dans un tissu le plus souvent infecté et que l'infection peut se propager ainsi de proche en proche. On peut alors trouver à l'autopsie, les différents stades anatomiques que nous avons signalés dans le cas de ligature septique de l'uretère.

Si, au contraire, l'uretère est coudé par suite d'une néphroptose ou s'il est comprimé par un organe aseptique (par un vaisseau, comme on l'observe fréquemment dans certaines hydronéphroses), il se produit un processus analogue aux ligatures aseptiques, mais allant rarement jusqu'aux limites extrêmes que nous avons signalées. C'est ainsi que sont produites les différentes formes d'hydronéphrose, qui ne diffèrent que par le degré de celles qu'on obtient par ligature aseptique de l'uretère.

2° LES EXPÉRIENCES QU'ON PEUT ENTREPRENDRE SUR L'ARTÈRE RÉNALE sont diverses, allant depuis la ligature complète jusqu'aux fines embolies lancées par la circulation artérielle.

La ligature complète et définitive de l'artère rénale donne lieu à des lésions qui évoluent d'une façon très rapide. Dans une première phase, qui dure très peu de temps (de quelques heures à deux jours), le rein est augmenté de volume, puis, rapidement, il s'atrophie à un degré tel que son volume est souvent dix ou vingt fois moindre que celui du rein opposé. En même temps, on constate que le rein ainsi atrophié a pris une coloration grisâtre et qu'il est assez dur pour ébrécher le rasoir. Cela tient à la formation d'un dépôt calcaire signalé déjà par Vulpian, Prévost et Cotard, et qui se produit dans les parties qui ont été nécrosées.

Cette ligature complète de l'artère rénale semble, à priori, peu intéressante au point de vue de la pathologie humaine, car son oblitération complète est rarement constatée au cours des autopsies. Mais, au point de vue chirurgical cependant, il eût été intéressant de constater qu'à la suite de la ligature complète de l'artère la circulation collatérale par les artères du voisinage et de la capsule peut être suffisante. C'est dans ce sens que, récemment, Alessandri avait repris cette expérience, et ses conclusions sont les mêmes que les nôtres, à savoir que la circulation artérielle collatérale n'est pas suffisante pour rétablir la circulation et que, pour cette raison, la ligature complète de l'artère rénale que l'on avait proposé de faire dans certains cas de plaie saignante du rein, est une opération qui doit être complètement abandonnée, puisqu'elle supprime complètement le rein tout comme une néphrectomie, mais qu'elle expose, de plus, aux dangers de la résorption du tissu rénal, dont nous montrerons plus loin les conséquences.

La ligature temporaire avait été tentée déjà autrefois par Litten, Grawitz et Israel, puis par Germont. On peut ou bien lier l'artère pendant un temps donné, ou bien provoquer la pression avec une pince qu'on enlève au bout d'un certain temps. Les résultats obtenus par cette méthode montrent qu'il suffit de suspendre la circulation pendant un temps même très court pour provoquer la mortification des épithéliums. D'après Germont, il suffirait d'une ligature temporaire de deux heures pour que le rein subisse ultérieurement une métamorphose régressive et évolue vers l'atrophie calcaire. Il nous semble, d'après nos constatations personnelles, que ces conclusions sont un peu exagérées : après une ligature de deux heures, l'épithélium est certainement nécrobiosé, mais les lésions ne sont pas toujours définitives et nous avons constaté que le rein pouvait fonctionner ultérieurement, mais jamais d'une façon égale à l'autre. En tout cas, il est évident que si l'on pratique une ligature temporaire de l'artère rénale au cours d'une opération, on doit savoir que cette ligature est dangereuse, même lorsqu'elle n'est pas de longue durée, et que, trop longtemps prolongée, elle peut entraîner l'atrophie du rein et sa suppression fonctionnelle.

Le rétrécissement pur et simple de l'artère rénale a été provoqué expérimentalement par Von Platen, par Zielensko, par Germont. Nous avons nous-même, avec Dujarier, pratiqué, dans plusieurs cas, des rétrécissements de l'artère rénale ou de l'aorte au-dessus de l'origine des artères rénales. Jamais nous n'avons produit de lésions appréciables des reins, pas plus d'ailleurs que les auteurs qui avaient pratiqué avant nous ces expérimentations. Cela, d'ailleurs, concorde absolument avec les constatations nécropsiques de Brault et avec les nôtres, à savoir que, dans des cas d'athérome aortique avec inflammation chronique et rétrécissement des artères rénales, les reins peuvent être absolument indemnes; au double point de vue expérimental et anatomique, la sclérose par nutrition insuffisante (sclérose bradytrophique) ne nous paraît donc pas scientifiquement prouvée.

Les embolies expérimentales du rein ont été provoquées dans le but de préciser l'évolution anatomique des infarctus du rein, car alors que dans la plupart des organes, l'infarctus devient rouge sombre, dans le rein, au contraire, il est habituellement pâle. Telle était, du moins, l'opinion de Vulpian, alors que Beckmann, puis Talma, allaient même jusqu'à nier la possibilité de l'infarctus hémorragique du rein. On pouvait se demander cependant, si les constatations anatomiques ne correspondaient pas à des stades secondaires et si, tout à fait au début, l'nfarctus du rein n'était pas hémorragique comme celui des autres organes.

L'expérimentation donne à cette question une réponse très nette. Si, comme l'ont fait Prévost et Cotard, et comme nous l'avons reproduit en faisant varier au maximum les conditions expérimentales, on injecte directement, dans l'artère rénale, de la poudre de lycopode stérilisée ou toute autre substance embolisante, on produit des taches blanches isolées, à contours irréguliers, qui sont blanches dès le début et qui correspondent à un foyer d'infarctus. Il n'est donc pas douteux que, dans la généralité des cas, l'infarctus est blanc dès le début, mais nous sommes d'accord avec Germont, avec Cornil et Brault pour ne pas nier absolument la possibilité de l'infarctus hémorragique, comme l'ont fait Beckmann, puis Talma. On conçoit, en effet, que si une embolie rénale se produit dans le cours d'une affection cardiaque compliquée d'azystolie, l'infarctus puisse être hémorragique, car, dans ces circonstances, la pression veineuse peut être positive.

3° La ligature de la veine rénale produit des effets différents, selon qu'elle est complète ou incomplète, et ces lésions, provoquées expérimentalement, sont analogues aux altérations constatées d'une part à la suite de la thrombose des veines rénales dans l'athrepsie décrite par Parrot et Hutinel, analogues d'autre part aux lésions du rein des asystoliques.

La ligature complète de la veine rénale produit un effet immédiat : on voit, en effet, aussitôt après l'opération le rein se gonfler, se tordre et devenir très rouge. C'est à ce stade hypertrophique que l'on observe ordinairement les reins des athrepsiques morts de thrombose de la veine rénale, car, dans ces cas, la thrombose est double et entraîne, dans les fonctions urinaires, des troubles incompatibles avec la vie.

Mais, expérimentalement, on peut provoquer la ligature d'un seul côté et suivre l'évolution de la lésion rénale. Au bout de quelques jours, le volume du rein est moins considérable et, cinq ou six semaines après la ligature, le rein est pâle, ratatiné, très atrophié et ressemble beaucoup aux cas d'atrophie calcaire que nous avons signalés à la suite de la ligature de l'artère ; dans les deux ordres de faits, il y a nécrose complète et définitive de l'ensemble du tissu rénal.

La ligature incomplète reproduit expérimentalement les lésions du rein cardiaque. C'est ce qu'ont bien établi les constatations de Robinson, de Weissgerber et Perlo, de Posner, de Veerhœve, de François, de Germont, que nous avons pu contrôler. On produit ainsi des lésions qui rappellent celles du rein cardiaque, tout en ayant une intensité plus considérable.

D'ailleurs, chez l'homme, au cours de l'asystolie, il existe, en même temps qu'une augmentation de pression dans le système veineux, une diminution dans le système artériel qui vient modifier les effets de l'hypertension veineuse. François Franck a pu tenir compte de ce facteur dans ses expérimentations en produisant artificiellement une insuffisance tricuspidienne, et il a pu ainsi produire des lésions de congestion passive du rein qui se rapprochent beaucoup de celles que l'on constate chez l'homme.

Une interprétation anatomique reste cependant douteuse au sujet du rein cardiaque, c'est l'explication de la sclérose rénale que l'on constate chez certains malades qui succombent à une asystolie d'ancienne date. Les expérimentations que nous avons faites avec Rathery montrent que cette sclérose est due à un processus d'auto-intoxication qui se produit à la suite de toute altération des reins, quel qu'en soit le mécanisme. C'est un chapitre très important de la pathologie expérimentale du rein, sur lequel nous insisterons au cours de cette revue : mais, dès maintenant, nous voulions indiquer que la sclérose qui survient au cours de l'évolution du rein cardiaque ne doit pas être considérée comme un phénomène surprenant, difficile à interpréter, puisque, bien au contraire, dans tous les cas de destruction lente du tissu rénal, il se produit, au niveau du rein lésé, des substances toxiques qui, résorbées par la circulation, vont agir sur l'ensemble des deux reins qu'elles altèrent encore davantage et qu'elles sclérosent à la longue.

4° Les expériences sur la capsule propre du rein ont été tentées, dans ces dernières années, après qu'Edebohls eut proposé de pratiquer la décapsulation comme traitement systématique des néphrites. Cette opération, qui a donné de bons résultats dans certains cas, est basée sur le rôle que jouerait la capsule au cours des inflammations aiguës et chroniques ; elle aurait deux actions également fâcheuses : d'une part, d'après Pousson, Harrison, n'étant pas extensible, elle comprime le rein augmenté de volume du fait de l'inflammation, et cette tension exagérée compromet la vitalité des éléments anatomiques ; d'autre part, d'après Edebohls, Lépine, Claude et Balthazard, Jaboulay, Gayet et Bassan, la capsule agirait surtout en isolant la circulation rénale des circulations voisines. La décapsulation aurait donc un double effet heureux : d'une part, elle ferait cesser la pression exagérée, d'autre part, elle permettrait au rein de contracter des adhérences vasculaires de voisinage qui suppléent à l'oblitération progressive des artères qui irriguent le rein.

Telles sont les théories sur lesquelles était basée primitivement l'opération d'Edebohls. On conçoit que l'expérimentation était capable de donner une confirmation des deux hypothèses émises.

A. Tout d'abord, le rôle compressif de la capsule n'est pas douteux, et il suffit, pour s'en rendre compte, d'avoir incisé un rein atteint de néphrite aiguë ou simplement congestionné. Mais cette décompression que l'on provoque se maintient-elle ou bien, au contraire, la capsule ne se reforme-t-elle pas plus serrée qu'auparavant ? C'est cette seconde opinion qu'émettent Albarran et Léon Bernard, à la suite de leurs expérimentations. Ils ont, en effet, réséqué complètement des capsules à des lapins qu'ils ont ensuite sacrifié à des délais différents ; ils ont constaté que la capsule commence à se reformer quinze jours après l'opération ; deux mois après, elle est plus épaisse qu'une cassule normale et, au bout de six mois, le rein est enfermé dans une gangue fibreuse qui l'enserre. Ils arrivent ainsi à cette conclusion que le débridement obtenu par décapsulation est forcément très éphémère.

L'expérimentation prouve donc que la capsule se reforme, et ce résultat avait été signalé dès 1901 par Henri Claude. mais on doit ajouter que la capsule de néo-formation n'est pas toujours aussi fibreuse que l'ont observé Albarran et Bernard et, plus récemment Walker Hall et Herxheiner. C'est ainsi que Angelotti, dont Edebohls rapporte les expériences, constate cent cinquante jours après la décapsulation, que la nouvelle capsule n'a aucune tendance à la sclérose, qu'elle est remarquablement vascularisée et que, si elle est plus épaisse, elle est *more succulent* que l'ancienne. C'est également l'opinion de Claude et Balthazard qui, en se basant sur leurs expériences. admettent l'utilité de l'opération.

B. Le rôle que jone la décapsulation dans la production d'une circulation collatérale a été également précisé par les expérimentations.

Sans doute, la circulation qui est ainsi produite ne suffirait pas à rétablir le cours du sang dans le rein, si l'artère ou la veine rénale étaient complètement oblitérées. A ce point de vue, les expériences de Tuffier sont tout à fait probantes. Voici comment il opérait : il décapsulait le rein complètement et enveloppait la glande dénudée dans le grand epiploon, puis, en plusieurs temps, il pratiquait la ligature de la veine et, par opérations successives, il liait complètement l'artère rénale. Il pensait ainsi, avoir provoqué des adhérences vasculaires suffisantes, pour assurer la nutrition du rein. Il suffisait alors de faire la néphrectomie du rein du côté opposé pour s'assurer de l'efficacité des diverses anastomoses puisque, après cette opération, le rein mal opéré n'avait plus, pour tout émonctoire, que le rein décapsulé et privé de sa

circulation normale. Or, après la néphrectomie, les animaux ont toujours succombé, ce qui prouve bien que les anastomoses vasculaires, développées par décapsulation. n'étaient pas suffisantes pour assurer la nutrition du rein. Gervais de Rouville, qui a repris les mêmes expériences, est arrivé à des conclusions tout à fait identiques et qui prouvent bien que la capsulectomie, même si l'on y ajoute l'enfouissement du rein, comme l'a proposé récemment Bakes, ne détermine pas assez de néo-vascularisation pour assurer complètement la nutrition du rein.

Mais il ne faut pas oublier que l'opération d'Edebohls ne se propose pour but que de suppléer partiellement à la circulation du rein et non pas à l'assurer complètement, et, à ce point de vue, les expérimentations sont très nettement positives. C'est ainsi que Claude et Balthazard, à la suite de leurs opérations pratiquées sur des lapins, constatent histologiquement qu'à la suite de la décortication du rein, des adhérences se constituent entre la surface dénudée et le tissu conjonctif péri-rénal. Les adhérences s'organisent, les vaisseaux s'y multiplient et des communications vasculaires importantes s'y établissent entre les vaisseaux rénaux et ceux du tissu péri-rénal.

Les expérience faites au laboratoire de Jaboulay, par Gayet et Bassam, ont confirmé et renforcé les précédentes, surtout par la constatation suivante : on sacrifie un lapin dont un seul rein a été décapsulé, on lie les deux pédicules rénaux et on pousse, par l'aorte, une injection, colorée. Or, on constate que, seul le rein décapsulé parvient à s'injecter, grâce aux communications vasculaires établies par l'opération.

Ainsi donc, on le voit, les expérimentations permettent de porter une double conclusion au sujet de l'opération d'Edebohls : à savoir d'abord qu'elle est active, puisqu'elle assure la décompression et permet le développement d'une circulation collatérale. Mais les expériences permettent aussi d'affirmer que les modifications ainsi obtenues ne sont pas considérables, tout au moins en ce qui concerne la néo-vascularisation (expériences de Tuffier et de de Rouville) et sont souvent de courte durée ; les cas cliniques dans lesquels, récemment, Edebohls vient d'être obligé de pratiquer une seconde fois la décapsulation, prouvent combien étaient justifiées les conclusions basées sur l'expérimentation.

5° Les expériences faites sur le rein lui-même ont consisté en contusions de différentes sortes, sutures, résections, etc.

Dans cet ordre d'idées, la série d'expériences qui présente le plus d'intérêt au point de vue de la pathologie générale, est celles qui ont été entreprises par Tuffier et, plus tard, par nous-même, pour savoir quelle quantité minima de substance rénale est compatible avec l'existence : nous y reviendrons au sujet des effets des lésions traumatiques du rein sur l'organisme.

Les contusions du rein ont été étudiées expérimentalement par Tuffier. Il a pratiqué des contusions rénales sur une série de chiens, puis il a enlevé les reins lésés à des époques de plus en plus éloignées, de façon à pouvoir suivre, pas à pas, le processus réparateur. Les résultats ainsi obtenus sont d'autant plus intéressants qu'ils sont en désaccord absolu avec ce que la logique aurait pu faire croire : la bénignité de ces déchirures est remarquable et leur réparation se fait avec une rapidité surprenante.

L'évolution histologique a montré que l'épanchement sanguin se résorbe très vite, mais qu'il reste à sa suite, une cicatrice fibreuse très localisée de la région contuse.

On conçoit, dans ces conditions, qu'on ait pu avoir recours aux contusions du rein pour produire des scléroses localisées du rein, c'est ce que nous avons fait dans certains cas avec Rathery, en employant soit la contusion simple, soit la malaxation rénale, soit encore, sur le conseil de notre maître, Achard, les pointes de feu sur la région corticale.

Les plaies du rein ont été étudiées expérimentalement par Tuffier, dont les résultats ont été contrôlés et confirmés par Barthe (de Marbourg). L'extrême facilité du processus réparateur, l'absence de suppuration et d'infiltration d'urine sont les trois constatations les plus dignes de remarque. Quant à la cicatrisation, elle se produit par suite de la formation d'une mince bande fibreuse, n'entraînant que peu de lésions du tissu noble environnant; en particulier, la section faite au niveau du bord convexe donne un minimum de lésions, aussi, est-ce le lieu d'élection que Tuffier a proposé et fait accepter depuis lors, pour les incisions exploratrices du rein. A la suite de ces incisions, pratiquées expérimentalement le long du bord convexe, cet auteur a pu insérer, en plein parenchyme rénal, une série de corps étrangers aseptiques, qui furent parfaitement et indéfiniment tolérés, sans aucune altération notable du parenchyme. Ces expériences ont permis d'affirmer que ce n'est pas la présence de calculs du rein en plein parenchyme, mais leur situation par rapport aux voies d'excrétion, ou encore la toxi-infection surajoutée, qui commandent les lésions du rein au cours de la lithiase rénale.

II

EFFETS PRODUITS PAR LA LÉSION TRAUMATIQUE SUR LE REIN DU COTÉ OPPOSÉ

Au cours des recherches que nous avons faites avec Rathery sur l'histologie et l'anatomie pathologique des tubes contournés du rein, nous avons été amenés à constater l'influence qu'ont les lésions traumatiques d'un rein sur le rein du côté opposé. Dans une série de travaux et de publications nous avons mis en relief, grâce à la méthode expérimentale, l'existence du retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre, et cette notion éclaire toute une série de points encore obscurs de la pathologie rénale ainsi que notre élève Hédouin a pu l'établir dans sa thèse. D'ailleurs si cette action des lésions traumatiques d'un rein sur l'autre n'avait pas été étudiée systématiquement avant nos travaux, nous avons pu trouver cependant une série d'expérimentations antérieures aux nôtres et qui plaident

d'autant mieux dans le sens que nous indiquons, qu'elles n'avaient été nullement faites dans le but de prouver le retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre.

La *contusion rénale* a, sur le rein opposé, une action indubitable. A la suite d'une violente contusion unilatérale pratiquée expérimentalement sur un animal, nous avons constaté que la diurèse totale est considérablement diminuée, quelquefois même abolie pendant vingt-quatre heures et même plus.

Dans les travaux de Tuffier nous avons relaté des observations expérimentales faites dans le but d'étudier le mécanisme des lésions produites par les contusions du rein, et qui viennent à l'appui de la notion expérimentale du retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre : cet auteur pratiquait une violente contusion du rein et recueillait séparément les urines des deux reins ; or il a noté que, au bout de quelques heures, le taux des urines excrétées par le rein non traumatisé était diminué et que parfois même il survenait de l'hématurie.

L'*hydronéphrose expérimentale* d'un rein provoque également des troubles de sécrétion de l'autre rein, comme l'ont établi Guyon, Israël, Luntz et Gotzl.

Ces troubles fonctionnels sont dus à des lésions du rein, comme nous l'avons établi avec Rathery par une série d'expérimentations concordantes. Ces lésions présentées par le rein opposé, ont été étudiées par nous après ligature unilatérale de l'artère, de la veine ou de l'uretère; c'est dans ce dernier cas que les lésions sont le plus nettes : on peut les étudier à trois périodes différentes.

Les animaux sacrifiés dans la première semaine qui a suivi l'opération, présentent du côté opposé à la lésion les lésions que nous avons décrites avec Rathery sous le nom de cytolyse protoplasmique ; ces altérations sont insulaires et portent exclusivement sur l'épithélium des tubes contournés.

Quand on sacrifie les animaux du troisième au sixième mois, l'épithélium rénal est encore lésé par îlots mais d'une façon beaucoup plus accentuée et surtout on voit autour des tubes altérés un début de sclérose, sous forme de tissu conjonctif jeune avec nombreuses cellules embryonnaires.

Les animaux qui ont été sacrifiés au bout d'un an ou deux avaient, du côté opposé à la lésion traumatique, un rein atteint de néphrite scléreuse avec adhérences de la capsule au parenchyme et présence de nombreux kystes. Histologiquement ce sont les lésions de sclérose qui prédominent : il existe de larges îlots formés de fibres volumineuses du tissu conjonctif partant des artérioles dont les parois sont épaissies et on constate des membranes glomérulaires qui ont une épaisseur sept ou huit fois plus considérable qu'à l'état normal.

Entre ces îlots de sclérose on peut trouver des zones d'hypertrophie compensatrice telle qu'Albarran les a mises en relief dans ses faits expérimentaux, mais l'existence des lésions est mise hors de doute par l'ensemble de nos constatations expérimentales qui établissent la notion du retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre. Il est vrai que dans les remarquables expériences qu'il fit autrefois sur l'hydronéphrose expérimentale, Albarran ne signala pas de lésions du rein opposé, pas plus que dans quatre expériences récentes qu'il a faites avec Léon Bernard. Encore cependant est-il juste de faire remarquer que dans les expériences anciennes il est fait mention de congestion du rein opposé, amenant dans un cas de l'hémorragie. De même il est dit que « sur des animaux ayant vécu très longtemps (un chien après huit mois) il peut exister un peu de sclérose au niveau du rein opposé ». Quant aux quatre expérimentations récentes, elles seraient contradictoires selon l'expression d'Albarran et Bernard, car dans un cas « les altérations du rein opposé à la ligature sont tout à fait frappantes : il présente des lobules entiers où les cellules sont tuméfiées, troubles avec de fines granulations, leurs contours sont indistincts, à un degré plus avancé les cellules fusionnées tombent dans la lumière du tube, elles s'y réduisent en une fine poussière qui constitue de véritables cylindres ». Dans ce premier cas il n'y a donc pas de doute, le rein opposé est très nettement lésé. Dans les trois autres cas il serait indemne d'après Albarran et Bernard, mais nous croyons que leurs constatations peuvent être interprétées différemment. En effet, ils signalent dans ces cas « des altérations disséminées, des vacuolisations cellulaires analogues à la plasmolyse de Castaigne et Rathery », plus loin ils disent qu'une série de cellules épithéliales ont un épithélium clair, mais ils ajoutent que « vraiment cette lésion était trop insignifiante pour pouvoir être retenue ». En réalité il nous semble au contraire que les constatations faites par Albarran se rapprochent beaucoup des nôtres, puisqu'on y trouve la même gradation de faits : lésions cellulaires peu marquées, lésions cellulaires très marquées, lésions scléreuses.

D'ailleurs, une série d'expérimentations publiées par Bertensehm viennent encore renforcer les conclusions que nous avons formulées, puisque cet auteur décrit, à la suite des ligatures d'un seul uretère, des lésions siégeant dans le rein opposé et se traduisant au niveau des tubes contournés par de la dégénérescence albumineuse et hyaline, de l'exfoliation épithéliale, des cylindres épithéliaux, épithélio-granuleux, même hyalins et hématiques. Ses conclusions sont les suivantes et nous les adoptons complètement : « L'animal chez lequel on a lié un uretère ne peut passer pour sain et comme on le voit dans nos conclusions, un tel organisme présente un état identique à un organisme atteint de néphrite diffuse. »

Le résultat de ces expérimentations est d'ailleurs à rapprocher de faits anatomo-cliniques dont nous avons, avec Rathery, constaté l'importance : nous avons montré que, si l'on suit l'évolution de malades atteints de rein flottant, d'hydronéphrose ou de traumatisme d'un seul rein, il est assez fréquent de constater ultérieurement chez eux des signes de néphrite atrophique lente et à l'autopsie on peut se rendre compte qu'il existe des lésions de néphrite interstitielle typique, même au niveau du rein qui, primitivement, n'avait pas subi d'altérations mécaniques.

Ainsi donc la lésion mécanique produite sur un

seul rein entraîne des lésions de l'autre rein et cela par l'intermédiaire d'une intoxication de l'organisme par des substances résorbées au niveau du rein traumatisé. Nous avons élucidé cette pathogénie dans une précédente revue en étudiant les toxi-infections expérimentales du rein et en particulier les néphrotoxines, aussi nous suffira-t-il de dire ici que l'intoxication de l'organisme par les néphrotoxines est la cause du retentissement des lésions d'un rein sur l'autre, comme va nous le faire mieux comprendre encore l'étude des modifications générales subies par l'organisme à la suite de ces expériences.

III

EFFET PRODUITS SUR L'ORGANISME PAR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DU REIN

Deux questions méritent d'être élucidées à ce sujet : la première concerne les réactions de l'organisme consécutives à une lésion traumatique d'un seul rein; la seconde question qu'on s'est posée, est de savoir quelle quantité minima de substance rénale est compatible avec l'existence.

1° La réaction produite sur l'état général par une lésion traumatique d'un seul rein ressort des expériences que nous avons faites avec Rathery, et nous rappellerons simplement ici les résultats que nous a donnés la ligature unilatérale de l'uretère. Elle fut faite sur vingt-trois lapins : la plupart moururent dans les vingt premiers jours, un au bout de trente-trois jours, deux au bout de soixante, un seul survécut longtemps et fut sacrifié au bout de cent soixante-trois jours. Tous les animaux, sauf un, présentèrent de l'albuminurie, un abaissement notable de leur poids et une cachexie progressive. Nous avons chez plusieurs animaux étudié la courbe journalière du poids : en opérant sur de jeunes lapins qui, en raison de leur âge, auraient dû augmenter de poids chaque jour, nous étions sûrs d'avoir une courbe de pesée très intéressante. Nous pûmes constater ainsi une diminution de poids progressive, se jugeant par des différences d'un kilo en deux mois. Ajoutons que trois chiens ont été opérés de la même façon et ont donné lieu à des constatations identiques.

De l'ensemble de ces données expérimentales il ressort qu'une lésion mécanique d'un seul rein entraîne des troubles très intenses se traduisant par de l'albuminurie, et une cachexie progressive pouvant aboutir à la mort. Ces accidents ne sont pas dus à la suppression fonctionnelle du rein lésé, puisque dans les cas où nous avons pratiqué la néphrectomie unilatérale, nous n'avons constaté aucun de ces troubles qui sont nettement d'origine toxique et sont en tout semblables aux phénomènes morbides que nous avons provoqués avec Rathery par injection d'émulsion rénale aux animaux. Aussi croyons-nous que la résorption du tissu rénal qui se fait au niveau du rein lésé mécaniquement, surtout quand il s'agit de ligature de l'uretère, entraîne le passage dans le sang d'émulsion rénale toxique qui produit d'une part les troubles de l'état général et d'autre part les lésions de l'autre rein.

Quand, au lieu de lier un seul uretère, on fait la ligature des deux pédicules du rein, on produit une anurie brusque et complète qui, sans prétendre reproduire tous les phénomènes de l'insuffisance rénale observés au cours des néphrites, détermine néanmoins un certain nombre de troubles analogues et permet, par suite, d'en faire une étude expérimentale. C'est ce qu'ont fait Achard et Lœper dans une série de travaux très intéressants : ils ont montré que cette anurie est suivie d'une augmentation de la masse du sang qui se traduit par une hypoglobulie et qui s'explique parce que de l'eau et des molécules dissoutes restent accumulées en excès dans le sang. Pourtant des actes régulateurs interviennent : certaines substances passent dans les tissus; par exemple le ferrocyanure de potassium pénètre dans l'humeur aqueuse alors qu'il n'y pénètre pas quand les reins sont indemnes; des éliminations supplémentaires ont lieu, et le ferrocyanure passe dans la salive, ce qu'il ne fait pas chez l'animal normal; l'élimination aqueuse par l'intestin et par les poumons augmente. C'est pour de tels faits révélés par l'expérimentation qu'Achard a pu se baser pour énoncer le principe du mécanisme régulateur de la composition du sang dont les conséquences théoriques et pratiques sont si importantes.

2° La quantité minima de substance rénale compatible avec l'existence a été étudiée par Tuffier et ultérieurement par nous-même. Deux notions très précises découlent de nos constatations : la première que la vie de l'animal est compatible avec la suppression anatomique d'un rein et des trois quarts de l'autre, la seconde qu'à la suite de l'ablation du parenchyme rénal, il y a hypertrophie compensatrice du tissu restant. Le détail d'une seule des nombreuses expériences que nous avons faites avec Dujarier sera plus probant que toutes les descriptions que nous pourrions faire.

Il s'agissait d'un chien âgé de six mois et pesant 9 kilos. Le 11 avril 1898, on lui fait une laparotomie à droite de la ligne blanche (bord externe du muscle droit). Le rein droit est très facilement amené au dehors. Le pédicule est broyé avec le vasotribe de Tuffier et le rein enlevé sans qu'il se soit produit aucune hémorragie.

Les suites opératoires sont des plus simples, le chien au bout de deux jours reprend son régime habituel sans en souffrir en aucune façon.

Le rein droit ainsi enlevé pèse 46 grammes.

Le 24 avril, soit treize jours après, laparotomie par une incision à gauche de la ligne médiane. Le rein est amené difficilement au dehors, il est nettement plus volumineux que celui qui a été enlevé.

Le pédicule étant comprimé par un aide, on peut très facilement décortiquer la moitié inférieure du rein et enlever un volumineux segment, sans qu'il se produise une hémorragie trop abondante. La plaie rénale est suturée au gros catgut, la capsule avec un catgut fin, si bien que le chien perd très peu de sang.

Les suites opératoires s'effectuent encore sans aucun accident : le chien urine le soir même de son

opération, d'abord quelques gouttes de sang, puis de l'urine normale ; au bout de quatre jours il va tout à fait bien, et il ne paraît souffrir en aucune façon de sa résection rénale.

Le segment de rein enlevé pesait 20 grammes.

Le 12 mai, c'est-à-dire dix-huit jours après la seconde opération, nouvelle laparotomie latérale au niveau de la seconde cicatrice. Le rein est très difficilement amené à l'extérieur; des adhérences très nombreuses l'unissent à la paroi postérieure, à l'épiploon et à l'intestin.

Ces adhérences peuvent être dilacérées sans qu'il se produise d'hémorragies très abondantes.

Le rein est encore volumineux. On résèque son extrémité supérieure en prenant les mêmes précautions que lors de la précédente opération, et le chien perd ainsi très peu de sang.

Le segment de rein enlevé pesait 22 grammes.

Le chien reste près de deux jours dans le demi-coma, n'urinant pas et refusant absolument de boire. Le soir du deuxième jour il pisse un gros caillot de sang qui bouchait sans doute son bassinet, puis il recommence à uriner d'une façon normale. A partir de ce moment son état général s'améliore, il recommence à boire du lait, puis bientôt à prendre sa pâtée habituelle.

Le 1er juin, soit vingt jours après la précédente opération, nouvelle laparotomie gauche. Le rein est amené au dehors avec une très grande difficulté : en sectionnant les adhérences, le chien perd déjà beaucoup de sang.

La décortication du rein est impossible en raison de nombreuses travées fibreuses dues aux précédentes opérations. On résèque donc un segment de rein sans décortication, ce qui ne permet pas de faire une hémostase parfaite et le moignon de rein que l'on remet dans la fosse lombaire saigne beaucoup, malgré un badigeonnage avec du sérum gélatiné.

Le segment ainsi enlevé pèse 12 grammes.

Les suites opératoires sont encore plus graves qu'à la suite de l'opération précédente : le chien n'urine pas, refuse de boire, mais de plus, il a des vomissements peu abondants mais très fréquemment répétés.

Le deuxième jour après l'opération, il urine une série de caillots et quelques gouttes d'urine, il boit un peu de lait, mais il continue à vomir; il tombe progressivement dans le coma et meurt cinq jours après l'opération.

A l'autopsie, on constate que le moignon de rein pèse 10 grammes, soit 1g34 par kilogramme d'animal.

Le bassinet et l'uretère sont libres de tout caillot.

Histologiquement, le tissu rénal persistant est loin d'être sain, il est parcouru en tous sens par du tissu fibreux ne présentant pas de systématisation fixe, ne semblant pas en tout cas commandé par la distribution vasculaire. Il semble bien que ce soit du tissu conjonctif, dû aux irritations apportées au rein par les opérations successives.

Quelques tubes et surtout quelques glomérules sont étouffés par le tissu conjonctif, mais la plupart présentent un calibre considérable, double et triple du calibre des tubes contournés et des glomérules du rein qui a été enlevé le premier. Il semble donc qu'il y ait eu de l'hypertrophie très marquée de l'appareil glomérulo-tubulaire.

Le cœur est très nettement hypertrophié, et le ventricule gauche présente une telle augmentation de volume qu'il rappelle absolument le « cor bovinum » des affections aortiques. L'examen histologique démontre une hypertrophie simple de la fibre cardiaque ; en tout cas, il n'y a aucune trace de sclérose.

Les autres organes ne présentent absolument rien de spécial.

En somme, il s'agit d'un animal qui avait probablement (les reins sont en général sensiblement égaux chez le chien), 92 grammes de parenchyme rénal. On lui en a enlevé successivement, en trois fois, 88 grammes, et le chien continue à vivre. Ce n'est qu'après l'opération suivante, alors qu'on lui a enlevé encore 12 grammes de rein, qu'il présente des symptômes urémiques et qu'il meurt d'insuffisance rénale.

Cette expérimentation nous semble être digne du développement que nous lui avons donné, car *elle nous renseigne sur trois points très importants dans les urémies lentes*.

a. Il suffit d'une très petite quantité de substance rénale pour s'opposer aux accidents d'urémie. Le chien vivait très bien avec 22 grammes de rein, ce qui fait 2g6 par kilogramme, les accidents d'urémie ne se produisirent que lorsqu'on enleva la moitié (12 grammes) du moignon rénal, ce qui portait à 1g3 la quantité de substance rénale par kilogramme. Et encore, sur ces 10 grammes de rein qui restaient, il y avait du tissu conjonctif; de plus, la mort fut produite non seulement par l'insuffisance rénale, mais aussi par l'opération et ses accidents (hémorragies abondantes); il faut enfin tenir compte de l'intoxication par l'atropomorphine employée pour endormir le chien et qui se surajouta sans doute à l'intoxication par les poisons urémiques.

b. *L'hypertrophie compensatrice du rein* est on ne peut plus nette dans cette observation, puisqu'on a pu enlever 100 grammes de rein à un chien qui primitivement n'en avait que 92 grammes, et encore après toute cette série d'opérations il lui restait 10 grammes de tissu rénal : le rein, pendant le temps écoulé de la première à la deuxième opération, avait gagné 20 grammes en poids, qu'il ne devait probablement pas tout entier au tissu rénal (puisqu'il s'est développé du tissu scléreux) ; mais il est certain qu'une partie de cette augmentation de poids est due à l'hypertrophie du tissu rénal que prouve bien l'examen histologique (hypertrophie très marquée de l'appareil glomérulo-tubulaire).

c. *L'hypertrophie très marquée du cœur* se trouve dans cette expérience comme dans toutes les urémies lentes. Elle vient à l'appui de la théorie qui admet que l'hypertrophie du cœur est compensatrice et destinée à lutter contre l'insuffisance rénale.

Là encore les faits expérimentaux sont bien comparables à ce que l'on observe chez l'homme. Nous

avons eu, pour notre part, l'occasion d'observer de nombreux faits de ce genre chez des vieillards de l'hospice d'Ivry, alors que nous étions l'interne de Gombault. Fréquemment, nous avons trouvé des reins très atrophiés et très scléreux à l'autopsie de malades qui n'avaient pendant la vie présenté aucun accident d'urémie. Le cas qui nous a le plus frappé dans cet ordre de faits, nous l'avons observé avec Baron (de Dijon), alors interne du service de Talamon. Il s'agissait d'une malade de trente-deux ans, à laquelle on avait enlevé chirurgicalement son rein gauche pendant son enfance, pour une affection dont nous n'avons pu préciser la nature. Depuis cette époque, la malade avait mené une existence absolument normale, sans présenter aucun accident urémique ; elle devint même enceinte. Sa grossesse et son accouchement se passèrent sans aucun incident, et ce ne fut que quelques semaines après ses couches, à l'occasion d'une grippe à forme thoracique d'apparence bénigne, qu'elle fut prise d'accidents convulsifs qui entraînèrent sa mort. L'autopsie montra que le rein unique pesait 35 grammes et que la substance rénale conservée était très notablement altérée et présentait des lésions diffuses de sclérose. La malade avait donc un moignon de rein très scléreux ne pesant que 35 grammes, et cependant elle avait pu continuer à vivre et même supporter les auto-intoxications de sa grossesse et les fatigues de son accouchement, sans présenter aucun accident d'insuffisance rénale.

Les faits cliniques et expérimentaux sont donc d'accord pour montrer que des quantités minimes de rein peuvent suffire aux fonctions rénales. Si donc l'urémie lente était exclusivement d'origine rénale, on devrait à l'autopsie des malades qui en sont morts, trouver les reins presque détruits et ne présentant plus que des parcelles de tissu noble. Or, ce n'est pas ce qui se passe dans la généralité des cas, et il suffit de faire des autopsies pour se rendre compte que, chez les malades qui ont succombé à l'urémie, le volume de la substance rénale est bien suffisant pour assurer l'élimination urinaire, surtout si on le compare au moignon de rein dont nous venons de parler.

Ainsi donc les lésions, provoquées d'une façon mécanique au niveau du rein, ont éclairé puissamment la pathologie rénale. Ces expériences ont non seulement complété utilement, comme on pouvait s'y attendre, l'étude des maladies rénales dues à une lésion mécanique ; elles ont de plus abouti à des conclusions un peu inattendues, mais très intéressantes, concernant le retentissement des lésions mécaniques d'un seul rein sur l'organisme et sur le rein du côté opposé. Enfin elles ont montré que si le rein est facilement altérable et si ses épithéliums se détruisent facilement, en revanche nous sommes surabondamment pourvus de tissu rénal, puisque le dixième de ce que nous possédons suffirait à la dépuration urinaire. Et ainsi nous avons été amené à comprendre la pathogénie de l'urémie, qui n'est pas une maladie exclusivement rénale, puisque la quantité de la substance rénale pour assurer la dépuration urinaire constatée au moment de l'autopsie, aurait été le plus souvent amplement suffisante, s'il ne s'ajoutait pas à ses lésions et à ses troubles, quelque autre altération de l'organisme.

MÉDECINE PRATIQUE

DOSAGE DE L'ACIDE URIQUE DANS L'URINE

Le procédé suivant est recommandé par M. F. Saint-Laurens dans l'*Union pharmaceutique* du 15 août 1906 :

On prend 10 centimètres cubes de liqueur de Fehling titrée (dont 10 centimètres cubes sont réduits par 5 centigrammes de glucose); on les décolore exactement et sans excès par quantité suffisante de bisulfite de soude liquide : on complète le volume de 100 centimètres cubes avec de l'eau distillée. Un centimètre cube de ce liquide précipite 0gr002334 d'acide urique.

Pour faire le dosage, on opère sur 20 centimètres cubes d'urine ou toute autre quantité ; on ajoute 5 centimètres cubes d'une solution de carbonate de soude à 16 p. 100, destinée à précipiter les phosphates alcalino-terreux ; après agitation, on ajoute goutte à goutte le réactif ci-dessus ; la fin de la réaction est donnée par le procédé à la touche, pratiqué de la manière suivante : on prépare, au moment du besoin, une solution alcoolique de diphénylcarbazide au centième ; on ajoute quelques gouttes d'eau et une pincée de peroxyde de magnésium ; on pose sur une assiette des gouttes de ce liquide, auxquelles on ajoute du carbonate de soude pulvérisé ; on porte sur ces gouttes de réactif indicateur une goutte d'urine traitée, et l'on arrête l'affusion de la liqueur de Fehling décolorée lorsque la couleur des gouttes sur l'assiette devient violette, au lieu de rouge qu'elle était.

La quantité d'acide urique contenue dans la prise d'essai est égale au nombre N de centimètres cubes de liqueur de Fehling décolorée employés, multiplié par 0,002334.

Il est nécessaire que la liqueur de Fehling ait été exactement titrée ; si elle est réduite par 0gr055 de glucose, 1 centimètre cube de cette liqueur décolorée et diluée précipite 0gr0025674 d'acide urique.

Si, au contraire, elle est réduite par 0gr045 de glucose, le titre pour l'acide urique sera de 0gr0021.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION COLONIALE DE MARSEILLE. — Train spécial à prix réduits (2e et 3e classes) à marche rapide, de *Paris à Marseille*, prenant les voyageurs en provenance des gares de Paris à Valence inclusivement, des gares des lignes de Saint-Georges-d'Aurac à Firminy, de Firminy à Saint-Rambert-d'Albon, de Valence à Grenoble, Montmélian et Modane, et de toutes les gares qui se trouvent situées au nord de ces lignes.

Réduction de 75 p. 100 sur les prix du tarif général pour le voyage aller et retour.

Aller : départ de Paris le 20 octobre, à 2 h. 50 soir ; — arrivée à Marseille le 21 octobre, à 6 h. 28 matin.

Retour : au gré des voyageurs, jusqu'au dernier train partant de Marseille le 26 octobre, par tous les trains ordinaires, y compris les express, dans les mêmes conditions que les voyageurs en général.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène alimentaire du tuberculeux, par le docteur COSTE DE LAGRAVE. In-8 de 466 p. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M. — La Compagnie délivre toute l'année, dans toutes les gares, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1500 kilomètres; 45 jours de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet. — Arrêts facultatifs.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours pour pour certaines grandes gares.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie, ou s'adresser au bureau P.-L.-M. de la rue Tiquetonne.

N° 121. — MARDI 23 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 23 OCTOBRE 1906. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 20 octobre 1906 (Question : « Fracture de l'extrémité inférieure du radius ») : M. Logre, 18; Mlle Kœssel, M. Larroque (Paul) et Mlle Parisse, 17; MM. Molinié et Pierrot, 16; Lehmann (Paul) et Monbrun, 14; Leulier et Madelaine, 13; Berthonnier, Lejeune, Maugis, Michailowitch et Perrin, 10; Colanéri, 9; Pfeiffer et Simonnet, 8, et Marquet 7.

Epreuve supplémentaire. — Séance du 22 octobre (Question : « Perforations intestinales ») : MM. Passot, 20; Madier, 19; Dumont, 18; Rolland, 17; Mlle Cosnovici, 16; MM. Vandescal, 15, et May, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — M. le docteur Léonce Huyghe a été nommé médecin-adjoint des hôpitaux de Lille.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Le concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de Limoges vient de se terminer.

Le jury propose à la nomination du ministre M. le docteur Bourguignon.

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur Strauss, directeur du service de santé au ministère de la guerre, est nommé président de la Commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, instituée par l'article 7 du décret du 19 octobre 1892, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Catteau, passé dans le cadre de réserve.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — En décembre 1907, dans sa dernière séance (2e samedi), la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparque (une somme de 1300 fr. sera disponible), à l'auteur du meilleur mémoire en français sur la question suivante : *Des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse.*

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être déposés au siège de la Société, 12, rue de Seine, ou chez le secrétaire général, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er octobre 1907, dernier délai.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — La Société décernera cette année le prix Godard (500 francs). Les auteurs peuvent envoyer, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, leurs travaux (manuscrits ou imprimés) jusqu'à la fin d'octobre.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — *Eloge du professeur Brouardel, président de l'Association des médecins de la Seine, prononcé à la réunion de la Commission générale du 12 octobre 1906 par M. Fernet, vice-président :*

« Messieurs, depuis notre dernière réunion, l'Association des médecins de la Seine a perdu son cher et vénéré président, le professeur Brouardel.

Tout le monde connaît sa féconde et brillante carrière dont les étapes se suivent pendant cinquante années : les succès, les distinctions et les honneurs ne lui ont pas manqué, ils ont été la récompense méritée d'un travail continu, mis au service de qualités intellectuelles et morales harmonieusement associées. Par ces côtés, sa vie est en quelque sorte publique, elle apparaît au grand jour, occupant une place importante à la Faculté de médecine, dans les hôpitaux, dans les académies, dans les Sociétés savantes, et elle laisse une empreinte dans les œuvres de la science pure et dans celles de la science appliquée.

Moins connue, plus discrète et plus intime, mais aussi plus touchante est la partie de cette vie réservée aux œuvres de philanthropie et de charité : de celle-là que tous ici nous avons pu apprécier, l'Association des médecins de la Seine a eu une large part dont notre reconnaissance doit garder le plus précieux souvenir.

Voilà plus de quinze ans, vingt peut-être, que Brouardel, depuis longtemps déjà membre de notre Association, en est devenu le président : durant ce long bail, est-il un membre de la Commission générale qui ait été aussi régulier et aussi

assidu à nos séances, aussi dévoué aux intérêts de l'Association et surtout à ceux des nombreuses et intéressantes misères que nous avons la noble mission d'assister ? Malgré les multiples occupations de son existence si remplie et le labeur écrasant qu'elles lui imposaient, il a toujours su retrouver le loisir de nous consacrer tout le temps utile, avec la bonne grâce, l'aménité et la patience qui étaient chez lui de maîtresses qualités. A chacune de nos réunions mensuelles, à huit heures et demie précises du soir, on le voyait entrer dans la salle des séances, ayant plus d'une fois sans doute écourté son dîner et achevant en hâte son inséparable cigare dont sa moustache jaunie conservait la trace ; puis, après un accueil aimable à chacun de nous, il dirigeait nos séances avec un calme soutenu et une bonhomie souriante. Les discussions, assez rares d'ailleurs et toujours courtoises, trouvaient en lui un guide sûr et un arbitre à la fois équitable et bienveillant. Quant aux misères de notre profession, aux infortunes imméritées qui demandaient notre assistance, à celles même, trop nombreuses, que les prévoyants laissent après eux, il les connaissait à fond : à toutes il apportait une indulgence inlassable; toujours disposé, en cas de dispositions hésitantes ou d'oppositions un peu récalcitrantes, à incliner du côté le plus favorable aux intéressés, il ne connaissait d'autres limites à nos libéralités que celles de notre budget; il dépensait sans compter son influence auprès des pouvoirs publics et des administrations pour tâcher d'obtenir quelques places avantageuses à nos malheureux invalides et par là nous apportait encore un puissant concours. Tous ces bienfaits étaient accomplis avec une simplicité gracieuse qui en rehaussait le mérite et une persévérance qui ne s'est jamais démentie.

Tel a été parmi nous notre regretté président Brouardel, tel il est resté jusqu'à la fin : à peine a-t-il manqué d'assister à deux de nos dernières séances ; bien que la maladie l'eût atteint depuis quelques mois, il n'en laissait rien paraître et, Dieu merci, il a pu, grâce à sa vaillante énergie, achever sans défaillance sa noble carrière ; une complication grave l'a emporté rapidement, lui épargnant du moins la pénible épreuve d'une déchéance progressive.

En attendant que l'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine apporte à son cher président l'hommage solennel de sa reconnaissance, je suis assuré d'être l'interprète de notre Commission en offrant à sa mémoire le tribut de nos profonds regrets, auquel moi-même, camarade de jeunesse, compagnon de travail et de luttes, ami de tout temps, je tiens à me joindre avec émotion. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Charcot (de Beaurepaire-d'Isère) et Gyoux (de Bordeaux).

COURS ET CONFÉRENCES PRATIQUES SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, par le docteur Paul Delbet, ancien prosecteur et chef de clinique. — Ces conférences, spécialement réservées aux membres de l'Association corporative, auront lieu dans la maison de santé du docteur Paul Delbet, 14, rue Roquépine (Paris, VIIIe), les lundis, mercredis et vendredis, de cinq heures à sept heures, à partir du mercredi 24 octobre courant. S'inscrire à l'Association corporative, 21, rue Hautefeuille.

Les instruments et appareils seront mis aux mains des élèves, qui seront exercés à leur maniement.

Prix des cours : 15 francs.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 13, 27 sept. 1906.) M. H. Richardson : Les maladies des voies biliaires, comprenant la vésicule biliaire et le pancréas. — Elbridge G. Cutler : Les maladies des voies biliaires, comprenant le foie, la vésicule biliaire et le pancréas. — R. H. Fitz, S. J. Mixter et F. B. Harrington : Discussion de ces deux communications. — George S. Derby : Etude expérimentale sur le pouvoir bactéricide des différentes préparations d'argent. — John Lovett Marser : Un cas de spasme du pylore chez un enfant.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 4 oct. 1906.) Heilbronner : Diagnostic précoce et traitement de la paralysie progressive. — Ribbert : Sur la tuberculose primitive et sur l'anthracose des poumons et des ganglions bronchiques. — Oberndörffer : Diagnostic différentiel des abcès otiques et métastatiques. — Elischer : Contribution au traitement des tumeurs médiastines par les rayons Röntgen. — Hermes : Sur l'ileus par calcul biliaire. — Dirk : Sur le tubage de Kuhn. — Rothschuh : Un cas de prurit vulvaire guéri par la lumière bleue du spectre.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 2 oct. 1906.) Rieder : Sur la valeur de la radioscopie du thorax dans la pneumonie. — Spiess : Recherches sur la guérison du cancer par la méthode de l'anesthésie. — Kayser : Sur l'emploi des tubes de bile dans la culture du sang des typhiques. — Stieda : Sur les os sésamoïdes des articulations métatarso-pharyngiennes. — Korming : Contribution à l'étude du pouls alternant. — Galli : Pouls alternant avec activité alternante partielle du cœur. — Agéron : Sur les cures thermales sans succès dans les affections gastriques. — Hoppe : Influence de l'hyperhémie de stase sur l'œil sain et sur l'évolution de quelques affections oculaires. — Schubert : Appareil de narcose avec dispositif pour dosage. — — Brenner : Un cas de pubotomie dans la pratique. — (N° 41, 9 octobre.) Seitz : Sur la question de l'hébotomie. — Manteufel : Les agglutines dans l'organisme en puissance d'immunisation passive. — Mord : Désinfection intestinale artificielle. — Jochmann et Müller : Nouveaux détails sur notre méthode de recherche des actions fermentatives protéolytiques. — Ritter : Recherche du spirochaete pallida dans les produits syphilitiques. — Sudeck : Sur la technique de l'anesthésie à l'éther. — Waelsch : Sur l'induration plastique du pénis. — Assfalg : Sur le traitement par la lumière de mercure. — Mayer : Contribution à l'étude histologique du chondro-sarcome. — Weckerle : Hernie diaphragmatique. — Palmer : Un cas d'inflammation aiguë des méninges cérébrale et spinale. — Rieder : Sur la valeur de la radioscopie du thorax dans la pneumonie. — Kuhn : Catgut provenant d'animaux sains.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 40, 4 oct. 1906.) Zelenski : Sur la teneur du sang en neutrophiles chez le nourrisson sain et malade. — Pollak : Sur la percussion paravertébrale et parasternale dans la pneumonie. — Kürt : Sur l'évaluation pratique de la résonnance du premier bruit du cœur. — Volk : Affection rénale grave après application externe de chrysarobine. — Rosenbach : Quelques remarques sur la méthode scientifique. — Salus : Equivalence biologique du bacille typhique et du bacterium coli. — Zupnik : Même sujet.

PELVI-PÉRITONITE

CONSÉCUTIVE A UN PHLEGMON PROSTATIQUE

Par M. COUTEAUD,

Médecin en chef de première classe de la marine,
Correspondant de la Société de chirurgie.

Le cul-de-sac recto-vésical est considéré comme une barrière presque infranchissable à la suppuration qui se développe dans la prostate ou autour d'elle.

L'observation suivante montre qu'il n'en est pas toujours ainsi et que le pus venu de la prostate peut envahir le péritoine et menacer même la peau de la fosse iliaque interne. Elle montre encore que le processus inflammatoire peut trouver un concours aussi efficace qu'inattendu dans la présence du bacille de la tuberculose.

Observation. — Un matelot mécanicien, âgé de dix-neuf ans, entre le 20 avril 1906 à l'hôpital maritime de Cherbourg pour une affection indéterminée. Une semaine auparavant, il avait passé cinq jours dans ce même hôpital pour gale, et, dans l'intervalle des deux entrées, il avait fait son service à bord. Ce jeune homme présentait assez bonne mine, sa musculature était bonne et il semblait bien développé pour son âge. Malheureusement, il avait une hérédité déplorable : père mort de tuberculose pulmonaire, deux sœurs mortes de méningite tuberculeuse ; lui-même avait eu le carreau dans son jeune âge.

Je le vois le 24 avril, lendemain de son entrée, avec les symptômes suivants : langue blanche, facies pâle et tiré, inappétence, fièvre avec 39 degrés de température, depuis trois jours douleurs dans le ventre et sous les fausses côtes gauches. Il y a un volumineux abcès intra-abdominal. Un examen sommaire fait constater l'intégrité des organes génitaux et des fosses ischio-rectales. Est-ce un abcès par congestion? Non, car le rachis est sain. Je discute et repousse le diagnostic de phlegmon appendiculaire, périrénal ou péricostal. Du reste, je ne peux m'attarder à rechercher la cause de cette collection purulente, car déjà le flanc gauche présente une voussure menaçante, le pus se sent à pleine main et il est évident qu'une laparotomie s'impose.

Opération. — Le 24 avril 1906, anesthésie au chloroforme. Laparotomie latérale par une incision de 8 centimètres à quatre travers de doigt à gauche de la ligne blanche. A l'ouverture du péritoine qui bombe, il sort une grande quantité de sérosité louche suivie de pus blanc. J'explore avec l'index la région du rein gauche sans rien trouver d'anormal. L'épiploon et l'S iliaque qui ont fait hernie à travers la plaie sont reconnus sains. Je place un énorme drain de caoutchouc dans la cavité et je referme le ventre sur trois plans, à points séparés, à la soie et au crin de Florence. Pansement aseptique à la gaze et au coton.

Le soir le malade est très soulagé, et la température s'abaisse à 38°3. Le docteur Brunet, élève de l'Institut Pasteur, examine le pus et découvre des bacilles de Koch à formes courtes. Cette constatation sur un malade ayant eu le carreau me fait admettre une pelvi-péritonite tuberculeuse en rapport avec des ganglions mésentériques devenus caséeux.

La plaie abdominale est cicatrisée le huitième jour, bref tout présage une prompte guérison quand un mouvement fébrile décèle une aggravation subite. Le 3 mai, neuf jours après l'opération, le malade éprouve de vives douleurs dans l'anus, le ventre est tendu, les urines sont chargées, le pouls est à 100 et le thermomètre marque 37°5 le matin, et 37°7 le soir; le drain abdominal rend peu de pus. Par le toucher rectal je sens, au niveau de la prostate, un énorme gonflement rénitent plus marqué à droite qu'à gauche, empêchant de préciser les contours de la glande et dépassant en haut la longueur du doigt. Nouvelle intervention qui est pratiquée le 4 mai. A la faveur de l'anesthésie, j'explore le rectum avec le dilatateur à trois branches; sur la paroi antérieure je vois, profondément sous les replis muqueux, sourdre un mince filet de pus jaunâtre. Quoique sur le point de faire une incision pré-rectale, cette particularité modifie mon plan. Je pratique au bistouri une incision à la paroi antérieure du rectum, sur la ligne médiane, et aussitôt jaillissent des flots de pus. Par le trajet purulent je puis introduire une spatule longue d'une vingtaine de centimètres dans le petit bassin. Il s'est écoulé environ un litre et demi de pus mi-partie séreux et jaune crémeux et fortement mélangé de sang. On l'inocula à un cobaye qui mourut d'infection staphylococcique. Je m'abstins au début de toute injection dans la poche purulente de peur d'une effraction de la membrane qui l'isolait de la grande cavité péritonéale. Un drain ordinaire auquel fut bientôt substitué un long drain non percé assura l'écoulement du pus ; par contre, je supprimai le drainage du flanc gauche.

Le malade cessa de souffrir, son ventre s'affaissa et le calme renaquit. Je m'assurai par le toucher direct et en combinant le cathétérisme et le toucher rectal qu'il ne restait plus trace de la prostate; on ne sentait pas davantage les vésicules séminales.

Je provoquai la constipation de l'opéré à l'aide de fortes doses d'opium pour empêcher la pénétration des matières fécales dans la poche rétro-vésicale. L'opéré se remit vite et engraissa beaucoup. Par le drain on pratiqua prudemment des injections quotidiennes d'abord à l'eau bouillie, plus tard à l'eau phéniquée et enfin à l'eau bichlorurée. A plusieurs reprises les médecins chargés du pansement eurent beaucoup d'ennuis pour remettre en place le drain sorti par les efforts de défécation.

Vers le 20 juillet, plus de trois mois après la première opération, la partie semblait gagnée, le malade avait même engraissé de 10 kilogrammes, quand il recommença à souffrir dans le rectum et à avoir de la fièvre. On fut obligé d'intervenir encore sous chloroforme et de pratiquer une incision prérectale qui donna issue à du pus et des gaz. Cette dernière plaie finit par se cicatriser et, un mois après cette troisième opération, le malade guéri quittait l'hôpital en congé de convalescence.

En résumé, c'était une pelvi-péritonite localisée à gauche, causée par la migration d'un phlegmon prostatique ou péri-prostatique ayant déterminé la fonte et la disparition de la prostate et des vésicules séminales.

Une laparotomie s'imposait au début; elle soulagea le malade. Un peu plus tard j'ouvris directement le rectum, imitant ainsi la nature qui avait commencé à frayer un passage au pus par l'intestin. Je crois que cette deuxième opération était inutile et que j'aurais mieux fait, suivant ma première idée, de pratiquer une incision pré-rectale, conformément au conseil de Segond. Le diagnostic réel, fort difficile, ne fut

établi qu'au cours du traitement. Les commémoratifs recueillis *a posteriori* ont montré que le mal avait été précédé de douleurs lombaires et anales et de nombreux frissons trois jours avant l'entrée à l'hôpital. Aucune maladie vénérienne passée ou présente : j'ai vérifié l'absence d'écoulement urétral par l'explorateur à boule olivaire. Rien aux testicules et aux canaux déférents; point d'excès génésiques, au contraire, continence relative. Le malade a ressenti des douleurs au niveau du gland ; l'urination était normale. Absence de constipation et de sensation de corps étranger dans le rectum. Enfin il n'avait jamais éprouvé rien qui ressemblât à une appendicite.

Il est remarquable que cette affection ait pu évoluer aussi mystérieusement sans donner l'éveil ni au patient ni aux infirmiers qui le soignaient pour gale une semaine auparavant. Il y a eu dans ce cas, les constatations bactériologiques en font foi, une association du bacille de Koch et d'un staphylocoque. L'ancienne maladie du carreau qui avait frappé le jeune homme dans ses premières années peut rendre compte de la préexistence du bacille de Koch dans les ganglions mésentériques et probablement dans les glandes vésiculo-prostatiques. Mais l'intrusion du staphylocoque ne peut s'expliquer qu'en invoquant comme portes d'entrée les érosions cutanées banales et fatales qu'engendre plus ou moins une *frotte* à la pommade d'Elmerich. Quoi qu'il en soit, on ne peut se défendre de comparer cette évolution silencieuse — déjà signalée par Segond — à celle des abcès tuberculeux du mal de Pott. L'inflammation est-elle partie d'en bas pour toucher la prostate et l'atmosphère cellulaire qui l'environne et de là remonter jusque dans le bassin ? C'est l'opinion la plus vraisemblable bien que, comme dit Albarran (1), « le cul-de-sac de Douglas n'est jamais envahi, la pelvi-péritonite ne semble presque jamais présenter une origine prostatique. »

Quelle que soit l'étiologie de cette migration de pus si curieuse, on peut affirmer avec les auteurs classiques, Segond, Campenon, Albarran, Forgue, qu'elle constitue un fait exceptionnel. On n'a publié, en France du moins, que les cas de Demarquay (2), Reliquet (3), Dransart (4), Socin (5), Doyen (6). C'est la seule raison qui m'ait engagé à livrer cette observation à la publicité.

(1) Albarran. *Traité de chir.* de Le Dentu et Delbet, t. IX, p. 569.
(2) Demarquay. *Union méd.*, p. 593, 1862.
(3) Reliquet. *Union méd.*, p. 289 et 326, 1878.
(4) Dransart. *Prog. méd.*, t. I, p. 15, 1873.
(5) Socin. Cité par Albarran. Loc. cit.
(6) Doyen. XIII[e] Congrès de chirurgie, 1899.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION CHRONIQUE PAR L'USAGE D'UN TAMPON SAVONNEUX

Toutes les mères connaissent l'emploi d'un petit suppositoire en savon de Marseille pour combattre la constipation des nourrissons, c'est un moyen qui parfois leur réussit fort bien; rien d'étonnant par conséquent à ce que le procédé que nous allons décrire ci-dessous donne chez l'adulte de bons résultats. Il est dû à M. Carlo Colombo, professeur de thérapeutique physique à l'Université de Florence, qui en donne la description dans la *Rivista critica di Clinica medica* du 6 octobre 1906.

On prend une bande de gaze roulée et on en fait un tampon fusiforme dont le grand axe mesure environ 6 à 7 centimètres, et dont le diamètre transversal maximum est de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. La surface externe de ce tampon est recouverte d'une bonne couche de savon blanc de Marseille légèrement humide. A l'une des extrémités on fixe un fil résistant long d'à peu près 50 centimètres.

Ceci fait, on place le malade dans la position génu-pectorale et on introduit avec douceur le tampon ainsi préparé jusque dans l'ampoule rectale, en laissant le fil pendre hors de l'anus. Puis le malade se couche ou s'assied et au bout de dix à quinze minutes il a généralement une abondante évacuation spontanée. Si au contraire l'exonération n'est pas survenue au bout de ce laps de temps. on fait placer le patient sur un vase et on lui prescrit d'arracher le tampon en tirant sur le fil, ce qui provoque immédiatement la défécation.

Dans quelques cas très graves, il peut être bon de faire précéder l'introduction du tampon par un lavement de 150 à 200 centimètres cubes d'eau savonneuse au moyen d'une poire en caoutchouc.

D'après M. Carlo Colombo ce procédé, qui lui a toujours donné d'excellents résultats, s'applique aux cas où la constipation est due à une altération de la sensibilité spéciale de l'anse sigmoïde et de l'ampoule rectale, sensibilité qui est le point de départ de l'arc réflexe déterminant la défécation. Provoquée par la pression des matières fécales cette excitation gagne rapidement le centre ano-spinal par les fibres sensitives du plexus hypogastrique. De ce centre partent les impulsions motrices qui vont aboutir au releveur de l'anus par l'intermédiaire des rameaux du plexus mésentérique inférieur et notamment du rameau hémorroïdaire ; en même temps se produit l'inhibition du tonus des sphincters et ainsi survient l'expulsion des matières.

Lorsque l'excitabilité des fibres sensitives de l'anse sigmoïde et de l'ampoule rectale ou celle des centres avec lesquels elles sont en connexion est diminuée ou abolie, l'impulsion motrice réflexe transmise aux muscles de la défécation est retardée ou supprimée, d'où le début de la constipation habituelle.

Cette constipation est très tenace et résiste à tous les moyens employés généralement; il faut en effet pour la vaincre obtenir une stimulation locale des régions de la paroi dont la sensibilité est émoussée.

Le moyen proposé par M. Carlo Colombo agit, à son avis, en provoquant une excitation à la fois chimique et mécanique; chimique par la soude contenue dans le savon et qui peut être accrue par l'introduction préalable d'eau savonneuse, laquelle porte l'excitation jusqu'au côlon descendant; mécanique par le volume du tampon lui-même, augmentée encore dans les cas où on procède à l'arrachement de celui-ci.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

XIXᵉ CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Moure (de Bordeaux) fait une intéressante communication sur la **laryngotomie intercrico-thyroïdienne et la décanulation chez l'enfant et l'adolescent.**

La trachéotomie intercrico-thyroïdienne constitue une mauvaise opération chez l'enfant et chez l'adolescent, c'est-à-dire chez les sujets ayant encore des cartilages mous, flexibles et malléables.

En effet, lorsque la canule reste dans cet espace pendant plusieurs semaines, à plus forte raison plusieurs mois, elle détermine la formation d'une infiltration sous-glottique, et, fait plus grave, l'écartement de la lame du cricoïde immobilise en arrière les articulations crico-aryténoïdiennes et, par conséquent, gêne l'écartement des cordes vocales. Il résulte donc de ce fait l'impossibilité de décanuler les enfants par suite de la sténose laryngée consécutive à l'opération.

Le traitement consiste, dans ces cas : 1° à placer la canule au-dessous de l'espace intercrico-thyroïdien, en laissant un anneau de trachée sain, de manière à éviter que, les deux conduits n'étant réunis, la canule remonte constamment;

2° A laisser le larynx tranquille sans faire de tubage ni d'essai de dilatation dont le résultat serait l'augmentation de l'irritation locale et, par conséquent, la sténose laryngée plus marquée et souvent même plus définitive.

M. Castex estime que la **laryngotomie médiane antérieure** est une bonne opération pour un certain nombre d'affections.

Spécialement indiquée dans le cas de tumeurs bénignes rebelles et de tumeurs malignes limitées à l'endo-larynx, elle s'applique encore aux divers rétrécissements et même à certaines formes de tuberculose.

M. Castex présente à l'Association une laryngotuberculose guérie par laryngotomie, mais qui a nécessité une opération complémentaire de fistule parce que le trajet de la canule trachéale s'était tuberculisé secondairement.

Dans quelques laryngotomies, M. Castex a réussi à terminer l'opération et à assurer la guérison, sans employer la canule. Lorsque cette simplification est possible, elle évite bien des inconvénients.

MM. Claude Martin et Sargnon (de Lyon) font connaître les bons résultats obtenus par **la dilatation par les tubes de caoutchouc dans les rétrécissements chroniques du larynx et de la trachée.**

Pour pratiquer cette dilatation, on introduit dans la sténose une sonde de caoutchouc fortement tendue sur un cathéter métallique; une fois la sonde en place on retire le cathéter, et le tube de caoutchouc, en reprenant son volume, dilate excentriquement la sténose tout en se fixant lui-même dans le rétrécissement. Dans un cas, M. Sargnon a pu ainsi, en six semaines, dilater un rétrécissement depuis le n° 16, jusqu'au n° 29 des sondes de Nélaton et obtenir le rétablissement de la respiration par les voies naturelles.

La dilatation élastique peut être précédée d'une opération préalable, telle que la section du rétrécissement au bistouri : elle maintient et agrandit le calibre obtenu par la section. On l'utilise aussi après avoir pratiqué une laryngofissure maintenue ouverte aussi longtemps qu'il est nécessaire. Pour obtenir un calibre laryngé suffisant, il faut au moins cinq à six mois dans les cas graves. Une fois le calibre définitivement rétabli on ferme la fissure laryngée au moyen d'une opération autoplastique. M. Sargnon a traité ainsi deux cas, dont l'un a demandé six mois, l'autre neuf mois de dilatation; un troisième cas est en traitement.

La dilatation élastique par tubes de caoutchouc, tendus ou non tendus, peut être employée dans tous les cas de sténoses cicatricielles ou non. Suivant la variété des lésions, on emploie la dilatation simple ou précédée de curetage, de section ou de laryngofissure, celle-ci constituant le procédé de choix dans les sténoses cicatricielles graves ou même moyennes. Elle présente de notables avantages sur les autres procédés de dilatation par cathéters métalliques, olives ou laminaires, plus rapides mais plus traumatisants.

M. Abadie fait un plaidoyer en faveur du **traitement du goitre exophtalmique par la sympathectomie.**

M. Vacher (d'Orléans) vante les avantages de **l'ablation totale des amygdales à l'anse froide**, de préférence à tout autre procédé.

L'anse froide est plus hémostatique, moins douloureuse dans ses suites, beaucoup plus facile, et elle permet d'un seul coup l'ablation totale. La section doit être faite lentement en deux à cinq minutes.

M. Ombrédanne conseille dans les **cancers étendus de la lèvre inférieure** le procédé suivant :

Ablation du néoplasme par une très large incision en V dont la pointe se trouve sous le menton, derrière les apophyses geni. Puis taille de deux grands lambeaux latéraux à pédicule inférieur intéressant toute l'épaisseur de la joue en avant du masséter et conservant à la face profonde du lambeau deux carrés de muqueuse qui, convenablement disposés, constituent à la nouvelle lèvre une double muqueuse complète.

L'opération s'effectue en un temps, ne laisse à découvert aucune surface cruentée, permet l'ablation du néoplasme, des ganglions, des territoires lymphatiques aussi large que quiconque peut le désirer. Elle donne une lèvre bien garnie de muqueuse à son bord libre, et doublée aussi de muqueuse sur toute sa face buccale.

M. Lagrange (de Bordeaux) fait remarquer que **les tumeurs malignes intra-oculaires** ont très rapidement envahi les tissus de l'orbite, alors que les symptômes cliniques ne le font pas prévoir. Il en résulte que l'énucléation est insuffisante et qu'il convient

de pratiquer l'**exentération sous-conjonctivale** totale de l'orbite selon le procédé que M. Lagrange a fait connaître.

M. Krafft (de Lausanne) dit que les échecs de la **sérothérapie préventive du tétanos** tiennent à une mauvaise application de la méthode. Le plus souvent on laisse les plaies malpropres, infectées, et avec des corps étrangers. Ce sont les associations microbiennes qui favorisent l'éclosion du tétanos.

Abraser les tissus malades, enlever les corps étrangers, faire une désinfection soignée, et pratiquer de suite une injection de sérum antitétanique. Telle est la bonne technique.

M. Alessandri (de Rome) avait eu un certain nombre d'insuccès dans les tentatives d'**anesthésie médullaire par les injections de stovaïne.** Malgré la régularité de la technique, les doses employées (5 à 7 centigrammes), il eut 10 insuccès sur 48 rachi-stovaïnisations; il eut encore 8 insuccès sur 42 cas avec le mélange stovaïne-chlorure de sodium.

Ces insuccès tiendraient à ce que la stovaïne se précipiterait au contact du liquide céphalo-rachidien alcalin. En ajoutant une goutte d'acide lactique pour 1 gramme de stovaïne, 1 gramme de NaCl et 10 grammes d'eau, M Alessandri n'a plus eu le moindre insuccès sur plus de 200 cas.

M. Imbert (de Marseille) revient sur les mérites, un peu oubliés aujourd'hui, du **protoxyde d'azote** en chirurgie générale.

Le protoxyde d'azote est un anesthésique parfait pour les opérations qui ne dépassent pas une ou deux minutes de durée (ouverture d'abcès, extirpation dentaire, ablation d'une petite tumeur, etc.). La principale objection qu'on puisse faire à son emploi, c'est qu'il est d'un prix relativement élevé, ce qui ne permet guère de l'appliquer à une certaine clientèle. A part cela, il a des avantages incontestables sur les autres anesthésiques généraux : il est beaucoup moins dangereux; il est facile à administrer; il donne une anesthésie rapide et parfaite, sans agitation du début, sans vomissement, avec réveil non moins rapide et sans malaise, ce qui permet au malade de reprendre immédiatement ses occupations.

M. Péraire a 26 cas de bonne anesthésie par la **scopolamine-morphine** associée ou non au chloroforme. M. Walther a pratiqué 216 anesthésies sans le moindre accident. M. Psaltoff (de Smyrne) attire l'attention sur le ralentissement très marqué du pouls.

M. Gourdon (de Bordeaux) fait une communication sur certaines **malformations congénitales atténuées de la hanche,** il en définit les caractères relevés sur des radiographies. Les malformations atténuées donneraient lieu, d'après l'étude de trois cas faits par l'auteur, à des symptômes cliniques apparaissant dans l'ordre suivant : sensation de fatigue appréciable déjà chez le tout jeune enfant; crampes dans les muscles de la cuisse et douleurs intermittentes dans la hanche; claudication légère. Ces divers symptômes apparaissent successivement, à mesure que s'exagère la surcharge apportée dans la hanche par l'augmentation du poids du tronc; ils sont donc signalés chez les sujets à des âges différents.

Il est à noter que ces symptômes sont rattachés habituellement à des troubles de la croissance, peut-être en radiographiant le bassin des malades pourrait-on, dans certains cas, découvrir une cause plus motivée : la déformation atténuée de la hanche.

M. Gourdon a traité ses malades en favorisant la position d'abduction du membre inférieur, pour obtenir un appui plus constant de la tête du fémur sur le fond de la cavité cotyloïde, au moyen de massage et de la gymnastique active des muscles pelvitrochantériens. Il est nécessaire, dans les cas où le fémur a tendance à se déplacer vers le haut, d'appliquer aussi un corset en celluloïd emboîtant exactement le bassin. Ce traitement assure des résultats durables.

M. Mencière (de Reims) fait quelques remarques à propos du procédé de réduction mécanique et extemporanée, par son levier, des **luxations congénitales de la hanche.** Il étudie et discute les avantages de son levier et insiste sur le traitement post-opératoire des luxations congénitales de la hanche.

M. Lardennois (de Reims) pratique le **redressement orthopédique des ankyloses vicieuses du genou, chez l'enfant, par l'ostéotomie chantournante des condyles du fémur.**

M. Ménard (de Berck-sur-Mer) revient sur les bienfaits de l'**astragalectomie dans la tuberculose tibio-tarsienne.** Indiquée dans la forme grave de la tuberculose tibio-tarsienne suppurée, l'astragalectomie établit un drainage plus parfait que toute autre intervention : arthrotomie, tunnellisation.

L'incision, unique, antéro-externe, commençant au-dessus de l'interligne tibio-tarsien, descend jusqu'à la tête astragalienne en suivant le bord externe du faisceau tendineux. L'astragale est enlevée en deux fragments, antérieur et postérieur, après section du col à la pince-gouge.

Les surfaces osseuses voisines sont respectées, et, s'il y a lieu, traitées avec la curette. On se garde de blesser inutilement le calcanéum et le scaphoïde.

La cicatrisation s'effectue dans un délai de deux à six mois, selon la complexité de la lésion.

La forme du pied, après la guérison, est à peine altérée : talon normal à peine raccourci, voûte plantaire un peu creusée, léger varus.

La néarthrose tibio-tarsienne est mobile, à moins d'adhérences cicatricielles du tendon d'Achille, suite de décollements fongueux.

La marche se rétablit presque immédiatement chez les enfants et devient vite régulière, la claudication est minime. Les fonctions reviennent plus tardivement et d'une manière moins parfaite chez l'adulte.

M. Calot appuie les conclusions de M. Redard sur l'efficacité du **redressement du mal de Pott** fait d'une certaine manière et maintenu longtemps par des appareils précis.

Il présente des radiographies d'enfants redressés depuis trois ans, cinq ans, huit ans, où l'on peut voir

que le dos est droit et cependant soudé en avant au niveau des corps vertébraux, c'est-à-dire que la grande objection faite théoriquement à la méthode (que le dos redressé ne se souderait pas) n'est pas fondée.

L'on peut voir sur ces radiographies le mécanisme du redressement qui devient définitif grâce aux deux facteurs suivants :

1° Le développement un peu plus exubérant des pièces restantes de la colonne des corps vertébraux décomprimés par le redressement et les appareils précis ;

2° Le développement un peu moins grand des pièces postérieures du rachis qui sont au contraire comprimées et gênées dans leur croissance par ce redressement et ces appareils.

Le rachis s'accroissant un peu plus en avant, un peu moins en arrière, l'égalité finit par se rétablir un peu plus tôt un peu plus tard.

En somme, le principe est celui qui régit toute l'orthopédie : à savoir que si nous créons pour les os déviés des conditions mécaniques et statiques inverses de celles qu'ils subissent, nous pourrons petit à petit en changer la forme.

Puisque l'on peut redresser les maux de Pott, on le doit, sans quoi la gibbosité s'aggravera. La malléabilité du squelette qui est un auxiliaire précieux, si l'on redresse, devient un facteur d'aggravation si l'on ne redresse pas.

M. Calot insiste encore sur la nécessité de s'occuper des **luxations congénitales de la hanche**, aussitôt le diagnostic fait. Plus les enfants sont jeunes, plus la guérison sera intégrale.

A l'appui de cette thèse, il a présenté au Congrès une trentaine d'enfants guéris de luxations congénitales simples ou doubles, après avoir été opérés en très bas âge (entre vingt mois et trois ans).

Tous ces enfants marchent d'*une façon impeccable*, au point que personne ne peut soupçonner l'infirmité ancienne.

Et les résultats anatomiques sont aussi parfaits que les résultats fonctionnels, comme en témoignent les radiographies.

M. Phocas (d'Athènes) lit l'observation d'un **genu recurvatum**, suite d'ostéomyélite chez un jeune homme de dix-huit ans. Une large ostéotomie à base postérieure permit d'obtenir un redressement complet.

M. Le Fort (de Lille) veut s'occuper seulement du genu recurvatum ballant non symptomatique.

Cette forme, qui n'est connue que dans une de ses variétés, le genu recurvatum de la coxalgie, comprend en réalité trois types :

1° Le *genu recurvatum des enfants alités*, dont celui de la coxalgie n'est qu'une variété ;

2° Le *genu recurvatum d'adaptation fonctionnelle*, compensateur d'une coxalgie guérie, d'une luxation congénitale, d'un pied bot, etc. ;

3° Le *genu recurvatum des enfants chétifs*.

La difformité, ordinairement peu accusée (de 10 à 35 degrés), s'accompagne habituellement de genu valgum dans la troisième variété, parfois dans la seconde, rarement dans la première. Elle est d'origine osseuse, épiphysaire, comme le montrent les radiographies qu'il a obtenues, et très différente du genu recurvatum rachitique, ainsi qu'on peut également le voir sur les radiographies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1906)

Sur la dialyse du sucre du sang. — MM. R. Lépine et Boulud montrent que le sucre du sérum *normal* ne dialyse pas habituellement. Mais il dialyse dans beaucoup de cas anormaux, notamment quand le sérum renferme du sucre de nouvelle formation. Ces faits sont en faveur de l'idée qu'à l'état *normal* le sucre n'est pas libre dans le sang. Or s'il est combiné, même très lâchement, aux matières albuminoïdes, on comprend qu'il ne puisse passer facilement dans l'urine.

Sur un troisième canal mandibulaire chez l'enfant, par M. R. Robinson. — A côté des deux canaux dentaires transitoire et permanent, qui parcourent le maxillaire inférieur du fœtus humain et que Rambaud et Renault ont remarquablement décrits, il en existe un troisième qui a passé inaperçu jusqu'à ce jour et qu'on peut nommer le troisième canal dentaire.

Ce conduit commence en arrière de la dernière molaire, dans la région du diastème postmolaire, suivant l'expression de Pelletier ; par un petit canal ovalaire, il se dirige de haut en bas et de dedans en dehors pour s'ouvrir dans le canal dentaire permanent à la base de l'épine de Spix.

Ce canal n'a pas un simple intérêt anatomique. Il intervient sans doute dans la pathogénie de certaines tumeurs kystiques du maxillaire inférieur, d'une part, et dans les éruptions de la dent de sagesse, d'autre part.

Pénétration du treponema pallidum (sp. pall.) dans l'ovule. — MM. Levaditi et Sauvage, à la suite de leurs recherches, se croient autorisés à affirmer que le *treponema pallidum est capable d'envahir les follicules de Graff et de pénétrer dans l'ovocyte.*

On conçoit l'intérêt d'une telle constatation au point de vue de la transmission héréditaire de la syphilis de la mère à l'enfant. De nouvelles recherches montreront si l'ovocyte infecté par le tréponème est capable d'évoluer et d'être fécondé. Néanmoins, *l'existence d'une infection spirochétienne de cet ovocyte rend bien probable la transmission de la syphilis de la mère au rejeton par l'ovule, en dehors de toute infection par voie placentaire évoluant pendant la grossesse.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1906)

Injection d'air dans la plèvre. — A propos de la communication faite par M. Dufour dans la dernière séance : « Sur l'évacuation en une seule séance de 3 litres et demi de liquide dans une pleurésie chronique par insufflation d'air dans la plèvre, » MM. Béclère et Vaquez reviennent sur la technique et les indications de ces insufflations d'air dans la cavité pleurale ; M. Béclère insiste sur ce fait que des appareils très

nombreux et très simples peuvent y être employés et que les plus simples sont les meilleurs. M. Vaquez insiste surtout sur les indications de ces injections gazeuses et sur la nature du gaz qu'il convient d'injecter. Il montre que les injections de gaz ont pour but, soit d'enrayer le processus tuberculeux en empêchant la décompression du poumon en l'immobilisant, soit de traiter l'épanchement dans la pleurésie aiguë; l'injection de gaz ne semble être indiquée que si par ce procédé on espère abréger la durée de la maladie. Par contre, dans les pleurésies récidivantes, l'injection gazeuse est le traitement de choix, que ces pleurésies soient récentes ou anciennes. Ceci dit, puisque l'injection de gaz agit surtout mécaniquement par pression en quelque sorte, il faut s'adresser au gaz dont la résorption est la plus tardive. L'air stérilisé, l'oxygène seul, s'éliminent rapidement; l'azote au contraire s'élimine très lentement. C'est ainsi que, dans un cas, M. Vaquez a pu retrouver l'azote huit mois après l'injection.

En résumé, si dans toutes les pleurésies récidivantes on peut obtenir des succès, c'est surtout dans les pleurésies tuberculeuses que ces succès se produisent.

Aphasie motrice sans lésions de la troisième circonvolution frontale. — Cette communication arrive à son heure, au moment où cette question de l'aphasie est à nouveau discutée; elle vient à l'appui de la doctrine soutenue par M. Marie.

M. Souques présente le cerveau d'une aphasique. Il s'agit d'une jeune femme atteinte de rétrécissement mitral, qui fut prise brusquement d'une attaque apoplectique et à la suite d'hémiplégie droite avec aphasie. Cette aphasie portait sur tous les modes du langage conventionnel, mais l'agraphie et l'aphémie étaient prédominantes, et le diagnostic d'aphasie motrice s'imposait. La malade mourut à la suite d'accidents pleuro-pulmonaires d'origine embolique; à l'autopsie, on trouva un foyer unique de ramollissement occupant l'hémisphère gauche. Ce foyer avait détruit la moitié postérieure des deux premières circonvolutions temporales (centre de l'aphasie sensorielle de Wernicke).

La circonvolution de Broca *était tout à fait respectée.* Le foyer intéressait la circonvolution postérieure de l'insula, la moitié postérieure de la circonvolution temporale et atteignait en plus la partie postérieure et externe de la zone lenticulaire et la région capsulaire adjacente.

M. Pierre Marie fait constater que cette observation et cette pièce tout à fait remarquable sont de nature à appuyer sa doctrine, car il paraît impossible de voir un cas d'aphasie plus nette et une circonvolution de Broca plus intacte.

Paralysie par élongation du nerf tibial antérieur. — M. Souques présente un malade atteint de paralysie du nerf tibial antérieur gauche. Le pied est tombant et ne peut être redressé. Les muscles péroniers latéraux et les fléchisseurs sont respectés. Il n'y a ni troubles sensitifs ni troubles trophiques. L'examen électrique a montré l'existence de la réaction de dégénérescence. La paralysie est étroitement limitée au domaine du nerf tibial antérieur. Le musculo-cutané et le sciatique poplité interne sont indemnes. Cette paralysie est survenue à la suite du maintien prolongé dans la position du tireur à genoux. Dans cette position le nerf tibial antérieur a subi une élongation du fait de l'hyperextension du pied sur la jambe.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques guérie par une injection intra-rachidienne de collargol. — MM. Widal et Ramond présentent un malade chez lequel le méningocoque a disparu du liquide céphalo-rachidien quelques jours après l'introduction du collargol. Le malade a guéri en quelques jours. Ce fait montre une fois de plus combien la voie rachidienne est facilement abordable pour l'introduction de substances médicamenteuses.

Vomissements incoercibles chez les nourrissons (présentation de malades). — M. Variot. (Une erreur typographique ayant dénature le résumé de cette communication faite dans la dernière séance, nous y revenons.)

M. Variot présente deux enfants chez lesquels les vomissements incoercibles furent arrêtés par la substitution au lait maternel du lait stérilisé additionné de citrate de soude. Il y avait dans ces cas une sorte d'intoxication par le lait maternel, qui, pour n'être pas fréquente, n'est cependant pas aussi rare qu'on pourrait le croire, et chose curieuse, l'analyse du lait est incapable d'en fournir la raison.

M. Variot insiste avec raison sur ces faits qui démontrent une fois de plus l'action anti-émétisante si fidèle du citrate de soude.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 17 octobre 1906)

L'invagination intestinale chez les jeunes enfants. — A propos de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur ce sujet et à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue, M. Kirmisson apporte au débat le fait suivant :

Une fillette de vingt et un mois est atteinte de diarrhée, d'entérite. Le 8 octobre, en faisant un violent effort elle est prise de douleurs vives dans le ventre et rend du sang par l'anus. Elle a une véritable épistaxis intestinale. Le lendemain 9 octobre, elle a des vomissements biliaires et rend des glaires sanguinolentes. Le 10, les vomissements deviennent incessants et l'enfant ne rend plus ni gaz ni matières. On l'amène à l'hôpital, le soir, dans un état général grave; le pouls est à 92, la température à 37°8; le ventre est ballonné et dans le côté gauche on sent une masse indurée, un véritable boudin. Le chef de clinique de M. Kirmisson fait aussitôt la laparotomie, arrive sur le boudin invaginé, procède aisément à la désinvagination; il constate un point de sphacèle douteux qu'il enfouit dans une suture. Cette opération, faite quarante-six heures après l'invagination, n'a eu aucun résultat utile; dix heures après l'enfant succombait.

C'est là, dit M. Kirmisson, une histoire tristement classique; c'est ainsi, en effet, que les choses se passent dans l'immense majorité des cas. Ces enfants sont amenés trop tard aux chirurgiens, comme il y a vingt-cinq ans les hernies étranglées leur arrivaient trop tard, comme il y a quelques années les appendicites leur étaient soumises trop tard. Or il faut que l'évolution qui s'est faite pour les hernies étranglées, pour les appendicites, se fasse aussi pour les invaginations intestinales chez l'enfant qui ne peuvent être guéries que par une intervention immédiate.

Il est bien entendu que ce langage ne s'adresse pas aux membres de la Société de chirurgie qui sont tous fixés sur ces faits, mais bien aux médecins, aux praticiens qui doivent faire le diagnostic précoce de l'invagination intestinale et, aussitôt le diagnostic fait, faire appel à la chirurgie.

De la phlébite. — M. Broca fait un court rapport sur un fait adressé par M. Dieulafé (de Toulouse) : Un jeune homme de vingt-deux ans est opéré à froid après un grand nombre

de crises appendiculaires. Tout se passe bien ; mais le quinzième jour apparaît une phlébite du membre inférieur gauche. Pourquoi la phlébite à gauche quand l'opération a eu lieu à droite ? M. Dieulafé pense que cela tient à ce que le membre droit est resté immobilisé, tandis que le membre gauche resté libre s'est remué plus facilement. M. Broca transmet cette explication sans beaucoup y croire. De ce fait, M. Broca rapproche celui d'un confrère de l'armée qui a eu une phlébite à gauche après avoir été opéré d'une hernie inguinale droite, ainsi que celui d'une malade qu'il a opérée d'une double hernie, qui a eu une phlébite à droite et qui est morte brusquement d'embolie.

M. Routier rapporte le cas d'une jeune fille opérée à froid d'appendicite dans d'excellentes conditions. Suites parfaites. Le neuvième jour elle eut brusquement une crise d'embolie qui dura deux heures. Elle se remit, puis elle eut ainsi trois ou quatre crises d'embolie à la suite desquelles apparut une phlébite qui dura deux mois. Mais à partir du moment où apparut la phlébite, les accidents d'embolie ne se reproduisirent plus. Cette malade a fini par guérir très bien.

M. Potherat sur un grand nombre d'appendicites n'a eu à constater qu'un seul cas de phlébite chez un homme de quarante ans. C'est d'abord le côté gauche qui a été pris, puis le côté droit.

M. Tuffier croit que, dans l'espèce, l'appendicite intervient ici comme cause d'infection générale et que le côté gauche est pris plus souvent que le côté droit parce qu'il est plus faible et plus accessible aux atteintes de l'infection.

M. Legueu distingue les phlébites consécutives aux appendicites aiguës, phlébites semblables à celles qui peuvent succéder à toute infection, de ces phlébites survenant après une opération à froid, aseptique et bénigne, dont l'interprétation est des plus difficiles.

M. Kirmisson fait observer que la phlébite est extrêmement rare chez l'enfant après l'intervention pour appendicite. Il n'en a, quant à lui, jamais observé un seul exemple.

M. Tuffier est convaincu que, dans ces cas de phlébite, il s'agit d'infection opératoire.

M. Routier le croit aussi, en regrettant qu'il soit si difficile de l'expliquer et de l'éviter.

Pour M. Guinard, la phlébite post-opératoire n'est pas si rare chez l'adulte. On la constate aussi bien après l'appendicite opérée qu'après l'appendicite non opérée. Dans la thèse de M. Petit sont rapportés plusieurs cas de phlébites et même d'embolies mortelles après l'opération faite à froid.

M. Walther a rarement observé la phlébite dans les grosses infections appendiculaires. Mais il a rencontré assez souvent de petites phlébites à la suite de l'appendicite opérée à froid. Il l'a même constatée chez des malades non opérés. Pour M. Walther, il s'agit dans ces cas de phlébites d'origine infectieuse intestinale. Bien souvent même ces phlébites peuvent passer inaperçues.

M. Félizet ne l'a jamais vue chez l'enfant. Il croit qu'on peut dire que la phlébite est à peu près sans exemple dans la chirurgie infantile.

Nous sommes tous d'accord sur ce point, ajoute M. Broca. C'est aussi, suivant lui, une question d'infection.

La suture de l'urètre. — M. Legueu fait une communication dans laquelle il s'applique à démontrer que les résultats éloignés de la suture de l'urètre après une rupture traumatique, sont bien loin d'être favorables. Les suites immédiates de la suture sont généralement assez bonnes, les malades quittent l'hôpital avec l'apparence de la guérison. Puis après deux ou trois mois ils y reviennent avec des rétrécissements infranchissables.

M. Legueu cite plusieurs exemples de ce genre. La conclusion que M. Legueu tire de ces faits, c'est qu'il faut faire la réparation de l'urètre en deux temps. Dans un premier temps on abouche les deux bouts de l'urètre à la peau, le postérieur en arrière, l'antérieur en avant. Dans un second temps, on fait une autoplastie de l'urètre.

M. Bazy estime que M. Legueu a un peu exagéré l'insuccès de la suture de l'urètre dans les ruptures de ce canal. Dans certaines circonstances, la suture immédiate des deux bouts de l'urètre rompu peut donner de très bons résultats — même éloignés.

M. Félizet ne croit pas qu'il soit possible, un urètre étant rompu, de suturer le bout postérieur à la peau.

M. Legueu reconnaît qu'il y a des cas où cela est impossible.

M. Broca pense que quand on ne trouve pas le bout postérieur, il vaut mieux s'en tenir là que de recourir au cathétérisme rétrograde après cystotomie.

La discussion se poursuit ainsi entre MM. Legueu, Félizet, Broca, Hartmann, Poirier, Bazy, les uns condamnant, avec M. Legueu, la suture bout à bout du canal de l'urètre, d'autres, plus rares, lui restant fidèles, le plus grand nombre enfin, rejetant, dans ces cas, le cathétérisme rétrograde après cystotomie.

Suivent les présentations :

Un énorme **fibrome calcifié** du mésentère présenté par M. Guinard.

Un **fibrome du vagin** présenté par M. Routier.

Une **production cornée** extraite de la muqueuse de la lèvre inférieure d'un homme de soixante-dix ans, par M. Villemin.

Enfin, M. Souligoux nous a montré un fœtus de huit mois et demi, qu'il a extrait du ventre d'une garde-barrière qui avait reçu un coup de tampon de locomotive d'où il était résulté une rupture utérine. M. Souligoux a extrait aussi les débris de l'utérus. Cette femme a fort bien guéri.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 20 octobre 1906)

Recherches sur le nombre et la situation des parathyroïdes chez le chien. — On décrit chez le chien, quatre parathyroïdes, deux internes superficielles, deux externes, appendues à l'artère thyroïdienne supérieure.

Cette situation n'est pas constante (Gley, Moussu, Vassale et Pianeu). Aussi M. L. Alquier a-t-il recherché, chez quinze chiens, la situation et le nombre des parathyroïdes. Voici ses résultats : 1° Les quinze corps thyroïdes, débités en coupes frontales sériées, ont montré neuf fois la disposition classique ; les deux parathyroïdes internes ont toujours paru accolées à la thyroïdienne supérieure, dont il a pu suivre le trajet à l'intérieur de l'organe. Une fois la parathyroïde externe était intra-thyroïdienne, sous la capsule, complètement invisible extérieurement. Deux fois la parathyroïde interne était voisine du pôle inférieur : intra-thyroïdienne, dans un cas, elle était, dans l'autre, au-dessous de son pôle inférieur. Dans les trois derniers cas, il y avait des parathyroïdes supplémentaires ; une fois, deux externes à quelques millimètres l'une au-dessous de l'autre ; une autre, deux internes

au même niveau, séparées par l'artère; une seule très allongée était superficielle, par son milieu seulement, ses deux extrémités plongeant dans le thyroïde; près de l'une d'elles était un petit nodule, paraissant isolé. Enfin dans le dernier cas, on a seulement trouvé quatre petites glandules disséminées sur la face externe du thyroïde : rien dans son intérieur.

2° M. Alquier a vainement recherché les parathyroïdes aberrantes, dans l'espoir de les voir s'hypertrophier, il les a recherchées chez dix chiens qui deux ou trois mois auparavant avaient subi des ablations plus ou moins complètes, en un ou plusieurs temps, de l'appareil thyro-parathyroïdien. Malgré des dissections soigneuses, avec vérification histologique de tous les fragments douteux, il n'a rien trouvé. Ces recherches montrent combien incertaine est chez le chien, l'ablation complète des seules parathyroïdes et la nécessité, dans ces expériences, d'une recherche histologique complète des parathyroïdes qui peuvent rester incluses dans les lobes thyroïdiens ou à leur surface.

Imprégnation argentique des neurofibrilles sympathiques de l'homme. — M. Laignel-Lavastine, par la méthode de Cajal, distingue, dans les ganglions sympathiques de l'homme, trois variétés de cellules nerveuses.

Les plus nombreuses (grandes cellules réticulées) ont les mailles de leur réticulum polygonales, constituées par de grosses fibrilles primaires fortement imprégnées en noir. Ce réticulum présente deux zones de condensation, l'une corticale et l'autre péri-nucléaire. Les mailles s'allongent à l'origine des dendrites. Dans les prolongements, les fibrilles sont à peu près parallèles. Les autres cellules, plus petites, ont leurs fibrilles disposées de même (petites cellules réticulées) ou contiennent des fibrilles plus fines qui dessinent dans la masse de leur protoplasma des mailles tellement allongées qu'elles donnent à ces cellules l'aspect fasciculé (cellules d'aspect fasciculé). Quand on regarde à un fort grossissement ces cellules et qu'on suit leurs fibrilles sur une certaine longueur, on voit que, croisant leurs voisines, elles démilitent des mailles. On remarquera le parallélisme de ces résultats avec ceux fournis par la méthode de Nissl. Il est en effet facile d'identifier les grandes gryochromes aux grandes cellules réticulées, les petites gryochromes aux petites cellules réticulées et les cellules arky-stichochromes aux cellules d'aspect fasciculé ou cellules pseudo-fasciculées.

Les figures fournies par les deux méthodes sont donc bien l'une à l'autre comme le positif au négatif en photographie. Si donc on applique aux cellules nerveuses sympathiques de l'homme la terminologie employée pour la structure cellulaire en général, on peut dire que les divers aspects de leur protoplasma tiennent aux variations du spongioplasma qui enserre dans ses mailles plus ou moins allongées l'hyaloplasma.

Un nouvel endiomètre. — M. Gréhant présente un endiomètre à eau formé d'une cloche de 50 centimètres cubes maintenue par un support spécial de son invention.

Les gaz combustibles mélangés avec de l'oxygène et de l'air sont enflammés par une anse de platine portée au rouge blanc par une batterie d'accumulateurs. Lorsque les proportions de gaz combustibles sont suffisantes, un seul passage du courant permet d'obtenir une combustion complète; lorsque ces proportions sont faibles, il est nécessaire de faire passer 200 fois le courant, pour obtenir une combustion complète.

L'endiomètre est ainsi transformé en grisoumètre et peut rendre de grands services dans la recherche et le dosage des gaz combustibles tels que l'hydrogène, l'oxyde de carbone, le formène et l'éthylène.

Corps thyroïde et équilibre thermique. — Pour MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild, le corps thyroïde a une influence manifeste sur l'équilibre thermique. En effet : 1. les myxœdémateux, les animaux thyroïdectomisés ont une température centrale abaissée; 2. la température des basedowiens est souvent au-dessus de la normale; 3. la chaleur animale augmente sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne chez les athyroïdiens et les hypothyroïdiens; 4. il en est souvent de même chez les femmes enceintes à la phase hyperthyroïdienne de la grossesse.

Le corps thyroïde, pour conditionner la chaleur animale, met en jeu les procédés habituels de la thermogenèse, et de la régulation thermique.

Les variations thermiques déterminent une série d'autres modifications, véritables symptômes du myxœdème et du goitre exophtalmique.

Des dépenses de l'organisme pendant l'allaitement chez la cobaye. — Après avoir suivi les dépenses de l'organisme pendant la *grossesse*, M. Maurel a poursuivi ses recherches sur les mêmes animaux pendant l'*allaitement*; et il est arrivé pour la cobaye à ces conclusions :

1° Que dès le début de l'allaitement les dépenses sont sensiblement augmentées et que cette augmentation s'accentue jusqu'au sevrage;

2° Que pendant les quelques jours où les jeunes cobayes ont une alimentation mixte, leurs dépenses jointes à celles de la mère sont sensiblement les mêmes que celles de la mère seule pendant la dernière période de l'allaitement.

Corps jaune et surrénale. — M. Miclon fait un parallèle entre les phases de l'évolution de la cellule à lutéine et les aspects schématiques de la cellule cortico-surrénale chez le cobaye. Ce parallèle amène à assimiler le corps jaune de gravidité à une cortico-surrénale temporaire en même temps qu'il fournit un argument de plus en faveur de la théorie de l'évolution de la cellule corticale surrénale.

Histogenèse des lésions tuberculeuses du poumon humain. — S'appuyant sur les résultats de l'examen histologique, M. Letulle s'élève contre la théorie classique d'après laquelle le bacille de Koch peut réaliser, dans le poumon, deux sortes de lésions : l'une granulique, d'origine hématogène, et l'autre, pneumonique, d'origine aérienne, et admet que celle-ci comme celle-là relèvent d'une infection sanguine.

Autres communications :

Sur l'ankylostomiase du chien au Sénégal. — MM. Thiroux et Tappaz.

Sur le sentiment agréable produit par la vue des formes géométriques simples. — M. Féré.

Pouvoir bactéricide du sérum de diverses espèces animales à l'égard du bacille pyocyanique. Infection pyocyanique par ingestion. — M. Brau.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Delens et Proust ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Legry et Claude ; — M. Teissier, suppléant.

Mardi 30 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Berger, de Lapersonne et Auvray ; — (2e série) : MM. Pozzi, Hartmann et Morestin ; — (2e partie) : MM. Robin, Dupré et Carnot ; — M. Langlois, suppléant.

Mercredi 31 octobre, à une heure. — 1er (oral) : MM. Reclus, Sébileau et Cunéo.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Terrier, Retterer et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 3 novembre, à une heure. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Guiart ; — (2e série) : MM. Robin, Gouget et Bezançon.

4e : MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez ; — M. André Broca, suppléant.

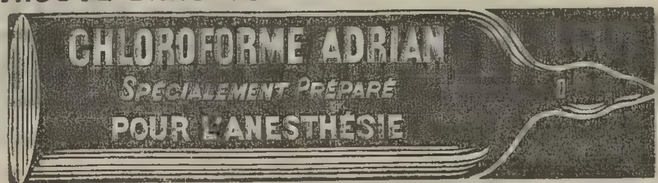
5e (1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 31 octobre 1906, à une heure. — M. THIBONNEAU. Contribution à l'étude des paralysies radiculaires supérieures, et en particulier de leur diagnostic. (MM. Brissaud, président ; Gaucher, Segond et Mauclaire.) — M. ROUSSELOT. Déterminations de la blennorragie sur la prostate et les vésicules séminales. (MM. Gaucher, président ; Brissaud, Segond et Mauclaire.) — M. PASTOUR. De la conduite à tenir en présence de corps étrangers de l'œsophage. (MM. Segond, président ; Brissaud, Gaucher et Mauclaire.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du nez, par le docteur A. MÉNIER, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien chef adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, ancien assistant de la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté, lauréat de l'École de médecine. In-18° cart., 178 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

Comment prendre l'huile de foie de morue, par le docteur COSTE DE LAGRAVE. Broch. de 70 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique, par le docteur WICART. In-8° de 188 p. — Paris, Paulin et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 24 octobre 1906.

Le certificat d'études médicales supérieures semble décidément soulever autant d'enthousiasme parmi les syndicats médicaux (1) que la loi du repos hebdomadaire parmi ceux qui sont appelés à en « bénéficier ».

On sait que ce certificat est la conséquence du dédoublement du concours d'agrégation actuel : il remplacera l'admissibilité (2). Son utilité *pour l'agrégation* est incontestable, notre ami Léon Imbert l'a clairement démontré ici-même (3), mais n'était-il pas possible d'améliorer l'agrégation sans soulever les légitimes appréhensions de l'immense majorité des praticiens ?

Bien que la Commission qui a élaboré le nouveau règlement s'en défende, de nombreux confrères nous ont écrit, craignant qu'elle ne soit tombée dans l'erreur du doctorat en pharmacie en créant une classe de docteurs *supérieurs* à côté des docteurs ordinaires ou *inférieurs*.

(1) Protestations du syndicat médical de Lille, *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 117, p. 1394; — Syndicat du Sud-Est, *Id.*, 1906, n° 118, p. 1406; — Association des médecins de la Seine, *Id.*, 1906, n° 120, p. 1430.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 86, p. 1025 à 1031.

(3) Agrégés et sous-agrégés, par M. Léon Imbert, *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 92, p. 1095 à 1097.

Les craintes des praticiens sont justifiées par cette phrase que nous trouvons dans le rapport de M. Briand au président de la République (1) :

« Mais ce certificat n'a pas pour unique sanction le droit de s'inscrire en vue du concours de l'agrégation. Il sera recherché par ceux qui, ne se sentant pas de propension ou d'aptitude à l'enseignement, mais ayant fait un effort sérieux pour s'instruire, estimeront qu'il n'est pas mal d'en pouvoir *fournir* la preuve. »

S'il ne s'agissait que d'*admissibles* à l'agrégation, le nouveau certificat n'aurait rien de bien révolutionnaire. Les admissibles au concours de médecins des hôpitaux de Paris, pour prendre un exemple dans notre profession, n'ont jamais porté ombrage à personne et n'ont pas l'habitude de mettre ce titre sur leurs cartes de visite.

Il n'en sera pas de même pour les *docteurs supérieurs* qui se pareront, soyez-en sûrs, et ce sera légitime, de ce titre de diplômé des études médicales supérieures.

Or le certificat n'est pas donné au concours, mais à la suite d'un examen; le nombre des diplômes est donc illimité, il est à craindre que la faveur et la recommandation aidant, le titre ne soit bientôt plus répandu que ne l'ont prévu ses créateurs.

Le danger n'est que là, mais il est là.

Pour rassurer l'opinion médicale, on pourrait évidemment transformer l'examen en *concours* au nombre de places limité et le baptiser du nom banal mais peu inquiétant de « concours d'aptitude à l'agrégation et aux différentes fonctions des facultés et écoles ».

Le moyen est trop simple pour avoir quelques chances d'être adopté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Passot, Nadier, Dumont, Rolland, Mlle Cosmovici, MM. Vandescal, May, Jacquet (Paul), Petit (Henri), Vielle,

11. Mlle Delage, MM. Durand (Henri), Rousseau (Ferdinand), Barthélemy, Chamorro, Frette, Laisney, Lamy, Turquety, Buquet,

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 1026, 2e alinéa.

21. M. Mignot, Mlle Blanc (Gratia), MM. Girault-Albans, Huber, Villette (Jean), Desplas, Butel, Riou, Bricourt, Vinay,

31. MM. Cassard, Maurer, Mlle Parisse, MM. Winaiver, Amaudrut, Beck, Monnier, Philippon, Pouilloux, Sébillotte,

41. MM. Guédeney, Leporcq, Larreyte, Plaisant, Rousseau (Fernand), Gillard (Henri), Mlle Landesmann, MM. Plesse, Vincent (Max), Bobeau,

51. MM. Desbouis, Goret, Mlle Kassler, MM. Larroque (Joseph), Legal-Lasalle, Mlle Lenormand, MM. Logre, Bodineau, Mlle Defiol, M. Michel,

61. MM. Photiadis, Teyssier, Boudot, Hadingue, Mercier, Mlle Peltier, MM. Vermenouze, Bœckel, Chardin, Desnoues,

71. MM. Paynel, Pierrot, Rosse, Verdun, Butin, Vilfroy, Chaufour, Fontanier, Koechlin, Labernadie,

81. MM. Noël (André), Darrieux, Gaston (Edgar), Goldsmith, Lafon, Lefèvre (Louis), Fallot, Rehm, Pizon, Donzelot,

91. MM. Le Pontois, Baudouin (Emile), Guillemet, Leulier, Béraud, Bougeant, Bruel, Girard (Alfred), Gouyon-Beauchamps, Monod (André),

101. MM. Parent, Siviecinski, Netter, Petit (Charles), Saglier, Michaut, Tripier, Mlle Bonteil (Thérèse), MM. Colibert, Chatelin (Charles),

111. MM. Toffin, Betoux, Mersey, Mlle Baillet, MM. Gaillard, Molinié, Soneix, Mlle Haïmovitch, MM. Renault, Bourguet,

121. MM. François (Maurice), Mougenc-de-Saint-Avid, Achard, Gassier, Mlle Hertz, MM. Prigent, Zaepffel, Bleynie, Godéchoux, Monbrun,

131. MM. Hattat, Larcher (Marcel), Queste, Gastaldi, Judel, Klefstad, Sourdelle, Villatte (Paul), Wilmet, Amblard,

141. MM. Babiaud, Dogny, Le Brun, Mlle Trency, MM. Grahaud, Gastaud (Paul), Bilbault, Bourdette, Rocher, Cuvillier,

151. MM. Potherat, Bouquier, Mlle Kœnigson, MM. de la Vallée, Colleville, Hanriot, Le Roy (Pierre), Tribes, Jaisson, Krebs,

161. MM. Monflet, Gontier (Jean), Mouradian, Adain, Lancrenon, Breuillet, Lehmann (Paul), Pigé, Autier, Casalis,

171. MM. Dorlencourt, Goldstein, Chastel, Gillard (Joseph), Dive, Guillot, Mlle Cohen, MM. Langlet, Dubois (Fernand), Moussour,

181. MM. Madelaine, Besnard (Jacques), Bertrand, Mlle Ricard, M. Fournier, Mlle Schechtmann, MM. Pougaud, Reinhold, Gauthier (Philippe), Mailet (François),

191. MM. Moreau (René), Daniel, Pruvost, Sanjurjo, Bel, Caux, Ségaux, Colanéri, Albertin, Bardet (Henri),

201. MM. Chaineaux, Fusélier, Taphanel, Cornet, Delot, Mlle Gougel, MM. Mélamet, Petit (Arnold), Chatelain (Marcel), Doffins,

211. MM. de Barric, Gaufroy, Gréhant, Aurégan, Gallas, Aubert, Berthomier, Fége, Perrin, Pollet,

221. MM. Thierry, Brunet, Basthard-Bogain, Bièrer, Segherdtzian, Chapuis, Fourrey, Pfeiffer, Duchateau, Sauty,

231. MM. Torné, Baudot, Clogne, Delaplane, Istria, Bilot, Kamenzer, Mlle Nikolsky, MM. Lejeune, Michelet,

241. MM. Mikaïlovitch, Potiron, Barnathan, Lenoël, Gegermacker, Verrier (Pierre), Corre, Garriguenc, Jaugeas, Figoivski,

251. M. Guichou, Mlle Aronovitch, MM. Baudouin (Henri), Toro, Jacquemin (Edouard), Pasquet, Alvergnat, François (Bernard), Dariaux, Mlle Goldenfan,

261. MM. Sérin, Bulliard, Fricker, Mallet (Lucien), Maugis, Portret, Rabourdin, Renevey, Scheurer, Jacquot (Georges),

271. MM. Gorbon, Desemery, Gonthier (André), Adler, Bodet, Garnier.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en argent est décernée à M. le docteur Dupuy (de Canton) [épidémie de peste].

La médaille de bronze est décernée à MM. Buisson, interne en pharmacie à l'hôpital Hérold à Paris, et Vullien, interne à l'hôpital civil de Tunis.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt fur innere Medizin. — (N° 40, 6 oct. 1906.) ROSENFELD : Pannicule adipeux sous-cutané et diète. — SCHUMM et REMSTEDT : Recherche du sang au moyen de la paraphénylènedyamine.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 117, 30 sept. 1906.) Giuseppe SERAFINI : Notes cliniques et statistiques sur l'épithélioma primitif de la vulve. — Carlo TREVISANELLO : Orchite aiguë protopathique et localisations extra-parotidiennes du virus des oreillons. — A. CIPOLLETTA : Pathogénie de la sténose mitrale pure. — Prof. S. GIOVANNINI : Constatations nouvelles de papilles pilifères composées. — Luigi FORNARI : Brèves considérations sur les techniques actuellement employées pour détacher les croûtes dans l'ozène et exposition d'une nouvelle méthode rationnelle. — Gustavo CANTAMESSA : A propos d'une petite épidémie de goitre. — (N° 120, 7 oct.) Salvatore DIEZ : L'épreuve de Salomon pour le diagnostic du carcinome de l'estomac. Contribution clinique. — Giulio FUNAIOLI : La valeur des divers symptômes d'insuffisance hépatique. — Merigo ANGELO : Le sérum antituberculeux de Maragliano et la tuberculose pulmonaire; — Le sens stéréognostique chez les aliénés par rapport aux troubles de la sensibilité générale. — Emilio DOMENICI : Un cas de grossesse tubaire interstitielle. — Leçon du prof. E. DE RENZI : Les scrofuloses. — (N° 123, 14 oct.) G. GHEDINI : Pleurésies et péritonites par bacilles de Pfeiffer. — Spiro LIVIERATO : Sur la genèse et la signification des bruits de souffle veineux continus. — G. CORBERI : Un cas d'épanchement gazeux sous-phrénique. — Giovanni ROMANELLI : Les oscillations de la température et du poids en rapport avec les altérations anatomo-pathologiques dans la tuberculose expérimentale. — Pietro TUMMINIA : Recherches sur la morphologie du bacille de Koch dans les diverses formes cliniques de tuberculose pulmonaire. — Gustavo MINCIOTI : A propos d'un cas de dystrophie musculaire progressive.

Medizinische Blatter. — (N° 40, 6 oct. 1906.) VENUS : Etat actuel de la question de l'appendicite. — BASS : Sur l'anémine.

Riforma medica. — (N° 40, 6 oct. 1906.) A. SIGNORELLI : Les réflexes viscéraux des pupilles et l'anisochorie splénique. — Oreste CIGNOZZI : Adamantinome kystique multiloculaire des maxillaires inférieurs. — Francesco SORRENTINO : Contribution à la chirurgie cérébrale. Lobes frontaux. — (N° 41, 13 oct.) G.-B. ALLARIA : Sur un syndrome pseudo-ascitique chez les enfants atteints de dyspepsie chronique. — Paolo FIORI : L'intervention chirurgicale dans le stade intermédiaire de l'appendicite aiguë. — Oreste CIGNOZZI : Adamantinome kystique multiloculaire du maxillaire inférieur (*suite*).

(Voir la suite, p. 1463.)

AMPUTATION OSTÉO-PLASTIQUE FÉMORO-ROTULIENNE DE GRITTI

AVEC SUTURE MÉTALLIQUE DES DEUX OS

NOUVELLE SÉRIE DE CINQ CAS PERSONNELS

GUÉRISON. MARCHE SUR LE BOUT DU MOIGNON

Par le docteur S. SZCZYPIORSKI
[de Mont-Saint-Martin (1)].

Depuis ma première communication à la Société de chirurgie de Paris (14 novembre 1900) relatant trois cas personnels d'amputation de Gritti et due à l'obligeance de M. Léjars, professeur agrégé, et la publication de ces cas dans la *Gazette des hôpitaux* (10 janvier 1901), la littérature de la question s'est notablement enrichie en France.

En effet, en 1901, deux thèses ont été présentées à la Faculté de Paris traitant ce sujet, celle de A. Chabrol (2) et celle de F. Lassallas (3). En 1902, une communication a été faite à la Société de chirurgie sur quatre cas d'amputation de Gritti pratiquée par Bussière (4); une thèse, effleurant le sujet qui nous intéresse, a été soutenue à la Faculté de Paris par F. Choffé (5). En 1903, Mériel (de Toulouse) publie dans les *Archives provinciales de chirurgie* quelques considérations sur le résultat éloigné d'une amputation de Gritti à l'occasion d'un cas de Calot (6). Enfin en 1904 paraît l'article de Pluyette (de Marseille), dans le *Marseille médical*, à l'occasion d'un cas personnel (7).

Ces publications, favorables à la méthode, prouvent que les sympathies du monde chirurgical français, malgré quelques notes discordantes et irréductibles, il est vrai, de la part de ceux qui ne l'ont jamais pratiquée, paraissent gagnées à la cause que je défends ici. A l'appui de mes conclusions antérieures et de celles des autres auteurs, je publie le résultat de mon expérience personnelle comprenant cinq nouveaux cas. Bien qu'ils aient été l'objet d'un rapport à la Société de chirurgie encore le 18 mai 1904, j'ai retardé leur publication, de parti pris, afin de les soumettre davantage à l'épreuve du temps. Celle-ci est faite et me paraît suffisante. Dans tous les cas revus les résultats acquis se maintiennent. Un de mes clients de la première série, opéré le 8 février 1898 et revu en mai 1906, donc *plus de huit ans après l'intervention* (1), les opérés (v. les Obs. II, IV et V) revus *trois ans et demi* et *trois ans* après l'opération, marchent tous toujours parfaitement bien sur le bout de leur moignon.

Les observations, dont cette note fait l'objet, malgré quelques incidents gênants, mais point graves : formation d'un ostéome et rupture du fil dans un cas (Obs. I); formation de fistules peu durables dans un autre (Obs. III), constituent une nouvelle plaidoirie en faveur de l'excellence de la méthode. Je ne veux pas reprendre tous les arguments évoqués pour et contre le procédé. Ils ont été exposés ailleurs (2), et il n'y a rien à y ajouter. Pour éviter des redites, je me bornerai à l'exposition des faits qui ont leur éloquence.

En colligeant les cas publiés en France et en y comprenant mes cinq nouveaux cas, j'en arrive au chiffre de 29. De ce nombre 12 cas sont antérieurs à l'année 1900 et sont mentionnés ailleurs (3). Voici comment se décomposent les cas publiés postérieurement à l'année 1900 :

Blum (4)........................	2 cas.
Termet [du Havre] (5).........	2
Sorel (du Havre) en collaboration avec Le Nouëne (6).....	1
Engelbach [du Havre] (7).....	1
Bussière (8).....................	4
Chalot [de Toulouse] (9)........	1
Pluyette [de Marseille] (10)....	1
S. Szczypiorski (11)...........	5

Au total, 17 nouveaux cas.

Dans mes cas actuels, je me suis servi quatre fois de la suture osseuse par ma méthode de cerclage transversal; dans le cinquième, j'ai appliqué la suture verticale postérieure préconisée par Gritti en 1890 (12).

Tous mes cinq cas se sont terminés par la guérison. Dans tous les cas, la marche s'effectue, le bout du moignon s'appuyant directement sur l'appareil prothétique.

Observation I. — *Détachement de la cuisse droite. Fracture ouverte de la cuisse gauche. Gangrène de la jambe. Amputation de Gritti. Cerclage métallique transversal. Ablation d'un ostéome consécutif. Rupture du fil métallique. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — François M..., âgé de vingt-deux ans,

(1) Communication faite à la Société de chirurgie de Paris, par M. Lejars, le 18 mai 1904.

(2) A. Chabrol. *Contribution à l'étude de l'amputation ostéo-plastique fémoro-rotulienne (procédé de Gritti)*, Paris, 1901.

(3) F. Lassallas. *Etude de l'amputation sus-condylienne de la cuisse par la méthode ostéo-plastique fémoro-rotulienne de Gritti*, Paris, 1901.

(4) J.-A. Bussière. Amputation ostéo-plastique fémoro-rotulienne, in *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 3 déc. 1902, p. 1156-1158 et in *Revue de chir.*, 10 mars 1903, p. 306-316.

(5) F. Choffé. *De la désarticulation du genou, de l'amputation intra et sus-condylienne fémorale*, Paris 1902.

(6) Mériel (de Toulouse). Résultat éloigné d'une amputation de Gritti, in *Arch. prov. de chir.*, 1er juil. 1903, p. 409-417.

(7) Pluyette. Amputation ostéo-plastique fémoro-rotulienne de Gritti, in *Marseille méd.*, 15 juin 1904, p. 353-359.

(1) V. cette observation in *Gaz. des hôpit.*, 10 janv. 1901, Obs. II, p. 30-31.

(2) G. Rioblanc. Des résultats de l'opération de Gritti, *Lyon méd.*, 1895, p. 527-537, et Mériel (de Toulouse), loc. cit.

(3) V. in *Gaz. des hôpit.*, 10 janv. 1901, p. 32.

(4) Blum. In Chabrol. Obs. I et II, p. 30-32.

(5) Termet. In Lassallas. Obs. I et II, p. 30-36.

(6) Sorel et Le Nouëne. In Lassallas. Obs. III, p. 36-38.

(7) Engelbach. In Lassallas. Obs. IV, p. 39-40.

(8) Bussière. Loc. cit.

(9) Chalot. In Mériel (de Toulouse), p. 410-412.

(10) Pluyette. Loc. cit.

(11) S. Szczypiorski. In *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 18 mai 1904, p. 538-542, et in *Gaz. des hôpit.* de ce jour.

(12) Gritti. *Vehr. d. X. internat. med. Cong.*, 1890, Berlin 1891, t. III, 7 Abth., 245.

mineur, de santé robuste, a été victime le 18 juillet 1902 d'un accident survenu dans les circonstances suivantes :

En voulant caler un wagon avec un rail, celui-ci s'est brisé, et dans le choc de retour a fracturé la cuisse gauche de l'ouvrier qui a été précipité lui-même sous le wagon. Alors sa cuisse droite a été détachée par les roues du wagon qui avait à ce moment acquis une certaine force de propulsion.

Immédiatement après l'accident le blessé a été transporté à l'hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin.

Là, j'ai pu constater chez lui le détachement complet de la cuisse droite au tiers supérieur; une fracture ouverte de la cuisse gauche au-dessus des condyles, et de fortes contusions et meurtrissures de tout le membre correspondant. Le blessé n'a cependant pas perdu beaucoup de sang.

Réchauffé, remonté par l'injection de sérum physiologique, il a subi la désinfection rigoureuse des foyers traumatiques et la toilette du moignon de la cuisse droite.

Il a fallu pour cela enlever à la scie plusieurs centimètres de fémur. Le membre gauche a été placé dans une gouttière.

Quelques jours plus tard, le pied gauche est livide et insensible. L'asphyxie gangréneuse ne se localise pas là; elle envahit progressivement toute la jambe et s'arrête à deux ou trois travers de doigt au-dessous du genou. Le sillon entre les tissus mortifiés et sains se dessine très nettement; et l'on n'éprouve aucun doute sur la perte inévitable du membre.

Le 4 août 1902 je procède à l'amputation par la méthode de Gritti. [Assistaient MM. Haut (de Villers-la-Montagne) et Alleur, ce dernier comme chloroformisateur.] L'os fémur est scié immédiatement au-dessus du trait de la fracture qui se trouve juste au delà des condyles.

La rotule avivée et le fémur sont cerclés par un fil d'argent d'un millimètre de diamètre passé transversalement à travers toute l'épaisseur des deux os.

Au moment de la torsion du fil du côté externe du moignon, le tortillon se rompt, mais les deux premières spires sont intactes et paraissent devoir assurer la continuité du fil. Il n'en fut rien, et l'avenir s'est chargé de le démontrer.

Les suites de l'opération ont été très normales, et la réunion de la plaie opératoire s'est effectuée par première intention.

Cicatrice transversale, franchement postérieure. Le moignon est souple, bien fourni, indolent.

Un mois environ après l'opération, le blessé attire mon attention sur une saillie à l'extrémité inféro-interne de son moignon gauche. Il s'agit très nettement d'un ostéome.

Cette néoformation croît assez rapidement et vers la fin de novembre atteint la grosseur d'une noix.

Le 4 décembre 1902, j'enlève cette tumeur osseuse par une petite incision pratiquée à son niveau. Mais en maniant ma pince-gouge j'ai la sensation d'avoir touché le fil d'argent.

Entre temps le moignon de la cuisse droite achève sa cicatrisation.

Cicatrice étoilée, centrale; moignon bien fourni, indolent.

Le 21 janvier 1903 on procure au blessé deux appareils prothétiques : un pilon pour la cuisse droite avec appui ischiatique; une jambe artificielle pour la cuisse gauche, pliant au genou dans la position assise, avec appui sur le bout du moignon, et aussi deux béquilles.

Le blessé très entreprenant et adroit se familiarise assez vite avec ses compagnons d'infortune. Au bout de quinze jours, il quitte les béquilles et les remplace par deux cannes.



Côté externe. Côté interne.

Fig. 1. — *Cuisse gauche. Moignon, vu de face.*



Face antérieure. Face postérieure.

Fig. 2. — *Cuisse gauche. Moignon, vu de profil.*

La marche ne le fait nullement souffrir; il appuie solidement sur le bout de son moignon rotulien qui paraît plus souple qu'avant toute tentative de marche.

Cette particularité est due à ce fait que la rotule s'est séparée du fémur.

En effet, à l'examen j'ai pu m'apercevoir qu'elle était douée d'une certaine mobilité dans tous les sens, mais que cependant elle occupait sa place au centre du moignon.

La radiographie pratiquée le 23 avril 1903, huit mois et demi après l'opération, explique bien cette anomalie.

Le fil d'argent réunissant les deux os s'est détordu et s'est rompu à deux places à l'autre extrémité, justement à l'endroit où était implanté l'ostéome. La rupture doit dater du jour de l'ablation de ce dernier. Par suite du défaut de coaptation, il s'est formé entre la rotule et le fémur une néarthrose qui ne

gêne en rien la marche et qui donne l'explication de la souplesse toute particulière du bout du moignon.

Il y a lieu de remarquer, et j'insiste sur ce point, que la rotule n'est pas attirée vers la face antérieure de la cuisse par rétraction musculaire, comme cela se voit parfois lorsque les os n'ont pas été bien fixés (1).

En 1905, j'ai eu des nouvelles épistolaires de mon opéré, dont la situation est toujours bonne.

La radiographie fig. 1 présente son moignon vu de face.

La radiographie fig. 2 présente le même moignon vu de profil.

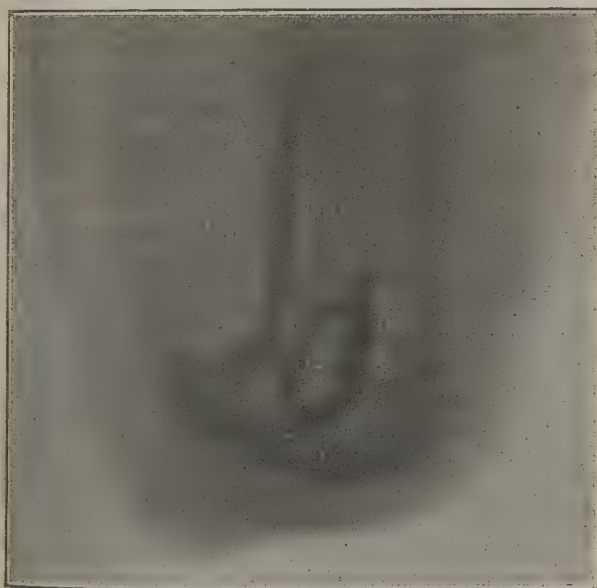
Obs. II. — *Contusions graves de la jambe gauche. Gangrène. Amputation de Gritti. Cerclage métallique transversal. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — Dominique G..., âgé de quarante et un ans, jouissant d'une bonne constitution, manœuvre dans les usines métallurgiques, voulant le 13 août 1902 accrocher un wagon, a glissé et a eu la jambe gauche fortement meurtrie par les roues du wagon.

Il a été sur-le-champ transporté à l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin.

Le pied et la jambe gauches portaient des meurtrissures et des contusions graves avec de vastes décollements de la peau, mais il n'y avait pas de fractures.

Le membre désinfecté et pansé fut placé dans une gouttière.

J'assiste au développement de la gangrène qui envaiht tout le membre jusqu'au genou. L'amputation est inévitable



Face postérieure. Face antérieure.

Fig. 3. — *Cuisse gauche. Moignon, vu de profil.*

Elle est faite le 11 septembre 1902 par le procédé de Gritti. Assistaient à l'opération MM. Lebon et Alleur, ce dernier comme chloroformisateur.

Faute des téguments le fémur a été scié assez loin des condyles, ce qui se voit fort bien sur la radiographie.

La rotule avivée a été fixée au fémur par cerclage avec un fil d'argent de un millimètre de diamètre passé latéralement à travers toute l'épaisseur des deux os.

(1) V. le cas cité par Farabeuf in *Precis de manuel opératoire*, 4e édition, 1895, p. 630-631 celui cité par Lassallas, loc. cit., Obs. IV, p. 39.

La guérison de la plaie opératoire fut aseptique et rapide.

Le 11 novembre 1902, le blessé a été pourvu d'une jambe artificielle légère avec appui terminal. Il s'est vite habitué à marcher, et n'éprouve depuis aucune gêne du côté de son moignon.

Il a été radiographié en novembre 1903 et revu pour la dernière fois le 10 mars 1906, *trois ans et demi après l'opération.* Son moignon est bien fourni, la peau qui le recouvre est très souple et mobile. La cicatrice transversale se trouve sur la face postérieure du membre. Le blessé fait des marches sans en éprouver aucun inconvénient. Le moignon est de 8 centimètres plus court que la cuisse droite.

Longueur du moignon, 39 centimètres.

Longueur de la cuisse droite, 47 centimètres.

La radiographie fig. 3 montre le moignon, de profil. Ici la soudure des deux os est très intime, et le fil d'argent y est intact.

Obs. III. — *Broiement du pied et de la jambe droits. Gangrène. Amputation de Gritti. Cerclage métallique transversal. Formation de fistules. Curetage des fistules et ablation de la suture métallique. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — Alexis D..., âgé de vingt-cinq ans, accrocheur au chemin de fer, de tempérament lymphatico-scrofuleux, a été, le 21 novembre 1902, victime d'un accident dans les circonstances que voici :

En voulant décrocher un wagon, il a eu son pied droit pris dans un cœur d'aiguille, et une roue de wagon lui est passée sur le pied ainsi emprisonné.

Il a été transporté à l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin, où j'ai constaté chez lui le broiement du pied et de la jambe droits, intéressant tous les tissus mous et le squelette.

La gangrène du membre jusqu'au genou compliquée de suppuration a suivi de près le traumatisme, et le 27 novembre 1902 j'ai dû procéder à l'amputation (chloroforme donné par M. Alleur).

La méthode de Gritti fut choisie comme la plus économique dans la circonstance.

L'intervention a été faite dans des conditions défavorables, jusque sur les tissus infectés.

Le fémur une fois scié au-dessus des condyles, a été suturé à la rotule avivée par le cerclage transversal comme dans les observations précédentes. Drainage du moignon.

Suites normales, sauf un sphacèle peu étendu de l'angle externe du lambeau cutané.

Vers le mois de janvier 1903 le moignon devient tendu, rouge, douloureux. A ses deux extrémités latérales je fais une incision pour donner issue à quelques gouttes de pus venant du côté de l'os. Mes incisions se fistulisent.

Le 19 février 1903 je curette les trajets fistuleux et j'enlève en même temps le fil d'argent lui attribuant un certain rôle dans la formation des fistules. Suites simples et guérison complète.

Avant d'intervenir, j'ai soumis le moignon aux rayons de Rœntgen, et j'ai pu m'apercevoir que la rotule et l'extrémité du fémur avaient subi une légère raréfaction (V. fig. 4).

Une nouvelle radiographie faite le 21 juillet 1903, sept mois et demi après l'amputation, le moignon vu de face, m'a montré que, malgré l'ablation du fil, la rotule restait parfaitement soudée au fémur. On pouvait y remarquer aussi que le tissu osseux s'était opacifié par condensation dans la zone de la raréfaction constatée précédemment. Malheureusement, par suite d'une avarie cette radiographie n'a pu être reproduite ici.

Le blessé marche au moyen d'une jambe artificielle en s'appuyant sur le bout de son moignon qui est bien fourni, bien matelassé et souple.

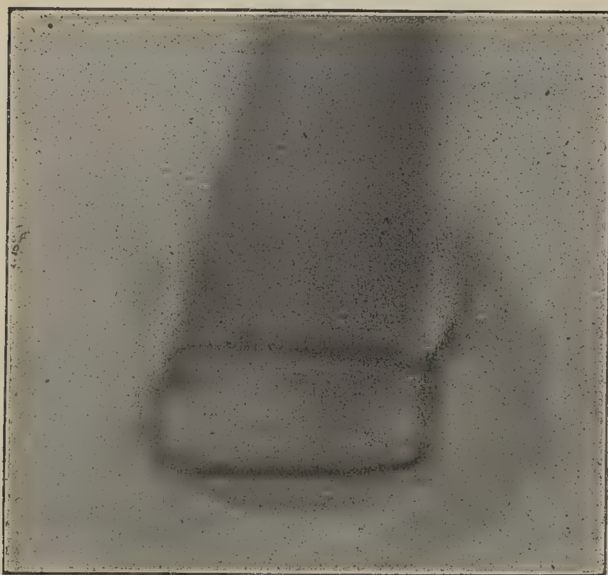


Fig. 4. — *Cuisse droite. Moignon, vu de face.*

La cicatrice en forme de U renversé se trouve sur sa face postérieure.

La longueur du moignon est de 39 centimètres, celle de la cuisse gauche étant de 45 centimètres.

Obs. IV. — *Fracture comminutive de la jambe gauche. Application des agrafes Jacoël. Gangrène du membre. Amputation de Gritti. Cerclage métallique. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — Louis A..., âgé de cinquante et un ans, usé prématurément, intoxiqué par l'alcool et artério-scléreux, nettoyeur de chaudières, a reçu le 13 décembre 1902 un gros tuyau en fonte sur la jambe gauche.

Il a été transporté à l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin. Il s'agissait d'une fracture ouverte au tiers inférieur de la jambe gauche et de fortes contusions à la face postérieure du membre.

Après la désinfection, je fais la suture du tibia avec deux agrafes Jacoël et je place le membre dans un plâtre. Assistait M. Alleur comme chloroformisateur.

Tout se passe bien les premiers jours. Mais bientôt les tissus se sphacèlent, toute la peau au niveau de la fracture se détache par gangrène; les agrafes de Jacoël sont enlevées comme étant inutiles, en présence de la nécrose des extrémités osseuses.

L'état général du blessé devient mauvais; la gangrène envahit toute la peau de la face postérieure de la jambe et jusqu'au-dessus du creux poplité en empiétant sur la cuisse.

Dès lors l'hésitation n'est plus de mise. Le sacrifice du membre s'impose. Le 19 mars 1903 je pratique l'amputation de Gritti. (Anesthésie au chloroforme par M. Alleur.)

Le sciage du fémur est fait tout près des condyles, tellement près qu'on est même obligé de rétrécir le squelette par une section oblique interne. La rotule très petite est avivée et réunie au fémur avec un fil d'argent passé transversalement. Suites opératoires normales.

Le blessé muni d'un appareil prothétique avec appui terminal, marche sur le bout du moignon.

Le moignon est couvert de peau souple et mobile. La cicatrice est postérieure, curviligne, longue de 10 centimètres, à concavité inférieure. La longueur du moignon est de 40 centimètres, celle de la cuisse saine est de 45 centimètres.

Le blessé revu pour la dernière fois le 21 février 1906, *trois ans après l'opération*, se sert du bout de son moignon comme point d'appui.



Fig. 5. — *Cuisse gauche. Moignon, vu de face.*

La radiographie fig. 5 prise le 27 juillet 1903 présente le moignon vu de face. Elle permet de constater la petitesse de la rotule, la soudure parfaite des deux os et la conservation intacte du fil.

Obs. V. — *Détachement de la jambe et fracture ouverte de la cuisse gauches. Amputation de Gritti. Suture métallique médiane postérieure. Application d'une agrafe Jacoël sur les fragments du fémur. Guérison. Marche sur le bout du moignon.* — Camille C..., âgé de quatorze ans et demi, aide-mineur, a eu le 8 mai 1903 la jambe gauche détachée et la cuisse gauche fracturée par un bloc de mine de fer.

Il fut le même jour transporté à l'Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin.

La jambe gauche était détachée à quelques travers de doigt au-dessous du genou. Le tronçon existant du tibia était complètement dénudé, la peau faisant partout défaut, sauf à la face interne, où elle formait un petit lambeau long de deux travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire, tandis que le condyle externe était en partie privé d'étoffe. Il existait en même temps une fracture de la cuisse gauche largement ouverte sur la face antérieure du membre.

Le 9 mai 1903, je fais, avec l'assistance de MM. Lebon et Alleur, ce dernier comme chloroformisateur, à la fois l'amputation de Gritti et la suture du fémur avec une agrafe de Jacoël. Le fémur est scié *au-dessous du cartilage de conjugaison*; mais pour couvrir le moignon je dois abraser par un trait de scie vertical les parties latérales du squelette. La rotule très petite est fixée par un fil d'argent vertical traversant obliquement la rotule et le fémur au point médian de leur bord posté-

rieur (procédé préconisé par Gritti au Congrès de Berlin de 1890).

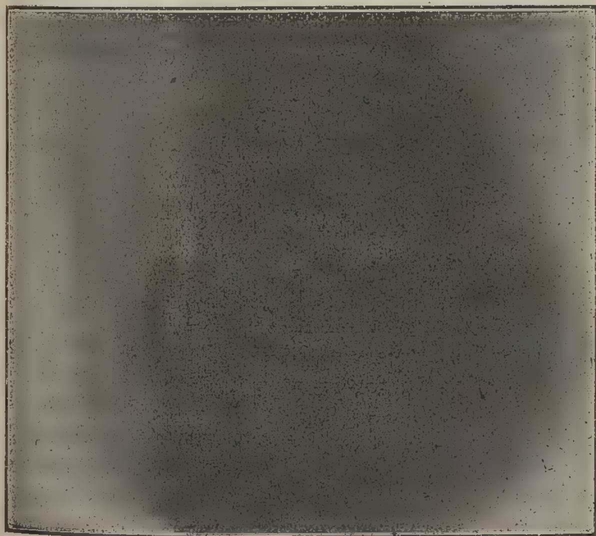
Ici le cerclage transversal eût été inapplicable par suite de la disproportion entre les surfaces d'avivement de la rotule et du fémur. Le lambeau très irrégulier a été réuni par une ligne de sutures rejetée obliquement du côté externe du moignon.



Côté externe. Côté interne.

Fig. 6. — *Cuisse gauche. Moignon, vu de face.*

Lorsque la consolidation du membre m'avait paru suffisante, profitant de ce que la plaie au niveau de la fracture n'était pas encore complètement fermée, j'ai enlevé le 9 juin 1903 l'agrafe Jacoël.



Face postérieure. Face antérieure.

Fig. 7. — *Cuisse gauche. Moignon, vu de profil.*

La suture du fémur avec l'agrafe a présenté quelques difficultés à cause de la tension du quadriceps. Le moignon a été maintenu avec des attelles latérales en carton. La guérison aseptique de l'amputation a été très rapide.

La plaie accidentelle au niveau de la fracture, bien qu'aseptique, se comblait plus lentement.

Le blessé a été complètement guéri le 9 juillet et radiographié à cette date. Il a été revu le 26 février 1906, *près de trois ans après l'opération*, muni d'un appareil prothétique avec le plateau terminal sur lequel l'extrémité du moignon s'appuie pendant la marche. Le moignon est souple, bien fourni et beau. La cicatrice est oblique externe et postérieure. Longueur du moignon, 45 centimètres, longueur de la cuisse saine, 51 centimètres. Le blessé fait de longues promenades, sans gêne du côté du membre amputé.

Les radiographies fig. 6 et 7 montrent : 1° la façon dont la suture a été faite; 2° l'exiguïté de la rotule; 3° l'existence du cartilage de conjugaison, circonstance recherchée vu l'âge du sujet, et qui permettra, je l'espère du moins, au moignon de s'allonger proportionnellement au segment correspondant du membre sain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 23 octobre 1906)

La suette miliaire et le rat des champs. — Sous ce titre à allure de fable, M. Chantemesse fait une intéressante communication dont voici le résumé :

MM. Chantemesse, Marchoux et Havry ont fait une enquête sur une épidémie de suette miliaire qui a sévi, en mai et en juin, dans les Charentes. Six mille personnes furent atteintes en six semaines. L'épidémie passa surtout sur les vllages, respectant les grandes villes. L'examen du sang, du liquide céphalo-rachidien n'ont pas permis de découvrir le moindre germe, inoculable et cultivable.

Des observations relevées par les auteurs de ce travail il résulte que l'épidémie s'est limitée aux campagnes, n'a traversé la Charente que là où il y a des ponts. La maladie a présenté un caractère beaucoup plus épidémique que contagieux. Elle atteint plus facilement les femmes que les hommes, plus particulièrement les habitants de rez-de-chaussée, de maisons sans plancher. Quand un village est atteint, ce sont les maisons placées à la périphérie qui sont prises les premières.

En présence de ces faits, M. Chantemesse se demande s'il ne faut pas incriminer les rats des champs ou campagnols et les puces comme agents vecteurs de la maladie. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais qui mérite d'être étudiée.

En effet, la région envahie par la suette est précisément celle qui a été ravagée, il y a deux ans, par les campagnols. D'autre part, les malades examinés par M. Chantemesse avaient de nombreuses piqûres de puces. Dès lors pourrait ainsi s'expliquer la transmission de la maladie des campagnols à l'homme par les puces.

Les constatations intéressantes faites, à ce sujet, par M. Chantemesse méritent une étude plus approfondie. Il se passerait pour la suette miliaire ce qui se passe pour la peste.

Un traitement du cancer. — M. Adamkiewicz (correspondant de Vienne), partant de ce principe que le cancer a pour origine une cellule animale vivante, et que toute cellule vivante peut être tuée, a institué un traitement, basé uniquement sur ce fait, c'est-à-dire visant la mort de la cellule vivante et dit en obtenir les meilleurs résultats.

M. Lancereaux fait observer qu'il ne suffira pas de tuer la cellule animale pour voir disparaître le cancer. La clinique en effet le démontre.

M. Reclus demande à M. Adamkiewicz de donner des statistiques précises relatives aux malades atteints de cancer, qu'il a soignés par sa méthode.

M. Adamkiewicz déclare ne pouvoir donner de statistiques.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports de prix.

Eaux minérales. — M. le secrétaire général signale, parmi les pièces de la correspondance, une lettre de M. le ministre de l'Intérieur qui déclare, qu'à l'avenir, il ne sera fait aucune dérogation à l'usage qui veut qu'il ne soit accordé des autorisations d'exploiter des eaux minérales, qu'après l'avis de l'Académie.

ANALYSES

MEDECINE

Idiosyncrasie pour l'albumine de l'œuf. (Herschall. *Lancet*, 28 juillet 1906, p. 256). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de vingt-six ans qui ne pouvait absorber d'œufs ni consommer aucun aliment renfermant des œufs. La quantité nécessaire pour produire des accidents graves était extrêmement petite. A l'âge de dix mois l'essai d'introduire des œufs dans son alimentation faillit lui être fatal : il survint de la rigidité musculaire et de la cyanose. Jamais la tolérance ne peut s'établir pour cet aliment. Une quantité équivalant à 4 grammes était suffisante pour provoquer immédiatement de l'irritation de la gorge avec douleur épigastrique et vomissement et ultérieurement soit de la diarrhée soit une constipation opiniâtre.

Chose curieuse, l'application sur la peau d'un fragment de blanc d'œuf provoquait la formation d'une papule au bout d'une demi-heure environ.

Tous les organes étaient sains, l'urine ne contenait pas d'albumine et il n'existait pas de troubles digestifs. La malade étant désireuse de guérir, l'auteur suggéra l'idée d'essayer de prendre comme antidote du charbon végétal et le résultat paraît avoir démontré que l'inspiration était heureuse. Ayant pris par inadvertance un potage contenant des œufs la malade absorba aussitôt une pastille de charbon et il ne survint pas d'accidents. Cependant l'expérience acquise permettait de prévoir une crise aiguë. L'auteur recherche quelle quantité de charbon est nécessaire pour neutraliser un poids donné d'albumine de l'œuf.

A. Housquains.

Les hémorragies occultes du tube digestif. (Georges Girault. Th. de Paris, 1906 ; A. Michalon, édit.) — L'histoire des hémorragies occultes du tube digestif à laquelle l'auteur consacre son excellente thèse date de 1893 avec Weber, mais n'a été reprise qu'en 1902 par Boas et Kochman ; depuis, les travaux se sont multipliés. Outre ces travaux plus de 700 recherches personnelles ont servi de base à l'auteur dans son étude dont nous reproduisons ci-dessous les conclusions principales.

Comme procédé de recherche l'auteur donne la préférence en clinique à celui d'Adler, c'est-à-dire à la solution alcoolique de benzidine unie à l'eau oxygénée. Il faudra bien entendu se mettre en garde contre les causes d'erreur en éliminant les hémorragies des cavités voisines et en soumettant le malade au régime lacto-farineux.

La réaction qui n'a encore été que peu recherchée pour l'œsophage aura une grande importance, si elle est positive. dans certains cas de carcinomes douteux.

Pour l'estomac, la réaction a toujours été trouvée négative dans les dyspepsies nerveuses, la ptose et l'atonie gastrique, l'hyperchlorhydrie avec anacidité ou hypoacidité. Par contre dans l'ulcère et les ulcérations de l'estomac les hémorragies occultes sont constantes et le plus souvent intermittentes.

Le procédé pourra au cours de la chlorose, de l'hyperchlorhydrie, de la gastro-succorrhée, révéler une ulcération latente de l'estomac et faire le diagnostic d'un ulcère avec l'hyperesthésie gastrique d'origine névropathique. Cette recherche permettra de suivre l'évolution de l'ulcère et de prévoir une hémorragie plus abondante, de dire si un ancien ulcère supposé cicatrisé est encore ou non en activité ; enfin la longue persistance des hémorragies fera pensée à la transformation cancéreuse de l'ulcère.

Dans le cancer de l'estomac, les hémorragies occultes sont constantes, le plus souvent continues, et peuvent s'observer avant l'apparition de toute tumeur.

Selon que le traitement influera ou non sur les hémorragies occultes, le diagnostic penchera vers un ulcère ou une lésion cancéreuse, sans qu'il y ait cependant certitude ; il en découle naturellement des conclusions pronostiques sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister, de même qu'au point de vue thérapeutique.

L'ulcère et le cancer du duodénum présentant les mêmes symptômes que ceux de l'estomac ne pourront être différenciés. Cependant l'existence simultanée de la réaction dans le contenu gastrique et les selles sera plutôt en faveur d'un siège gastrique, l'absence de sang dans le contenu stomacal coïncidant avec sa présence dans les selles sera au contraire en faveur d'un siège duodénal.

Dans le cancer du gros intestin la réaction a été rencontrée dans certains cas ; elle pourra donc être très utile quand on la trouvera positive chez un malade soupçonné d'avoir un cancer alors qu'on ne perçoit aucune tumeur.

Dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, les hémorragies occultes ont été observés d'une façon intermittente.

Enfin après avoir cité les conclusions de Romani, que nous avons rapportées nous-même dans ce journal (1), l'auteur termine en disant que l'existence des hémorragies occultes a été constatée dans un certain nombre d'affections du foie, du pancréas et des reins, mais qu'elles sont trop peu connues pour en tirer des conclusions pratiques.

A. Gaullieur l'Hardy.

MÉDECINE LÉGALE

Relation de 7 cas simultanés d'intoxication par le gaz d'éclairage. (MM. Cavalier et Visbecq. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 4e série, t. VI, p. 140, août 1906.) — Dans un très intéressant rapport, qui, en sous-titre, porte fort justement cette mention : « Condition exceptionnelle d'expertise médico-légale, » les auteurs mettent en lumière une cause nouvelle peu ou point connue pouvant entraîner l'intoxication par le gaz d'éclairage. On sait, d'après l'enseignement de Brouardel que les conditions d'expertise dans les cas d'intoxication par le gaz d'éclairage se divisent en trois groupes :

1° Pénétration brusque de gaz dans les voies respiratoires (ce mode d'intoxication ne s'observant que chez les ouvriers imprudents ou dans quelques rares cas de suicide);

2° Fuite de gaz dans un appartement ;

3° Fuite de la canalisation extérieure dans le sous-sol de la rue et quelquefois très loin.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 43, p. 513.

Dans les 7 cas qui font l'objet de l'étude très approfondie de MM. Cavalier et Visbecq, c'est le gaz de l'étage inférieur qui est en cause. Lorsque des travaux sont exécutés à l'étage inférieur de celui qu'on habite, une fuite de gaz peut donc se produire accidentellement sur une conduite et le gaz, filtrant à travers le plafond, peut causer des accidents plus ou moins graves d'asphyxie et même déterminer la mort.

Et ici, MM. Cavalier et Visbecq soulèvent une question intéressante; dans les polices d'assurance contre l'incendie, l'assuré paie une prime pour risques locatifs (art. 1733 et 1734 du Code civil), et une autre pour les recours des voisins (art. 1382, 1383 et 1384).

Un propriétaire ou un locataire, assurés ou non contre les accidents, peuvent-ils être rendus responsables de la mort d'autrui, résultant d'une émanation de gaz d'éclairage?

Quel recours a-t-on contre les voisins?

COURTOIS-SUFFIT.

CHIRURGIE

Hernie fémorale chez une femme de soixante-dix-huit ans; étranglement causé par un lipome sous-péritonéal. (Dwight M. Green, *Indiana med. Journ.*, vol. XXIV, n° 11, p. 429-430.) — Voici la curieuse disposition trouvée à l'opération : l'intestin était absolument décoloré; l'orifice de la saphène était rétréci par la présence d'un corps lisse qui, s'insérant d'une part sur le sac en un point où celui-ci était fortement attiré en bas et appliqué sur le bord interne du ligament falciforme, allait remplir le canal fémoral. Après débridement de l'anneau, il s'échappa du canal rapidement et avec force un corps pédiculé de la grosseur environ d'une noisette, dont le pédicule, long de 2 centimètres, s'attachait au côté interne du sac en dehors de l'ouverture de la saphène. L'intestin reprit immédiatement sa couleur et se réduisit dès que cette formation se fut déplacée. C'était un vrai lipome formé par la graisse sous-péritonéale; il semble que le mécanisme de l'étranglement ait été le suivant; descente d'une anse d'intestin comme à l'ordinaire; puis, sous l'influence d'un mouvement le lipome remonta seul dans le canal, le bloquant et empêchant la remontée ultérieure de l'intestin; un taxis ne fit que coincer davantage le lipome dans sa position.

F. GARDNER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE DE LA GRIPPE A FORME THORACIQUE

Par le docteur Massoul.

Ce sont les symptômes pulmonaires qui font de la grippe une maladie dangereuse et les praticiens se rappellent l'épidémie de 1890, qui, au dire de Widal, « éleva dans certaines villes la mortalité à un chiffre égal aux plus fortes épidémies de choléra ».

Les bronchites, les pneumonies, bronchopneumonies et congestions pulmonaires avaient fait toutes ces victimes.

Sans généraliser d'aussi pénibles constatations, il reste cependant acquis que toute maladie antérieure à la grippe, tout état dystrophique préalable, toute affection ayant altéré les poumons assombrit fortement le pronostic.

Et cependant, nous n'avons pas, assure-t-on, de médication vraiment antigrippale! Tel n'est pourtant pas notre avis. La grippe, en effet, est une maladie infectieuse et anesthésiante: elle exige donc une thérapeutique à la fois antiseptique et stimulante. Or ces deux indications sont nettement réalisées par la médication créosotée ou pour mieux dire le thiocol.

Nous traitons depuis quelque temps tous les cas de grippe respiratoire par six comprimés de thiocol en moyenne et nous sommes vraiment surpris de la rapidité avec laquelle l'état général se relève et les symptômes pulmonaires s'atténuent. La fièvre ne persiste guère après le troisième jour du traitement, la toux se calme, l'expectoration diminue, la respiration devient facile et le malade reprend des forces. Un de ces malades avait eu l'année dernière une bronchite grave qu'il avait négligée, et cependant l'infection grippale n'a pas déterminé chez lui de complications pulmonaires. Nous avions vu parfois la grippe favoriser l'éclosion de la bacillose : or, que ce soit ou non une coïncidence, nous n'avons plus observé ce fait depuis que nous ordonnons régulièrement 6 à 8 comprimés par vingt-quatre heures. Nous admettons parfaitement, étant donnée l'action antiseptique et dynamogénique bien connue du thiocol, que ce remède atténue la virulence du bacille de Pfeiffer, arrête l'évolution des infections secondaires et stimule en même temps les réactions défensives. En tout cas, il est pour nous certain que la médication thiocolée abrège nettement la durée de la grippe et surtout en atténue la gravité habituelle.

CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET DE L'ALIMENTATION RATIONNELLE DE L'HOMME

(*Paris, 22-27 octobre 1906*).

Le Congrès s'est ouvert lundi matin à la Faculté de médecine. La présidence d'honneur appartient à M. Léon Bourgeois, qui devait présider effectivement la première séance. Il est inutile d'insister ici sur les raisons qui lui ont fait céder la parole à M. Mirman.

De nombreuses notabilités du monde politique et scientifique assistaient à cette cérémonie où ont pris successivement la parole après M. Mirman, MM. le sénateur H. Ricard, président de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme; le professeur Armand Gautier, et André, délégué de la Belgique au Congrès.

Nous serions heureux de donner ici un résumé des séances du Congrès, mais qu'il nous soit permis de déplorer l'absence totale jusqu'à ce jour des travaux imprimés des rapporteurs; sans ces documents, le travail de la presse devient très difficile sinon impossible.

Ceci ne vise nullement le distingué secrétaire général du Congrès, M. Claudius Nourry, qui n'est pas, nous le savons, responsable de cet état de choses, et qui met tout son zèle et sa parfaite amabilité à y remédier dans la mesure du possible.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES DE LA PNEUMONIE

GÉNÉRALITÉS. DIVISIONS. — La pneumonie franche aiguë peut, selon les circonstances dans lesquelles elle se développe, revêtir des formes multiples, pour lesquelles les classiques ont proposé diverses classifications. Les uns, avec Netter, distinguent deux grandes variétés de pneumonies : celles qui sont en rapport avec la qualité du germe, et celles qui sont en rapport avec la nature du terrain. Les autres, avec G. Sée (1), adoptent une division purement clinique, et décrivent successivement : 1. une forme normale ; 2. des formes envahissantes ; 3. des formes secondaires; 4. des formes anatomiques locales; 5. des formes individuelles; 6. des pneumonies spécifiques diverses. Modifiant légèrement cette classification, nous étudierons :

1° Une forme ordinaire, dont les deux grands caractères sont d'être *primitive* et *localisée* ;

2° Des formes anormales, qui dépendent :

a. Des *conditions anatomiques*;

b. Des *conditions physiologiques* (âge, sexe, etc.);

c. Des *conditions pathologiques* (pneumonies secondaires, infectantes, spécifiques) dans lesquelles apparaît la pneumonie.

ÉTUDE ANALYTIQUE. FORME ORDINAIRE. — La pneumonie franche débute brusquement, puis évolue en trois périodes : une première, de congestion, où l'un des lobes du poumon s'engorge; une seconde, d'hépatisation, où le lobe atteint est transformé en un bloc homogène, fibrineux ; une dernière, où l'hépatisation se résout, et où les parties atteintes reprennent leur structure normale. Cette dernière période se termine, brusquement, par une crise, à la suite de laquelle, dans les cas heureux, le malade guérit rapidement. La pneumonie franche est donc par définition, une maladie *cyclique*; elle est, dans les cas types que nous avons actuellement en vue, une affection *primitive, lobaire, aiguë, curable*.

La période de congestion débute *brusquement*, d'une façon solennelle par un frisson unique et prolongé, suivi d'une brusque ascension thermique à 39 degrés, 39°5, 40 degrés, un point de côté violent, des vomissements et de la céphalalgie.

Signes physiques. — Pendant toute cette période, les *signes physiques* les plus importants sont la *submatité*, localisée au niveau de la partie malade, et, surtout, les *râles crépitants* comparés à la décrépitation du sel marin chauffé dans une bassine, au bruit que produit l'insufflation d'une vessie sèche ou le frottement, à l'oreille, d'une mèche de cheveux fins : ces râles secs, brefs, égaux, et également espacés, se succèdent en fusées (Barth et Roger), et s'observent surtout dans la seconde moitié de l'inspiration : ils sont presque pathognomoniques de la pneumonie.

A la période d'hépatisation, apparaisseut des signes de condensation pulmonaire : les *vibrations vocales* sont *augmentées* dans toutes la zone correspondant au bloc pneumonique; la percussion décèle une *matité* nette allant en décroissant depuis le centre jusqu'à la périphérie de la région malade ; l'auscultation permet de percevoir, en plus du retentissement de la voix (bronchophonie) et de la toux, un souffle spécial, le *souffle tubaire* (syn. : bronchique), analogue à celui qui s'obtient en soufflant dans un sthétoscope; ce souffle qui possède une intensité considérable, une tonalité très élevée, et un timbre rude, apparaît d'abord au centre de la région hépatisée, et chasse devant lui, excentriquement, les râles crépitants.

A la période de résolution, la sonorité pulmonaire réapparaît peu à peu, le souffle tubaire diminue d'intensité, et l'on entend des *râles crépitants de retour*, râles gros, humides, existant aux deux temps de la respiration, et mêlés de râles muqueux.

Signes fonctionnels. — Le *point de côté*, précoce, siège du côté de la lésion; il est violent, durable, et n'est calmé que par l'immobilisation du côté malade; il provoque la toux qui, à son tour, entretient le point de côté (Jürgensen).

La *dyspnée*, également précoce, se caractérise surtout par une accélération des mouvements respiratoires, et par des modifications du rythme, la respiration devenant courte, superficielle et saccadée.

La *toux*, d'abord sèche et quinteuse, s'accompagne, dès le quatrième jour, d'une *expectoration visqueuse* et *rouillée*, d'où les comparaisons classiques avec une marmelade d'abricots, du sucre d'orge, etc., etc.

Signes généraux. — La fièvre est cyclique dans la pneumonie : la *température* s'élève brusquement à 39-40 degrés, et reste à ce niveau pendant six à sept jours, ne présentant que des rémissions matutinales très faibles (fièvre dite en *plateau*), puis elle s'abaisse brusquement et, en douze à vingt-quatre heures, tombe à 37 degrés et même au-dessous. Le *pouls* subit des modifications analogues : au début, et pendant toute la période d'état, il est plein et serré, puis, aux approches de la défervescence, ses caractères se modifient pour se rapprocher peu à peu de la normale.

Des troubles nerveux accompagnent presque constamment la pneumonie : les plus importants sont : la *rougeur de la pommette*, siégeant du même côté que la pneumonie, et apparaissent vers le troisième jour; les *sueurs*, surtout fréquentes au moment de la crise; l'*herpès labial*, survenant du deuxième au cinquième jour, siégeant sur les lèvres et l'aile du nez; le *délire*, de pathogénie complexe.

Les troubles digestifs consistent en anorexie, vomissements et constipation.

Les urines, pendant toute la période fébrile, sont diminuées de quantité, sédimenteuses; elles contiennent des quantités d'urée, et, par contre, très peu de chlorures. A la crise, la rétention chlorurée cesse, et les chlorures font leur apparition dans les urines, dont le pouvoir toxique s'élève dans des proportions considérables.

Le sang est chargé de fibrine, *couenneux*; il existe, de plus, une leucocytose (polynucléose) manifeste pendant toute la période aiguë.

Habitus général. — Le *faciès*, au début, est animé, et souvent vultueux : après la crise, il est pâle et abattu. Les *forces*, plus ou moins altérées pendant la maladie, reviennent rapidement pendant la convalescence.

FORMES ANORMALES. § 1. — Formes anatomiques locales.

A. *Pneumonies abortives*. [Synon. — : fébricule pneumonique, (Bernheim); synoque péripneumonique (Marotte); pneumonie éphémère (Laube); hémopneumonie (Woillez); pneumonie congestive (Potain)]. — Leur caractéristique, c'est la *rapidité de leur évolution et leur courte durée* (G. Sée). En trois à quatre jours, elles sont en effet terminées.

Les pneumonies abortives appartiennent surtout à l'adolescence et à la seconde enfance; elles débutent brusquement, par les symptômes habituels ; le lendemain apparaissent, en un point limité, quelques signes de condensation pulmonaire, bronchophonie, souffle tubaire, puis, le lendemain ou le surlendemain la maladie tourne court; la défervescence survient, brusque, rapide, et, en vingt à quarante-huit heures, tout signe morbide local a disparu. L'herpès s'observe très fréquemment.

On a beaucoup discuté sur la nature de ces pneumonies congestives. Les uns en font une congestion simple du poumon, plus ou moins analogue à la maladie de Woillez, dont elles se distinguent, d'après Potain, par l'absence de râles et la durée plus longue. Les autres admettent qu'il s'agit d'une pneumonie ne dépassent pas la première phase. Pour G. Sée, qui conteste ces deux théories, ce qui les caractérise essentiellement, c'est la limitation du processus morbide, et la rapidité de résorption de l'exsudat.

B. *Pneumonies à rechutes*; *pneumonies récidivantes*. — Dans la première, d'ailleurs exceptionnelle, la *rechute* se fait d'ordinaire vers le quinzième ou le seizième jour, et elle appartient au type des pneumonies abortives : sa terminaison est donc presque toujours favorable.

La pneumonie peut *récidiver* un nombre élevé de fois (10, Chauvel; 11, Frank; 15 à 20, Andral) chez un même individu : ces récidives se font sur le même poumon (habituellement le poumon gauche), et se caractérisent par les signes habituels : elles pourraient, à la longue, aboutir à la pneumonie chronique (Charcot).

---

(1) *Maladies spécifiques du poumon*, Vigot, édit.

SUITE DES SOMMAIRES

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct. 1906.) KIRMISSON et GUIMBELLOT : De l'appendicite chez le nourrisson. — DEVIC et BÉRIEL : A propos d'un cas de tumeurs multiples des os sans albumosurie. — GRATSCHOFF : La cure radicale des hernies inguinales (*à suivre*). — GALZIN : Variété rare de hernie inguinale interstitielle. Opération. Remarques sur la pathogénie. — MARTIN DU PAN : Contribution à l'étude du cancer du rectum (*fin*). — BAUDET et KENDIRDJY : De la vaso-vésiculectomie dans les cas de tuberculose génitale (*suite*). — CABIER : L'inflammation des diverticules intestinaux ou diverticulite (*suite et fin*).

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1906.) RAVIART, PRIVAT DE FORTUNIÉ et LORTHIOIS : Symptômes oculaires de la paralysie générale, leur valeur diagnostique aux diverses périodes de cette affection. — E. JOB : Les arythmies cardiaques. — KANELLIS : Contribution à l'étiologie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse des pays chauds. — LAIGNEL-LAVASTINE et HALBRON : Ladrerie cérébrale. — STOÏCESCO et BACALOGLU : Deux cas de myxœdème guéris par l'ingestion de tablettes de corps thyroïde.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 19, 15 oct. 1906.) BOUVIER : L'archipel des Açores. — MAQUENNE : L'amidon et sa saccharification diastasique. — LANGLOIS : Revue annuelle d'hygiène, 2e partie : Hygiène industrielle.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 40, 6 oct.) Georges LAURENS : Résection cranienne pour ostéomyélite diffuse de la mastoïde et de l'écaille occipitale; phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire; septicémie otogène prolongée; quatre opérations ; guérison. — (N° 41, 13 oct.) GUISEZ : Huit cas de trépanation du système sphéno-ethmoïdal par la voie orbitaire.

Semaine gynécologique. — (N° 42, 16 oct. 1906.) LEJARS : Traitement opératoire des thrombo-phlébites septiques utéro-pelviennes, d'origine puerpérale.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. X, oct. 1906.) G. HEUBNER : Sur le spasme du pylore. — Hans CURSCHMANN : Des caractères de quelques troubles corporels de l'hystérie et de leur signification au point de vue thérapeutique. — Félix MENDEL : La thérapeutique intraveineuse du strophantus d'après Frænkel. — C.-J. GAUSS : La narcose dans l'obstétrique opératoire.

Tribune médicale. — (N° 38, 6 oct. 1906.) HUGUIER : Torsion du cordon spermatique dans la cavité vaginale consécutive à un volvulus d'un testicule ectopique.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 19, 15 oct. 1906.) COLLEVILLE : Quinze jours en Allemagne (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 123. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 27 OCTOBRE 1906. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

UNIVERSITÉ DE LYON. — Les professeurs, les chargés de cours et les agrégés en exercice de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, sont convoqués, le samedi 10 novembre 1906, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Lyon, en remplacement de M. Hugounenq, membre de droit.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Un concours s'ouvrira le 29 avril 1907 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Un concours pour la nomination à vingt places de médecin de l'Assistance médicale à domicile, sera ouvert le mercredi 5 décembre 1906, à midi, à la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du vendredi 2 novembre 1906 au samedi 24 du même mois inclusivement.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MUTATIONS. — M. le médecin principal de deuxième classe Bischoff est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal (service).

MM. les médecins-majors de première classe Salesses, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Chambéry (service); — Vedel, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier (service); — Sangle-Ferrière, passe à l'hôpital militaire de Bayonne (service); — Ricoux, à la garde républicaine (service); — Remy, aux salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans (service); — Adriet, à l'hospice militaire de Bordeaux: — Kraus, aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (service); — Jacob, au 158e d'infanterie (service).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Marion, passe au 122e d'infanterie (service); — Cahen, au 127e d'infanterie (service); — Pignet, à l'hôpital militaire de Constantine [bactériologie (service)]; — Rubenthaler, au 29e bataillon de chasseurs à pied (service); — Schmerber, maintenu au 8e d'artillerie; — Bonhomme, passe au 2e zouaves (service); — Morvan, à l'hôpital militaire du Dey, à Alger [bactériologie (service)].

MM. les médecins aides-majors de première classe Cornet, passe à l'hôpital militaire de Bordeaux (service); — Baur, à l'hôpital militaire de Bourges [bactériologie (service)]; — Joufreau, au 136e d'infanterie (service); — Billet, affecté au laboratoire de bactériologie de Châlons et à la place de Châlons; — Seigneurin, passe au 84e d'infanterie (service).

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Mahaut, passe au 46e d'infanterie; — Fulcrand, au 7e bataillon de chasseurs à pied (service); — Regnault, au 56e d'infanterie (service).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gustave Roux, ancien médecin de la marine à la Rochelle.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 196, 10 oct. 1906.) Belot : Traitement de quelques dermatoses prurigineuses par la radiothérapie. — Leduc : La symphyse pleurale et son traitement électrique. — Guilleminot : Nouveau dispositif de condensateur et d'éclateur pour la haute fréquence. — Belot : Nouvel appareil pour l'examen des radiogrammes : radiophotoscope.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1906.) Comte et Vack : La méningite cérébro-spinale dans la garnison d'Angoulême. — Dubujadoux : Appareils plâtrés à charnière. — Legrand : Angines diphtéro-phlegmoneuses. — Coste : Considérations sur la vaccination en Algérie. — Lajoanio : La teigne faveuse dans les ksours des Beni-Goumi et dans les tribus nomades de Douï-Menia. — Tersen : Un cas de purpura infectieux foudroyant. — Rouyer : Angine diphtérique à forme phlegmoneuse avec pseudo-rhumatisme infectieux. — Barillé : Hémoptysie simulée; crachats colorés artificiellement.

Archives générales de médecine. — (N° 39, 25 sept. 1906.) Ch. Morel et E. Dalous : Les tuberculoses à forme pneumonique. — Sabatier : Contribution à l'étude des localisations extra-pulmonaires primitives du pneumocoque. Diplococcie du tissu cellulaire sous-cutané (1 courbe). — M. Potet : Anévrisme volumineux de la portion ascendante de l'aorte (4 fig.). — J. Martin (de Montpellier) : Conséquences éloignées d'une luxation de l'épaule. — P.-Ch. Petit et Veillard : Paraplégie spasmodique. Troubles cérébraux, sclérose en plaques probable.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 14, 15 oct. 1906.) Hallopeau : Nouvelle note sur la cure continue de la syphilis. — Albert Robin : Traitement d'un cas type de dyspepsie hypersthénique.

Bulletin médical. — (N° 82, 17 oct. 1906.) Küss : Immunisation des bovidés contre la tuberculose par le vaccin de Behring. Les résultats éloignés de l'expérience de Melun montrent que la méthode de vaccination de Behring est pratiquement inutilisable. — (N° 83, 20 octt.) Léon Bérard : Du traitement chirurgical de la maladie de Banti. A propos d'une splénectomie pour splénomégalie primitive.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 40, 7 oct.) Daraignez : A propos de quelques cas d'échinococcose diffuse. — Lafond-Grellety : Des réformes dans l'enseignement médical.

Journal des praticiens. — (N° 42, 20 oct. 1906.) Broca : Exostoses sous-unguéales des orteils. — Thiroloix et Grinbert : Epilepsie partielle droite. Ponction lombaire. Accidents nerveux graves consécutifs.

Medical Record. — (Vol. LXX, n° 6, 11 août 1906.) Eccles : Boire de l'eau peut-il donner la fièvre typhoïde? — Mc Caskey : Les limites du traitement médical et du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. — Frederick Crum : Morbidité et mortalité chez les ouvriers des filatures de coton de Blackburn. — William Stone : Les types puerpéraux de la septicémie. — Arthur Cronklin Brush : Etude de soixante-dix cas de tumeurs cérébrales. — Louis Hisrchmann : La dilatation aérique dans le traitement de la constipation chronique. — William Rau : Traitement des blessures des extrémités par la mécanothérapie; relation des cas traités à l'hôpital Roosevelt. — (N° 7, 18 août.) George Grant : L'éducation médicale et le progrès en médecine. — John Stevens : Les amants fous. — Philbrick : L'inspection médicale dans les écoles publiques. — Abram Brothers : Ablation d'un kyste intraligamenteux et castration double au début de la grossesse sans interruption de la gestation. — Gustave Baar : Contribution à l'étiologie de l'otite moyenne suppurée postrubéolique. — (N° 8, 25 août.) Sohier Bryant : Troubles fonctionnels des oreilles et des voies aériennes supérieures chez les aliénés. — Edwin Beer : Valeur thérapeutique de l'hyperémie localisée artificielle. — Willis Hartshorn : Diagnostic chirurgical dans les cas d'urgence. — Hall : Pneumothorax; relation de quinze cas. — Noah Aronstam : Diverticules et culs-de-sac de l'urètre. — O'Brien : Manœuvre nouvelle pour les positions occipito-postérieures de la tête fémorale. — (N° 9, 1er sept.) Baron Takaki : Hygiène navale japonaise. — Max Einhorn : Remarques sur la maladie de Banti (splénomégalie et cirrhose du foie). — Seaman Bainbridge : Bref résumé des recherches récentes sur le cancer. — Spivak : La constipation habituelle au point de vue de l'évolution moderne de la diététique. — Lessen : Acroparesthésie. Etude de deux cents cas. — James Mac Guire : Deux cas de varices traitées avec succès par les rayons X. — (N° 10, 8 sept.) George Gould : Les mystères et les sources du suicide. — Lucy Waite : Le shock. — Farnum Stoll : Pleurésie avec épanchement et tuberculose pulmonaire. — Thomson : Mastoïdite aiguë; prophylaxie, diagnostic et traitement. — Jacob Schadle : Asthme des foins et asthme bronchique persistant guéris après traitement de l'antre d'Highmore enflammé. — Hertzler : Un danger possible de l'emploi thérapeutique de l'acide osmique. — (N° 11, 15 sept.) Knopf : Comment les professions médicale et enseignante peuvent-elles coopérer à l'amélioration de l'état moral, mental et physique des jeunes gens? — Alice Bryant : Observations cliniques sur les fosses nasales et leurs rapports avec les organes de la vue et de l'ouïe. — Arthur Jacobson : Un nouvel instrument pour exercer des tractions sur le fœtus dans l'axe du bassin. — Walter Stern : Résultats de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. — (N° 12, 22 sept.) John Erdmann : Obstruction du canal cholédoque. — Heinrich Stern : Le lupulin dans le traitement des maladies gastro-intestinales. — Barbour : Quelques-uns des facteurs qui prédisposent à la phtisie. — John Boucher : Péritonite tuberculeuse. — Rosa Engelmann : Plaidoyer pour l'emploi de larges doses de sérum antitétanique dans le trismus. — J. Douglas : Dipsomanie. — (N° 13, 29 sept.) Henry Koplik : La percussion du crâne au point de vue des indications de la ponction lombaire; ses applications dans la méningite cérébro-spinale. — W. Graves : Le problème des localisations dans ses rapports avec les lésions de la tête. — Alexis Moschcowiz : Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. Etude des causes de récidive après le traitement opératoire; moyens d'y obvier. — W. Stowell : Cent trois cas d'épilepsie. — Ch. Disen : Quelques points du diagnostic et du traitement du stade prétuberculeux. — J. Lopez : Examen des matières fécales de vingt-cinq nouveau-nés; quelques observations cliniques. — Forbes Mc Greery : Hernie épiploïque suppurée; relation d'un cas. — (N° 14, 6 oct.) Bransford Lewis : Trois uretères découverts pendant la vie; le cathétérisme des uretères donne trois urines différentes dont une infectée par le gonocoque. — Ch. Kelsey : Axiomes pour le traitement du cancer du rectum. — Butler : Le traitement des symptômes est un procédé rationnel et scientifique. — Frederich Rogers : L'action de souffler dans des instruments à vent envisagée au point de vue de la tuberculose. — Brownson : L'appendicite : opérer ou ne pas opérer.

(Voir la suite, p. 1475.)

REVUE GÉNÉRALE

LES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE

Par M. André MARTIN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie à la Faculté.

I

Etiologie. — Nous ne nous attarderons pas dans ce chapitre à rappeler les différentes opinions émises par les auteurs, opinions que nous trouvons reproduites dans les classiques ; qu'il nous suffise de rappeler avec Cras que la veine splénique est dépourvue de valvules ; la rate n'est somme toute qu'un diverticule de la veine porte. Mais aussi la veine splénique reçoit la veine gastro-épiploïque gauche. C'est là une voie toute naturelle, facile à concevoir, et l'on ne comprend guère que Le Noël ait pu écrire :

« L'embryon traverse la tunique stomacale, pénètre dans le cœur et est lancé dans la tunique artérielle. »

Il semble plus logique d'admettre la voie veineuse et cela pour des raisons anatomiques.

Gangolfe a émis l'opinion que la voie lymphatique est aussi importante que la précédente. Les gros troncs lymphatiques entourant le tube digestif, conduiraient l'embryon dans le canal thoracique, de là dans le système cave et le cœur.

On a fait entrer en ligne de compte différents facteurs :

La race. — C'est ainsi qu'en Allemagne le kyste hydatique serait plus fréquent que dans notre pays. Neisser et Mosler ont publié des statistiques nettement concluantes : malgré tout pour Rostochinsky, tandis que le foie reçoit le parasite dans 45 p. 100 des cas, la rate ne fournit que 0,3 p. 100 des observations de kystes hydatiques.

Trinkler s'élève contre cette assertion.

L'age et le sexe. — Quoi qu'on ait dit on trouve les observations en nombre à peu près égal chez l'homme et la femme.

La grossesse, les traumatismes ne semblent pas jouer le rôle étiologique important, invoqué par Finsen.

II

Anatomie pathologique. — I. Le kyste est unique. — Lorsque cette forme simple existe, deux cas peuvent se présenter, le kyste est superficiel ou en plein parenchyme.

A. *Kyste superficiel.* — La rate présente alors une tumeur du volume du poing, souvent la rate ne semble plus être qu'un appendice fusionné au kyste. Pour Trinkler le kyste siégerait aussi souvent sur la face externe que sur la face interne, près du bord crénelé ou sur la face postérieure.

Quant à la surface de la tumeur, elle se présente plus ou moins bosselée, rarement régulière, on compte jusqu'à deux ou trois brides fibreuses comme dans l'observation de Concetti, et il est bien rare de rencontrer une tumeur lisse sans bosselures, ni dureté, comme le type décrit par M. Brault dans une observation.

Le kyste, faisant saillie sous une mince couche de tissu splénique, est réuni à l'organe.

Il est une forme moins fréquente, dans laquelle le kyste hydatique est *pédiculé.* En effet il nous a été donné d'observer un kyste nettement splénique, fixé par un tractus long de 6 à 8 centimètres d'une largeur à peu près égale. Le point d'implantation était légèrement en dedans du bord crénelé. La surface splénique était déprimée sur le pourtour de l'attache du pédicule.

Cette variété anatomique n'est pas fréquente.

Elle a été mentionnée par Marcano, le volume du kyste atteignait les dimensions d'une tête de fœtus ; pour Renault, le kyste peut atteindre le volume du poing. Mais dans ces observations, l'importance du pédicule n'est pas relatée. Chez le sujet de Schönborn, le kyste s'attache à la face externe pariétale de la rate. L'observation d'Oliver est la plus typique. Le kyste s'attachait sur le pôle inférieur de la rate ; il était volumineux, descendait jusqu'au cul-de-sac vaginal gauche.

B. *Kyste profond.* — Cras, à l'inverse de Trinkler, admet une première phase presque constante plus ou moins durable pendant laquelle le kyste évolue en plein parenchyme splénique. Il semble bien évident que tout kyste profond peut se développer vers les parties périphériques. Mais aussi il y a une forme qui dès le début est corticale si l'on peut dire, et une autre qui restera profonde, souvent ignorée. Nous trouvons la démonstration de ce fait dans les cas publiés autrefois. Duroziez vit « la rate creusée en son milieu d'une vaste caverne ».

Deffaux signale un cas où aucun signe extérieur ne permettait de déceler le kyste tout au moins avant la coupe longitudinale.

En un mot la rate semble considérablement hypertrophiée mais peu bosselée ; l'organe est réduit à une mince coque de tissu splénique.

La poche du kyste est d'inégale épaisseur, atteignant en certains points 0,002 ou 0,003, tandis que dans d'autres régions elle n'a pas 0,001. Suivant les cas la paroi est dense, fibro-cartilagineuse ; souple, membraneuse, véritable tunique adventice (Gérin-Roze) ou la paroi est squirrheuse ayant jusqu'à 15 millimètres d'épaisseur.

Telle est la paroi ; quels sont ses rapports avec le tissu splénique, faut-il admettre comme pour le foie que paroi kystique et parenchyme adhèrent intimement, ou bien existe-t-il une zone péri-kystique ; on pourrait y voir des vaisseaux dilatés, flexueux, anastomosés.

Histologiquement la poche est formée de fibres conjonctives unies à des fibres striées, parallèles entre elles et réfringentes (Malassez, Bourbon, Morax).

Le contenu. — Dans les cas simples, le liquide est diaphane, de couleur argentine, donnant le précipité floconneux classique par addition d'acide azotique. Le poids spécifique oscille entre 1,007 et 1,015.

Chaintre insiste sur la grande quantité de phosphates, de chlorures, d'urée atteignant 0g40 par litre.

Le liquide renferme des vésicules secondaires contenues dans la vésicule mère ; ces vésicules peuvent atteindre un nombre considérable, alors elles distendent et dilatent l'hydatide mère au point de lui enlever toute vitalité : celle-ci entre en régression, devient adhérente au kyste conjonctif et peut passer inaperçue.

La rate est vraisemblablement influencée par le développement du kyste.

Concetti semble être le premier auteur qui ait insisté sur l'hyperplasie considérable dont était le siège le parenchyme de la rate : à ce fait on pourrait opposer les deux observations des malades de Fehleisen opérés par Bergmann : il ne fut pas possible de constater la plus petite altération morbide du parenchyme splénique « ni atrophie, ni hypertrophie ».

M. le professeur Dieulafoy compare cette hypertrophie splénique à l'augmentation de volume du foie dans le cas de kyste hydatique de cet organe.

Histologiquement, les travées conjonctives sont épaissies, cette sclérose splénique se constate aussi autour des vaisseaux.

Kyste superficiel et kyste profond sont donc les deux grandes formes de l'affection, mais il est des cas où la délimitation ne sera pas aussi nettement tranchée ; le kyste cesse de devenir profond, refoule progressivement la coque splénique : « il s'extériorise. » La tumeur est bilobée ou la rate est réduite à une simple lame rappelant par son aspect une « langue de bœuf » coiffant le kyste (Hartmann).

II. Les kystes sont multiples. — On peut trouver deux, trois, cinq kystes comme dans un cas de Cruveilhier, six tumeurs indépendantes dans une observation de Delbecq. Les tumeurs peuvent être divisées en plusieurs loges; anormalement ces kystes communiquent entre eux, ou un kyste superficiel communique avec un kyste profond.

Souvent ces kystes hydatiques multiples de la rate coïncident avec des formations analogues, périspléniques, développées dans l'épiploon pancréatico-splénique; dans le repli gastro-splénique, ou même dans le grand épiploon comme nous avons eu l'occasion de l'observer, dans l'épiploon gastro-hépatique (Trofinoff).

III. Rapports des kystes. — Knowsley Thornton a vu l'artère splénique dilatée, les veines homonymes présentent une augmentation de calibre évidente. Les vaisseaux au niveau du hile paraissent friables (Pieri). Il est même possible de trouver un anévrisme au niveau de l'artère splénique, anévrisme sacciforme tel que l'a décrit Kischenski. Cet auteur pense du reste qu'il y eut simplement coïncidence de lésions.

En se développant le kyste pourra évoluer dans des directions différentes.

α. Le kyste est *antérieur*, gastro-splénique.

Casanova et Poulet insistent sur les adhérences que l'on peut rencontrer dans cette forme : adhérences gastriques expliquant jusqu'à un certain point les troubles digestifs signalés dans certains cas (Chaintre-Péan);

β. Le kyste est *postérieur*, pancréatico-splénique. La tumeur est cachée, passe inaperçue à l'ouverture de l'abdomen. C'est ainsi que Gallozi rencontra une rate en apparence normale, mais en attirant l'organe vit une saillie volumineuse sur la face interne, adhérente à la queue du pancréas.

Kahn vit un kyste de cette variété adhérer au pôle supérieur du rein. En 1903, Monprofit a mentionné une tumeur adhérente à la queue du pancréas, mais cette poche kystique n'appartenait pas à la rate. Enfin rappelons la coïncidence possible d'un kyste hydatique du pancréas et de la rate (Masseran);

γ. Le kyste est *supérieur*. C'est la forme anatomique qui entraîne les complications les plus fréquentes et les plus graves. On constate un véritable éventail fibreux allant du pôle supérieur du kyste au diaphragme, ce peut être une véritable « symphyse abdomino-splénique » (Jonnesco), ou bien le diaphragme s'amincit et dans une très belle observation de Guérin on put voir le kyste ayant refoulé le diaphragme, l'ayant usé, faire irruption dans la cage thoracique, le poumon petit, tendu, est refoulé contre la paroi vertébrale;

δ. Le kyste est *inférieur*. C'est le type le plus fréquent d'après Sokoloff. C'est une forme grave par les connexions du kyste et de l'intestin grêle : on peut constater suivant l'ancienneté des lésions une sorte de gâteau constitué par les anses adhérentes entre elles, ou bien encore le pôle inférieur de la rate; le coude gauche du côlon, les anses grêles forment un tout indissoluble. C'est ainsi que Brault ayant constaté au cours de la vie une débâcle avec vésicules, ne put après la mort retrouver l'orifice de communication entre la poche et le côlon.

Bien entendu il est des cas où il n'est plus possible d'assigner au kyste le type ascendant ou descendant. Il évolue à la fois vers le diaphragme, vers la paroi thoracique, vers l'intestin ;

ε. Le kyste est *externe*, presque toujours adhérent à la face interne de la paroi thoraco-abdominale. Il y a eu infection passée inaperçue, car normalement la face externe de la rate est libre, sans ligaments.

IV. Modifications de la poche kystique et du liquide. — La paroi du kyste prend une consistance fibreuse, a l'aspect de plaques athéromateuses sèches de l'aorte, la consistance des anneaux de la trachée (Gérin-Roze), elle est incrustée de plaques calcaires (Bouglé), de concrétions ossiformes.

L'épanchement cesse d'être limpide, il devient cireux, sanguinolent, purulent.

Le liquide a été trouvé verdâtre (Kœberlé), ou bien jaunâtre, de consistance visqueuse.

La nature des agents microbiens a été étudiée par Tuffier, d'Antona qui ont reconnu le colibacille pur. Giamettasio a pu voir un kyste hydatique évoluant dans une rate paludéenne; il constate comme les auteurs précédents le colibacille.

Enfin signalons le sphacèle du parenchyme splénique, la rate est transformée en un clapier dont les parois seront constituées par le pancréas, l'atmo-

sphère celluleuse du rein, le diaphragme, l'épiploon gastro-hépatique (Hutchett).

III

Symptomatologie. — 1° Signes fonctionnels. — Le début du kyste hydatique est chose variable. Il existe toute une catégorie de sujets chez lesquels le kyste ne s'est manifesté par aucun symptôme durant la vie; c'est ainsi qu'au cours d'une pneumonie, à la suite d'uue contusion, si l'on vient à pratiquer l'examen de la paroi abdominale, on décèle une tumeur dans l'hypocondre gauche.

Les troubles douloureux peuvent se manifester quelques mois ou même deux années avant l'apparition du kyste, parfois même on peut trouver une forme spéciale bien décrite par les chirurgiens italiens; le kyste se développe au milieu des crises de paludisme.

Pendant douze ans, dans un cas de Concetti le malade fut soigné pour névralgie intercostale.

Nous tenons à mentionner le cas de Chaintre; le malade, syphilitique depuis dix ans, avait de telles douleurs, sensations de picotements, de brûlures, de torsion, que l'on n'hésita pas à porter le diagnostic de crises gastriques du tabes, et ce n'est que huit mois après qu'apparurent les signes physiques permettant de poser le diagnostic.

Chez quelques malades il existe une anémie profonde que rien ne peut expliquer, et à intervalles plus ou moins réguliers apparaissent des crises douloureuses à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche.

Souvent la crise s'accompagne d'irradiations douloureuses vers « l'épaule gauche », vers les lombes avec immobilité de la cage thoracique. Fehleisen a décrit cette forme, et fait curieux, les crises coïncidaient avec la période menstruelle. Enfin chez des malades porteurs de kystes hydatiques depuis plusieurs années, des troubles respiratoires, des douleurs apparaissent sans cause et tout rentre dans l'ordre (Mordret).

Signalons encore l'angoisse cardiaque, et l'**impossibilité chez quelques sujets de se placer dans le décubitus latéral gauche**, ce qui pour Trinkler est un signe de premier ordre.

Le développement anormal de l'abdomen peut constituer l'unique signe; chez une opérée de MM. Quénu et Duval, la crainte d'une grossesse était la seule préoccupation de la malade.

Le kyste se développe en avant (type gastro-splénique). — Cette forme se manifeste le plus fréquemment par des douleurs gastriques ou une simple sensation de poids à l'épigastre; par hasard la tumeur se révèle dure et mobile au-dessous et à gauche de l'appendice xiphoïde.

Les vomissements peuvent être notés, accompagnés de douleurs généralisées à toute la zone gastrique, et irradiées à la moitié droite de l'abdomen; même Mas eut l'occasion de voir un kyste hydatique comprimant l'estomac à un degré tel qu'il y avait intolérance gastrique absolue, on avait porté le diagnostic de périgastrite et d'ulcère.

L'ouverture du kyste dans l'estomac reste malgré tout une rareté, et ce n'est que dans une observation de Gérin-Roze que l'on retrouve les vomissements glaireux renfermant des hydatides.

Le kyste se développe en arrière (type pancréatico-splénique). — Les signes fonctionnels sont un peu estompés, les douleurs seraient plus souvent lombaires. Le pancréas n'est pas influencé, et comme le dit Villar : « Par l'examen des urines, des matières fécales, il n'est possible de diagnostiquer cette localisation, le fonctionnement du pancréas est normal. »

Le kyste se développe en haut (type phréno-splénique). — Le malade est oppressé, essoufflé, on porte le diagnostic d'emphysème, pleurésie, pleuro-pneumonie. La gêne est souvent intermittente (Martineau), pendant la marche, à la suite des repas : les douleurs irradient « vers l'épaule gauche ».

Trinkler pense que les douleurs aiguës qui surviennent inopinément et sans cause apparente, proviennent de lésions mécaniques, telles que : solution de continuité de la poche kystique, déplacement du diaphragme et du poumon, pleurésie de la base.

La dyspnée est donc le symptôme fonctionnel capital. Elle tient au siège du kyste.

Dans des formes graves, la gêne respiratoire trouve son explication dans les lésions pulmonaires. Le malade tousse, rejette des mucosités séro-sanguinolentes, a des hémoptysies franches (Schrötter).

Le kyste peut encore adhérer au foie : cette connexion ne se manifeste par aucun symptôme. Dans un seul cas Goyrand (d'Aix) eut l'occasion de trouver cette variété, mais peut-être devons-nous expliquer par des adhérences hépatiques, la douleur « dans l'épaule droite » décrite par Wassilief chez deux sujets ne présentant pas de kystes du foie.

Le kyste se développe en bas (type spléno-colique). — On conçoit aisément que ce sont troubles intestinaux qui dominent la scène, le malade accuse une sensation de barre transversale répondant au côlon transverse, et fait très important, la constipation alterne avec des débâcles diarrhéiques.

C'est dans cette variété déscendante que le kyste a pu luxer le rein, comprimer cet organe (Wells), le kyste n'est plus arrêté par aucun obstacle, il continue à s'accroître, il descend jusqu'au petit bassin, adhère à l'utérus, d'où les troubles menstruels; on a vu l'ovaire recouvert par la tumeur splénique.

Le kyste se porte en dehors. — Il n'est guère intéressant, nous ne l'avons trouvé mentionné que dans les cas où il fut compliqué de suppuration, de rupture intrapéritonéale ou d'ouverture aux téguments.

2° Signes physiques. — On peut dire que tous les intermédiaires sont possibles entre le kyste volumineux ayant refoulé le diaphragme, le cœur, les poumons, descendant à l'arcade crurale, et le petit kyste mobile, pédiculé. Dans ce dernier cas, la tumeur est mobile sous les téguments, on la délimite exactement, on la déplace dans tous les sens. Il faut, avant toute chose, chercher la rate. Celle-ci peut être déformée, car nous avons vu que souvent le malade est un paludéen, en outre la périsplénite est fréquente. C'est ce qui explique les erreurs nombreuses. La rate kystique est prise pour une rate néoplasique.

Inspection. — Les côtes inférieures peuvent être écartées, les bords inférieurs des arcs costaux tournés en dehors. La peau des espaces intercostaux paraît amincie, lisse, mais on ne trouve presque jamais de circulation veineuse collatérale (1 cas de Bryant). En examinant le sujet debout on a pu constater une saillie appréciable. Le ventre peut être uniformément développé comme dans l'ascite, l'ombilic est refoulé, l'appendice xiphoïde subluxé. Le kyste peut même bomber au-dessus du pli de l'aine, se porter en arrière vers la masse sacro-lombaire. Enfin pour Dieulafoy le mamelon du côté gauche peut être plus élevé que celui du côté droit.

Palpation. — Permet de reconnaître suivant les cas une tumeur lisse, sans bosselure, ni dureté, fluctuante, mais Concetti dit que presque toujours on peut reconnaître les vibrations caractéristiques du kyste à échinocoques.

Dans la variété de kyste profond on ne peut que délimiter une rate hypertrophiée.

Sevestre insiste sur les différences de sensations perçues chez un même sujet, à la partie supérieure le kyste donne l'impression d'une tumeur liquide, au pôle inférieur la surface est dure, non dépressible.

Si la masse n'est pas adhérente elle s'élève et s'abaisse légèrement à chaque mouvement respiratoire.

Supposons le kyste né en plein parenchyme splénique, il semble que la rate soit elle-même touchée, et dès lors on conçoit aisément que la direction du kyste se confonde avec la direction de l'organe où il est né.

Le kyste peut recevoir les pulsations de l'aorte sous-jacente.

La tumeur peut être assez mobile pour être envoyée dans la partie droite de l'abdomen, ou se cache dans l'hypocondre gauche.

La *fluctuation* est un signe de premier ordre, sans doute, dit Mosler, ce signe est l'indice de certitude, mais il faut reconnaître qu'il est absent dans nombre de cas.

La *percussion* révèle la matité et le frémissement hydatique.

La matité est évidente, nous n'avons pas à insister sur ce fait. C'est un signe d'autant plus perceptible que les régions avoisinantes sont sonores, ou même ont une sonorité exagérée ; c'est ainsi que par la percussion on verra les limites supérieures et inférieures, mais un fait semble constant, c'est la sonorité de la région iléo-lombaire ; il y a une bande sonore entre la tumeur et la colonne vertébrale.

La percussion de la région costo-iliaque sera pratiquée même dans les tumeurs à type abdominal, et dans une très belle observation de M. Hartmann on put produire « un ballottement comparable au ballottement rénal ».

Le *frémissement hydatique* semble être moins fréquent que dans les kystes du foie : M. le professeur Le Dentu ayant eu à examiner un sujet porteur d'un kyste hydatique du foie et de la rate reconnut le frémissement au niveau de la tumeur hépatique, le kyste splénique était dur, arrondi et mobile. Trinkler semble être tombé sur une série heureuse puisqu'il a constaté trois fois le frémissement classique. M. Tuffier vit une tumeur lisse, résistante, mate, sans frémissement, sauf au niveau de son bord libre.

Bergmann distingue même deux bruits :

Le bruit des hydatides pouvant s'entrechoquer et le frémissement perceptible à la surface de la tumeur.

Quant à l'*auscultation*, elle ne devra jamais être négligée, surtout en ce qui concerne les formes ascendantes : le kyste peut simuler un épanchement pleural, il repousse le diaphragme, le poumon dévie le cœur.

La limite de la matité répond aux troisième et quatrième côtes ; les vibrations thoraciques sont abolies.

En dehors de toute complication on perçoit des râles de congestion pulmonaire.

Il faudra compléter l'exploration de l'abdomen par l'examen du foie : normal, hypertrophié, abaissé, entraîné par le kyste (Volkmann).

L'estomac est normal ou dilaté.

L'intestin est comprimé ou refoulé à droite.

Les organes génitaux peuvent adhérer au pôle inférieur du kyste.

Le corps thyroïde a été trouvé hypertrophié une seule fois par Fehleisen.

Enfin, mentionnons l'anémie des sujets porteurs de kystes, peut-être pourrait-on avec Sabrazès (de Bordeaux) conclure que l'hématologie des kystes hydatiques doit à priori révéler une éosinophilie par analogie avec l'état du sang dans les cas de parasites animaux.

Telle est dans son ensemble la symptomatologie des kystes hydatiques de la rate.

IV

Complications. — Le kyste hydatique de la rate *suppure*, s'ouvre dans un organe voisin, se *généralise*.

Autrefois il fallait rechercher la cause de la suppuration du kyste dans une ponction faite pour éclairer le diagnostic. La température s'élève à 38°5, 39 degrés, des vomissements bilieux apparaissent, la peau est moite, la douleur est pulsatile, les téguments jusqu'alors souples, glissant facilement sur la tumeur, peuvent devenir légèrement douloureux. Chez d'autres malades c'est à la suite d'une attaque de grippe que la tumeur devient sensible, le thermomètre peut marquer 41 degrés et dans les observations de Casanova et Poulet on peut remarquer l'apparition de l'urticaire coïncidant avec la suppuration. Parfois cette complication a été annoncée par des symptômes de néphrite, œdème plus ou moins accentué des membres inférieurs, albuminurie, diminution de la sécrétion urinaire.

Le kyste qui suppure, évolue vers les organes voisins et surtout vers le diaphragme. Au début on peut croire à une lésion pleuro-pulmonaire, on n'entend pas le murmure vésiculaire, il n'y a ni souffle ni pectoriloquie aphone, mais si on percute on voit que la matité splénique se continue avec la matité pleurale, il n'y a pas de zone sonore interposée. Le thermomètre oscille entre 37°8 et 40 degrés. Dans une autre forme décrite par Reboul, la suppuration est

annoncée par une augmentation brusque de la tumeur.

Si la poche s'ouvre dans le poumon, on a le tableau clinique habituel: douleur brusque, sensation de déchirure, le malade est violacé et expulse en une ou plusieurs vomiques un liquide verdâtre, ou rouge foncé, dans lequel surnagent les crochets caractéristiques.

Parfois l'hémoptysie précède la vomique, Hermann croit que l'ouverture pleurale est précédée de violents accès d'étouffement, de quintes de toux, avec crachements de sang, rejet de mucosités séro-sanguinolentes.

Enfin plus anormal est le cas relaté par Quénu : la suppuration se développe lentement, insidieusement la vomique se produit et à l'auscultation on a les symptômes d'un pneumothorax.

La gangrène pulmonaire, la péricardite ont été rarement signalées.

Après l'ouverture dans la plèvre, l'suverture du kyste suppuré dans l'intestin est la complication la plus fréquente. Elle se traduit par une véritable débâcle, le kyste diminue de moitié et dans la suite les malades s'affaiblissent. Dans un cas de Gérard-Marchant la tumeur splénique disparut après un malaise passager et une évacuation rectale, mélange de sang et de pus; chez un malade de Hope Grand l'évacuation eut lieu par le rectum et l'urètre.

Lorsque la perforation se fait aux téguments, son siège est variable. Lainé l'a vue à la région lombaire, ou bien un sujet se présente avec un anthrax situé à l'hypocondre gauche, près du bord externe de la masse sacro-lombaire; de l'anthrax incisé part une fistule traversant le muscle, arrivant jusqu'à une poche kystique dépendant de la rate.

Enfin reste l'ouverture du kyste dans le péritoine.

La rupture a pu suivre une ponction exploratrice, la température s'abaisse, la respiration est superficielle.

L'ouverture du kyste dans la cavité péritonéale peut amener une greffe des vésicules sur le tablier épiploïque, sur le foie, la paroi vésicale (Magdelain).

La mort subite, apoplectiforme, a été notée sans qu'on ait pu à l'autopsie trouver la moindre fissure.

Somme toute les deux grandes complications sont :

L'ouverture pleuro-pulmonaire ;

L'ouverture dans le tube digestif.

V

Diagnostic. — α. Dans le kyste à *évolution ascendante*, le diagnostic est surtout à faire avec les affections de la plèvre et du poumon, mais dans l'épanchement pleural, la lésion est tout entière thoracique. Sans doute il peut y avoir disparition de l'espace de Traube, mais on ne constate rien dans la région de l'hypocondre gauche. Le kyste hydatique est toujours abdominal avant d'être thoracique : lorsqu'il atteint un tel développement, il repousse en dehors les dernières côtes. « Pour déjeter le gril costal il faut autre chose qu'un épanchement » (Dieulafoy).

Mais encore dans le kyste hydatique on ne trouve pas l'égophonie, la pectoriloquie aphone aussi nettes que dans la pleurésie, de plus au cas de kyste il y a élévation manifeste du mamelon gauche.

Il faudra toujours rechercher le signe de Trinhler : « impossibilité pour le sujet atteint de kyste hydatique de se placer dans le décubitus latéral gauche », tandis que dans la pleurésie le malade se *couche sur le côté atteint*.

Le diagnostic différentiel, avec une tumeur de la face inférieure du foie, est très délicat, même impossible.

Mortureux prit un kyste hydatique de la rate pour un kyste du foie : l'erreur inverse est aussi commune.

Les kystes du petit épiploon auraient en avant d'eux une bande sonore.

β. Dans le kyste à *évolution descendante*, éliminer les kystes mésentériques. Les troubles sont les mêmes : constipation, vomissements, troubles dyspeptiques, mais la tumeur du mésentère est sensiblement médiane, déviée à droite, le kyste splénique est à gauche. Le kyste du mésentère, *mobilisable*, alors qu'il est peu développé, est déjà sus-pubien, séparé du pubis par une bande sonore. Le kyste hydatique de la rate est en général loin de la symphyse sauf les cas où la rate est mobile; enfin sur le bord supérieur du kyste on peut reconnaître la sonorité plus ou moins régulière du côlon transverse.

Les kystes isolés du grand épiploon sont une rareté.

Dans un cas de kyste hydatique de la rate, on avait fait le diagnostic de kyste du ligament large, car le toucher vaginal faisait reconnaître une tumeur arrondie régulière, franchement fluctuante, immobilisant l'utérus. La ponction, loin d'éclairer le diagnostic ne pourrait être qu'un élément de confusion, car le kyste du ligament large est souvent un kyste à liquide clair comme le kyste hydatique.

Les kystes de l'ovaire sont faciles à reconnaître.

γ. Dans le kyste à *évolution postérieure*, ce sont surtout les affections du rein qui peuvent être confondues avec la tumeur, mais le ballottement, comparable jusqu'à un certain degré au ballottement rénal, n'est pas provoqué par la succussion de l'espace costo-vertébral ; il est produit par des secousses dans l'espace costo-iliaque.

La rate mobile se reconnaît à son bord tranchant, crénelé que ne présente pas le rein déplacé.

Les kystes du rein s'accompagnent de douleurs iliaques, de douleurs irradiées vers les organes génitaux jusqu'au jour où le malade expulse des hydatides avec les symptômes de colique néphrétique.

Le diagnostic avec l'hydronéphrose est délicat. Sans doute on peut recourir au cathétérisme de l'uretère.

Quant à distinguer le kyste splénique d'une tumeur de la queue du pancréas, c'est chose à peu près impossible cliniquement.

δ. Dans le kyste à *évolution antérieure*, le diagnostic serait plus facile, car on pourrait reconnaître l'aspect de la rate, mais dans un cas personnel il ne fut pas possible de distinguer le kyste adhérent à l'estomac, d'une tumeur de la grande courbure.

Enfin il faudra prévoir les complications par le siège de la douleur, par les irradiations et les symptômes fonctionnels.

Rappelons que l'examen du sang montrant une éosinophilie accentuée constitue un bon signe de probabilité.

VI

Traitement. — La méthode de traitement la plus simple est la *ponction*. Fehleisen put guérir un kyste hydatique avec une seule ponction. Mais à côté de cas analogues, Rosenstein et Sänger ponctionnent un sujet, onze fois sans résultat. En 1883, Sevestre recommandait de vider complètement le kyste avec l'appareil aspirateur, et de condamner le malade au repos absolu, jusqu'au moment où on avait lieu de penser que l'orifice fait à la paroi kystique est obturée.

La ponction n'est du reste pas exempte de danger; suppuration, rare de nos jours, urticaire, élévation thermique. Février a bien établi ce point au Congrès de chirurgie de 1901. Sans compter qu'il peut exister à la surface du kyste une adhérence épiploïque, une veine peut être lésée. Rappelons qu'en 1897, Vanverts citait sur 31 cas de ponction simple :

17 récidives;
7 morts;
2 guérisons incomplètes à opposer à 5 guérisons.

En outre après la ponction, la rate peut rester volumineuse (Delens).

Les *injections antiseptiques* ont été préconisées. On a utilisé tour à tour le sublimé, la teinture d'iode, la solution iodo-iodurée (Ribaut). A vrai dire ces méthodes sont tombées dans l'oubli. Bouilly s'était fait le défenseur de l'injection de sublimé pour laquelle il revendiquait le nom de « méthode de Mesnard (de Bordeaux) ».

Incision et marsupialisation. — Il y eut une longue période durant laquelle l'incision simple du kyste fut considérée comme le traitement de choix. Malgré tout on cherchait à créer des adhérences; l'emploi de pâte de Vienne était fort en honneur : cette méthode n'a plus qu'un intérêt historique.

L'incision du kyste accuse encore une mortalité de 29 p. 100, ce qui est un chiffre élevé pour la chirurgie actuelle (Février).

Il est juste de dire que dans presque toutes ces interventions, le kyste était suppuré (Reboul, cité par Vanverts).

Ce que l'on peut reprocher à l'incision simple c'est de laisser une poche voisine, ou le kyste peut être biloculaire, les deux poches communiquant par un pertuis, on laisse intacte la cavité profonde.

Chaintre pense avec son maître Ollier que le kyste fixé à la paroi doit être dilaté les jours suivants avec des laminaires. Comme suites opératoires, signalons la fistule persistant de deux à trente-six mois.

Cette méthode préconisée par Martyn-Jordan a été reprise par Mabit qui sous, le nom d'opération de Lindemann-Landau, « incision directe suivie de la fixation des lèvres du kyste à la plaie abdominale, » montre que les résultats souvent défectueux tiennent à ce que le kyste est suppuré.

Pour éviter la fistulisation, Bond propose la technique suivante : 1° laparotomie;

2° Ponction du kyste aussi complète que possible, se reconnaissant à la teinte rosée s'écoulant du trocart;

3° Ouverture large de la membrane adventice, extraction de la vésicule mère. La cavité est asséchée aussi soigneusement que possible;

4° « On résèque les parties qui peuvent être retranchées, on suture la poche en essayant de diminuer autant que possible la cavité par l'inversion des bords de l'incision au moyen de sutures analogues aux points de Lambert, on abandonne le tout dans la cavité abdominale. »

Mabit a employé deux fois ce procédé pour kyste hydatique de la rate; mais il ne faut pas oublier que le tissu splénique saigne au moindre attouchement, et que souvent la splénectomie pourrait terminer une opération commencée dans le but de pratiquer une simple incision.

Le capitonnage pourrait être appliqué aux kystes de la rate comme aux kystes du foie ainsi que l'a proposé Baraduc, sous l'inspiration de M. Pierre Delbet.

L'extirpation du kyste serait la méthode idéale, mais le kyste pédiculé est somme toute une rareté, lorsque le kyste est en plein parenchyme; les tentatives d'extirpation peuvent être dangereuses, le malade peut succomber à une hémorragie (Thomas); et le procédé de Snéguirew, « ratatinement du tissu splénique par la vapeur d'eau, » est difficile à employer; suivant l'expression de l'auteur, l'artère splénique doit être « cuite et thrombosée », dès lors l'extirpation est facile.

La splénectomie assure la guérison rapide et radicale : on évite surtout de laisser un autre kyste passé inaperçu, sans compter, comme le disait Jonnesco au Congrès de Moscou en 1897, que « la rate dans laquelle se sont développés un ou plusieurs kystes hydatiques ne joue pas un rôle physiologique de premier ordre. »

La statistique récente d'Almecida montre un seul insuccès dans les splénectomies pour kystes hydatiques.

Villar (de Bordeaux) pense que l'incision sous-costale gauche peut donner un plus grand jour que l'incision médiane.

Traitement des complications. — Si le kyste suppuré évolue vers le diaphragme, il faut, à l'exemple de M. Quénu ouvrir largement, réséquer une, deux côtes, découvrir la cavité, drainer; après un lavage antiseptique comme le propose Reboul.

Il n'existe aucune publication sur le traitement des complications abdominales, Le traitement le plus simple consisterait à ouvrir, marsupialiser, si la poche renferme du pus.

Si le kyste s'ouvre dans l'intesiin, peut-être serait-ce là un mode de guérison comme le fait a été noté pour les kystes du foie.

Quant à l'ouverture intrapéritonéale, seule la laparotomie faite le plus près possible du début des accidents, est capable de sauver le malade.

Si le kyste s'ouvre aux téguments, laver, drainer la poche et plus tard pratiquer la splénectomie.

BIBLIOGRAPHIE

ALESSANDRI. *Ann. de Virchow*, p. 118, 1878. — AMBERG. *Wiener med. Woch.*, p. 2073, 1898. — ANTONA. *Riforma medica*, p. 584, 1899.

Barret. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 341, 1828. — Broca. *Kyste hydatique intrasplénique*, Paris, p. 273, 1852. — Bryand. *Guy's hospital reports*, p. 444, 1866. — Brault. *Prog. méd.*, p. 111, 1877. — Bourdel. Soc. anat. de Paris, 1883. — Besançon. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*, p. 147, 1886. — Bergmann. *Berl. klin. Woch.*, p. 592, 1888. — Braime. *Ann. de la Policlinique de Paris*, p. 450, 1890. — Bouilly. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, p. 789, 1892. — Baraduc. Th. de Paris, 1898. — Berthier. In Th. de Mortureux, p. 50, Paris 1900.

Concetti. *Giorn. interna. d. sc. med.*, p. 247, Napoli 1880. — Casanova et Poulet. *Revue de chir.*, p. 206, 1888. — Chaintre. *Revue de chir.*, p. 811, 1890. — Childe. *British med. J.*, t. II, p. 1431, 1882. — Cardarelli. *Boll. d. clinico*, p. 41, Milano, 1894. — Cras. Th. de Bordeaux, 1896.

Duroziez. Soc. anat. de Paris, 1851. — Dubouée. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 551, 1856. — Deffaux. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 165, 1874. — Delbecq. *Gaz. des hôpit.*, 1887. — Delens. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, p. 305, 1889. — De Almeida. *Braizil med.*, p. 446, Rio-de-Janeiro 1904.

Fehleisen. *Wochens.*, Leipzig, p. 1003, 1888. — Fink. *Wratsch*, p. 355, Saint-Pétersbourg 1889. — Février. Congrès français de chir., 1901.

Goyrand (d'Aix). *Gaz. des hôpit.*, p. 100, 1850. — Günsburg. *Arch. de méd.*, p. 12, 1862. — Gerin-Roze. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 19, 1880. — Guido. *Riforma medica*, 1893. — Guérin. *Arch. cliniques de Bordeaux*, 1896. — Gallozi. *Bull. de l'Acad. de méd. et de chir. de Naples*, p. 16, 1901. — Giomettasio. *Riforma medica*, 24 juin 1905.

Habersohn. *Guy's hospital reports*, p. 213, 1868. — Hamilton. *Journ. de Dublin*, p. 236, 1868. — Holstein. *Extr. Virchow*, t. II, p. 118, 1878. — Huber. *Munsch. med. Woch.*, 1890. — Hogel. *Med. record*, p. 386, Calcutta 1893. — Hahn. *Centralb. f. Chir.*, p. 880, 1895. — Hutchett. *Med. Record*, p. 426, 1896. — Hartmann. Congrès français de chir., 1897.

Jiorni. *Bull. de la Soc. méd. de Naples*, p. 247, 1880. — Jonnesco. *Presse méd.*, p. 125, 1897.

Kœberlé. *Bull. de la Soc. méd. de Strasbourg*, p. 162, 1873. — Kolberg. *Inaug. dissert.*, p. 168, Berlin 1873. — Knowsley-Thornton. *British med.*, p. 740, 1886. — Kischenski. *Med. chir.*, p. 577, Moscou 1901.

Linderson. Th. de Göttingen, 1820. — Le Noël. *Gaz. méd.*, p. 275, 1874. — Lainé. Th. de Paris, 1889. — Lavazzani. *Clinica*, p. 348, Pise 1898.

Marcano. *Prog. méd.*, p. 262, 1874. — Mosler. Th. de Wiesbaden, 1884. — Mas. *Centralb. f. Chir.*, p. 719, 1889. — Maclarin. *British med. Journ.*, p. 868, 1892. — Mordret (du Mans). *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, p. 789, 1892. — Martineau. *Union méd.*, p. 181, 1893. — Martyn Jordan. *The Lancet*, p. 208, 1898. — Matviezeff. *Wratsch*, p. 588, Saint-Pétersbourg 1898. — Mortureux. Th. de Paris, 1900. — Mabit. *Revue de chir.*, p. 587, 1905.

Neisser. *Die Echinococcenkrank*, p. 5, Berlin 1877.

Oliver. *British med. Journ.*, p. 13, 1893.

Pisri. *Riforma medica*, p. 742, 1892. — Petit. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 713, 1900. — Parlavecchio. *Policlinica*, p. 289, Roma 1900.

Rombeau. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, n° 29, 1854. — Rosenttein et Sänger. *Berl. klin. Woch.*, p. 229, 1873. — Ruehn. *Ibid.* — Renault. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 124, 1882. — Rostochinsky. *Bull. de la Soc. méd. de Moscou*, n° 5, 1890. — Reboul. *Arch. prov. de chir.*, 1896. — Richelot. In thèse Vanverts, p. 195, Paris 1897.

Schrotter. *Med. Wien.*, p. 220, 1870. — Savage, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 29, 1879. — Sokoloff. Soc. méd. de Kieff, 1881-1882. — Sevestre. *Union méd.*, 1883. — Spencer Wells. *British med. Journ.*, p. 55, 1889. — Schönborn. Th. d'Iéna, p. 51, 1895. — Snéguirew. *Semaine méd.*, p. 78, 1896. — Ilartchef. *Med. Napiedak*, p. 571, Sophia 1900. — Stankienvicz. *Gaz. de Varsovie*, p. 982, 1902.

Thomas. *Australian med. Journ.*, p. 385, 1884. — Trinkler. *Revue de chir.*, p. 107, 1894. — Trofinof. *Khir.*, p. 561, Moscou 1899.

Volkmann. *Verkand. der deuts. Gesells. f. Chir.*, 1877. — Vivenza. *Lo sperimentale*, n° 13, 1895. — Vanverts. Th. de Paris, 1897. — Villar. *Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 165, 1903.

Wassilief. *Revue de chir.*, nov. 1885.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 24 octobre 1906)

Invagination intestinale. — A propos de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans la dernière séance, M. Mauclaire apporte deux faits d'invagination intestinale récidivante, l'un chez un enfant, l'autre chez une jeune fille ; dans ces deux cas la désinvagination a été rendue impossible par des adhérences ; il a fallu recourir à la résection de la portion invaginée. Ces deux malades, soumis trop tard à l'intervention chirurgicale, ont succombé.

Phlébite et appendicite. — A l'occasion du rapport de M. Broca, communiqué dans la dernière séance, M. Toussaint rapporte l'histoire d'un jeune lieutenant qui fut pris d'une crise aiguë d'appendicite. Il fut soumis au traitement médical par la glace et la diète ; les choses se passèrent bien et la résolution fut assez facilement obtenue. Quinze jours après, ce malade fut pris de phlébite de la jambe gauche. Un traitement par le repos, l'iodure de potassium et les onctions mercurielles fut institué. Le malade allait mieux et était en bonne voie de guérison, quand, vers le quarantième jour, il fut pris de fièvre, 39°4 et 120 pulsations, et présenta des accidents d'embolie cardio-pulmonaire, avec présence d'albumine et de bile dans l'urine. En même temps apparut une douleur aiguë dans le ventre avec empâtement. Quatre jours après, M. Toussaint pratiquait la laparotomie ; il trouva un péritoine infiltré, ouvrit un abcès, enleva l'appendice. La première infection avait touché le foie, les reins, la veine rénale gauche. Si ce malade avait été opéré dès le début de sa première crise, on aurait probablement évité la thrombose qui a résulté de la première atteinte. Aux yeux de M. Toussaint, la thrombose elle-même ne constitue pas une contre-indication opératoire. L'indication formelle est d'ouvrir et de drainer au plus tôt le foyer d'infection, même au début de la phlébite.

Tuberculose cæcale. — M. Hartmann fait un rapport sur une observation intéressante adressée par un auteur dont le nom nous a échappé. Il s'agit d'une forme hypertrophique sténosante de tuberculose iléo-cæcale.

Il s'agit d'une femme qui fut prise brusquement de douleurs vives dans le côté droit du ventre avec vomissements. Le diagnostic porté fut : appendicite. La crise cède, la malade se remet. Trois mois après, nouvelle crise. Cette malade avait été opérée à neuf ans de ganglions du cou. C'était là tout son passé pathologique. On opéra cette malade pour une appendicite ; on trouva au niveau du cæcum une tumeur allongée en forme de boudin ; on la libéra, on l'enleva ; on

ferma les deux bouts de l'intestin et on fit une entéro-anastomose latérale. La malade guérit fort bien et engraissa de 3 kilogrammes en trois mois. A l'examen de la pièce on vit que la muqueuse du cæcum était normale. Une anse d'intestin grêle faisait saillie dans le cæcum. L'appendice ne présentait pas de lésions. L'examen histologique montra que la muqueuse de l'intestin grêle était épaissè, parsemée de follicules tuberculeux, on y trouva même de nombreux bacilles de Koch. Il s'agissait d'une tuberculose sténosante, hypertrophique de la partie terminale de l'iléon. Il n'y avait pas d'ulcérations. Cette malade n'avait jamais eu de diarrhée; aucun passé intestinal.

M. Routier cite un cas analogue de tuberculose limitée à la partie terminale de l'intestin grêle; il a dû, dans ce cas, réséquer 15 à 16 centimètres d'intestin, avec fermeture des deux bouts et abouchement latéral. Cette malade a bien guéri, mais elle a fait secondairement un abcès sur la cicatrice. Cette malade était entrée à l'hôpital pour des phénomènes d'occlusion.

M. Berger a également observé un cas d'hypertrophie sténosante tuberculeuse de la muqueuse de l'intestin. La tumeur était inenlevable à cause des adhérences; M. Berger en fit l'exclusion. L'amélioration fut considérable.

M. Hartmann fait observer que ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans le cas qu'il vient de rapporter, c'est que la tumeur était bien localisée à l'intestin grêle, le cæcum étant resté absolument sain.

Grossesse extra-utérine. — M. Faure fait un rapport sur quatre cas de grossesse extra-utérine observés par M. Lapeyre (de Tours). Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui avait expulsé une caduque volumineuse, la grossesse continua son cours, elle eut des hémorragies et on crut à une tumeur utérine existant en même temps que la grossesse; on enleva une énorme poche salpingienne qui contenait un fœtus de quatre mois et demi.

Dans le second cas, la malade avait eu des accidents très graves, on fait la laparotomie; M. Lapeyre trouve un fœtus de six mois et demi mort; il marsupialisa la poche et la malade guérit.

Le troisième fait a trait à une grossesse de huit mois; on soupçonnait l'existence de la grossesse extra-utérine. La malade fut prise d'accidents graves, de vomissements incoercibles; on fit la dilatation du col et trouva l'utérus vide; dès lors, le diagnostic de grossesse extra-utérine était fixé; M. Lapeyre fit la laparotomie, trouva d'abord le placenta, l'enleva, enleva un fœtus mort et la malade guérit après des accidents assez graves.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, ayant eu deux grossesses. Au cours d'une troisième grossesse, on constata une tumeur dans l'hypocondre gauche. On laissa la grossesse évoluer, arriver à son terme et, après quelques semaines, on fit la laparotomie, croyant avoir à opérer un kyste de l'ovaire. La tumeur était constituée par la trompe, on l'enleva, on l'ouvrit et on y trouva un fœtus de quatre mois et demi. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas, c'est la coexistence d'une grossesse normale avec une grossesse tubaire. Quels peuvent être les rapports de ces deux grossesses? Plusieurs hypothèses sont émises à ce point de vue par M. Lapeyre. M. Faure pense qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire dans laquelle la fécondation s'est faite simultanément dans l'utérus et dans la trompe.

Kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires. — M. Terrier apporte l'observation d'une femme qui avait eu plusieurs crises de coliques hépatiques, avec ictère, vomissements de sang, empâtements extrêmement douloureux au niveau des voies biliaires. La température monta à 38 degrés, 39 degrés, puis 39°5, les urines étaient très diminuées et contenaient 25 grammes d'urée, cette malade fut amenée dans le service de M. Terrier dans l'état le plus grave, mourante. Il pratiqua l'opération de Bier. Elle dura cinquante-cinq minutes, et la malade succomba avant la fin de l'opération. A l'autopsie, on trouva un foie volumineux, pesant 1 700 grammes, et on vit qu'un kyste hydatique suppuré s'était ouvert dans les voies biliaires. L'opération de Bier a été faite trop tardivement. Ces cas, dit M. Terrier, sont plus fréquents qu'on ne le croit.

Sarcome du sciatique. — M. Walther présente un sarcome du nerf sciatique qui a été opéré une première fois par M. Potherat, qui a récidivé et nécessité la désarticulation de la hanche.

Plusieurs lectures ont été faites par MM. Pierre Duval, Savariaud, Baudet, qui feront l'objet de rapports.

M. le président rappelle que les mémoires pour les prix Labori, Marjolin, Duval, Dubrueilh, doivent être déposés avant le 1er novembre, c'est-à-dire avant la prochaine séance.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU CORYZA AIGU (Weitlauer)

Salicylate de soude.............	30 grammes.
Poudre de Dower..............	3gr60
Essence de menthe poivrée......	1 goutte.

Mêler intimement et diviser en vingt paquets.

Absorber un paquet toutes les trois heures quand l'affection est à son acmé; plus tard, deux ou trois prises par jour sont suffisantes.

L'amélioration se manifeste une heure environ après la première prise. — (*Nouv. Rem.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 1906

THÈSES

Jeudi 3 novembre 1906, à une heure. — M. Guérin. Sur quelques complications éloignées des amygdalites aiguës. De la présence du streptocoque dans ces amygdalites. (MM. Dieulafoy, président; Raymond, Renon et Jeanselme.) — M. Douste-Blazy. De la forme rénale de l'ictère grave. (MM. Raymond, président; Dieulafoy, Renon et Jeanselme.) — M. Lavallée. Ponction lombaire dans les fractures du crâne. (MM. Berger, président; Gilbert, Faure et Carnot.) — M. Lacheny. Le citrate de soude : son rôle sur les fonctions de l'estomac; son emploi dans la thérapeutique gastrique. (MM. Gilbert, président; Berger, Faure et Carnot.)

SUITE DES SOMMAIRES

Lyon médical. — (N° 40, 7 oct. 1906.) Jean Lépine : Quelques manifestations cérébrales du rhumatisme chronique. — E. Pallasse : Mal perforant buccal.

Marseille médical. — (N° 19, 1er oct. 1906.) Alezaïs : Le blocus de Marseille pendant la peste de 1722. — Imbert : Le médecin et la loi sur les accidents du travail.

Montpellier médical. — (N° 40, 7 oct. 1906.) E. Jeanbrau : Quelques conseils pour les certificats d'accidents du travail. — Vires : Pathologie et thérapeutique générale des épilepsies seules.

Nord médical. — (N° 287, 15 sept. 1906.) Lemoine : Traitement de la dyspepsie hyperchlorhydrique.

Pédiâtrie pratique. — (N° 20, 15 oct. 1906.) Paquet : Le dispensaire d'hygiène sociale de Douai. — Escat : Malformations congénitales de l'urètre. — Lopez et Piollet : Méningite aiguë infectieuse. — Augier : Angiome diffus, hypertrophique, de la région parotidienne chez un enfant de cinq mois.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 40, 7 oct. 1906.) Pfann : Traitement des infections cutanées et sous-cutanées par l'hyperémie. — Feimann : Contribution à l'étude des infections et suppurations causées par le bacille fusiforme et le spirille des dents.

Presse médicale. — (N° 81, 10 oct. 1906.) Cyrille Jeannin : Grossesse gémellaire monoamniotique. — Alfred Martinet : Doit-on dormir après les repas. — (N° 82, 13 oct.) Hallion : Spécificité des anticorps sensibilisatrice et alexine. — Georges Petit : Origine intestinale de l'anthracose pulmonaire. — (N° 83, 17 oct.) Nattan-Larrier : Diagnostic de la trypanosomiase dans la race blanche. — J.-P. Langlois : Désinfection du linge. — (N° 84, 20 oct.) Babes : Les corpuscules de Negri et le parasite de la rage. — Desfosses : La lutte contre la peste au Japon.

Province médicale. — (N° 40, 6 oct. 1906.) A. Boursier : Une forme rare d'épithélioma primitif du vagin. — A. Jambon : Le treponema pallidum de Schaudinn dans les tissus des hérédo-syphilitiques. — (N° 41, 13 oct.) Chavannaz : Sur l'incision de Pfannenstiel. — Pallasse : Forme médicale du goitre intrathoracique. — Léon Dubar : Lutte antituberculeuse; les sanatoriums de Saint-Pol et de Zuydcoote.

Revue médicale de l'Est. — (N° 19, 1er oct. 1906.) Frœlich : Un cas de tumeur cranienne congénitale. — Parisot : Action thérapeutique de la scopolamine dans la maladie de Parkinson (*à suivre*). — Guillemin : Les symétrisations organiques partielles d'un sujet à un autre dans les deux types morphologiques humains (*fin*).

Semaine médicale. — (N° 41, 10 oct. 1906.) Marfan : Le rachitisme congénital.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), **AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE,** etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PH^ie VIGIER, 12, B^d BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes l'harmacies.

BISMUTOSE

ASTRINGENT d'action certaine et absolument inoffensif dans les **MALADIES** de l'**INTESTIN**; calme l'irritation et sert de **protection** dans l'**ULCÈRE** de l'**ESTOMAC**, l'**HYPERACIDITÉ**, etc.
(Brochures et Échantillons). **M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.**

Pilules de Quassine Frémint

TONIQUES, APÉRITIVES, DIURÉTIQUES, CHOLAGOGUES

Traitement simple et agréable. — 3 à 7 Pilules par jour suffisent.

KIPSOL prévient guérit le **CORYZA**

CORYZA SIMPLE et CORYZA des IODURES. — BLANCARD, Paris.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.

KÉPHIR SALMON

28, Rue de Trévise. — *TÉLÉPHONE* **149-78.**

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ÉCHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
61, Boulevard Haussmann, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

AFFECTIONS PULMONAIRES
TUBERCULOSE



Une cuillerée à bouche
= 1 gr. **THIOCOL ROCHE**
= 0 gr. 52 **GAIACOL** crist.

Les seules préparations ayant donné jusqu'à ce jour des résultats appréciables et constants dans le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées par les malades, même les plus difficiles.

— RÉSULTATS —

TRANSFORMATION DES **CRACHATS,** PUIS DISPARITION
SUPPRESSION DE LA **TOUX**
DISPARITION DE LA **FIÈVRE** ET DES **SUEURS NOCTURNES**
AUGMENTATION DE L'**APPÉTIT**
RÉGULARISATION DES **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION DU POIDS DU CORPS
TRANSFORMATION DES SIGNES STÉTHOSCOPIQUES



1 comprimé = 0 gr. 50 **THIOCOL ROCHE** = 0 gr. 26 **GAIACOL** crist.

**SE MÉFIER DES PRODUITS INACTIFS OU TOXIQUES SOUVENT SUBSTITUÉS AU THIOCOL ROCHE
PRESCRIRE TOUJOURS LES PRÉPARATIONS CI-DESSUS INDIQUÉES**

Echantillons et Littérature sur demande : **F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie, 7, rue Saint-Claude, Paris.**

N° 124. — MARDI 30 OCTOBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 30 OCTOBRE 1906. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Étienne. — M. le docteur Charles Viannay, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne.

— Tours. — M. le docteur Bosc, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé, après concours, médecin de l'hôpital de Tours.

ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Les étudiants en pharmacie dont les noms suivent ont été reconnus admissibles, après concours, à l'Ecole principale du service de santé de la marine de Bordeaux :

Médecine. — MM. Hamet, Yver, Blazy, Le Jeune, Hédérer, Curet, Pichon, Thomas, Artur, Granier, Thiédu, Rouiller, Auguste, Sicé, Vincens, Solcard, Beauvallet, Hervier, Bizard, Alexandre, Henry, Lescan du Plessix, de Bouragne, Melchior, Decomis, Calvi, Robert, Franck, Cahuzac, Moutet, Ratel, Cougard, Boileau, Soulayrol, Chastel, Neveu, Vincent, Moreau, Laporte, Léger, Baus, Huot, Boutin, Commenge, Gaussen, Bahin, Sarramon, Le Dentu, Gaudiche, Gallet.

Pharmacie. — MM. Salle, Le Her, Deleurme.

PRIX NOBEL. — On annonce que le professeur Golgi, recteur de l'Université de Pavie, a reçu le prix Nobel de 200 000 fr. pour la médecine.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Un examen pour le titre de médecin sanitaire maritime aura lieu, à Marseille, le 19 novembre 1906.

En conséquence, les candidats qui voudraient passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896 sont priés de bien vouloir se présenter à la direction de la Santé (consigne Saint-Jean) à l'effet de se faire inscrire et prendre connaissance du programme adopté par M. le ministre de l'Intérieur.

Les candidats sont prévenus que des exercices pratiques de bactériologie et des conférences sur les procédés de désinfection auront lieu à partir du lundi 22 octobre sous la direction de médecins de la Santé, à la consigne Saint-Jean.

ANCIENS MÉDECINS ET PHARMACIENS DE LA MARINE. — Le dîner des anciens pharmaciens et médecins de la marine aura lieu le mardi 13 novembre 1906, à sept heures et demie du soir, au Cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, à Paris.

Cotisation : 12 francs. Tenue de ville.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Auret (de Saint-Laurent-d'Aigouze), Farssac et Gilly (de Nîmes); MM. Cusson, interne à l'hospice général de Rouen, et Henri Magnié, étudiant en médecine à Paris.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* du 29 sept. 1906.) A. Brachet : Contribution à l'étude de la signification morphologique du diaphragme dorsal. — Zunz : Contribution à l'étude de la digestion gastrique de la viande crue et de la viande cuite chez le chien. — F. Meeus : Epilepsie et délire chronique. Contribution à l'étude des psychoses combinées. — De Beule : Un cas de lymphangiome congénital de la lèvre supérieure. — J. Brœckaert : Etudes sur les injections de vaseline et de paraffine.

Archives générales de médecine. — (N° 40, 2 oct. 1906.) Bonnet et Rouslacroix : Pouls lent permanent avec dissociation du rythme cardiaque chez un syphilitique. — Salaghi : Méthode pour relever séparément au moyen du sphygmomanomètre la pression et la force vive du courant artériel. (Etude expérimentale, 1 fig., 6 tracés.) — Julien Bouygues : De la rétraction de l'aponévrose palmaire. — Raymond : I. Un cas simple de tumeur de l'encéphale (localisation cérébelleuse). II. Un cas complexe avec troubles mentaux accentués et primitifs (localisation sur le corps calleux).

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 15, 23 oct. 1906.) E. Rochard : Des ruptures du tendon rotulien.

Bulletin médical. — (N° 84, 24 oct. 1906.) Chantemesse, Marchoux et Haury : La suette miliaire et le rat des champs.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 11 oct. 1906.) Goldscheider : Sur l'examen du cœur dans le décubitus latéral gauche. — Pfannenstiel : Indication sur la conduite à tenir dans l'accouchement avec bassin rétréci. — Franke : Sur la tuberculose primitive de la rate. — Manassé : Iléus par obstruction de la coudure gauche du côlon. — Oberndorfer : Y a-t-il une appendicite chronique ? — Tilliss : Traitement de la faiblesse du myocarde par les courants électriques. — Rattner : Expériences thérapeutiques sur l'emploi du bornyval dans des affections utérines de la femme. — Unruh : Sur l'anémie scolaire. — Mayer : Sur l'injection indolore de sels solubles de mercure. — Spemann : Sur la transplantation embryonnaire.

Écho médical du Nord. — (N° 41, 14 oct. 1906.) J. Colle et F. Butruille : Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë. Entérostomie d'emblée ou laparotomie exploratrice suivie de cure radicale. — (N° 42, 21 oct.) J. Colle et Butruille : Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë. Entérostomie d'emblée ou laparotomie exploratrice suivie de cure radicale (*fin*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 41, 14 oct. 1906.) Sabrazès : Notes de voyage en Allemagne : les sciences médicales en dehors des universités, en Allemagne et en France. A Francfort-sur-le-Mein. Le professeur Edinger. — Duvergey : Des ruptures musculaires spontanées dans le tabes. — (N° 42, 21 oct.) Sabrazès : Notes de voyage en Allemagne (*suite*). — Courtin : Craniectomie pour fracture par enfoncement du pariétal gauche et hémorragie de l'artère méningée moyenne. Guérison.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 40, 7 oct. 1906.) Lalesque : Les injections de sérum marin et en particulier dans la tuberculose pulmonaire (*suite*). — (N° 41, 14 oct.) Donnadieu : Le mariage des blennorragiques. — P. Lemaire : Un cas d'intolérance après absorption du dormiol. — (N° 42, 21 oct.) Verdelet : Hernies et accidents du travail. — E. Petit : Du sarcome chez les enfants. Etude étiologique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 19, 10 oct. 1906.) Lucas-Championnière : Le chloroforme criminel.

Journal des praticiens. — (N° 42 *bis*, 24 oct. 1906.) Calot : Comment faire un bon corset plâtré (qui maintienne et qui ne gêne pas).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 41, 13 oct. 1906.) E. Camelot : Sigmoïdite et périsigmoïdite. — (N° 42, 20 oct.) M. d'Halluin : Diagnostic immédiat de la mort.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 42, 18 oct. 1906.) Henrotin : Emploi de l'arma-diphtérine comme traitement local de la diphtérie. — B. Triller : La pellagre.

Lyon médical. — (N° 41, 14 oct. 1906.) Chaussende : Du prolapsus du rectum, spécialement chez les enfants. — Métroz et Nordmann : Diazo-réaction d'Ehrlich. — (N° 42, 21 oct.) L. Bérard : De la cholécystite calculeuse avec perforation spontanée de la vessie. — Planchu : La nourricerie Rémond.

Medizinische Blatter. — (N° 41, 13 oct. 1906.) Venus : Etat actuel de la question de l'appendicite.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 16 oct. 1906.) Fischer : Production expérimentale de proliférations épithéliales atypiques et origine des tumeurs malignes. — Wickern et Lœning : Situation du larynx et des conduits aériens dans les différentes affections des organes thoraciques. — Saathoff : L'anévrisme aortique syphilitique et son diagnostic précoce. — Waljachko : Technique des greffes de Thiersch. — Asbeck : Traitement des blessures fraîches par les pansements desséchés par la chaleur. — Klaussner : Hernie congénitale de la ligne blanche. — Dœrfler : Occlusion intestinale par bouton de Murphy après résection du pylore. — Federschmidt : Un cas d'intoxication mortelle par le phosphore. — Seitz : Sur la question de l'hébotomie.

Nord médical. — (N° 288, 1er-19 oct. 1906.) S. Baudry : L'hygiène oculaire à l'école.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 41, 14 oct. 1906.) Pfann : Traitement des infections cutanées et sous-cutanées par l'augmentation de l'hyperémie. — Nenadovicz : Questions gynécologiques de pratique médicale.

Presse médicale. — (N° 85, 24 oct. 1906.) Paul Sollier : Claudication intermittente de la moelle. — H. Labbé et Vitry : La signification des sulfo-éthers urinaires.

Province médicale. — (N° 42, 20 oct. 1906.) Bérard et Thévenot : De quelques accidents pulmonaires après la pylorectomie. — Jean Abadie : Méralgie paresthésique guérie par les injections sous-cutanées d'air.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 42, 20 oct.) F. Laval : Mastoïdite de Bezold sans suppuration préalable de la caisse. — Lafite-Dupont : Suture du nerf facial au grand hypoglosse; résultats fonctionnels. — Fiocre : Un cas d'adéno-carcinome du nez.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 41, 11 oct. 1906.) Jellinek : Sur l'hygiène des installations électriques des maisons. — Doerr : La toxine dysentérique. — Kren : Contribution à l'étude de la neurofibromatose de Recklinghausen. — Feix : Nouveau procédé pour la recherche des réflexes patellaire et achilléen. — Reuss : Sur le collyre jaune astringent.

UN CAS
DE
TYPHLOLEXIE CONGÉNITALE (1)
(CÉCITÉ CONGÉNITALE VERBALE)

Par MM. G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades,
et LECOMTE,
Interne des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un garçon de treize ans et demi dont les facultés intellectuelles nous ont paru normalement développées, mais qui est atteint d'une véritable infirmité remontant au jeune âge, pour *lire* et comprendre le langage écrit ou imprimé.

Cet enfant épelle et ânonne en lisant, comme s'il avait cinq à six ans. Cependant son éducation n'a pas été négligée. Le père est un homme distingué qui a fait le nécessaire pour que son fils soit instruit; il l'a placé dans divers collèges : partout les maîtres ont noté que le caractère et l'intelligence de l'enfant étaient normaux, mais qu'il ne *lisait* qu'avec une extrême difficulté et qu'on ne parvenait à lui faire retenir ses leçons qu'en lui parlant ou plutôt en les lui répétant.

D'ailleurs sa mémoire visuelle pour les autres objets que pour les mots imprimés est bien développée, il est capable de dessiner de mémoire, et sur une carte géographique muette il marque bien la place des villes, des fleuves, etc. Il écrit assez bien sous la dictée. Il articule très bien les mots et répète parfaitement les leçons qu'on lui a apprises par la parole. En résumé ce garçon a le développement psychique ordinaire de son âge, sauf que sa lecture est lente et imparfaite, et qu'il comprend difficilement en lisant.

Il paraît lire plus aisément les chiffres, et d'ailleurs il calcule bien, fait les opérations à plusieurs chiffres, et même la preuve.

Nos traités français sont muets sur cette variété singulière de *cécité verbale* congénitale, car le tableau clinique présenté par cet enfant se rapproche beaucoup du type créé sous ce nom chez l'adulte par Kussmaul et Déjerine. Mais les médecins anglais ont attiré depuis plusieurs années l'attention sur cette infirmité qui ne serait pas très rare.

Nous empruntons à un article du docteur Stephenson publié dans *The Lancet*, 1904, le court historique de ce sujet encore nouveau en France (1).

C'est le docteur Pringle Morgan qui en 1896 a attiré le premier l'attention sur cet état. Le docteur Hinshelwood (de Glascow) reprend ce sujet en 1900, analyse les cas déjà rapportés et grossit la liste de deux cas nouveaux. Il systématise, en somme, les observations et les étudie scientifiquement.

Plus tard Nettleship en décrit cinq nouveaux cas et en 1902 d'autres faits ont été décrits par Lechner et par Wernicke en Allemagne. En 1903 et 1904, M. Pierre Marie a fait présenter à la Société de neurologie de Paris par M. Fœrster l'observation de deux adultes, tous deux atteints d'une débilité mentale très prononcée et incapables de lire les caractères imprimés. A cette occasion, Mme Déjerine et M. Brissaud ont parlé de la cécité verbale congénitale signalée par les médecins anglais, mais ils n'ont pas encore observé de cas type.

Quatorze cas sont déjà signalés dans le mémoire de Stephenson; le plus souvent on alla consulter des oculistes pour remédier à cette infirmité parce qu'on pensait que la vue était défectueuse, mais généralement l'acuité visuelle était bonne : tel est d'ailleurs le cas de notre garçon.

L'explication la plus plausible pour interpréter le trouble cérébral qui empêche de lire couramment ou de comprendre la signification des mots, est de supposer chez l'enfant une insuffisance de développement ou de fonctionnement dans le *centre nerveux* correspondant à la *cécité verbale* accidentelle survenant chez l'adulte, et que M. Déjerine a placé dans la région du pli courbe.

Nous ne croyons pas d'ailleurs qu'aucune recherche anatomique ait encore été faite en ce sens chez l'enfant.

Il n'est pas douteux que cette singulière infirmité sera bien vite reconnue quand on fixera son attention sur elle : elle ne serait pas exceptionnelle en Angleterre, puisque 1 sur 2 000 enfants en serait atteint dans les écoles de Londres.

Je me propose de rechercher si cette proportion serait la même dans les écoles de la ville de Paris: une enquête auprès des maîtres sur les enfants incapables d'apprendre à lire, bien qu'intelligents, ne sera pas fort difficile si l'administration veut s'y prêter.

Ces enfants sont évidemment des anormaux et ne peuvent être instruits par les méthodes ordinaires. Ils sont plutôt des *auditifs* que des *visuels*; on devra donc suppléer par la parole à ce qu'ils ne pourront apprendre par la vue. Avec des livres imprimés en gros caractères, illustrés, des récits attachants et simples, on devra s'efforcer de stimuler le goût de la lecture. A force de patience et d'habitude, il semble qu'on puisse faire développer le centre récepteur des perceptions visuelles du langage, car les médecins anglais citent des sujets qui, après avoir triomphé de cette infirmité temporaire, ont fini par occuper des situations sociales élevées.

Il est bien vraisemblable qu'on trouvera aussi des

---

(1) Sans vouloir encombrer le vocabulaire médical, nous pensons que le terme de *typhlolexie* de τύφλος, aveugle, et λεξίς, mot, convient bien pour désigner cet état morbide encore peu connu en France. L'expression de cécité verbale employée pour nommer chez l'adulte un syndrome accidentel analogue, est vraiment bien défectueuse puisqu'elle suppose l'application du sens de la vue à la perception d'un son.

Surdité verbale est correct, mais cécité verbale est illogique. Les médecins anglais emploient pour désigner ce type morbide l'expression un peu compliquée de *Congenital blindness for words* : cécité congénitale pour les mots imprimés; ce serait un peu long dans notre langue.

(1) Traduit dans la *Clinique infantile*, 1er oct. 1904.

types *incomplets* de cet état morbide ; déjà j'ai observé un garçon de dix ans, bien doué à tous égards, qui ne peut fixer son attention pendant plus de dix minutes sans se plaindre que la lecture le fatigue, qu'il a mal à la tête. Sa gouvernante et sa mère l'instruisent presque entièrement en lui parlant.

Voici *in extenso* notre observation clinique :

Camille C... âgé de *treize ans et demi*, entré le 18 octobre 1906, salle Damaschino, n° 9.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel, ou plus encore, du côté maternel, tempérament très nerveux. En dehors de ce nervosisme, aucune autre tare éthylique, spécifique ou tuberculeuse.

Un autre fils plus âgé (quinze ans et demi). Celui-ci a appris très facilement à lire, lit très couramment et lisait fort aisément à huit ans.

Au contraire, celui qui fait l'objet de cette observation a appris difficilement à lire ; à l'heure actuelle, malgré son âge (treize ans et demi), il ne lit qu'avec la plus grande difficulté. C'est à ce sujet, voyant que son fils ne fait aucun progrès en lecture, que le père vient consulter M. le docteur Variot.

Il s'agit d'un garçonnet de taille et de corpulence normales pour son âge. Le pédiomètre indique, en effet :

Comme taille : $1^{m}41$,
Comme poids : 34 kilogrammes.

La tête ne présente rien de particulier dans sa forme ; les cheveux sont implantés normalement ; le front, le nez sont normaux, de même que les dents. Aucun stigmate de dégénérescence ; le regard est vif, l'attitude est celle d'un enfant un peu intimidé, mais non d'un débile intellectuel.

Interrogé au sujet des antécédents de son fils, le père donne les renseignements suivants :

La dentition s'est faite difficilement et s'est prolongée un peu tard.

L'enfant n'a également *parlé que très tard* : à cinq ou six ans, il était encore très difficile de le comprendre. L'élocution fut longtemps saccadée, les mots semblant énoncés avec peine et l'enfant paraissant souffrir de ne pouvoir exprimer sa pensée assez vite.

Il a uriné au lit (ou dans sa culotte !) jusqu'à l'âge de trois ans.

Il a toujours été d'un tempérament assez nerveux. Son sommeil est souvent agité.

Il a eu la diphtérie il y a deux ans et demi et la fièvre muqueuse en février dernier.

Il y a deux ans, son père, commençant à se préoccuper de la difficulté qu'il avait à lire, alla consulter un médecin. Celui-ci enleva à l'enfant des végétations adénoïdes, et enfin, il y a peu de temps, engagea son père à aller consulter aux Enfants-Malades. C'est ainsi que ce dernier se présente le jeudi 18 octobre à la consultation.

1° *Difficulté de la lecture. Degré d'instruction. Intelligence de l'enfant.* — Ce qui domine tout, c'est donc la difficulté à lire, et cela dès que l'enfant a commencé à apprendre. Son père, pour lui faciliter la tâche, se servait de ces albums où, en regard de la lettre écrite en gros caractères, se trouve un objet, un animal destinés à mieux fixer la lettre dans l'esprit de l'enfant.

Malgré tout, celui-ci n'apprenait les lettres qu'avec peine. Il les sut enfin à six ans, et put commencer à lire des mots. En revanche, il se souvenait fort bien du nom des objets ou des animaux figurés à côté des lettres, ou les reconnaissait aisément quand il les avait déjà vus autour de lui et qu'on les lui avait alors nommés. — Bien des traits, du reste, dans son examen, montreront combien la mémoire auditive est active chez cet enfant.

A sept ans, son père le mit dans une école religieuse, à Paris. — Là, l'abbé qui s'occupait de son instruction, ne tarda pas à remarquer combien il était en retard pour la lecture sur les autres enfants — ne faisant, du reste, aucun progrès. Aussi engagea-t-il le père à mettre son fils dans une autre école pour voir si, avec une autre méthode, l'enfant ferait enfin quelques progrès.

Le père qui est contremaître dans une usine, ayant eu du travail à Hennebont, mit donc son fils au petit séminaire de Sainte-Anne d'Auray, où il resta durant l'année scolaire 1905-1906.

Bien vite, l'enfant se montra supérieur à la plupart de ses camarades comme conduite et comme caractère, considéré par tous ses maîtres comme un bon petit garçon, docile, poli, sage et fort obéissant. Mais cette supériorité était loin de se retrouver pour la lecture.

Et cependant, il était très attentif aux leçons, les comprenait bien, et répondait intelligemment aux questions qu'on lui posait, retenant bien ce qu'on lui apprenait *de vive voix*, reconnaissant bien ce qu'on lui avait montré une première fois.

Il témoignait même d'une grande promptitude à répondre, et bien souvent, lorsque le directeur passait en classe et posait des questions aux élèves, notre petit garçon était le premier à demander à répondre. — Tout cela contribue donc à montrer nettement que cet enfant est intelligent, et qu'il faut voir chez lui une difficulté, un obstacle « congénital » pour lire.

Et en effet, tant que l'enfant était en classe, *où il n'avait qu'à écouter*, tout allait bien. Mais une fois retourné en étude, il ne faisait plus rien, ni devoirs, ni leçons, car là *il lui fallait lire*, et alors cette difficulté, cette véritable *typhlolexie* réapparaissait. Aussi n'apprenait-il que très difficilement par cœur, du moins d'après son livre, car on pouvait arriver à lui faire apprendre une leçon en la lui « rabâchant » plusieurs fois.

C'est ainsi qu'il ne tarda pas à savoir ses prières, à force de les entendre répéter par les autres (et il nous a effectivement dit le *Pater* sans la moindre hésitation).

De même, c'est à force de lui « ressasser », de lui « seriner » les réponses de son catéchisme qu'il arriva à les retenir.

De même enfin, comme on avait l'habitude, le dimanche, de faire apprendre aux enfants l'évangile du jour, il ne pouvait le retenir que si on le lui lisait plusieurs fois.

Ce n'est point cependant, comme on pourrait le croire, qu'il ne comprenne pas ce qu'il lit. On n'a, en effet, qu'à lui faire lire quelque chose — par exemple, un petit fait quelconque dans un journal — et à lui demander ensuite de vous dire ce qu'il vient de lire : il vous racontera assez bien le fait en question.

Tout va bien si la nouvelle est courte ; mais s'il s'agit d'une page un peu longue, on conçoit facilement, en l'écoutant lire, quel temps il doit mettre pour arriver au bout, quel effort cérébral continu il aura à soutenir pendant ce temps, et par suite on s'explique qu'il rechigne à cet exercice. Aussi, lorsqu'il est tout seul, ne lit-il presque jamais, et durant les huit jours qu'il est resté dans la salle Damaschino, ne l'a-t-on

vu lire que deux ou trois fois, se contentant, le reste du temps, de regarder les images, et en comprenant d'ailleurs parfaitement le sens, sans le secours du texte.

Chaque jour, dans le service, nous l'avons fait lire. Toujours il a lu de même, c'est-à-dire d'une voix monotone, hésitante, butant continuellement, « ânonnant », épelant certains mots, sautant ou déformant certains autres, en ajoutant même parfois, particulièrement embarrassé lorsqu'il a à lire un mot situé à la fin d'une ligne et, par suite, coupé en deux — ou lorsqu'il lui faut lire un mot qu'il ne connaît pas. C'est ainsi, par exemple, qu'il lit *stérilation* pour *stérilisation*.

Il lit plus facilement les chiffres et les gros caractères (titres d'articles de journaux, par exemple). Ce n'est pas, du reste que sa vue soit altérée le moins du monde, car il lit aussi bien sur le journal placé à une grande distance de lui que de près.

Pour le reste, il se montre tout à fait normal, écrivant bien, calculant assez heureusement, sachant enfin son histoire et sa géographie comme il convient à un enfant de son âge.

Nous lui avons apporté une carte muette de France, sur laquelle se trouvaient seulement indiqués les grands fleuves et les principales chaînes de montagnes. Il a parfaitement désigné la Seine, la Loire, la Garonne et le Rhône. Comme on lui demandait quelle était la grande rivière qui venait se jeter dans ce dernier, il a répondu sans hésiter « la Saône », et l'a très exactement dessinée sur la carte. Il a, de même, fort bien montré l'emplacement de plusieurs villes : Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille, Toulon, Nice, Rennes, Brest, Cherbourg, Saint-Malo, Rouen, Lorient; — de quelques îles : Jersey, Belle-Isle, Bréhat, la Corse ; — reconnu les montagnes dessinées sur la carte ; — indiqué le trajet du Rhin quoiqu'il ne fût pas marqué, enfin nommé correctement les chefs-lieux de plusieurs départements, et les capitales de divers pays étrangers, la Hongrie entre autres.

En histoire, il a de même répondu à certaines questions sur Napoléon Ier et Napoléon III, sur Duguesclin, Charlemagne, raconté avec force détails l'histoire de Jeanne d'Arc.

En histoire sainte, également, récit prolixe de l'histoire d'Esaü et Jacob, etc.

Enfin, en calcul, il répond très correctement et fort vite aux questions qu'on lui pose sur la table de multiplication, et a fait sans erreur une multiplication et une division de plusieurs chiffres. Comme on lui demandait de faire la preuve de cette dernière, il répondit : « Il y a deux moyens, » et choisit la preuve par 9 pour vérifier son opération.

Tout cela montre donc nettement, comme nous le disions plus haut, que nous sommes loin d'avoir affaire à un débile, et que ce n'est donc pas dans un psychisme insuffisant que nous devons chercher la raison de cette cécité verbale, mais dans une *défectuosité fonctionnelle* du centre récepteur de la vision des mots.

Il faut, en effet, insister sur ce fait que la mémoire visuelle de cet enfant *n'est rudimentaire que pour les mots* (imprimés ou écrits). Car, pour le reste, sa mémoire visuelle est excellente. C'est ainsi qu'il nous a donné de nombreux détails (et fort précis) sur la ville de Lorient, se souvenant très bien que dans l'avenue qui part de l'église se trouve « la statue d'un musicien » (V. Massé), et que devant l'église même se dresse « celle d'un marin qui a fait sauter son navire » (l'enseigne Bisson).

Même exactitude de souvenirs sur Sainte-Anne d'Auray, sur les statues qui sont dans la basilique, sur la Scala Sancta « où l'on monte à genoux », sur le Champ des Martyrs, sur la Chartreuse d'Auray « où l'on vous montre des ossements au fond d'un trou ».

En résumé, donc, mémoire auditive excellente et mémoire visuelle également excellente, *sauf* — point capital — *pour les mots* (imprimés ou écrits). Par suite, souvenir très fidèle des choses *vues* ou *entendues*, mais difficulté extrême pour lire.

2° *Caractère et sens moral.* — Ajoutons que, comme ses maîtres l'ont remarqué, cet enfant s'est toujours montré obéissant, docile, poli, affectueux envers ses parents, doux avec les petits enfants, bon pour les animaux. De fait, durant les huit jours qu'il est resté dans le service, on n'a eu qu'à se louer de sa conduite, à part quelques espiègleries inhérentes à son âge. Enfin, aucune tendance au mensonge.

3° *Examen physique.* — L'examen physique n'a naturellement rien appris de bien intéressant :

Les pupilles réagissent normalement.

La vision, comme nous l'indiquions précédemment, semble absolument normale. L'enfant ne ressent aucune fatigue, aucune douleur oculaire après une lecture, même prolongée.

Les réflexes sont un peu exagérés, ce qui cadre bien avec l'éréthisme nerveux du sujet.

MÉDECINE PRATIQUE

LE SULFURE DE CARBONE DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

A la liste déjà si longue des procédés de traitement de la pneumonie vient de s'en ajouter un nouveau ; c'est un médecin italien, M. Luigi Masciangioli, qui l'a découvert et qui en a obtenu, paraît-il, des résultats excellents (1).

Depuis un certain temps déjà, M. Masciangioli emploie l'eau sulfo-carbonée comme antiseptique dans les affections des voies intestinales ainsi que Dujardin-Beaumetz l'a enseigné ; or dans un cas de pneumonie chez une vieille femme de soixante-quinze ans, pneumonie accompagnée de troubles graves de l'appareil digestif, le résultat fut merveilleux et inespéré. On le mit d'ailleurs au compte de la désinfection intestinale, mais depuis notre confrère ayant eu l'occasion de soigner avec succès quatre cas de pneumonie par le même procédé il s'agit là vraiment, selon lui, d'un traitement spécifique de cette affection. Pour permettre d'apprécier les faits nous allons résumer les traits principaux de ces quatre derniers cas en nous attachant surtout à la marche de la température.

Le premier est celui d'un garçon de quinze ans, chétif, qui, au second jour d'une pneumonie, se mit à cracher du sang pur, en quantités minimes mais répétées. Température de 39°6 le matin, de 40°2 le soir. M. Masciangioli vit le malade au troisième jour et constata un souffle bronchique au lobe supérieur du poumon gauche. Phénomènes marqués d'embarras gastro-intestinal. On administre une bonne dose de calomel et dès le lendemain on commence à donner l'eau sulfo-carbonée suivant un *modus faciendi* que nous décrirons plus loin. Le matin du quatrième jour la température tombait à 37°5, elle remontait passagèrement le soir à 38°3, après quoi elle se maintint à 36°6 sans autres oscillations.

Peu de jours après, le frère de ce même garçon, enfant de

(1) *Riforma medica*, 15 sept. 1906, n° 37, p. 1019.

onze ans vigoureusement constitué, commença aussi une pneumonie. Le premier jour, température vespérale de 40°1, le lendemain matin 38°8 avec souffle bronchique au niveau de la région scapulaire gauche; on donne du calomel. Le troisième jour au matin, la température étant de 39°8, on commence à donner l'eau sulfo-carbonée; le soir 40°1, mais le matin du quatrième jour, le thermomètre n'indique plus que 37°3 avec sédation de tous les autres symptômes. Le soir du même jour, légère ascension à 38°2, puis à partir de ce moment, température invariable de 36°2.

Le cas suivant est celui d'une fillette de douze ans que M. Masciangioli trouva au premier jour d'une pneumonie avec des phénomènes d'excitation et une température de 40°6; le second jour au matin il y avait 39°9; administration de calomel; le soir 40°6. Au troisième jour on commence l'emploi de l'eau sulfo-carbonée avec une température matinale de 40°1 et vespérale de 40°6. Les symptômes généraux très intenses jusque-là cédèrent pendant la nuit et le matin du quatrième jour, le thermomètre marquait 37°3. Comme dans les cas précédents, il y eut une légère ascension vespérale à 38°4, puis à partir du matin suivant, il n'y eut plus que 36°4 et 36 degrés.

Un dernier cas enfin a trait à un gros enfant de vingt mois, qui au premier jour d'une pneumonie présentait une élévation thermique de 39°4 et du souffle bronchique du côté gauche, étendu à toute la moitié du thorax. On lui donne du calomel et le soir la température s'élève à 39°9. Après minuit, vu l'état d'agitation de l'enfant, on lui fait prendre l'eau sulfo-carbonée; dès le lendemain matin la température était descendue à 37°1, elle se relevait le soir à 38°4 pour revenir le jour suivant à 36°9 le matin, puis à 36°3 le soir.

Comment faut-il interpréter ces faits? S'agit-il de ces formes de pneumonie abortive décrites par Steiner et plus récemment par Bechtoldt? On peut avec M. Masciangioli répondre par la négative, vu la netteté des signes stéthoscopiques et leur évolution. D'ailleurs, la chute de la fièvre qui dans tous les cas a suivi de près l'administration de l'eau sulfo-carbonée s'est produite à des moments différents du cours de la madie, suivant que le traitement avait été institué plus ou moins près du début. Ce fait est surtout digne de remarque chez les deux jeunes frères dont il a été question plus haut, car leur père était mort de pneumonie quelques jours auparavant, et selon toutes probabilités les trois malades, très différents entre eux comme vigueur, avaient été infectés par des germes d'égale virulence.

M. Masciangioli attire particulièrement l'attention sur les deux points suivants, à savoir la rareté remarquable de l'expectoration et la chute de la fièvre par crise incomplète pendant le stade d'hépatisation; il les attribue à l'arrêt du processus morbide par la puissance d'action désinfectante du sulfure de carbone, qui en affaiblissant le germe pathogène le rendrait incapable de développer dans leur plénitude ses qualités morbigènes.

Quant à la façon dont le sulfure de carbone agit en l'espèce il est difficile de le dire. Outre l'action antiputride étudiée par Dujardin-Beaumetz, les travaux de Petrescu ont démontré que le sulfure de carbone exerce « une antisepsie médicale générale à distance sur les éléments histologiques et sur les germes pathogènes ou sur leurs toxines, analogue à l'antisepsie locale chirurgicale ». On savait déjà que cette substance est absorbée par le sang, facilement décelée dans les urines et qu'elle s'élimine spécialement par les voies respiratoires en communiquant une odeur particulière et caractéristique à l'haleine.

Il est donc probable que, dans les cas qui nous occupent, le sulfure de carbone absorbé par le sang agit sur le germe de la pneumonie, paralyse sa vitalité, neutralise ses toxines et rend impossible tout progrès de l'affection. Cette action antiseptique à distance du sulfure de carbone, si prompte et si sûre dans la pneumonie fibrineuse, semble d'aiilleurs être spécifiquement élective. Quant au mécanisme intime du phénomène il demeure à déterminer.

Au point de vue purement pratique M. Masciangioli donne d'heure en heure une cuillerée de la préparation suivante, délayée dans le même volume d'eau ordinaire :

Sulfure de carbone............	5 grammes
Essence de menthe poivrée....	VI gouttes
Eau distillée..................	100 grammes

Pour les praticiens qui voudraient expérimenter ce procédé de traitement, nous rappellerons qu'il faut prescrire le *sulfure de carbone pur* dont l'odeur est presque celle du chloroforme lorsqu'on l'aspire au-dessus d'un flacon qui vient juste d'être débouché. Un litre d'eau en dissout 2 grammes ou 4g52 après agitation; l'eau sulfo-carbonée ainsi obtenue doit être conservée à l'abri de la lumière et de l'air pour ne pas s'altérer.

Dujardin-Beaumetz formule ainsi la préparation :

Sulfure de carbone............	10 grammes
Essence de menthe...........	IV gouttes
Eau distillée..................	500 grammes

à placer dans un flacon d'une contenance de 700 grammes. Après agitation on *laisse déposer*. On donnera *pro die* de cinq à douze cuillerées à bouche en ayant soin de prendre seulement l'eau qui surnage en ne puisant jamais au fond de la bouteille et en prenant garde de ne pas agiter le récipient; on aura soin également de remplacer l'eau à mesure qu'elle diminue.

Chaque cuillerée sera délayée dans un demi-verre d'eau rougie ou de lait.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1906)

Sur la présence du formol (méthanol) dans certains aliments. — M. PERRIER expose à l'Académie ses recherches au sujet de la présence du formol dans certaines substances alimentaires, notamment les viandes fumées (jambons, saucisses, andouilles, saucissons, lard et harengs saurs).

Il rappelle que M. Henriet a constaté la présence constante du formol dans l'air, et que M. Trillat l'a trouvé dans les produits de combustion et notamment dans la fumée de bois, de même que dans les produits caramélisés.

M. Perrier lui-même l'a retrouvé dans certains produits fermentés, notamment dans la choucroute.

Au moment où s'élabore un règlement d'administration publique en vue de l'application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, il était intéressant d'appeler l'attention sur le danger de *prohibition absolue*, alors qu'il convient seulement de fixer une limite maxima avec une certaine tolérance, comme cela a été fait pour le platrage des vins.

De l'unité de l'hématozoaire du paludisme. — M. Thiroux. Au cours des études qu'il a faites au Sénégal en 1905 et 1906, l'auteur a pu observer des faits qui sont tout à fait en faveur de l'unité du parasite du paludisme, actuellement contestée par un grand nombre d'auteurs.

Ainsi se trouve confirmée une fois de plus la théorie unitaire toujours défendue par M. Laveran.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1906)

Cas intérieurs de fièvre typhoïde. — M. Gandy apporte la relation de six cas intérieurs de fièvre typhoïde survenus dans une salle de femmes à l'hôpital Lariboisière; ces cas se répartissent ainsi : 5 chez des malades hospitalisées depuis plus ou moins longtemps, 1 chez une infirmière donnant ses soins aux typhiques. Les 3 premiers cas se rapportant à l'infirmière et à deux malades éclatèrent simultanément, onze jours après l'entrée de la première typhique dans la salle, les 3 autres survinrent à quelques jours de distance.

L'auteur pense que dans ces cas il y a lieu d'incriminer la contagion directe et non une contamination par l'eau.

Néoplasie du crâne traitée par les rayons de Röntgen. — MM. Ménétrier et Béclère présentent une malade qui, en 1889, a éprouvé des douleurs dans un sein, qui en 1892 fut opérée (amputation des deux seins), qui, en 1900, fut atteinte d'une récidive au niveau d'un des seins enlevés, et qui, il y a trois ans, a vu se développer des noyaux secondaires au niveau de la voûte cranienne. Ces nouveaux noyaux ont été traités avec succès par les rayons de Röntgen. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithéliome se rapprochant de l'adénome.

Erysipèle vaccinal. — MM. Griffon et Etienne Brissaud présentent une malade, qui, vaccinée au cours d'un érysipèle de la face, s'auto-inocula au niveau de ses pustules de vaccine et fit un érysipèle vaccinal du bras. Aujourd'hui l'érysipèle du bras est éteint, mais au centre de la région qui a été atteinte, on voit une escare volumineuse, de la dimension de la paume de la main, occupant la place des éléments vaccinaux et témoin de l'évolution gangréneuse de l'érysipèle en ce point.

Basedowisme fruste chez une tuberculeuse. Epreuve thérapeutique de l'hémato-thyroïdime. — MM. Mantoux et Gontier de la Roche rapportent l'histoire d'une femme de quarante et un ans, tuberculeuse depuis vingt-deux ans, présentant des lésions étendues et graves des deux poumons, avec conservation d'un bon état général, qui fut prise à la suite de surmenage physique et moral d'une forme fruste de maladie de Basedow. L'hémato-thyroïdine employée comme traitement a fait disparaître en peu de jours les symptômes basedowiens, les autres modes de traitement ayant échoué. C'est là le fait à retenir de cette observation.

Scorbut infantile dû au lait stérilisé. — M. Comby rappelle qu'il a vu en huit ans, 10 cas de scorbut infantile. Les 9 premiers avaient été causés par des laits modifiés (lait maternisé de Gaertner, lait fixé, lait oxygéné). Le cas récent est imputable au simple *lait stérilisé* industriel, d'un usage courant en hygiène infantile. Dans ce cas, le scorbut put être affirmé à cause de la présence des ecchymoses gingivales et de la pseudo-paralysie douloureuse. Seuls manquèrent au tableau clinique, le gonflement osseux et les hématomes. Le lait stérilisé fut remplacé par du lait frais simplement bouilli. Puis l'enfant prit par jour trois cuillerées à café de jus d'orange. La guérison fut rapide.

M. Combes fait remarquer que les laits modifiés exposent au scorbut dix fois plus que les laits simplement stérilisés et que parmi les symptômes les plus importants et les plus nets il faut citer la pseudo-paralysie douloureuse, qui arrache des cris aux nourrissons, et leur fait redouter tout dérangement, tout mouvement, toute secousse, ces phénomènes douloureux faisant penser au rhumatisme, à la syphilis, à l'ostéo-myélite, au sarcome osseux.

M. Moutier, au nom de M. Marie et au sien, présente un **cerveau d'aphasique** qui démontre une fois de plus cette doctrine soutenue avec une grande puissance de preuves par M. Marie, que l'aphasie peut exister sans que la circonvolution de Broca soit en quoi que ce soit lésée, de même qu'une lésion étendue peut siéger au même point sans que les troubles de l'aphasie se soient jamais montrés.

M. Variot présente **un enfant atteint de typhlolexie congénitale (cécité congénitale verbale)** [voir plus haut, p. 1479].

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1906)

Digestion peptique. — MM. H. Roger et M. Garnier se sont proposé de déterminer les modifications que subit l'ovalbumine coagulée, quand dans un suc gastrique artificiel, on fait varier simultanément la teneur en pepsine et en acide chorhydrique. Ils ont constaté ainsi qu'un excès d'acide gêne la digestion peptique. Mais la dose optima varie suivant la teneur en pepsine : l'effet défavorable d'un excès d'acide est d'autant plus marqué que la teneur en pepsine est moins considérable. Ce qui est plus curieux, c'est qu'un excès de pepsine entrave la digestion. Il existe donc pour le ferment comme pour l'acide une dose optima, et cette dose varie considérablement suivant la proportion d'acide chlorhydrique; pour des doses moyennes d'acide, il faut des doses moyennes de pepsine. Quand la proportion d'acide s'élève ou s'abaisse en dehors de limites physiologiques, on doit pour obtenir les meilleurs effets, utiliser un excès de ferment.

Froid et hypothyroïdie. — Pour MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild, en dehors du myxœdème, il existe toute une série d'états morbides au cours desquels on rencontre une diminution de la chaleur animale, à mettre sur le compte de la méiofragie thyroïdienne.

Cette hypothermie se manifeste sous des aspects divers : *a.* refroidissement des extrémités, inconscient ou subconscient; *b.* frilosité, circonscrite, générale. En même temps existent souvent des troubles vaso-moteurs : œdème des extrémités et engelures; *c.* frissons à type thermique; *d.* hypothermie centrale; *e.* susceptibilité exquise au froid (d'où névralgies, faux rhumatismes et migraines).

Tous ces symptômes ne sont que monnaie d'hypothermie, et sont la conséquence de la régulation thermique dont le but est de maintenir les organes internes à une température constante, aux dépens du revêtement cutané.

L'origine hypothyroïdienne de l'hypothermie est démontrée par l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, et, avant le

traitement, par l'association d'autres symptômes d'hypothyroïdie, et l'apparition paroxystique du froid, lors d'accidents d'hypothyroïdie.

Il faut se demander si la cryesthésie de Dieulafoy n'est pas la mise en évidence — par le fait de l'insuffisance rénale — de l'insuffisance thyroïdienne, et remarquer l'hypothermie centrale signalée chez les arthritiques.

La culture en gélatine de Liborius des anaérobies liquéfiants (nouveau procédé d'aérobisation). — M. G. Rosenthal a aérobisé les anaérobies par un nouveau procédé qui consiste soit à repiquer d'anciennes cultures de gélatine liquéfiées, soit à utiliser des séries successives de culture sur gélatine, qui d'aérobisent spontanément au contact de l'air.

Des dépenses de l'organisme pendant l'allaitement chez la lapine. — M. Maurel, qui dans une note précédente avait résumé l'influence de l'allaitement sur les dépenses de l'organisme chez la cobaye, étudie dans celle-ci la même influence chez la lapine; et il arrive à ces mêmes conclusions :

1° Que sous l'influence de l'allaitement les dépenses de la mère sont immédiatement augmentées et que cette augmentation s'accentue jusqu'au sevrage.

2° Que les quantités d'aliments prises par la mère pendant l'allaitement exclusif, rapportées au poids total de la mère et des lapereaux, sont sensiblement les mêmes que celles prises, en même temps, par la mère et les lapereaux pendant le sevrage et pendant les quelques jours qui suivent la séparation complète.

Injections d'argent colloïdal. — MM. Gompel et V. Henri ont étudié les actions physiologiques produites par l'injection de l'argent colloïdal à petits grains, préparé par le procédé éléctrique. Chez les lapins, on peut injecter 50 centimètres cubes d'argent colloïdal à petits grains rendu isotonique; les auteurs ont fait des injections intra-veineuses, sous-cutanées, intra-buccales, intra-péritonéales et intra-pleurales. Deux des lapins avaient reçu chacun 50 centimètres cubes d'argent colloïdal pendant douze jours successifs. Une à deux heures après l'injection intra-veineuse de 20 centimètres cubes d'argent colloïdal à un lapin, il se produit une élévation de température qui dure trois à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 25 octobre 1906)

M. Léon Pouliot (de Poitiers) rapporte un cas de **persistance de règles pendant la grossesse.**

M. Péraire (de Paris) présente un malade âgé de vingt et un ans, qu'il a guéri, il y a quatre ans, d'un **mal de Pott dorsal** par l'immobilité du thorax et la ponction de ses abcès. La guérison s'est bien maintenue.

Après une intéressante communication de M. Guisez sur **un sixième cas d'extraction de corps étranger bronchique par la bronchoscopie,** la Société, suivant l'exemple donné par de nombreux syndicats médicaux, a discuté les résolutions à prendre au sujet du certificat d'études médicales supérieures.

Le certificat d'études médicales supérieures. — Le président, M. Vaquez, fait d'abord un remarquable exposé de la question et des pourparlers engagés par le bureau de la Société. Il lit notamment une lettre de M. le professeur Bouchard qui consentirait volontiers à ce qu'on changeât le titre de ce certificat contre celui de *certificat d'aptitude à l'enseignement médical.*

Après un échange d'observations entre divers membres de la Société, l'ordre du jour suivant est voté à l'unanimité sur la proposition de MM. Tissier et Berthod :

« La Société de l'Internat des hôpitaux de Paris, considérant :

1° Que, si la réforme du recrutement et surtout du fonctionnement du corps enseignant des facultés paraît justifiée, l'institution d'un certificat d'études supérieures délivré à la suite d'un examen ne saurait, en aucune façon, relever le niveau de l'agrégation;

2° Que la création de ce certificat ne pourra que déconsidérer le doctorat; que le titre de docteur, dans toutes les facultés, est le titre summum fixé jusqu'à ce jour, et qu'on ne saurait, autrement que par une loi, créer un titre supérieur;

Proteste contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures;

Décide de prendre l'initiative et de s'associer à toute démarche capable d'amener la suppression de ce certificat. »

ANALYSES

CHIRURGIE

Résections de la vessie dans les cystites rebelles. (Howard et Kelly. *New-York State Journ. of medicine*, vol. VI, n° 4, avril 1906, p. 145-148.) — 3 à 5 p. 100 de tous les cas de cystites sont rebelles à toutes les méthodes, suivant Kelly. Dans ces cas, il faut d'abord déterminer la nature de l'organisme, ou des organismes infectants. Puis l'étendue des lésions et surtout l'état des reins dont une affection latente est souvent la cause de tout le mal. Ensuite, il faut étudier soigneusement la vessie, *ce qui ne peut pas se faire sans anesthésie.* Puis ensuite, réduire la surface malade le plus possible, en s'attaquant aux points qui veulent bien guérir par les petits moyens. Enfin, après avoir ainsi localisé la maladie le plus possible, et l'avoir limitée en un point, réséquer ce point. La cystectomie partielle plus ou moins étendue, la cystectomie totale, et dans quelques cas, la néphro-urétéro-cystectomie ont donné dans les mains de Kelly des résultats excellents. Les cinq cas qu'il relate sont des plus encourageants, étant donné l'habituelle inutilité de toute espèce de traitement dans les cystites vraiment rebelles.

F. Gardner.

Ablation d'un kyste intra-ligamentaire et ovariotomie bilatérale à un stade précoce de grossesse sans interruption de celle-ci. (Abram Brothers. *Med. Record*, vol. LXX, n° 7, 18 août 1906, p. 256-257.) — Chez une femme enceinte de neuf semaines, l'auteur enleva un kyste intra-ligamenteux qui grossissait rapidement et, pour ce faire, fut obligé d'enlever l'ovaire et la trompe du même côté qui lui adhéraient fortement. L'ovaire de l'autre côté était kystique et fut enlevé aussi. La grossesse suivit un cours absolument régulier, ce qui contredit l'opinion de Born, de Lokoloff et de Frankel sur la dissolution du fœtus et l'atrophie de l'utérus à la suite de l'enlèvement du corps jaune de la grossesse. En joignant aux cas déjà publiés le sien et un cas inédit d'Edebohls, l'auteur arrive à un total de 49 ovariotomies doubles pendant la grossesse avec interruption de celle-ci dans 9 cas, soit 19 p. 100 seulement. La mortalité de l'ovariotomie pendant la grossesse

n'est pas plus considérable qu'à toute autre époque. La proportion d'avortements après opération pour kyste de l'ovaire ou du ligament large est sensiblement inférieure à celle des avortements spontanés si on abandonne l'affection à elle-même. Comme preuve de la grande innocuité des opérations pratiquées pendant la gestation, l'auteur cite 5 cas de sa pratique. Il n'y eut interruption de la grossesse qu'une fois dans un cas de lésions suppurées des annexes. Dans un des cas qui poursuivirent une marche normale se trouve un myomectomie multiple (six fibromes dont le plus volumineux allait jusqu'à l'ombilic). F. GARDNER.

Le traitement de l'invagination intestinale aiguë. (Thomas GUTHRIE. *The Practitioner*, fév. 1906, n° 452; vol. LXXVI, n° 2, p. 246.) — Dans ce travail très documenté, l'auteur passe en revue les différentes méthodes thérapeutiques proposées et compare leurs résultats.

L'expectation simple donne des résultats détestables. La guérison spontanée par réduction de l'invagination n'existe pas, elle ne peut survenir que par élimination du bout invaginé sphacélé. Elle donne 98 p. 100 de mortalité.

La thérapeutique active donnera d'autant plus de bons résultats qu'elle sera plus précoce. Le diagnostic doit être posé dans les vingt-quatre premières heures.

Les diverses méthodes d'insufflation et de distension par des liquides au moyen d'une injection rectale ne sont applicables qu'à l'invagination du gros intestin. D'après les diverses statistiques elles donnent une mortalité de 30 à 50 p. 100.

Guthrie repousse complètement la méthode proposée par Cheyne et Burghard de distension par le rectum au cours de la laparotomie.

Les interventions sanglantes diffèrent selon qu'il y a gangrène ou non de l'intestin.

Dans le premier cas, si l'intervention est pratiquée dans les vingt-quatre premières heures la réduction manuelle est possible dans 94 p. 100 des cas, au troisième jour elle n'est déjà plus possible que chez 61 p. 100 des malades.

Dans le cas d'impossibilité de réduction sans gangrène, il faut recourir à l'opération de Jessett ou résection du boudin invaginé à travers une incision de l'intestin. L'excision complète des deux cylindres invaginé et invaginant avec entérotomie consécutive par la suture, le bouton de Murphy ou la bobine de Mayo Robson donnent un shock bien plus considérable.

Dans le cas d'état général très grave on se contentera d'une entéro-anastomose ou même d'un anus contre nature au-dessus de l'invagination.

Quand l'intestin est gangrené, ni la réduction, ni l'opération de Jessett ne sont de mise, on aura recours d'emblée à l'entérectomie. Dans les cas désespérés on peut avoir recours à la méthode suivante : l'invagination est poussée un peu plus loin, et une suture circulaire unit les deux cylindres au niveau du collet de l'invagination, puis on établit un anus artificiel sur le bout afférent.

L'auteur montre par des statistiques combien les cas traités dès le début donnent des résultats satisfaisants (45 p. 100 de guérisons pour les cas de réduction), alors que, dans les cas où l'on est obligé de recourir à la résection ou à l'établissement d'un anus artificiel, la guérison devient exceptionnelle.

M. LANCE.

Kystes et abcès de l'utérus. (MERCADÉ. Th. de Paris, 1906; Steinheil, édit.) — Il existe dans l'utérus, à l'âge adulte, des débris embryonnaires qui sont les vestiges les uns du canal de Wolff ou de ses diverticules, les autres d'invaginations du canal de Müller et qui peuvent donner lieu à un moment donné à la production de formations pathologiques.

On peut trouver dans l'utérus diverses variétés de kystes : kystes muqueux, hydatiques, embryonnaires, séreux, sanguins.

Les kystes muqueux sont des altérations pathologiques de toute la muqueuse utérine, se produisant généralement après la ménopause sans déterminer aucun trouble pathologique important.

Les kystes hydatiques de l'utérus sont des localisations rares de l'échinococcose, probablement à cause de l'activité circulatoire déterminée, tous les mois, par la menstruation. Ils sont les uns primitifs, les autres secondaires. Leur évolution est lentement progressive. Leur principal danger est qu'ils peuvent être au moment de l'accouchement une cause de dystocie nécessitant une intervention immédiate.

Les kystes embryonnaires sont de beaucoup les plus intéressants.

Sans nier les différentes théories pathogéniques qui placent l'origine de ces kystes dans les culs-de-sac glandulaires, les invaginations péritonéales, le corps de Wolff ou le canal de Müller, l'auteur se rallie à la théorie d'Amman, pour qui l'origine de ces kystes est dans le canal de Wolff lui-même, *et dans ses diverticules, ajoute-t-il.*

Ils sont caractérisés par la présence d'un revêtement épithélial interne formé de cellules cylindriques ciliées ou non.

Les kystes dits séreux ne sont, d'après l'auteur, que des kystes embryonnaires ayant subi une augmentation de volume considérable et dont le revêtement épithélial n'a pas été reconnu par les auteurs, soit qu'ils en aient négligé l'étude, soit que s'étant modifié ils ne l'aient pas retrouvé.

Les kystes sanguins de l'utérus s'observent comme complication des angiomes ou comme transformation de kystes préexistants. Dans les deux cas ils sont très rares, mais méritent néanmoins d'être signalés, car ils peuvent donner lieu à des hémorragies mortelles.

Les abcès de l'utérus sont consécutifs à une infection qui le plus souvent puerpérale peut être encore gonococcique, tuberculeuse ou traumatique.

En dehors des abcès nettement lymphangitiques, il en est dont la formation doit être attribuée à l'infection de petits kystes embryonnaires préexistants et passés inaperçus.

Le siège de prédilection de ces abcès au niveau du fond de l'organe est en rapport avec le siège d'élection des kystes embryonnaires au niveau du fond et des cornes.

Leur étude clinique enfin mérite une attention particulière, car la précocité du diagnostic mettra le sujet à l'abri des dangers de la rupture par une intervention énergique et rapide.

L. GAYARD.

MÉDECINE LÉGALE

De la revision en matière d'accidents du travail portant sur l'appareil de la vision. (E. GIRAUD. Th. de Paris, 1906; Michalon, édit.) — Un accident du travail qui atteint l'œil peut laisser après lui des lésions stables, définitives, non susceptibles d'aggravation ou d'amélioration; il peut au contraire donner lieu à des lésions susceptibles de modifications tardives. Ce sont ces dernières que M. E. Giraud étudie dans sa thèse, et il arrive aux intéressantes conclusions que voici.

Il pense qu'il existe dans la pathologie oculaire industrielle des modifications qui ne peuvent se reproduire qu'à un moment où toute action judiciaire sera prescrite.

Ces modifications pourront dans certains cas être à l'avantage de l'ouvrier comme ceux par exemple où l'extraction d'une cataracte traumatique augmentera notablement le champ de vision binoculaire et l'acuité visuelle industrielle. Dans d'autres cas au contraire c'est au détriment du traumatisé que se feront les modifications; les plaies de la cornée, par exemple, qui sont parfois susceptibles de s'améliorer à la longue « partagent aussi avec les blessures de la sclérotique le privilège de venir quelquefois aggraver tardivement l'incapacité de travail qu'aura laissée derrière lui le premier accident ». Tels sont encore les accidents sympathiques survenant dans un œil lorsque l'autre aura dû être conservé après un accident l'ayant atteint.

S'appuyant sur ces faits l'auteur pense que la législation française devrait en bonne justice, « quittant le caractère forfaitaire que revêt la loi du 9 avril 1898, n'admettre plus de prescription pour la réparation du préjudice causé par l'accident du travail. »

Cette thèse très documentée sera lue avec intérêt et profit par tous les médecins, si nombreux aujourd'hui, qui s'intéressent aux questions d'accidents du travail.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THERAPEUTIQUE

Contribution à l'étude des indications et des contre-indications cliniques du véronal. (Pénard. Th. de Lyon, 1906.) — Dans son travail, l'auteur s'est attaché, non seulement à étudier l'action physiologique et thérapeutique du véronal, mais aussi à préciser ses indications et contre-indications et à examiner le pourquoi des rares cas d'intoxication qui ont été signalés.

La dose utile de véronal est de 0g30 pour les femmes, de 0g50 pour les hommes, dose qui doit quelquefois être portée à 1 gramme; cette dernière dose est minima dans les maladies mentales et les autres affections des centres nerveux. L'action se produit au bout de trente à soixante minutes; la durés du sommeil provoqué est de cinq à sept heures, quelquefois dix heures. Cet hypnotique engendre, sans incommoder en quoi que ce soit, un besoin de dormir presque naturel, ne blesse ni le goût, ni l'odorat, produit un sommeil paisible et sans rêves; le matin, les malades se sentent frais et dispos, comme après un sommeil naturel.

Le véronal possède à la fois une actiou somnifère et une action sédative sur la douleur: il est donc en même temps, d'après la classification de M. le professeur Soulier, un hypnagogue direct et un hypnagogue indirect.

Les indications du véronal sont constituées par toutes les insommies; son indication dominante est l'insomnie nerveuse ou agrypnie; ses indications secondaires sont les insomnies consécutives aux affections des divers appareils nerveux, circulatoire, respiratoire et digestif.

La seule contre-indication, non pas absolue, mais relative, paraît être l'insuffisance hépato-rénale, ou simplement rénale. L'accoutumance au médicament ne se produit pas, mais on a signalé quelques cas d'accumulation par suite d'élimination lente, ayant amené des troubles : le sommeil se prolonge alors pendant le jour, indication de suspendre l'administration du remède; il peut aussi produire des éruptions de formes variées. Les cas d'intoxication sérieuse ne se sont produits qu'avec des doses élevées, 4g50 à 10 grammes et, cependant, dans un grand nombre de cas, des doses semblables ont été parfaitement supportées. Dans la plupart des cas d'intoxication, on a pu déceler une insuffisance rénale évidente ou latente. En résumé, les avantages cliniques du véronal surpassent de beaucoup les quelques inconvénients signalés, et il s'est montré nettement supérieur au chloral, à l'uréthane et aux divers hypnotiques insolubles. Il est inférieur à la dionine comme antispasmodique, mais l'association des deux médicaments produit des effets merveilleux.

F. N.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 NOVEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Delens et Gosset; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Balthazard; — M. Claude, suppléant.

Mardi 6 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Thoinot, Renon et Gouget; — M. Faure, suppléant.

Mercredi 7 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Sébileau et Gosset.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Kirmisson, Potocki et Cunéo.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne.

1er, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Roger, Retterer et Legueu; — (2e série) : MM. Segond, Gley et Legry; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 8 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Guiart et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Brindeau.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et G. Ballet.

1er, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pozzi, Retterer et Langlois; — (2e série) : MM. Poirier, Gley et Launois; M. Vaquez, suppléant.

Vendredi 9 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Branca, suppléant.

Samedi 10 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Robin et Méry; — (2e série) : MM. Hutinel, Gilbert et Renon; — (3e série) : MM. Chantemesse, Jeanselme et Bezançon; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 7 novembre 1906, à une heure. — M. Lecaplain. Suites médicales tardives des affaires judiciaires relatives à l'hystéro-traumatisme. Loi du 9 avril 1898. (MM. Brissaud, prédent; Reclus, Marcel Labbé et Proust.) — M. Chapotin. Des injections intra-articulaires de vaseline stérilisée dans les arthrites sèches. (MM. Reclus, président; Brissaud, Marcel Labbé et Proust.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Dans le but de faciliter le déplacement des familles, la Compagnie P.-L.-M. a pris, depuis le 15 septembre, la mesure suivante :

Les gares P.-L.-M. qui émettent, en vertu des dispositions du tarif spécial P. V. n° 2, des billets d'aller et retour individuels pour des gares distantes d'au moins 101 kilomètres, sont maintenant admises à délivrer, pour ces mêmes gares, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, aux familles d'au moins 4 personnes voyageant ensemble.

Sont considérés comme membres d'une même famille : les père, mère, gendre, belle-fille et les serviteurs attachés à la famille.

Les prix des billets collectifs offrent, sur les prix du tarif général, des réductions de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes pour les 3 premières personnes et une réduction uniforme de 50 p. 100, quelle que soit la classe, pour chaque membre de la famille en plus de trois.

La validité des billets d'aller et retour collectifs est la même que celle des billets d'aller et retour individuels du tarif P. V. n° 2 et peut être également prolongée à deux reprises de moitié, moyennant 10 p. 100 du prix des billets pour chaque prolongation.

La demande de billets doit être faite six heures à l'avance à la gare de départ ; ce délai est réduit à trois heures dans certaines grandes gares et à une heure de la gare de Paris P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène alimentaire du tuberculeux, par le docteur Coste de Lagrave. In-8 de 466 p. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Traité des maladies du nez, par le docteur A. Ménier, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien chef adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, ancien assistant de la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté, lauréat de l'Ecole de médecine. In-18° cart., 178 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

Nouveau formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par le docteur Odilon Martin, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon. Préface du professeur Grasset (de Montpellier). In-18 de 900 pages, sur papier extra-mince, cartonnage souple. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La technique histo-bactériologique moderne, procédés nouveaux, procédés rapides, par E. Lefas, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

La Compagnie mettra en marche, à partir du 3 novembre, les trains extra-rapides de nuit 17 et 18, desservant le littoral de la Méditerranée.

Ces trains auront lieu :

A l'*aller*, le train 17, du 3 novembre au 9 décembre, les mercredis et samedis; — du 10 décembre au 3 mai, tous les jours, sauf le jeudi; — du 4 au 17 mai, les lundis, mercredis, vendredis et samedis; — du 18 au 29 mai, les mercredis et samedis.

Au *retour*, le train 18, du 5 novembre au 11 décembre, les lundis et vendredis; — du 12 décembre au 4 mai, tous les jours, sauf le jeudi; — du 5 au 16 mai, les lundis, mercredis, vendredis et samedis; — du 17 au 31 mai, les lundis et vendredis.

Trajet de Paris à Nice en 15 heures.

Ces trains (à nombre de places limité) offrent des places de 1re classe ordinaires, de wagons-lits, de lits-salon et de salon à 2 lits complets.

On peut se faire réserver des places d'avance en s'adressant à la gare de Paris ou aux bureaux de ville.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA LUTTE CONTRE LE CANCER. — UNE LOTERIE DE 15 MILLIONS. — A la suite de la communication du professeur Poirier à l'Académie, M. le docteur Henri de Rothschild lui a adressé un chèque de 100000 francs comme première contribution à un *institut contre le cancer* analogue à celui qui fonctionne en Allemagne, à Heidelberg.

Depuis ce moment, M. Poirier ne cesse de recevoir des souscriptions pour cette œuvre. Un comité d'initiative où figurent MM. Roux, Bouchard et Debove est déjà formé et on annonce qu'il serait sur le point de faire des démarches auprès des pouvoirs publics pour lancer une loterie de 15 millions au bénéfice du futur institut.

LA LAICISATION DES HOPITAUX. — On sait que l'hôpital Saint-Louis va être laïcisé malgré les protestations du corps médical de cet hôpital.

La majorité du Conseil municipal s'occupe en ce moment de la question de la laïcisation de l'Hôtel-Dieu. On sait qu'il s'est heurté jusqu'ici au gouvernement et au Conseil d'Etat qui n'a jamais accepté de ratifier les décisions prises par l'assemblée communale contre les sœurs Augustines. Certains conseillers voudraient qu'on transférât cette fois la maison-mère des sœurs Augustines dans l'hôpital Boucicaut, dont les malades, aux termes du testament du donateur, doivent être soignés par des sœurs. On espère dans ces conditions nouvelles obtenir du gouvernement et du Conseil d'Etat le décret qu'on a plusieurs fois sollicité en vain.

La question de la laïcisation de l'Hôtel-Dieu a été mise à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission qui aura lieu mardi prochain.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES DE « L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE », DU « CONCOURS MÉDICAL », DU « SOU MÉDICAL », DU « PATRONAGE MÉDICAL » ET DE « L'ASSOCIATION AMICALE », 17, 18 ET 19 NOVEMBRE 1906. — Les assemblées générales annuelles de ces Sociétés auront lieu dimanche 18 et lundi 19 novembre 1906, dans l'ordre suivant :

1° Le samedi, à deux heures, hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France, sous la présidence de M. le docteur Gairal.

2° Le dimanche 18 novembre, dans les salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A neuf heures du matin : Réunion spéciale pour les Correspondants du concours.

A dix heures : Assemblée extraordinaire du Patronage médical (revision des statuts).

A deux heures : Assemblées générales communes du Concours médical et du Sou médical.

Le banquet commun à toutes les sociétés, aura lieu à sept heures, chez Marguery, sous la présidence de M. le docteur Mignen (de Montaigu, Vendée), fondateur du premier syndicat médical en France.

La cotisation pour le banquet est fixée à 10 francs, la Société du concours prenant à sa charge le supplément des frais, qui dépassent 15 francs par convive.

Prière d'aviser de sa présence, en vue des dispositions à prendre.

3° Le lundi 17 novembre, dans les bureaux du Concours médical, 23, rue de Dunkerque.

A neuf heures du matin : Assemblée générale de l'Association amicale.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les membres du Concours, en vue de l'assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai, afin que le Conseil de direction soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

CORRESPONDANTS. — Le Conseil de direction prie les corpondants d'informer le plus tôt possible l'administration du Concours de leur désir d'assister aux assemblées générales des 18 et 19, en faisant connaître le montant de leurs frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de ces services.

Le Conseil rappelle en même temps que la réunion spéciale des correspondants aura lieu le dimanche 18 novembre, à neuf heures du matin, dans les salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1906 :

COURS. — *Histologie.* — M. Mathias-Duval (M. Branca, agrégé, chargé de cours) : La cellule; les éléments sexuels et les processus histologiques de la reproduction; le système nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Physiologie. — M. Ch. Richet : Nutrition; digestion; respiration; circulation. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Anatomie. — M. Poirier : Système nerveux. Plèvre, péritoine, synoviales articulaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Histoire naturelle médicale. — M. R. Blanchard : L'être vivant envisagé comme cause d'infection; étiologie et prophylaxie des maladies infectieuses et parasitaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — M. Thoinot : Pendaison; strangulation; submersion; suffocation; infanticides; attentats aux mœurs; mort et mort subite. — Lundi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Anatomie pathologique (fondation Dupuytren). — M. Cornil : Inflammations; néoplasmes; lésions des organes génito-urinaires. — Lundi, vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté); mercredi, à deux heures (École pratique).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue (M. Marion, agrégé, chargé de cours) : Fractures et luxations; organes génito-urinaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pharmacologie et matière médicale. — M. Pouchet : Modificateurs du système nerveux central : hypnotiques; modificateurs intellectuels; antithermiques; analgésiques. — Mardi, jeudi, samedi, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie médicale. — M. Brissaud : Des affections médicales des membranes séreuses. — Mardi, jeudi, samedi, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Roger : Les maladies infectieuses. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Thérapeutique. — M. Gilbert : L'art de formuler; les médicaments d'origine animale et végétale. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (fondation Salmon et Champotran). — M. Déjerine : La physiologie et la pathologie de la moelle épinière au XIXe siècle. — Mardi, jeudi, samedi, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

CLINIQUES. — Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales. — M. Hayem (M. Thiroloix, agrégé, chargé de cours) : Mardi, samedi, à dix heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Dieulafoy : Mercredi, samedi, à dix heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Debove : Mardi, samedi, à dix heures (à l'hôpital Beaujon). — M. Landouzy : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Laënnec).

Cliniques chirurgicales. — M. Le Dentu : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Terrier : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Pitié). — M. Berger : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker). — M. Reclus : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Charité).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique médicale infantile. — M. Grancher (M. Méry, agrégé, chargé de cours) : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond : Mardi, vendredi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — M. de Lapersonne : Lundi, mercredi, à neuf heures et demie; vendredi, à dix heures un quart (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Albarran : Mercredi, samedi, à neuf heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Pinard : Lundi, vendredi, à dix heures (à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). — M. Budin : Mardi, samedi, à neuf heures (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris). — M. Pozzi : Lundi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Broca).

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris). — M. Kirmisson : Mardi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat). — M. Albert Robin : Mardi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Beaujon).

Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, Fournier, Farabeuf, Duplay et Guyon.

CONFÉRENCES. — *Physique biologique.* — M. Broca (André), agrégé : Optique physiologique; mécanique animale; chaleur; actions moléculaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Chimie biologique. — M. Desgrez, agrégé : Principes définis, tissus et organes des animaux. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Anatomie (cours du chef des travaux). — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques : Le cou et le thorax. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures (à la Morgue).

Pathologie interne. — M. Rénon, agrégé : Maladies infectieuses et parasitaires. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie externe. — M. Morestin, agrégé : Thorax et abdomen. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène. — M. Macaigne, agrégé : Cours complet d'hygiène. — Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Obstétrique. — M. Potocki, agrégé : Grossesse et accouchement physiologiques; pathologie de la grossesse. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

TRAVAUX PRATIQUES. — *Dissection.* — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques : Dissection. Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, d'une heure à quatre heures (à l'École pratique).

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux : Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. — Tous les jours, d'une heure à quatre heures (École pratique).

Parasitologie. — M. Guiart, agrégé, chef des travaux : Parasitologie. Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, d'une heure à trois heures (à l'École pratique).

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET DE L'ALIMENTATION RATIONNELLE DE L'HOMME

(*Paris, octobre 1906.*)

Il est incontestable que le Congrès qui vient d'avoir lieu a suscité parfois des discussions importantes et qu'on y a entendu des rapports du plus haut intérêt et magistralement rédigés; cela est énorme, si l'on considère le flot sans cesse envahissant des réunions de ce genre, dont beaucoup sont, il faut bien le dire, d'une utilité et d'un intérêt restreints. Le nombre des questions mises à l'étude au Congrès qui nous occupe était si considérable que nous ne pouvons songer à les résumer toutes, et force nous est de nous borner à analyser un certain nombre des rapports présentés; nous serons guidés dans ce choix, auquel nous contraignent et le temps et la place, d'abord par la parenté plus étroite des questions traitées avec la médecine proprement dite, ensuite et surtout par la nouveauté et l'inédit des points étudiés. Nous nous excusons donc ainsi par avance de passer sous silence beaucoup de travaux que le talent de leurs auteurs aurait rendus dignes d'une longue analyse.

L'alimentation dans l'armée arrêtera tout d'abord notre attention; elle a fourni en effet la matière d'études, aussi remarquables par leur méthode scientifique que par leur portée sociale, dues au capitaine E. Perrier, du 122e d'infanterie, et au docteur A. Drouineau, médecin-major de deuxième classe. Le capitaine Perrier constate tout d'abord avec satisfaction le mouvement profond qui s'est produit dans ces dernières années parmi les officiers pour améliorer la situation matérielle et morale du soldat et entre autres choses pour perfectionner son alimentation, qui était par trop délaissée. L'alimentation « variée », le remplacement de la gamelle individuelle par les plats collectifs et les assiettes, l'organisation des réfectoires, la mise en commun du pain, la substitution des professionnels aux cuisiniers de fortune quand cela est possible, la propreté des cuisines, l'augmentation des allocations permettant de donner une ration journalière de 320 grammes de viande au lieu de 300, constituent autant de progrès récents. — Sont-ce bien là toujours des progrès, se demande le rapporteur, et les résultats sont-ils en rapport avec les sacrifices budgétaires consentis par le pays? D'après lui, la réponse doit être affirmative au point de vue « psychologique » de l'alimentation, mais comporte des réserves au point de vue « physiologique ». A ce dernier égard, il faut reconnaître que les modifications apportées n'ont pu « briser le moule où l'alimentation du soldat a été figée par l'empirisme d'un long passé et rejeter des principes et des doctrines que la science ne saurait plus reconnaître ». Or, partant de ce principe que cette alimentation est susceptible d'être considérablement améliorée sans demander au pays un nouvel effort financier, le capitaine Perrier étudie d'abord ce qu'est actuellement l'alimentation du soldat, puis ce qu'elle pourrait être dans l'avenir.

La détermination de la ration en temps de paix est très difficile à établir, celle-ci étant variable d'un régiment à un autre, et même entre les compagnies d'un même régiment; cela s'explique par des raisons administratives et par la production inévitable de déchets. Pour parvenir à son but, le rapporteur s'est livré à une enquête faite sur l'ensemble de l'armée, parallèlement à une autre effectuée dans son propre bataillon; il a pratiqué d'autre part des expériences diverses. La première enquête a été faite au moyen d'un questionnaire permettant d'établir la composition de la ration, de connaître la quantité des denrées et le pourcentage approximatif des déchets. L'enquête personnelle du capitaine Perrier a porté pendant un trimestre sur les quatre compagnies de son bataillon; elle a tenu compte au jour le jour des hommes prenant leur repas à l'extérieur de la caserne ou en dehors de la compagnie, et à faire le relevé des denrées de toutes natures distribuées aux hommes. En outre, il a fallu calculer les déchets résultant soit de la quantité trop grande distribuée, comme pour le pain, soit de la nature même des denrées, soit enfin de leur qualité inférieure.

Quant aux expériences diverses nous allons les résumer aussi fidèlement que possible.

Le gaspillage du *pain de munition* est chose courante à la caserne, pour le calculer approximativement juste l'auteur du rapport a soumis à l'observation un groupe spécial composé d'un caporal et de dix hommes qui ont consenti à exécuter pendant deux semaines, sauf le dimanche intermédiaire, une marche de 20 à 25 kilomètres avec le chargement de campagne et à ne rien manger en dehors de ce qui leur serait donné par la compagnie. La ration, riche surtout en hydrates de carbone, comprenait une quantité moyenne de graisses, vu la région et la saison estivale, et les aliments protéiques avaient été réduits le plus possible. Les repas étaient pris, sous surveillance, dans un local spécial; le pesage pratiqué avant et après l'épreuve accusa un déficit moyen de 500 grammes identique à celui constaté chez un même nombre de témoins. Les déchets de pain furent en chiffre rond de 100 grammes par homme et par jour.

La *viande*, qui d'après M. Perrier est celle de toutes les denrées consommées à la caserne qui laisse le moins à désirer, figure pour 320 grammes dans la ration et donne en temps ordinaire 50 p. 100 de rendement moyen. Pour les *légumes*, alors que les choux, oignons, carottes, etc., fournissent 1/6 de leur poids de déchets, les pommes de terre offrent un déchet de 25 p. 100 en temps ordinaire et 50 p. 100 au moment de la germination!

Quant aux *légumes secs* et aux *graisses*, il est impossible d'en calculer les déchets, mais, en passant, le rapporteur recommande, pour apprécier pratiquement la valeur nutritive d'une graisse, de se baser sur le point de fusion.

Arnschink et Dastre ont en effet démontré que, quelle que soit sa nature, une graisse dont le point de fusion est un peu moins élevé que la température

normale du corps humain est complètement assimilable ; l'assimilabilité diminue à mesure que le point de fusion s'élève au-dessus de 36 degrés et finit par cesser complètement.

Le capitaine Perrier se demande donc s'il ne serait pas avantageux de remplacer le saindoux facilement falsifiable par de la végétaline.

Muni des renseignements que nous venons d'exposer l'auteur du rapport part de la ration moyenne du soldat en temps de paix, à savoir :

Albuminoïdes............	160	grammes.
Graisses.................	45	—
Hydrates de carbone......	600	—

et lui compare la ration du soldat détenu dans les prisons militaires, du soldat en traitement dans les hôpitaux militaires, et enfin les trois types de rations de campagne normale, forte et constituée par les vivres de réserve.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ces différents tableaux fort intéressants à consulter, mais du tableau d'ensemble qui vient ensuite on peut déduire que les rations du soldat sont : riches en aliments protéiques, pauvres en graisse et satisfaisantes en hydrate de carbone, sauf les rations de campagne qui sont faibles. Dans l'armée comme partout ailleurs, c'est la viande qui demeure l'aliment de prédilection, à ce point que certains chefs de corps trouvant la ration de 320 grammes de viande réglementaire insuffisante, donnent l'ordre de la percevoir sur le taux de 350 grammes, et que tout récemment une circulaire ministérielle accordait 400 gr. de viande aux infirmiers qui, dans les hôpitaux, se livrent au massage des malades !

Quoi qu'il en soit, en comparant les diverses rations on a la surprise de constater que la ration « forte » de campagne est inférieure à celle du soldat en temps de paix, alors que c'est le contraire qui devrait avoir lieu; de même la ration normale de campagne est plus faible que la ration du soldat détenu ou hospitalisé. Dans l'armée française, comme d'ailleurs dans les armées des autres pays, sauf peut-être dans l'armée japonaise, la ration de travail est plus faible que la ration d'entretien. On voit, en effet, en se reportant au tableau récapitulatif des fautes contre l'hygiène alimentaire, donné par le capitaine Perrier, que la ration du détenu, trop forte dans son ensemble, est trop pauvre en graisses et trop riche en hydrates de carbone; la ration de l'hospitalisé, trop forte également, est trop riche en graisses et en albumine. En temps de paix la ration, toujours trop forte, est trop riche en albumines et en hydrates de carbone. Passant aux rations de campagne, nous voyons que la ration normale, trop faible dans l'ensemble, est trop pauvre en graisses et en hydrates ; la ration dite « forte » est trop faible au total, car si elle est trop riche en albumines elle est trop pauvre en graisses et en hydrates de carbone; enfin, la ration de vivres de réserve satisfaisante en bloc est trop riche en albumines et trop pauvre en hydrates de carbone.

Quittant le point de vue physiologique, le rapporteur montre qu'au point de vue économique l'usage d'une grande quantité de viande cause une dépense énorme. Sur les 57 centimes environ d'allocation quotidienne pour le soldat, 35 centimes en moyenne sont obligatoirement employés à l'achat de la viande; les 22 centimes qui restent doivent acheter les autres denrées, sauf le pain.

Déplorant l'ostracisme dont est frappé le riz dans l'armée, M. Perrier l'explique en partie par l'inhabileté des cuisiniers de fortune et l'insuffisance des appareils culinaires, et il établit une comparaison saisissante entre la valeur comparative du riz et celle de la viande, tant au point de vue nutritif qu'au point de vue pécuniaire, l'avantage appartenant haut la main au premier.

L'emploi du sucre est également beaucoup trop restreint, alors qu'il pourrait rendre des services considérables.

En résumé, dit l'auteur : « La ration normale et la ration forte de campagne, en dépit de leur teneur exagérée en albumines, sont notoirement trop faibles et ne sauraient convenir à des hommes chargés d'exécuter un pénible travail. Après quelques jours d'un semblable régime nos soldats affaiblis n'auraient plus une vigueur physique suffisante pour tenir la campagne. Si, par surcroît, l'armée avait à combattre pendant l'hiver, dans un pays au climat rigoureux, l'insuffisance des aliments gras, principale source de chaleur, feraient plus de victimes que les balles ennemies. La ration en temps de paix, malgré nos critiques de détail... est satisfaisante... Qu'on sache bien que si les denrées qui les composent sont de bonne qualité et si leur préparation culinaire est suffisante, elle pourra pécher par excès mais jamais par défaut. »

Nous ne pouvons, à notre grand regret, analyser longuement la seconde partie de ce remarquable rapport dont nous ne saurions trop recommander la lecture attentive. Après des considérations sur le rôle éducateur de l'officier à qui cependant il craint qu'on ne finisse par demander trop, l'auteur établit les moyens par lesquels il pense qu'on peut améliorer l'alimentation sans entraîner de nouveaux sacrifices budgétaires; il demande que le nombre des rations soit fixé d'un côté par le travail du soldat, de l'autre par sa stature et son poids. Quant à la valeur des rations elle devrait être déterminée par des formules exprimant en calories les quantités nécessaires pour les diverses conditions où se trouve le soldat, cet être de dix-huit à vingt-deux ans, c'est-à-dire arrivé à l'âge où la formation de l'homme s'achève. Cette formation, il importe de ne pas la compromettre et de la favoriser, au contraire, le plus possible, par une alimentation à la fois abondante et rationnelle.

Avec M. le médecin-major Drouineau nous revenons tout d'abord à la question des déchets alimentaires et aux moyens de les éviter. Nous apprenons dès l'abord que l'alimentation variée a déjà considérablement réduit ces déchets, soit par exemple 50 gr. par homme et par jour, au lieu de 210 grammes par homme et par jour.

Souvent les déchets proviennent de la mauvaise préparation et la faute est uniquement imputable au cuisinier; celui-ci a en effet une influence notable sur l'état de santé d'une compagnie. Au moyen de

la pesée systématique des recrues, le docteur Drouineau a démontré que, « lorsqu'une compagnie présentait pendant le cours d'un mois une forte proportion d'hommes ayant diminué de poids, on constatait presque toujours en regard un changement de cuisinier ou un menu insuffisamment varié. D'un autre côté, en comparant la morbidité des compagnies on s'est rendu compte que, dans toutes celles où le cuisinier était bon, où les hommes mangeaient avec plaisir la totalité de leur repas, le nombre des malades était insignifiant, alors que la compagnie voisine, dont la cuisine était défectueuse, présentait un grand nombre d'indisponibles. »

L'organisation des cuisiniers dans l'armée française est-elle suffisante? Elle est parfaite dans les hôpitaux militaires depuis la circulaire ministérielle du 22 mars 1904 et le règlement du 22 avril 1905, mais il ne s'agit là que d'une infime portion de l'armée, et il est loin d'en aller de même pour les corps de troupes. Il y a cependant une légère amélioration qui consiste en la présence en surnombre d'un cuisinier-chef de profession, et son affectation à chaque cuisine, alors qu'autrefois ce cuisinier-chef appartenait au bataillon et passait tous les trois mois à la cuisine d'une unité différente. Malheureusement le mode de recrutement de ces cuisiniers est défectueux et il y a encore bien des perfectionnements à apporter dans ce service.

Revenant aux déchets du pain de munition, M. Drouineau estime qu'ils sont dus en grande partie au mode de distribution. Le soldat reçoit tous les deux jours un pain individuel représentant une ration quotidienne de 750 grammes; les hommes qui en ont trop le jettent; aussi l'auteur du rapport a-t-il proposé de remplacer le système du pain individuel par celui du pain en commun; cette idée a fait beaucoup de partisans, mais a encore contre elle un certain nombre d'officiers. M. Drouineau a entendu lors d'une inspection une haute autorité militaire déclarer devant les hommes : « Le pain est au soldat, il a le droit d'en disposer comme bon lui semble, de le jeter aux cabinets, s'il le veut. » Le rapporteur cite pourtant des chiffres qui prouvent que le système du pain individuel diminue notablement les déchets.

Il ne les supprime pas cependant, et certains auteurs ont proposé de changer la forme et le poids du pain, de façon que chaque homme reçoive journellement un pain frais. Pour M. Chauvel, le pain de munition actuel a fait son temps, et il faut lui donner l'aspect et le goût du pain généralement consommé dans les villes.

Une autre cause, d'ordre psychologique cette fois, est la suivante : le soldat a le mépris des aliments que l'Etat lui fournit. Pour M. Drouineau, une bonne préparation des aliments et l'éducation progressive des hommes parviendraient à atténuer cet état de choses.

Nous sommes forcé de passer rapidement sur le consciencieux et très documenté rapport que le même auteur a présenté sur la « ration alimentaire du soldat », mais nous serions contraint de répéter plusieurs points déjà étudiés dans celui du capitaine Perrier. M. Drouineau se propose dans ce travail « d'énoncer en premier lieu les règles physiologiques qui doivent présider à l'établissement de la ration alimentaire du soldat, et, chemin faisant, d'établir les points non complètement élucidés qu'il conviendrait de mieux préciser; puis, à l'aide de ces données d'étudier rapidement la valeur alimentaire des rations des principales armées ».

Un point sur lequel le rapporteur insiste avec juste raison est l'emploi du sucre qui sous un faible volume représente un élément nutritif des plus importants. On se rappelle que M. le médecin-major Drouineau a étudié ici même dans une Revue générale appréciée, l'alimentation par le sucre. Pour lui, cet aliment « doit avoir une large place dans la ration du soldat, principalement en manœuvre et en campagne, puisque c'est l'aliment qui convient le mieux pour la reconstitution rapide et l'entretien des forces, ainsi que pour la mise en réserve de la plus grande quantité possible d'énergie ». Les Japonais pendant la récente guerre se sont admirablement trouvés de donner du sucre à leurs troupes.

Le **régime alimentaire des marins du commerce** a fourni à M. J.-P. Langlois l'occasion de présenter un rapport sensationnel qui a suscité une discussion des plus intéressantes et l'adoption de vœux importants.

Notre législation ne renferme rien concernant la fixation de la ration, pour les équipages des navires de commerce; liberté entière est laissée aux armateurs pour passer avec leurs équipages toutes les conventions possibles relatives à la nourriture, seulement lorsque l'équipage, hors le cas de force majeure, est privé de la ration intégrale stipulée avant le départ, ou à défaut, de la ration équivalente à celle que reçoivent les marins de la flotte, le capitaine doit une indemnité de 50 centimes par jour. Il nous faut donc étudier les divers aliments qui entrent dans la composition de la ration-type de la flotte.

Le *biscuit* a presque complètement disparu de la marine de guerre, ainsi que des paquebots et des grands cargo-boats, mais il n'en est pas de même pour les petits bâtiments et les voiliers. Le biscuit français de digestibilité très médiocre provoque à la longue les phénomènes dits *diarrhée du biscuit*; avec l'emploi des caisses métalliques, ces accidents ont diminué, mais le biscuit reste un aliment indigeste. Il y aurait donc lieu de le remplacer par le pain de guerre. Quant à la fabrication du pain à bord des navires, elle dépend de la question des fours encore imparfaitement résolue.

De la question des *viandes*, nous ne retiendrons que la partie relative aux viandes frigorifiées. L'emploi du froid pour la conservation des denrées se généralise de plus en plus, malheureusement le système des glacières est très imparfait, et il faut avoir recours aux machines frigorifiques; leur emploi soulève des objections qui cependant peuvent être pratiquement résolues.

Pour les *légumes*, notons que depuis quelques années l'usage s'est établi d'utiliser des légumes desséchés et comprimés en tablettes dites Julienne.

Comme pour l'armée, l'emploi large du *sucre* est vivement à encourager dans la marine.

Le *lait* sous forme de lait concentré est absolument indispensable à bord; utile à l'état normal, ce produit devient essentiel dès qu'il y a des malades. Dans beaucoup de cas des capitaines morutiers ont pu soigner et amener des hommes atteints de fièvre typhoïde, grâce au lait concentré, et la fièvre typhoïde est très fréquente à bord des voiliers et principalement chez les pêcheurs de Terre-Neuve. Il en est de même des intoxications alimentaires qui frappent d'un coup tout l'équipage.

C'est le lait condensé qui représente la forme la plus commode, sucré ou non. Le lait condensé sucré se conserve un an au moins et ne s'altère qu'au bout de plusieurs jours après l'ouverture de la boîte. Le lait non sucré possède une conservation pour ainsi dire indéfinie, mais la boîte une fois ouverte, il faut le consommer dans les vingt-quatre heures. C'est ce dernier qu'il faut conseiller de préférence pour l'armement à raison de deux boîtes au minimum par homme embarqué.

L'*alcool* joue un rôle formidable à bord des navires de pêche; en tenant compte de tous les apports avoués ou non, la provision par homme pour une campagne souvent réduite à cinq mois, peut atteindre 80 litres! Et quel alcool! du liquide titrant jusqu'à 70 et 80 degrés!

Après avoir passé en revue le régime de la marine marchande dans les différents pays, M. Langlois propose une série de modifications qu'il voudrait voir adopter chez nous.

Les rapports que nous venons d'analyser ont amené un vote de la troisième section du Congrès demandant la revision des rations actuellement ordonnancées dans l'armée et la marine, ainsi que l'organisation de l'enseignement alimentaire dans toutes les écoles militaires.

Nous voudrions pouvoir résumer largement ici les discussions et les rapports ayant trait au **végétarisme**; malheureusement la place nous est maintenant mesurée. Du très intéressant travail de M[lles] J. Joteyko et V. Kipiani (de Bruxelles), nous détacherons les conclusions suivantes :

A l'heure actuelle on se préoccupe non seulement de la teneur des aliments en principes nutritifs, mais on scrute soigneusement l'aliment afin de savoir si à côté de ses principes nutritifs, il ne renferme pas quelque poison dangereux agissant à la longue et insidieusement. La question est jugée pour l'alcool qui, s'il est un aliment, est un aliment-poison; mais il en est de même pour bien d'autres substances. La viande renferme des poisons en quantités considérables; elle n'a d'ailleurs pas les vertus nutritives qu'on lui prêtait, alors qu'elle possède surtout, comme l'alcool, une action excitante.

Le régime végétarien est le meilleur moyen pour combattre l'alcoolisme; le végétarien, en effet, n'éprouve plus le besoin des excitants; à l'excitation provoquée par l'usage de la viande succède en effet une période de dépression qui crée le besoin de recourir à d'autres excitants, tel l'alcool.

En réalité la viande ne devrait être consommée que dans un but thérapeutique et en faibles quantités; l'homme ne possède en effet qu'à un degré excessivement faible l'aptitude qu'ont les animaux carnivores de transformer en ammoniaque une quantité notable de leurs éléments azotés et d'alcaliniser ainsi le sang.

Le régime végétarien donne la plus grande endurance au travail physique et devrait être considéré comme le meilleur régime pour l'ouvrier manuel; le mécanisme de cette action d'endurance au travail physique est la diminution des toxines, scientifiquement démontrée, les centres nerveux ont alors besoin d'envoyer aux muscles des excitations moins fortes. D'autre part, le temps de la réaction nerveuse des végétariens n'est pas diminué, d'où l'on peut conclure qu'un ouvrier végétarien ne sera pas plus exposé qu'un autre aux accidents du travail.

Le travailleur intellectuel ne doit pas consommer plus de viande que l'ouvrier manuel; le travailleur des champs oxyde mieux un excès d'albumine que l'intellectuel sédentaire; chez ce dernier, la désassimilation se fait mal et l'intoxication par le régime carné devient beaucoup plus grave.

Seul, le régime d'entretien demande des albuminoïdes et le régime d'activité ne demande qu'un surcroît d'hydrates de carbone; à plus forte raison, les albumines ne devraient pas entrer dans le régime du travail intellectuel. D'ailleurs, d'après les recherches des auteurs, le temps de la réaction nerveuse, qui montre la vitesse des actes psychiques et qui est un des facteurs de l'intelligence, n'est pas chez les végétariens plus long que chez les non-végétariens. Au dynamomètre, qui est le type d'une action motrice intense et de courte durée, les végétariens ne se sont pas montrés inférieurs aux autres.

Nous n'avons pas besoin de dire ici avec quelle maîtrise le professeur Maurel (de Toulouse) a écrit son **Rapport sur la ration d'entretien aux divers âges**; la compétence de ce savant fait autorité en la matière. Nous ne pouvons que résumer ainsi les conclusions de son rapport : la ration d'entretien peut être évaluée d'une manière suffisamment exacte pour la pratique; sa fixation comporte essentiellement la détermination des besoins en *albuminoïdes* et en *calories*, mais il faut y ajouter la détermination des besoins en *oxygène*, *eau* et *matières salines*. Mais pour cela il faut s'en tenir aux *besoins minima* qui sont constants et ne pas se baser sur les *dépenses*, très variables. Quels que soient l'âge ou les divers états, croissance, grossesse, allaitement, travail, les besoins et quantités d'éléments correspondants doivent être évalués par kilogramme du poids normal et il faut évaluer séparément, en les ajoutant ensuite, les besoins d'entretien et ceux nécessités par une quelconque des conditions qui précèdent.

Pour la ration moyenne d'entretien on voit les quantités d'albuminoïdes s'élever pendant l'enfance, diminuer dans l'âge adulte et plus encore pendant la vieillesse; les calories diminuent progressivement depuis la période qui suit la naissance jusqu'à la fin de la vieillesse.

Les calories sont toujours demandées pour la plus grande partie aux aliments ternaires; au début de la vie ce sont les corps gras qui en fournissent le plus, mais dès l'âge adulte ces proportions sont renversées, fait qui va en s'accentuant dans la vieillesse.

La croissance n'exige une augmentation importante en albuminoïdes que pendant la première année, au point d'égaler la quantité exigée par l'entretien. Ces besoins d'ailleurs diminuent rapidement, et à partir de dix-huit ans sont négligeables. Les besoins de croissance en calories suivent la même diminution.

Les variations que l'influence de la température peut faire subir aux besoins de l'organisme peuvent aller jusqu'à les doubler et même plus.

Cette influence de la température ambiante reste la même qu'elle provienne des climats, des saisons, des altitudes ou du séjour, professionnel par exemple, dans un espace limité très chaud ou très froid; elle s'exerce d'ailleurs sur toutes les nations.

Dans un rapport très documenté, MM. Michel et Perret ont étudié la **ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans**. Les auteurs établissent qu'en l'état actuel de la science la théorie seule, à l'exclusion de toute donnée empirique résultant de l'observation, est impuissante à nous fournir la mesure de la ration alimentaire nécessaire à l'enfant. Les cas trop restreints où l'on a étudié les échanges nutritifs propres au nourrisson n'ont pas donné de résultats assez précis pour pouvoir en faire la base du calcul des rations.

Nous savons très mal, par exemple, comment se répartit la dépense totale de calories, nous pouvons seulement dire que la quantité de chaleur rayonnée est proportionnelle à la grandeur de la surface corporelle, mais nous ignorons la dépense par unité de surface et la ration d'entretien correspondante. Quant à la ration d'accroissement qui doit s'adjoindre à la ration d'entretien, elle ne peut être fournie que par l'observation. En résumé, la méthode suivie par les rapporteurs a été la suivante : « Mettant des recherches physiologiques au service de l'observation clinique, étudier d'abord les échanges énergétiques et matériels chez un enfant dont la ration empiriquement établie suffit néanmoins à assurer le développement normal, et utiliser ensuite les résultats de cette étude pour composer correctement ou pour corriger la ration alimentaire de tous les enfants de même poids. Autrement dit, après avoir analysé l'ensemble des faits relatifs à la nutrition d'un enfant bien portant, nous pourrons par une sorte de synthèse des résultats obtenus, composer une ration que nous qualifierons de théorique, bien qu'en réalité elle dérive de l'observation. »

Du rapport présenté sur le même sujet que les précédents auteurs par le docteur Heinrich Klose (de Strasbourg), nous ne pouvons que signaler le passage très élogieux consacré aux efforts faits en France pour développer et perfectionner la puériculture. Il est intéressant de composer dans ce rapport ce que nous avons obtenu en France, avec ce qui se fait dans les autres pays.

Il ne saurait être question de résumer le formidable et judicieux travail présenté par M. J. Alquier sous le titre : **les aliments de l'homme**. Composition chimique, valeur nutritive comparée, substitution dans les rations. Dans une première partie on trouvera indiquées dans des tables alimentaires la composition chimique et la digestibilité de nos aliments solides ou liquides, d'où découle leur valeur nutritive. La seconde partie comprend un exposé des besoins de l'organisme suivant l'âge, le sexe, le genre de vie ; on y trouve des tables de substitutions permettant de remplacer les principaux aliments les uns par les autres à valeur nutritive égale.

Ce travail constitue un répertoire d'une valeur inappréciable auquel doivent forcément se reporter tous ceux qui voudront s'occuper des questions relatives à l'alimentation humaine.

Nous tenons à signaler le rapport déposé par M. Paul Le Gendre et qui traite de **l'alimentation de l'adolescent**. Dans ce travail, l'auteur s'est appliqué, non pas à établir une ration théorique pour les adolescents, mais à en déterminer la constitution pratique. Il a montré comment on pouvait obtenir le meilleur rendement nutritif dans les conditions les plus avantageuses pour l'être humain en voie de développement, et cela dans l'état de santé, la convalescence des maladies, etc. L'art de mettre en valeur chaque individu en surveillant et en dirigeant son accroissement par tous les procédés scientifiques possibles est une branche de la médecine en pleine prospérité maintenant; les efforts de M. Le Gendre, un des fondateurs de la « Ligue des médecins et des familles », ont puissamment contribué à ce résultat; c'est dire avec quel intérêt et quel profit on étudiera son rapport.

M. Hallopeau insiste dans une note sur la **nécessité du repos après les repas** ; cette nécessité s'impose surtout aux travailleurs de la pensée. La sieste, très recommandable après le repas de midi, l'est encore davantage après celui du soir et il n'est personne parmi ceux qui travaillent le soir après dîner qui ne connaisse la lutte contre le sommeil envahissant, lequel finit par devenir un besoin invincible. Il est d'une bonne pratique de céder à ce besoin et, si possible, de dormir jusque vers une heure du matin, coupant ainsi la nuit en deux ; en se mettant au travail à cette heure-là, on peut fournir pendant trois heures d'excellent travail intellectuel, et cela d'autant mieux qu'en outre du repos cérébral qu'on vient d'avoir, on se trouve dans des conditions de silence et de solitude tout à fait favorables à la pensée. On peut ainsi se dispenser des excitants artificiels tels que le café et le thé ; de plus, cette hygiène est très bonne pour le cerveau, qui se repose trois fois par jour et n'a plus à soutenir les luttes consécutives aux repas; son repos fonctionnel entraîne son repos circulatoire, les artères de l'encéphale accomplissent mieux leurs phénomènes de nutrition et sont moins exposées à la dégénérescence avec ses redoutables suites.

Pour contrôler la prétendue supériorité du **pain**

complet, M. Pierre Fauvel (d'Angers) s'est livré à une série d'expériences dont les résultats concordent pleinement avec ceux obtenus en Amérique et qui démontrent l'infériorité du pain complet par rapport au pain blanc et surtout par rapport au pain bis, lequel a donné des résultats supérieurs au pain blanc sans avoir aucun des inconvénients du pain complet. L'azote de ce dernier est moins assimilable que celui des deux autres; contenant des purines, il augmente un peu l'excrétion des xantho-uriques et de l'acide urique; l'acidité urinaire est aussi plus élevée.

L'auteur de la note n'en reconnaît pas moins les qualités thérapeutiques indéniables du pain complet si utile chez les constipés; la seule erreur est de considérer ce pain comme plus nourrissant que les autres, alors qu'il l'est moins.

M. L. Camus est venu apporter au Congrès le résultat de ses intéressantes recherches concernant l'**influence du régime alimentaire sur la toxicité de l'absinthe et de l'alcool.** Il a étudié, en effet, successivement les questions suivantes : 1° toxicité de l'absinthe dans le régime ordinaire; 2° toxicité de l'alcool dans les mêmes conditions; 3° toxicité de l'absinthe dans un régime de suralimentation; 4° toxicité de l'absinthe et de l'alcool dans l'inanition. M. Camus, qui n'a opéré que sur des chiens, a constaté que ces animaux soumis au régime ordinaire ne supportent pas l'ingestion quotidienne d'une dose de 30 centimètres cubes d'absinthe; ils meurent en un temps relativement court, sans avoir présenté aucun des symptômes considérés jusqu'à présent comme caractéristiques de l'intoxication absinthique. La toxicité de l'absinthe est plus grande que celle de l'alcool, car les animaux soumis à l'intoxication absinthique chronique sont toujours morts avec les doses employées tandis que ceux soumis à l'intoxication alcoolique dans les mêmes conditions ont résisté tout en présentant des lésions hépatiques importantes. D'autre part, les chiens bien nourris avec un régime de viande crue peuvent supporter de grandes quantités d'absinthe et de fortes proportions d'alcool sans grands inconvénients pour leurs organes; la suralimentation est donc un moyen efficace de défense contre l'intoxication comme elle l'est contre l'infection. Enfin l'intoxication alcoolique et l'intoxication absinthique pendant le jeûne ne peuvent pas se différencier; la durée du jeûne n'est pas abrégée par l'intoxication, la survie est plutôt un peu augmentée.

M. J. Roussel dans une note a abordé la question si importante de la **survivance des bacilles pathogènes dans le pain après cuisson.** Comme le pain se fabrique encore par les bras du geindre dans presque toutes les boulangeries, la contamination de la pâte par des germes pathogènes n'est que trop certaine ; mais il y a lieu de se demander si cette contamination peut résister aux températures nécessaires à la cuisson des couches superficielles et des parties profondes. M. Roussel a donc étudié l'établissement de la température de cuisson et l'état bactériologique du pain à sa sortie du four; il est ainsi arrivé aux conclusions suivantes :

La température de cuisson du pain atteint de 101°5 à 103 degrés pour la mie et de 125 degrés à 150 degrés pour la croûte. Ces températures sont suffisantes pour tous les bacilles pathogènes ; mais les spores ne sont détruites en général que dans la croûte ; le bacille tuberculeux conserve sa virulence après avoir subi la température de cuisson du pain.

Toute pâte contaminée donnant un pain contaminé, l'auteur conseille comme seul remède efficace à cet état de choses l'application exclusive des procédés mécaniques à la manutention du pain.

Parlant des **légumes toxiques,** M. Kohn-Abrest dit qu'il faut distinguer parmi les empoisonnements provoqués par les légumes ceux où la toxicité résulte du mode de préparation et de conservation, en second lieu ceux occasionnés par des légumes ayant subi les altérations encore mystérieuses et communes à toutes les matières alimentaires, telles que viandes, gibier, poissons, œufs, lait, etc. Ces empoisonnements, sorte de botulisme végétal, sont relativement assez nombreux. Enfin il existe des légumes naturellemeut toxiques, c'est-à-dire dans lesquels il existe des corps nuisibles ou des mélanges nuisibles de corps bien définis ; parmi ces derniers il faut citer certaines pommes de terre, et les légumes susceptibles de fournir de l'acide cyanhydrique ; tels sont le manioc, de la racine duquel on retire le tapioca, et le phaseolus lunatus ou haricot à acide cyahydrique.

Comme nous l'avons dit en débutant, l'espace nous manque pour analyser comme elles mériteraient beaucoup de questions présentées et discutées au Congrès ; nous allons donc nous borner maintenant à citer les principales d'entre elles.

M. J. Lefèvre a traité les questions suivantes : **L'organisme humain producteur de chaleur. — Recherches calorimétriques sur la variation de la dépense et des besoins d'énergie selon la température, la saison, le climat. — Essai critique sur les théories de l'isodynamie et de l'isoglycosie, —** enfin **La digestibilité dans la diète végétarienne.**

M. Landouzy développe un travail fait en collaboration avec MM. Henri et Marcel Labbé et qui constitue une **enquête sur l'alimentation des ouvriers.** Cette étude à la fois physiologique et économique démontre combien est mal comprise l'alimentation de la classe ouvrière et quelle mauvaise répartition cette dernière fait de l'argent qu'elle gagne. Trop grande consommation de viande et d'alcool; voilà la dominante de ce déplorable régime. Quant à la femme sa nourrinure est tout à fait insuffisante.

Citons encore dans le même ordre d'idées les résultats de l'**enquête des substituts Solvay sur l'alimentation des ouvriers belges.**

M. Letulle et Mlle Pompilian ont présenté un travail très important sur la **calorimétrie humaine; recherches sur la nutrition.** Dans cette étude, les auteurs se proposent « d'observer patiemment et longuement la façon de se nourrir des hommes, pris individuel-

lement; d'analyser tout ce qui entre dans le corps et tout ce qui en sort sous forme d'excréta solides, liquides et gazeux, et sous forme d'énergie calorique et autre ».

Toute une série de travaux se rapporte à l'hygiène prophylactique; tels sont : « la prophylaxie des contagions par l'alimentation, » de MM. Calmette et Bonn, les « procédés d'épuration et de stérilisation des eaux destinées à l'alimentation publique », de M. E. Bonjean, l' « organisation des marchés et des halles », de M. Martel, les « parasites d'origine animale rencontrés dans le tissu musculaire », de M. Martel.

Enfin les questions relatives à la lutte contre l'alcoolisme et à la diffusion de l'enseignement de l'hygiène alimentaire ont donné lieu à d'importantes discussions. Il en est résulté des vœux tendant à ce que l'enseignement ménager fasse obligatoirement partie des programmes de l'enseignement primaire et secondaire des garçons et des filles.

D'autre part, on a voté des félicitations à la Belgique et aux cantons suisses qui viennent de proscrire la fabrication et la vente de l'absinthe et émis le vœu que cet exemple soit suivi par les autres pays.

Nous le répétons, ce Congrès a été riche en communications et en rapports de haute valeur; on peut même dire qu'il y avait surabondance de matières, ce qui a rendu l'organisation et la division du temps fort délicates et peu facilité le travail de la presse.

Nous parlions ici l'autre jour de l'amabilité du secrétaire général, M. Claudius Nourry, son frère qui a présidé sans cesse à la distribution des rapports et à qui les congressistes et la presse ont constamment eu affaire, a droit aussi à tous nos remerciements pour son inépuisable complaisance.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 30 octobre 1906)

De la curabilité du cancer. — M. Poirier a porté devant l'Académie une question qu'il a déjà traitée devant ses collègues de la Société de chirurgie dans l'espoir, croyons-nous, qu'elle y sera accueillie avec moins de scepticisme. Il s'agit de la curabilité du cancer, en général, et de la curabilité du cancer de la langue en particulier.

Le traitement du cancer est à l'ordre du jour. Dans la dernière séance de l'Académie nous avons entendu une communication de M. Adamkiewicz sur ce sujet. A chaque instant, on nous présente un remède nouveau, généralement un sérum. Toujours, jusqu'ici, l'expérience et l'expérimentation ont montré l'inanité des espérances conçues par les inventeurs de remèdes et de sérum. Il n'existe pas encore un remède spécifique du cancer; c'est là une triste vérité, mais qu'il faut bien avoir le courage d'avouer.

Et pourtant, se hâte d'ajouter M. Poirier, certains cancers sont curables par une opération précoce, largement et anatomiquement conduite. Le cancer est curable si l'on a soin d'en faire une exérèse bien complète et d'enlever aussi toutes les voies du voisinage par lesquelles nous savons qu'il a l'habitude de se propager. Nous ignorons à peu près tout de la pathogénie du cancer. Mais ce que nous savons bien, c'est que c'est d'abord un mal local qui, par la suite, se généralise. Or, tant que le cancer est un mal local, il est guérissable par une large et précoce exérèse. Tous les chirurgiens savent bien cela, les médecins le savent aussi, mais le public l'ignore et c'est probablement pour le lui apprendre que M. Poirier, bien imbu de cette idée, a porté cette question à la tribune de l'Académie.

Si tous les chirurgiens, dit-il, réunissaient les cas de guérisons de cancer datant de quatre, cinq et dix ans qu'ils ont obtenues, ce serait par milliers qu'il faudrait les compter. Mais il est bien entendu que ces guérisons ne peuvent être obtenues que par des opérations précoces, largement et anatomiquement conduites. C'est là, aux yeux de M. Poirier, une vérité incontestable et incontestée.

D'ailleurs cette notion n'est pas nouvelle, comme il le fait très justement observer. A cette même tribune de l'Académie, Velpeau, en 1854, affirmait sa foi dans la curabilité du cancer; Larrey, Bouillaud, Robert, Malgaigne apportaient, à leur tour, leurs convictions. Ce qui était vrai à cette époque l'est encore davantage aujourd'hui. En effet, ces maîtres ne connaissaient pas l'asepsie, ni l'antisepsie, et ils étaient obligés de faire des opérations économiques; ils se livraient moins aisément que nous aux larges interventions. Grâce à l'anesthésie et à l'asepsie, nous pouvons, dit M. Poirier, prolonger nos opérations dans le temps et dans l'espace (par espace, il entend le corps du malade).

D'après de nombreuses statistiques prises surtout à l'étranger, la proportion des guérisons durables du cancer, à la suite des opérations, est montée de 20 à 40 p. 100. Dans ces statistiques il ne s'agit que des cancers facilement accessibles, car pour les cancers viscéraux M. Poirier constate que les opérations sont pratiquées toujours trop tardivement, à cause des difficultés réelles du diagnostic. On est réduit, pour ces cancers viscéraux, à des opérations palliatives qui soulagent les malades en leur donnant quelque survie.

Les rayons X exercent une action incontestable contre les éléments cancéreux, sur les cancers cutanés, sur des lésions superficielles, mais il n'est pas un seul cas de cancer des organes profonds qui ait été même amélioré par les rayons X.

M. Poirier, se sentant écouté avec un vif intérêt, fait ici une digression sur laquelle il est bon d'insister; il a beaucoup voyagé et beaucoup observé, et il a constaté qu'en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, partout, sauf en France, on a installé des instituts, des cliniques, des laboratoires, dans l'unique but d'étudier le cancer. Pourquoi ne pas suivre en France ce mouvement universel? On arrivera bien à connaître la vraie nature du mal, et quand nous la connaîtrons nous trouverons le remède. Mais il y aurait lieu d'installer en France, comme dans les autres pays, des instituts, des comités, des commissions destinés à poursuivre l'étude du cancer dans ses causes comme dans ses effets, dans son origine comme dans son traitement. Les ressources ne manqueront pas pour une pareille étude, l'intérêt humain, l'intérêt particulier aussi feraient facilement ouvrir des bourses généreuses.

M. Poirier a bien fait de saisir l'Académie de cette question de l'étude du cancer. Il est juste de rappeler qu'une tentative de ce genre a été faite par Verneuil, qui a voulu fonder

une ligue contre le cancer. Après la mort de Verneuil, c'est M. Duplay qui a été choisi comme président de cette ligue, qui n'a rien donné, qui n'a rien constitué, qui n'a rien fait. Il serait temps, comme le demande M. Poirier, qu'on revînt à cette idée et qu'on arrivât à suivre les autres pays dans cette étude du cancer.

M. Poirier aborde ici le côté spécial de sa communication; c'est-à-dire le cancer de la langue. Il a étudié avec le plus grand soin les voies lymphatiques de la région; il a fait, à ce sujet, une importante communication à la Société de chirurgie, et il est arrivé à cette conclusion, qu'en présence d'un cancer de la langue, il fallait pratiquer l'ablation totale, bilatérale des territoires lymphatiques, et que grâce à cette précaution, on pouvait arriver à guérir des cancers de la langue. M. Poirier a été écouté, à la Société de chirurgie, avec une certaine faveur, mais il n'a pas été suivi par ses collègues, restés aussi sceptiques qu'auparavant en matière de guérison définitive de cancers avérés de la langue. Un ou deux ans après, M. Poirier leur a cependant présenté deux malades restés guéris, l'un depuis vingt-deux mois, l'autre depuis trente-trois mois.

Aujourd'hui il apporte à l'Académie sa statistique depuis 1901, elle n'est pas brillante parce qu'il a manqué à ces opérations l'un des éléments du problème les plus importants, la précocité. Sur 32 cas, 7 sont morts immédiatement après l'opération, 1 est mort huit jours après à la suite d'une application d'adrénaline pour arrêter une hémorragie. Cela fait une mortalité d'un quart, de 25 p. 100. Mais, dans ces 32 cas, il s'agissait de cancers graves, avancés, présentés trop tardivement au chirurgien, portant déjà d'énormes masses ganglionnaires; 11 ont récidivé assez vite, 5 dans des ganglions méconnus au cours de la première opération, 6 dans la masse indurée du cou. M. Poirier les a opérés de nouveau, et plusieurs de ces malades sont restés guéris depuis sept ou treize mois, 8 sont restés guéris depuis trois à cinq ans, 2 médecins opérés d'une façon précoce sont restés guéris. Mais tous les autres malades étaient gravement atteints et seraient certainement morts sans l'opération.

Il est à regretter que les malades atteints de cancer de la langue demandent toujours trop tard les secours de la chirurgie. Aujourd'hui la mode est d'essayer d'abord la radiothérapie. M. Poirier croit pouvoir affirmer qu'elle donne, dans ces cas, des résultats déplorables. C'est surtout dans les cas de cancer de la langue qu'il importerait de faire un diagnostic précoce. Mais qu'arrive-t-il? Un malade se présente à un médecin avec une induration de la langue. « Avez-vous eu la vérole? » demande le médecin. Dans la grande majorité des cas, la réponse est affirmative. Alors on soumet le malade au traitement d'épreuve; on lui donne du mercure et de l'iodure de potassium, deux médicaments détestables pour le cancer de la langue. La stomatite mercurielle, en effet, vient bientôt aggraver les lésions. D'autres, pour porter le diagnostic de cancer, recherchent les ganglions, recherche bien inutile et bien illusoire, attendu qu'à travers les masses musculaires, on ne peut pas sentir les ganglions, à moins qu'ils ne soient déjà très volumineux.

Voici ce qu'il faut faire, nous dit M. Poirier: Il faut prélever une parcelle de l'induration, la porter sous le microscope. Si on reconnaît qu'il s'agit d'un cancer, l'opération, à ce stade de début, a de grandes chances de donner une guérison durable. C'est ainsi que nous possédons tous des cas de guérison datant de dix, quinze et même vingt ans. Dans beaucoup de cas, le cancer est précédé de lésions superficielles de la langue, de plaques leucoplasiques. M. Poirier estime que contre ces lésions précancéreuses, le traitement chirurgical s'impose. Cette pratique est courante en Angleterre; on y opère les leucoplasies rebelles et douloureuses, et on fait bien car le cancer menace.

Peut-être, ajoute M. Poirier, sommes-nous moins ignorants en ce qui concerne la pathogénie du cancer de la langue. N'a pas qui veut un cancer lingual; pour l'avoir, il faut être syphilitique ou fumeur. Le plus sûr est encore d'être les deux, et au lieu de se contenter de dire: « Le cancer des fumeurs, » en parlant du cancer lingual, M. Poirier serait tenté de dire: « Le cancer des fumeurs syphilitiques, » le tabac et la syphilis ayant, selon lui et son maître M. Fournier, autant d'influence l'un que l'autre sur la production du cancer lingual.

La communication de M. Poirier, bien que n'étant pas nouvelle pour ceux qui suivent les séances de la Société de chirurgie, a été écoutée par l'Académie avec une flatteuse attention et un vif intérêt. Comme le dit M. le président, elle mérite les honneurs de la discussion.

Le paludisme. — M. Kelsch a repris la parole sur ce sujet pour répondre à M. Laveran.

Nous avons entendu plusieurs rapports de prix: rapports du **prix Bourceret**, par M. Reynier; du **prix Nativelle**, par M. Yvon; du **prix Saintour**, par M. Cadiot.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 NOVEMBRE 1906

THÈSES

Jeudi 8 novembre 1906, à une heure. — M. Neveu. Notes sur la médecine grecque dans l'antiquité. (MM. Debove, président; Bouchard, Jeanselme et Carnot.) — M. Ducros. Recherches sur la valeur des troubles psychiques dans les maladies du cœur. (MM. Debove, président; Bouchard, Jeanselme et Carnot.) — M. Gimbert. Contribution à l'étude des psychonévroses chez les tuberculeux. (MM. Bouchard, président; Debove, Jeanselme et Carnot.) — M. Chopard. Névrose traumatique et loi sur les accidents du travail. (MM. Joffroy, président; Thoinot, Thiroloix et Dupré.) — M. Michaud. Du rôle des émotions dans l'étiologie de l'épilepsie. (MM. Joffroy, président; Thoinot, Thiroloix et Dupré.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant: Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histologie pathologique, par les docteurs Cornil et Ranvier, avec la collaboration de MM. les docteurs Brault et Letulle. Tome III, 1171 p., 388 gravures. — Prix : 35 francs. — Paris, F. Alcan.

Le langage musical et ses troubles hystériques, par le docteur J. Ingegnieros, professeur à l'Université de Buenos-Aires. 1 volume grand in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

L'hygiène des maladies de la femme, par le docteur A. Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16, de la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique, cartonné toile, tranches rouges. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Guide pratique pour le choix des lunettes, par le docteur A. Trousseau, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, médecin en chef de la Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild. 1 vol. in-18 de 102 pages, cartonné. — Prix : 2 francs. — Paris, F. R. de Rudeval.

N° 126. — MARDI 6 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 6 NOVEMBRE 1906. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 5 novembre 1906.

Il y a quelques années les nominations des médecins et des chirurgiens étaient faites dans les hôpitaux français en conformité absolue avec l'article 14 de la loi du 7 août 1850 sur les hospices et hôpitaux. Cet article est ainsi conçu :

« La commission nomme son secrétaire, l'économe, les médecins et les chirurgiens, mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet. »

Suivant les usages locaux, les médecins et chirurgiens étaient soumis ou non à une limite d'âge, mais partout il était sans exemple que leurs fonctions eussent été interrompues par un autre mécanisme que la révocation pour faute grave, révocation dans tous les cas soumise à l'approbation préfectorale.

Depuis quelques années un esprit nouveau s'est introduit dans les commissions administratives des hôpitaux. On tient, pour des raisons qui relèvent plus de la politique que de l'intérêt des malades, à avoir le corps médical dans la main, et pour ce faire, on a imaginé une petite modification du règlement qui supprime tout contrôle du pouvoir central, et livre sans défense possible les médecins à l'arbitraire des commissions.

Cette modification, sans importance apparente, consiste dans une nomination des médecins pour une courte période, cinq ans par exemple. Ce temps écoulé, une nouvelle période de même durée peut être accordée si le titulaire de la place a été bien sage ; dans l'hypothèse contraire, sans explication, sans fournir le moindre motif, on s'abstient de renommer le personnage dont l'échine n'a pas été assez souple. Avec cette manière de procéder, aucun ennui possible. Le préfet n'est pas appelé à s'ingérer dans les affaires hospitalières et la commission n'est tenue à aucune discussion pénible.

C'est donc en vain que le législateur avait voulu assurer la liberté de conscience du médecin en exigeant que sa révocation ne fût pas faite à la muette, mais sur l'énonciation d'un motif reconnu valable par le préfet.

Cette application de la loi est d'autant plus singulière que les décisions des commissions administratives sont soumises à l'approbation préfectorale, et que dans l'espèce certains préfets, en contresignant la modification susdite, supprimaient d'un trait de plume l'indispensable contrôle de l'autorité supérieure sur le fonctionnement d'un des services les plus importants de l'Assistance publique.

La circulaire qui a trait au règlement intérieur des hôpitaux et hospices dit en propres termes :

« Art. 11. — Les médecins et chirurgiens sont nommés par la commission administrative, ils ne peuvent être révoqués qu'avec l'approbation du préfet. La limite d'âge est fixée à... pour les médecins et à... pour les chirurgiens. »

Ce texte est, on le voit, des plus nets, et ne laisse place à aucune ambiguïté. Il en résulte que les médecins sont nommés *jusqu'à une limite d'âge* à fixer par la commission, mais que leurs fonctions ne peuvent cesser qu'avec l'approbation préfectorale. D'ailleurs le commentaire des articles contenus dans la même circulaire renforce encore cette manière de voir.

« Les médecins et chirurgiens, dit le ministre en s'adressant aux préfets, ne peuvent être révoqués qu'avec votre approbation, vous ne devez, bien entendu, la donner que pour des motifs graves. »

Où est-il question de nomination temporaire, renouvelable selon le bon plaisir de la commission ?

Bien loin d'entrer dans cette voie, la circulaire de 1899 s'attache à justifier par maint argument *la seule modification qu'elle admette à la loi de 1851 : la limite d'âge.*

Il est vrai que certaines commissions, honteuses de leur vrai but, arguent que les services hospitaliers sont mal faits par les médecins. Elles oublient que leurs règlements énumèrent une longue série de peines disciplinaires toutes plus terribles les unes que les autres. Écoutez plutôt :

1° L'avertissement.

2° La réprimande.

3° Le blâme avec le retrait momentané des fonctions et la suppression du traitement pendant ce laps de temps.

4° La révocation ou destitution.

Il n'y manque guère que la mort et la dégradation militaire ! !

A quoi sert donc tout cet arsenal?

La vraie raison reste cachée, c'est elle qui, tout récemment, faisait décider par la commission administrative du Havre que la durée du temps de nomination serait abaissée de cinq ans à trois, et elle est certainement d'ordre exclusivement politique.

On peut dès maintenant prévoir le jour où nos malheureux confrères du Havre seront « embauchés » au mois ou même à la journée ! !

En présence de tels faits, il est du devoir du corps médical de saisir les pouvoirs publics de cette violation flagrante de la loi, et de forcer les commissions administratives à renoncer à des agissements qui n'ont rien à voir avec l'intérêt des malades.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — Le concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux du Havre, qui a eu lieu à l'École de médecine de Caen, vient de se terminer par la nomination du docteur Du Pasquier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— REIMS. — Le concours pour l'internat des hôpitaux de Reims s'est terminé par la nomination de MM. Bettinger (Henri), Bouvier, Colleville, internes titulaires; Langlet (Louis), interne provisoire.

Le concours d'externat des hôpitaux de Reims s'est terminé par la nomination de MM. Hoel, Chapuis, Vernié, Bourgeois (Georges) et Noailles.

— AMIENS. — Une place de chirurgien-accoucheur suppléant et une place de médecin suppléant des hospices et hôpitaux d'Amiens sont mises au concours; les épreuves commenceront le 27 décembre 1906, à midi, dans une des salles de l'Hôtel-Dieu.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, 127, rue de Beauvais, à Amiens, avant le 1er décembre 1906.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le concours pour l'emploi de chef de clinique médicale à la Faculté vient de se terminer par la nomination du docteur Lucien Caudron.

— M. Desprez est nommé aide-préparateur de pharmacie à la Faculté.

— LYON. — La Faculté de médecine a procédé à l'élection de deux nouveaux professeurs pour les chaires de dermatologie et d'histoire naturelle.

Le docteur Nicolas, agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux, a été désigné comme titulaire de la chaire de dermatologie.

Le docteur Guiart, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de la Société zoologique de France, a été désigné pour occuper la chaire d'histoire naturelle et de parasitologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — M. Colleville, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur de clinique médicale en remplacement de M. Henrot, admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Jacquinet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur de pathologie médicale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Thoumas (de Paris) et Rey (d'Arles).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Belot (de Sainte-Bazeille), Demirleaud (de Montmorency), Duray (de Marcq-en-Barœul), Folly (de Koléa), Frémond (de Villedieu), Gautier (de Brignoles), Hacot (d'Armentières), Lombard (de Saint-Marcellin), Lorion (de Clamart), Roussy (de Marseille), Sagrandi, médecin major de deuxième classe au 1er tirailleurs algériens, Soulé (de Pontis-de-Rivière).

— La médaille des épidémies en bronze est décernée à M. Chambras, étudiant en médecine à l'hôpital Boucicaut.

NOMINATIONS. — Le préfet de la Seine vient de nommer le docteur Delfau, ancien interne des hôpitaux, médecin de l'asile de Vincennes, expert près le tribunal civil, médecin du Palais de Justice en remplacement du regretté docteur Floquet.

— M. Michel, préfet de la Côte-d'Or, est nommé directeur de l'asile de Villejuif, en remplacement de M. Edgar Monteil.

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES ET LES MÉDECINS D'EAUX. — Le Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques a adopté à l'unanimité dans sa dernière séance les propositions votées par le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, la Société de médecine de Paris et plusieurs autres sociétés contre la création du certificat des études médicales supérieures.

LA FIÈVRE APHTEUSE. — Le ministère de l'Agriculture communique la note suivante :

« Quelques cas de fièvre aphteuse viennent d'être constatés au marché et aux abattoirs de la Villette. Certaines personnes, dont la presse s'est faite le porte-parole, s'en sont émues, et on a demandé que des dispositions soient prises en province pour empêcher l'envoi à Paris d'animaux malades ou contaminés.

Le ministre de l'Agriculture, préoccupé de la situation, a depuis longtemps déjà pris les mesures nécessaires pour que les dispositions de la loi sur la police sanitaire des animaux soient rigoureusement appliquées. Ces dispositions avaient jusqu'à présent empêché l'envoi d'animaux malades à la Villette, et la meilleure preuve que l'on en puisse donner est que, depuis le 7 avril, et bien que la fièvre aphteuse soit développée en province, aucun cas n'avait été constaté sur le grand marché parisien.

Mais il est évident que, quelle que soit la sévérité des mesures prises et la rigueur apportée dans leur exécution, on ne peut affirmer qu'aucun animal malade ne sera expédié sur un marché. On comprend bien, en effet, qu'au moment où les animaux d'une étable présentent les signes extérieurs de la fièvre aphteuse, la maladie était déjà chez eux à l'état latent depuis plusieurs jours, constituant la durée de la période d'incubation.

Pendant cette période rien ne décèle le mal et le propriétaire ignorant que ses animaux sont atteints peut s'en dessaisir, les vendre, et la maladie ne se manifeste qu'à leur arrivée sur le marché et souvent après. Par conséquent, l'envoi à la Villette d'animaux dans ces conditions était inévitable et il est même surprenant que trois mois aient pu s'écouler sans que le fait se soit produit. Quoi qu'il en soit, la situation n'est pas inquiétante et les mesures de désinfection qui sont mises en œuvre à la Villette doivent donner toutes les garanties qu'on peut exiger en pareil cas contre la réexpédition d'animaux malades ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Lédin, médecin principal de première classe des troupes coloniales, à Rochefort; et Rabot, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1510.*)

CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICALE
ET DE THÉRAPEUTIQUE

LES PRURIGINEUX

Par M. Paul LE GENDRE,
Médecin de l'hôpital Lariboisière (1).

Vous avez vu, Messieurs, dans notre salle d'hommes un malade présentant de l'ictère chronique au cours d'une cirrhose hypertrophique biliaire, que n'a pas enrayée une vésiculopexie pratiquée en Amérique. Le pauvre malade souffre de si horribles démangeaisons qu'il se déclare prêt à subir une nouvelle opération, dans le cas où le chirurgien croirait pouvoir, par le drainage de ses voies biliaires, lui procurer du soulagement.

Cet exemple nous montre quelle torture peut être le *prurit*. C'est de ce symptôme que je vais vous parler aujourd'hui, ou plutôt, si vous le voulez bien, fidèles à notre procédé habituel, nous étudierons non pas le prurit, mais les « prurigineux », c'est-à-dire les nombreuses catégories de malades qui souffrent du prurit.

Le prurit n'est pas une maladie, c'est un symptôme qui a pour substratum une dysesthésie, c'est-à-dire une déviation de la sensibilité des téguments. Car il s'agit en effet non d'une variation quantitative de cette sensibilité, mais d'une perversion de son fonctionnement.

Le prurit n'est pas une maladie, vous disais-je, et cependant ce symptôme est si gênant, si pénible, si atroce parfois qu'il occupe seul la scène et que les malades qui en sont atteints vous appellent à leur secours uniquement pour les en débarrasser.

Je dois vous avertir dès l'abord qu'il ne faut pas confondre comme on le fait fréquemment, le prurit avec le prurigo ; ce dernier consiste dans les altérations de la peau qui accompagnent le prurit ou en sont la conséquence.

Les dermatologistes ont appelé prurigo certaines maladies de la peau; à part le prurigo de Hébra, M. Brocq appelle *prurigo simplex aigu* ce qu'on décrivait autrefois sous le nom de *lichen simplex aigu*. Pour M. Darier le prurigo est constitué par un œdème aigu inflammatoire du derme dont les papilles deviennent turgescentes, gorgées qu'elles sont de sérosité et de sang.

On a encore fait rentrer dans le prurigo le strophulus des enfants vulgairement appelé « feux de dents », l'urticaire infantile, le prurigo d'été. Mais, laissant de côté pour l'instant tout ce qui dans la question est du domaine de la dermatologie, nous étudierons uniquement le prurit en tant que symptôme.

Celui-ci n'est pas continu, quoique dans certains cas il n'y ait guère de répit pour le malheureux malade, il revient sous forme d'accès avec des paroxysmes; ces accès sont dus à des causes diverses dont la plus fréquente est la mise au lit. Il suffit en effet la plupart du temps qu'un prurigineux se couche pour que les démangeaisons apparaissent, et souvent dans des conditions telles de durée et d'intensité qu'elles empêchent tout sommeil et tout repos. Le passage du froid au chaud, les mouvements violents, la gymnastique notamment, la sudation, les influences morales sont aussi des causes provocatrices de l'accès de prurit. Pour certains malades la crainte d'être dans un endroit où ils ne pourront se gratter, la nécessité de se tenir immobiles dans un lieu public où ils savent ne pouvoir soulager leurs démangeaisons par le grattage, suffisent à faire apparaître la crise et vous en devez tenir compte dans vos prescriptions. Notons enfin que pour certains individus la crainte du prurit revêt le caractère d'une phobie.

Si nous analysons les diverses phases du paroxysme prurigineux, nous constatons qu'il en existe d'abord une où il n'y a pour ainsi dire qu'un peu de chatouillement; si à ce degré le malade possède assez d'empire sur lui-même pour résister à la tentation de se gratter, la sensation pénible peut disparaître spontanément, et l'accès avorter. Mais si, cédant à son impulsion, le patient commence à se gratter légèrement d'abord, le besoin devient alors irrésistible et l'on voit des sujets non contents de se servir de leurs ongles, avoir recours à des objets divers dont les fragments de verre et les morceaux de pierre-ponce sont loin d'être les plus étranges. Il en est ainsi jusqu'au moment où la peau entamée saigne et laisse suinter de la sérosité, ce qui décongestionne les papilles turgescentes; il se produit alors une détente nerveuse qui s'accompagne, comme après tous les paroxysmes, physiologiques ou non, de soulagement et d'affaissement.

Nous avons dit plus haut que les accès pouvaient se multiplier au point de devenir presque continus; il survient alors une irritation, une fatigue et une insomnie qui conduisent le malade à un état d'exaltation indescriptible. On a même prétendu que le prurit pouvait ainsi provoquer la folie et le suicide, mais nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de cette assertion.

Le grattage furieux dont nous venons de parler ne laisse pas que d'avoir, vous le pensez bien, des conséquences locales; on voit en effet chez les prurigineux des excoriations et des croûtelles, des traînées dans tous les sens produites par les ongles ou les corps étrangers.

La peau, par suite de son hyperfonctionnement, prend une pigmentation particulière localisée aux régions les plus atteintes; on constate aussi des infections secondaires, des vésicules et même des bulles, de la lymphangite érysipélatiforme, etc.

Parfois, et surtout lorsque la cause première du prurit est une maladie de la peau, celle-ci subit un épaississement, devient sèche et l'état lichénoïde est constitué ; ailleurs c'est à l'eczématisation de la peau qu'on assiste.

Nous allons maintenant passer en revue les différents prurigineux qui peuvent se présenter à nous. S'il s'agit d'un petit enfant, nous devrons d'abord rechercher si celui-ci est propre ou non; dans ce

(1) Leçon recueillie par le docteur Gaullieur l'Hardy.

dernier cas les parasites et notamment la phtiriase peuvent amener le prurit et provoquer le grattage. Si au contraire l'enfant est bien tenu nous examinerons s'il ne présente pas de petites taches urticariennes ou papuleuses disparaissant en quelques heures, alors que chaque nuit il se fait une nouvelle poussée; ces crises sont intermittentes et constituent le strophulus ou feux de dents, lequel se montre en effet de préférence au moment des éruptions dentaires.

Chez d'autres enfants on peut voir des accidents revêtant la forme chronique et dont le siège de prédilection est aux membres inférieurs dont la peau est lichénifiée; les ganglions inguinaux sont engorgés par suite de l'irritation des lymphatiques; les plis cutanés articulaires sont indemnes, alors que les surfaces d'extension sont envahies. C'est là le prurigo de Hébra qui commence généralement chez l'enfant pour se continuer chez l'adulte.

D'autres fois le prurit infantile est nettement localisé au nez que l'enfant frotte avec fureur; il est de connaissance vulgaire que ce prurit peut être causé par les vers intestinaux. Ou bien encore, surtout la nuit, l'enfant est tourmenté par des démangeaisons anales; si on examine la région au moment des accès on constate facilement la présence de tout petits vers blancs, les oxyures vermiculaires. Ces derniers peuvent aussi envahir la vulve chez les petites filles, d'où grattage de la région qui conduit souvent les fillettes à la masturbation. Le prurit vulvaire des petites filles peut fréquemment aussi être provoqué par la leucorrhée. Quant aux petits garçons il n'est pas rare de voir chez eux le prurit de la verge amené par un phimosis, le smegma et l'urine stagnant sous le prépuce. Si quittant l'enfant nous examinons le vieillard, nous pouvons chez lui aussi rencontrer du prurit dû à la saleté; les poux en s'accumulant et en stationnant aux points où se forment les plis des vêtements provoquent des démangeaisons au niveau du cou, des épaules, du dos et du sacrum. Ailleurs, c'est la gale qui est en cause, et si nous nous trouvons en présence de lésions anciennes généralisées et profondes nous devons rechercher le point de départ primitif de l'affection en nous rappelant les lieux d'élection de la phtiriase au début. Si le vieillard est propre, il faut songer au *prurit sénile*, affection aussi douloureuse que tenace, qui peut évoluer avec ou sans lésions de la peau ; ce prurit, qui est dû anatomiquement à une modification régressive de l'épiderme, peut être essentiel, c'est-à-dire évoluer indépendamment de toute autre affection, ou bien être secondaire à des affections viscérales variées. Cette distinction pathogénique a une grande importance en clinique, le prurit essentiel étant beaucoup plus rebelle à tout traitement.

Lorsque c'est une femme qui viendra se plaindre à nous de prurit nous devrons nous informer d'abord si elle est enceinte; le *prurigo gestationis* est en effet très fréquent et sous la dépendance de l'intoxication gravidique coïncidant avec une insuffisance des émonctoires, de l'émonctoire rénal principalement.

Au moment de la ménopause on constate souvent aussi du prurit qui peut être général ou localisé, ce qui est très fréquent, à la vulve et au vagin; cette dernière localisation peut d'ailleurs être entretenue par une affection des organes génitaux ou exister en dehors de tout état morbide de ces organes.

Dans d'autres cas il s'agit d'une femme prenant de sa personne des soins exagérés et qui par des lavages et des frictions trop fréquents, ne laisse même plus à sa peau la minime quantité de matières grasses dont elle a besoin pour son bon fonctionnement. Il est nécessaire de connaître ces faits pour ne pas aggraver le phénomène par une thérapeutique intempestive.

Le prurit vulvaire n'est pas le seul prurit localisé qu'on puisse rencontrer chez l'adulte, il en existe en effet chez lui comme chez l'enfant; nous ne ferons que citer dans cet ordre d'idées le prurit anal des arthritiques, rhumatisants et goutteux, le prurit lingual, palmaire, plantaire.

Ce qui doit retenir spécialement notre attention, c'est le prurit général symptomatique, et lorsque nous soupçonnons son existence, nous devons examiner minutieusement tous les organes et tous les appareils. Il peut être en effet consécutif aux affections qui altèrent le sang, et je vous rappelle le prurit ictérique et pré-ictérique ainsi que celui qui précède les coliques hépatiques. Le diabète est fréquemment prurigineux de même que l'urémie accompagnée ou non d'albuminurie, et vous vous souvenez sans aucun doute que le prurit est un des petits signes du brightisme. Les goutteux, les alcooliques, certains phosphaturiques avec polyurie peuvent également présenter du prurit; il faut songer aussi à l'évolution possible d'un cancer viscéral, du tube digestif par exemple, ou de l'utérus en cas de prurit vulvaire.

Les névroses enfin et certaines affections organiques du système nerveux peuvent s'accompagner de prurit, on le rencontre notamment comme signe prémonitoire chez les paralytiques généraux et ce sont ces malades dont nous parlions plus haut qui en arrivent à la folie et au suicide; chez eux ce n'est donc pas comme on l'a prétendu le prurit qui est la cause de l'évolution morbide à laquelle on assiste puisqu'il en est au contraire une conséquence précoce. Cela vous devez y songer et en avertir la famille des malades afin qu'on n'accuse pas plus tard le traitement que vous avez institué d'avoir aggravé l'état du patient ou provoqué les accidents.

Nous le voyez, Messieurs, presque tous ces prurits gravitent autour de l'intoxication, qu'elle soit de cause externe, médicamenteuse ou alimentaire, ou qu'elle soit de cause interne. Je vous ferai remarquer à ce propos qu'on est porté maintenant à attribuer le prurit des ictériques plutôt à l'action des sels que des pigments biliaires, ce qui explique que ce prurit puisse apparaître à la période pré-ictérique.

Après tout ce que je viens de vous dire il est aisé de comprendre que la thérapeutique à opposer au prurit ne saurait être uniforme et qu'elle doit au contraire s'adapter à chaque cas en particulier. Si nous prenons par exemple les enfants atteints de phtiriase, le traitement est tout indiqué par le dia-

gnostic lui-même : en détruisant les parasites vous supprimerez ipso facto les démangeaisons.

Lorsque vous serez appelés auprès d'un enfant ayant du strophulus, ne négligez pas pour confirmer votre diagnostic d'examiner l'état des gencives, et je ne saurais trop vous recommander à cette occasion les manœuvres stratégiques préliminaires qui vous permettront d'examiner l'enfant sans provoquer sa résistance, puis de vous laver soigneusement et ostensiblement les mains avant de toucher à la bouche du petit malade ; les parents vous sauront gré de cette précaution qui contribuera à vous gagner leur confiance. D'ailleurs c'est là une mesure indispensable pour éviter de transmettre parfois une affection contagieuse. Je me rappelle avoir été appelé jadis auprès d'un enfant dont les parents habitaient seuls avec lui une petite île de la Seine; or, il était atteint d'une diphtérie et n'avait été en contact qu'avec un médecin des environs qui soignait alors plusieurs cas de diphtérie, et quelques jours auparavant avait exploré avec le doigt la bouche de son jeune client.

Pour en revenir au strophulus, le traitement doit être surtout indirect en l'espèce et s'adresser à la dyspepsie provoquée par l'évolution dentaire, dyspepsie qui tient à son tour le strophulus sous sa dépendance.

Nous avons vu plus haut que les vers intestinaux pouvaient amener chez les enfants du prurit localisé, au nez dans la lombricose ou à l'anus quand il s'agit d'oxyures. Sans refaire ici le traitement de l'helminthiase, je vous dirai que le médicament le plus généralement employé contre la lombricose est la santonine à la dose de 1 centigramme par jour et par année d'âge; on administre ainsi la santonine trois matins de suite dans un peu d'eau ou de lait en l'associant au calomel, à la dose de 5 centigrammes par année d'âge. S'il existe des oxyures, il faut agir directement sur le rectum et le mieux est alors d'avoir recours aux petits lavements de glycérine pure, qui engluent les helminthes, suivis de lavements plus considérables à l'eau savonneuse; en répétant ce traitement assez longtemps on arrive à débarrasser l'enfant de ces hôtes désagréables et du même coup le prurit disparaît.

Vous aurez très souvent, je vous le répète, l'occasion de soigner des femmes atteintes de prurit vulvaire et cela à différents âges de la vie. S'il s'agit d'une femme enceinte, vous devrez d'abord rechercher par un examen local si la cause du prurit n'est pas locale également et si ce dernier n'est pas dû soit à la leucorrhée si fréquente chez les femmes enceintes, soit à une vaginite granuleuse, soit encore à une ancienne métrite cervicale. Si ces causes existent vous les traiterez par les moyens thérapeutiques qui leur conviennent et sur lesquels je n'ai pas à insister ici; dans le cas contraire, songeant à des phénomènes d'auto-intoxication, vous interrogerez soigneusement le fonctionnement de l'intestin, du foie et du rein et, le cas échéant, vous imposerez à la malade le régime et le traitement nécessaires.

En présence d'un prurit de la ménopause, vous vous souviendrez qu'il évolue le plus souvent sur un terrain arthritique et névropathique; mais, outre les indications thérapeutiques découlant de ces états eux-mêmes, il faudra prescrire à votre cliente une continence absolue, car les femmes ainsi affectées croient souvent être soulagées par le coït, alors qu'elles ne font qu'exaspérer leurs démangeaisons. Comme soins locaux vous ferez faire des lotions chaudes fréquemment répétées, par exemple avec du chloral à 2 p. 100, de l'acide phénique à 1 p. 1000, puis à 1 p. 500, du coaltar saponiné. Dans l'intervalle des lotions vous ferez faire des poudrages abondants de la région, vous formulerez la pommade suivante de Guéneau de Mussy, dont vous ordonnerez l'application le soir au coucher :

Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre		20 grammes.
Bromure de potassium	ââ	1 —
Sous-nitrate de bismuth		
Calomel à la vapeur		0g40
Extrait de belladone		0g20

Vous insisterez en outre sur le régime, sur la nécessité d'une existence hygiénique, et enfin vous aurez recours à l'hydrothérapie tiède.

C'est encore et avant tout sur le régime que vous insisterez en cas de prurit anal des arthritiques, lequel survient vers trente à quarante ans avec son maximum vers cinquante. Vous interdirez sévèrement le vin, l'alcool, le thé, surtout le café; il en sera de même des épices, salaisons, conserves, poissons de mer, crustacés; le veau lui aussi sera mis à l'index; les féculents chez certains malades seront interdits aussi bien que le sucre et les plats sucrés à la vanille; point d'asperges, d'oseille, de tomates, de fraises. Vous vous rappellerez d'ailleurs qu'il y a sous ce rapport des dispositions individuelles extraordinaires, j'ai connu notamment une dame qui avait du prurit anal dès qu'elle mangeait des œufs, fussent-ils dissimulés dans des biscuits. Il est bien entendu qu'en présence d'un prurit anal, vous devrez toujours réclamer une analyse soigneuse des urines et diriger votre traitement en conséquence.

Pour soulager le prurit des diabétiques, il faut diminuer ou supprimer leur glycosurie. Pour calmer celui des ictériques, il faut s'efforcer de leur faire éliminer les sels biliaires et le pigment que leurs tissus épidermiques et dermiques ont fixés : les diurétiques, les purgatifs, les alcalins, les grands lavements froids suivant la méthode de Krull seront d'abord mis en œuvre. Dans le cas du pauvre cirrhotique dont j'ai parlé au commencement de cette conférence, j'ai mis en œuvre sans succès tous les moyens médicaux connus. Sur ses instances, enfin, j'ai demandé à mon collègue Hartmann de drainer ses voies biliaires, dans l'espoir de diminuer l'imprégnation ictérique de ses tissus. L'incision de la paroi abdominale faite, le chirurgien a rencontré au niveau des adhérences créées par l'opération de Talma (omentopexie) faite antérieurement, un feutrage épiploïque si vasculaire qu'il a eu de la peine à arrêter l'hémorragie et à refermer la plaie. Pendant quelque temps le malade a eu autant de prurit, puis peu à peu l'ictère a diminué, le prurit aussi, et le

malade s'est trouvé assez bien pour quitter l'hôpital, satisfait de l'opération, car il avait retrouvé le sommeil et l'appétit. Par quel mécanisme cette simple incision aurait-elle pu amener le soulagement? N'y a-t-il eu que la coïncidence avec une de ces améliorations temporaires qui existent souvent dans la maladie de Hanot?

Si quittant les formes particulières de prurit nous étudions maintenant le traitement général de ce syndrome, nous verrons que les moyens proposés sont innombrables, ce qui prouve qu'aucun d'eux n'est infaillible.

La valériane vous rendra souvent de grands services; vous la formulerez sous forme d'extrait en pilules, ou mieux en bols de 50 centigrammes dont vous donnerez de deux à huit par jour; vous utiliserez aussi le valérianate d'ammoniaque soit en pilules de 5 centigrammes à la dose d'une à dix par jour, soit en solution selon la formule bien connue dans les proportions de 10 à 50 centigrammes. La valériane pourra encore s'administrer en suppositoires ou en lavements; dans ce dernier cas on associera avantageusement les bromures en prescrivant par exemple 2 à 3 grammes de bromure de potassium dans un lavement de 150 grammes d'infusion de valériane à 10 p. 1000.

La belladone ou mieux son alcaloïde l'atropine seront parfois utilisées; le sulfate d'atropine s'emploiera en granules d'un quart de milligramme jusqu'à concurrence de quatre par jour environ en surveillant le malade. On peut utiliser aussi le valérianate d'atropine par la voie gastrique et non en injections sous-cutanées.

L'acide phénique pris à l'intérieur à la dose de 5 à 50 centigrammes en pilules de 5 centigrammes peut donner de bons résultats; vous lui associerez dans les pilules la valériane ou la magnésie décarbonatée. Je vous rappelle, si vous employez ce médicament, de bien surveiller les urines et de suspendre le traitement si ces dernières prennent une teinte noire pathognomonique de l'intoxication phéniquée.

Je vous ai déjà mentionné les bromures et vous pourrez employer, soit isolément, soit en les associant entre eux, les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium. De même vous pourrez avoir recours aux arsenicaux, par exemple à l'acide arsénieux sous forme de granules dits de Dioscoride dosés à 1 milligramme.

Je vous citerai encore le jaborandi en infusion de 2 à 4 grammes de feuilles, ou son alcaloïde la pilocarpine (injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine).

Enfin, il sera bon de faire en même temps l'antisepsie intestinale et, s'il existe de la dyspepsie, de la soigner par des moyens appropriés; l'acide phosphorique pourra être utile dans certains cas.

N'oubliez pas qu'on a cité des faits où le prurit s'est trouvé amélioré par l'emploi des capsules surrénales et que certains prurits ictériques ont été améliorés par l'opothérapie thyroïdienne.

La médication externe nous offre à son tour une gamme de moyens aussi variés que la médication interne et que nous allons passer rapidement en revue. Vous pourrez essayer des bains et de l'hydrothérapie tièdes, mais avec beaucoup de ménagement, car ils peuvent quelquefois augmenter le prurit; en tout cas vous devrez vous abstenir d'ordonner des bains salés ou sulfureux. C'est au contraire aux bains calmants qu'il faudra avoir recours, aux enveloppements humides partiels qui selon les circonstances seront froids, tièdes ou très chauds.

Dans d'autres cas vous vous trouverez bien de l'enveloppement sec dans la ouate ou encore, s'il s'agit de prurit sénile, du brossage à sec qui enlève les couches épidermiques superficielles dégénérées.

Parmi les moyens médicamenteux externes je vous citerai les lotions de sublimé à 1 ou 2 p. 1000, mais en songeant à l'hydrargyrie cutanée possible et en vous défiant des intolérances idiosyncrasiques.

Vous serez en droit de pratiquer encore les badigeonnages au nitrate d'argent avec des préparations de plus en plus fortes lorsqu'il s'agira d'un prurit localisé.

Bien entendu vous userez largement des poudrages avec le talc, le bismuth, l'oxyde de zinc; vous emploierez aussi les pommades au menthol, à l'acide salicylique avec comme excipient la vaseline et la lanoline. L'emplâtre à l'oxyde de zinc, celui de Vigo pourront également vous rendre des services.

L'électricité sous forme d'effluves donne parfois d'excellents résultats et le prurit anal est souvent admirablement soulagé par les courants de haute fréquence. Ailleurs, contre certains prurits locaux, vous emploierez avec succès l'ignipuncture et les scarifications.

N'oubliez pas enfin l'influence considérable de l'état psychique et vous améliorerez certainement beaucoup de prurigineux en leur ordonnant les voyages, la distraction, l'automobile, etc.

Vous le voyez, Messieurs, la variété d'origine des divers prurits comporte une thérapeutique également variée; c'est donc la sagacité et l'esprit clinique du praticien qui, après lui avoir fait dépister la cause du symptôme, lui fera choisir les médications capables de guérir ou au moins d'atténuer ce phénomène si atrocement pénible qu'est le prurit.

FORMULAIRE

LES COLLYRES AU NITRATE D'ARGENT ET AU SULFATE DE ZINC

Nerli estime qu'on use de collyres au sulfate de zinc et au nitrate d'argent beaucoup trop forts; le premier est en général donné à des doses supérieures à 1 p. 100, et le second à la dose de 1 p. 100. De semblables proportions sont inutiles et peuvent être nuisibles; il donne la préférence aux formules suivantes :

Sulfate de zinc...............	0gr03
Eau distillée.................	15 grammes

avec lavage abondant au moyen d'une solution d'acide borique à 3 p. 100.

Sulfate de zinc........... 0g20
Eau distillée........... 200 grammes

pour lavage oculaire deux fois par jour.

Nitrate d'argent........... 0g05
Eau distillée........... 20 grammes

L'auteur met aussi en garde contre les solutions de bichlorure de mercure dans lesquelles l'alcool employé comme dissolvant primitif provoque une cuisson intolérable des conjonctives; d'où nécessité de faire faire spécialement ces solutions. Il donne la formule suivante :

Bichlorure Hg........... 0g25
Chlorure de sodium........... 0g50
Eau distillée........... 2 litres (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1906)

Nouvelles observations faites au Mont-Blanc sur l'hyperglobulie des altitudes. — MM. H. Guillemard et R. Moog ont passé au mois de juillet dernier six jours à l'observatoire du Mont-Blanc pour y continuer les études biologiques commencées il y a un an. Ils concluent de leurs expériences que l'action des grandes altitudes sur le sang se traduit toujours par l'hyperglobulie qu'atteste la diminution de la valeur globulaire et qu'accompagne le plus souvent un déplacement des hématies vers le réseau capillaire périphérique. On constate enfin une augmentation du volume du sang.

Coagubilité du sang sus-hépatique. — MM. Cl Gautier et N. Kareff. Les traités classiques enseignent que le sang sus-hépatique ne se coagule pas et ne contient pas de fibrine, la fibrine disparaissant dans le foie (Lehmann).

MM. Gautier et Kareff se sont livrés à une série d'expériences en ayant soin d'opérer sur l'animal vivant, en évitant de léser le foie et en recueillant le sang sus-hépatique pur.

Ils ont constaté que le sang sus-hépatique coagule et donne de la fibrine. Ce sang sus-hépatique coagule parfois avant le sang carotidien (recueilli simultanément sur le même animal, parfois en même temps, le plus souvent après). Au microscope, on constate la formation d'un réseau qui présente tous les caractères de la fibrine normale. Les auteurs ne nient pas la possibilité d'obtenir dans les conditions normales du sang sus-hépatique incoagulable, mais chez le chien le fait est certainement exceptionnel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1906)

M. Joltrain présente un cas de **pachyméningite hémorragique** observé dans le service de M. Caussade ayant au point de vue clinique évolué en deux phases, une première caractérisée par une démarche particulière (rétropulsion très nette) et une seconde par l'établissement d'une hémiplégie gauche spasmodique siégeant du même côté que la lésion. L'autopsie en effet montra la présence d'un hématome dure-mérien de dimensions considérables occupant à gauche une grande partie de l'hémisphère gauche (troisième circonvolution frontale, lobes pariétal et temporo-occipital).

Contrairement à ce qui survient en pareil cas, l'examen du liquide céphalo-rachidien a été négatif.

Etude du sang chez les hémophiles. — M. P. Emile-Weil étudie dans une première communication la réaction du sang chez six malades, dont quatre appartenaient à des familles hémophiliques, dont les deux autres étaient atteints depuis l'enfance de grande hémophilie personnelle; l'auteur trouve dans cette étude une preuve nouvelle que ces deux classes d'hémophilies séparées déjà par leur étiologie, sont différentes pathogéniquement, et que l'hémophilie, contenant des cas disparates, doit être morcelée en groupes divers d'états hémophilitiques.

Celui de l'hémophilie familiale renferme des faits très semblables entre eux et des malades dont les caractères hématiques sont toujours identiques; celui de l'hémophilie sporadique est probablement un groupe d'attente que les études hématologiques arriveront à morceler.

Les caractères comparés du sang dans ces deux variétés d'hémophilie sont les suivants :

Dans l'hémorragie sporadique, le sang est très fluide, s'écoulant vite et longtemps à la piqûre des veines. Il est morphologiquement normal. La coagulation plasmatique est retardée (quarante-cinq à soixante-dix minutes). Le caillot est normal se rétractant bien, le sérum est abondant en l'absence de maladie inflammatoire surajoutée.

Les solutions faibles de chlorure de calcium arrêtent la coagulation qui reste cependant anormale de forme et de temps. Les sérums frais humains ou animaux rendent la réaction entièrement normale. Les injections intra-veineuses de sérum frais guérissent le vice de coagulation hémophilique. Le sérum de l'hémophilie spontanée ne retarde pas la coagulation du sang normal. Le sang dans le cas d'hémophilie spontanée semble dépourvu seulement d'une substance normale telle qu'un ferment.

Dans l'hémophilie familiale, le sang est visqueux, il s'écoule lentement et avec peu d'abondance à la piqûre veineuse. Sa morphologie est normale sauf une leucopénie constante. La coagulation plasmatique est très retardée. La rétraction du caillot est moindre que normalement; le caillot est mou, le sérum moins abondant. Les solutions faibles de chlorure de calcium accélèrent la coagulation qui reste anormale dans la forme et dans le temps.

Recherches sur l'hémophilie, d'après six cas. — Dans une deuxième communication, M. P. Emile-Weil, d'après l'observation clinique et l'étude hématologique des 6 hémophiliques, étudiés plus haut, montre que l'hémophilie doit être dissociée en états hémophiliques.

Cliniquement, ces deux formes sont différentes; les accidents hémorragiques sont autrement fréquents et graves dans la forme familiale, où ils se montrent parfois de façon quasi-cyclique. Les hémorragies viscérales, les hémarthroses ne s'observent guère dans l'hémophilie spontanée. Il semble qu'il y ait proportionnalité entre le retard de coagulation du sang et l'intensité des accidents hémophiles, le retard étant d'une part beaucoup moins marqué dans l'hémophilie spontanée que dans la familiale et d'autre part plus intense dans les cas familiaux chez les sujets plus malades; le vice de coagulation est plus accusé chez les jeunes sujets que chez les

(1) *Revue gén. d'ophtal.*, n° 9, 30 sept. 1906.

adultes, comme s'il s'atténuait spontanément avec l'âge, ou comme si n'arrivaient à vivre longtemps que les individus, dont le sang n'était pas trop lésé.

Tous les malades observés étaient du sexe mâle. Dans la forme familiale, les mères, apparemment indemnes, avaient cependant pour la plupart des signes d'hémophilie larvée, génitale. Le sang de l'une d'elles présentait un retard assez notable et le type plasmatique de coagulation ; le sang était normal chez les frères d'hémophiles non hémophiles. Malgré une enquête étiologique sévère, la cause réelle de l'hémophilie n'apparaît point dans aucune des deux classes d'hémophiles, On doit cependant suspecter un vice de fonctionnement hépatique, comme l'avait supposé jadis le professeur Gilbert. Quant au mécanisme physiologique de l'hémophilie, et de sa lésion sanguine, il apparaît différent dans les deux formes, et multiple, comme nous l'avons montré précédemment.

Les injections de sérums frais humains ou animaux, qui corrigent la lésion sanguine complètement dans la forme spontanée, partiellement dans la forme familiale, ont une action thérapeutique proportionnelle. Leur action préventive considérable, curative notable, n'est adéquate que dans la forme spontanée ; elle mérite d'être utilisée, en attendant mieux, dans la forme familiale ; mais, de toute façon, leur action n'est que passagère.

M. Marcel Labbé lit en son nom et au nom de M. Ameuille une observation ayant pour titre : **Evolution de la glycosurie, de la tolérance hydrocarbonée chez un diabétique sous l'influence du régime.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 31 octobre 1906)

Plaie pénétrante de l'abdomen ; éventration. — M. Ricard fait un rapport sur une observation de M. Dionis du Séjour (de Clermont). Il s'agit d'une plaie de l'abdomen par coup de feu. C'est là, aujourd'hui, un fait banal et nous sommes tous éclairés sur la conduite à tenir. Un garçon de quinze ans reçoit une balle de revolver sur la ligne médiane de l'abdomen ; M. Dionis du Séjour, aussitôt appelé, conseille l'opération, bien que le jour même l'enfant ne présente aucun symptôme. La famille refuse. Le lendemain matin, même proposition de la part du chirurgien, même refus de la part de la famille. Cependant des signes de péritonite apparaissent : élévation de température, pouls à 120, douleurs, vomissements. La famille accepte alors l'opération qui est pratiquée dix-huit heures après l'accident. M. Dionis du Séjour ouvre l'abdomen ; il trouve du sang en assez grande abondance et cinq perforations intestinales qu'il suture à la soie ; il referme le ventre, par trois plans de suture, en y laissant un drain. Les suites opératoires, sauf une légère bronchite, ne présentent rien de particulier. Jusqu'ici c'est un de ces faits que l'on a longuement discutés à la Société de chirurgie et au sujet desquels tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour proposer l'intervention aussi précoce que possible. Mais voici le point particulièrement intéressant de cette observation :

Au huitième jour, M. Dionis du Séjour enlève les fils ; sous l'influence d'une quinte de toux, il se fait une désunion de la plaie et une éventration totale. M. Dionis du Séjour fait aussitôt chloroformer le malade et refait une suture avec trois fils d'argent prenant la totalité de la paroi, sauf en haut où il y avait quelques adhérences intestinales. Trois mois après, il refait la réparation de cette partie supérieure et le jeune homme va très bien.

Que conclure de cette observation ? En présence d'une plaie de l'abdomen par coup de feu, il faut, dit M. Ricard, proposer l'opération. C'est là une question jugée, un fait acquis. Non seulement il faut opérer, mais il faut opérer le plus tôt possible. En cas d'éventration totale immédiate, M. Ricard est d'avis qu'il faut toujours refermer le ventre immédiatement, ainsi que l'a fait M. Dionis du Séjour. Sans vouloir préjuger la question du mode de suture, M. Ricard se borne à faire remarquer que, dans la première opération, M. Dionis du Séjour avait fait trois plans de suture et que l'éventration immédiate s'est produite, tandis que dans sa seconde intervention il s'est contenté d'une suture en un seul plan et qu'elle a très bien tenu. Cela semble confirmer l'opinion de ceux qui préfèrent cette dernière suture à la suture à trois plans. M. Ricard est de ceux qui ont adopté définitivement cette suture en un seul plan.

M. Guinard estime qu'il n'est pas suffisant de laisser les fils huit jours ; il les laisse dix jours et, depuis ce temps, observe bien moins souvent d'éventrations immédiates. Quant à la question de savoir s'il vaut mieux faire la suture à trois plans ou la suture à un seul plan, on peut dire que les deux méthodes sont bonnes. Toutefois, M. Guinard continue à préférer la suture à trois plans.

M. Poirier est également fidèle à la suture à trois plans, mais il a vu son maître, M. Duplay, faire la suture en un seul plan et en obtenir de bons résultats. On peut donc dire que les deux méthodes sont bonnes. La suture en un seul plan est plus expéditive.

M. Quénu pense que ces éventrations primitives sont beaucoup plus le fait de la faiblesse ou du défaut de résistance du malade que du mode de suture. Aussi, chez les malades affaiblis, cachectisés, M. Quénu laisse-t-il les fils de la suture le plus longtemps possible. Il ne les enlève, dans ces cas, qu'après quatorze, quinze et seize jours, et encore n'enlève-t-il qu'un fil sur deux à la fois.

M. Quénu préfère de beaucoup la suture à trois plans à la suture en un plan, mais il s'applique à bien assurer un bon affrontement des muscles. Il attache une grande importance à ce bon affrontement musculaire.

M. Routier croit que le mode de suture importe peu ; ces éventrations tiennent beaucoup plus à l'état du malade qu'au mode de suture. Il y a des malades qui cicatrisent moins bien que d'autres.

M. Routier croit qu'en général on ne laisse pas les sutures assez longtemps en place. Après avoir successivement essayé tous les modes de suture, il s'est fixé à la suture en un seul plan avec des fils de bronze d'aluminium. Il se trouve très bien de cette manière de faire.

M. Tuffier pense qu'il faut tenir compte, pour expliquer ces éventrations primitives, non seulement de l'individu, mais aussi de l'infection si légère soit-elle. Après s'être servi de la suture à un seul plan, M. Tuffier a adopté la suture à trois plans qui lui paraît supérieure. Il soigne tout particulièrement la suture des muscles et des aponévroses. Il observe bien rarement des éventrations.

M. Reynier admet également que les dispositions individuelles et l'infection jouent un rôle important dans la production de ces éventrations. Mais il croit qu'il faut penser aussi à ces amorces épiploïques qu'on prend parfois dans la suture et qui deviennent la cause de ces éventrations. Il rapporte, à ce sujet, une observation non moins démonstrative que sug-

gestive : une femme subit l'hystérectomie vaginale; comme l'épiploon faisait hernie dans la plaie, on suture celle-ci. La malade guérit; mais après une nuit d'amour, sa cicatrice se rouvre et tout son épiploon sort par le vagin. Il fallut faire une laparotomie pour réséquer cet épiploon et réduire le moignon dans le ventre.

Cette malade a très bien guéri. Mais on voit, dans cette observation, le rôle important qu'a joué l'épiploon au point de vue de cette évagination.

Quand la suture à plusieurs points manque, c'est qu'il y a infection. M. Reynier s'est fixé à la suture à un seul plan. Toutefois chez les femmes obèses, il croit qu'il vaut mieux recourir à la suture en trois plans.

M. Chaput a fait de nombreuses expériences sur les chiens et en rapprochant ces expériences de ce qu'il a vu chez la femme il conclut que, d'une façon générale, la suture à trois plans est plus sûre et plus solide, à condition qu'on soigne bien la suture des différents plans et que l'on prenne certaines précautions, comme par exemple de ne pas inciser sur la ligne médiane, mais bien en plein muscle, de suturer péritoine à péritoine, muscle à muscle, etc., et enfin de laisser toujours un drain à la partie inférieure de la cicatrice.

M. Walther croit que ces éventrations immédiates tiennent beaucoup plus à l'état du sujet qu'à l'infection. Il n'a jamais vu, quant à lui, ces éventrations se produire après les laparotomies sous-ombilicales; il ne les a vues se produire qu'après les laparotomies sus-ombilicales, dans les cas de gastro-entérostomie, par exemple, chez des cancéreux épuisés. Il a toujours fait dans ces cas une suture secondaire. M. Walther préfère la suture à trois plans, et il a soin, dans la suture musculaire, d'attirer le muscle droit d'un côté sur l'aponévrose de l'autre côté, de façon d'obtenir une suture en paletot.

M. Hartmann ne croit pas que l'infection joue un rôle dans ces éventrations immédiates. Il croit plutôt, avec M. Quénu, que c'est là une question de faiblesse individuelle. Nous avons cru comprendre que M. Hartmann préférait la suture à trois plans.

M. Segond a vu trois fois ces éventrations immédiates à la suite de laparotomies sous-ombilicales. Dans un de ces cas, ce fut pendant un accès de fou rire que la malade, opérée depuis huit jours, vit sortir tous ses intestins par la plaie. Elle resta comme cela toute une nuit, et ce ne fut que le lendemain matin, au cours de la visite, que M. Segond s'aperçut de cette éventration et refit aussitôt une suture. M. Segond a essayé tous les modes de suture ; il s'est fixé à la suture en un seul plan avec des fils d'argent, en se basant sur ce principe qu'il faut toujours prendre peu de peau, beaucoup de muscle et peu de péritoine. Il obtient de très bons résultats de cette suture, et c'est pourquoi il lui reste fidèle.

M. Ricard reconnaît, avec ses collègues, qu'il y a des individus qui cicatrisent bien, d'autres qui cicatrisent mal, quel que soit le mode de suture employé. Pour lui, l'infection aussi peut jouer un rôle dans la production de ces éventrations immédiates. Enfin avec M. Reynier, il admet aussi l'importance de l'amorce épiploïque comme cause possible d'éventration. Pour ce qui est des sutures, M. Ricard pense que tous les modes de suture peuvent donner de bons résultats, pourvu que la réunion soit faite avec soin. Il préfère, quant à lui, la suture à un plan comme plus expéditive. Mais il admet que la suture à trois plans peut donner d'aussi bons résultats, si elle est bien faite.

Prostatectomie. — M. Bazy communique un cas intéressant de prostatectomie transvésicale qu'il pratiqua chez un habitant d'Haïti. Il dut faire, dans ce cas, la résection, le morcellement de la prostate, puis il fit un surjet, plaça un gros drain et une sonde à demeure. Le malade a bien guéri.

M. Bazy rapporte une seconde observation analogue à celle-ci.

Corps étranger du tube digestif. — M. Legueu présente un dentier qui a traversé complètement le tube digestif sans déterminer aucun accident. A l'aide de la radiographie, on a pu suivre le chemin parcouru par le corps étranger.

MM. Ricard et Schwartz apportent des faits analogues. Ce qu'il y a de particulier dans celui de M. Ricard, c'est que la radiographie n'a jamais pu montrer le corps étranger.

Emploi du fil de cuivre. — M. Thiéry obtient les meilleurs résultats, au point de vue des sutures osseuses, de l'emploi de fils de cuivre qui ne s'altèrent nullement, même dans les tissus infectés.

Fibrome calcifié. — M. Guinard fait connaître le résultat de l'examen de la tumeur abdominale qu'il a présentée dans la dernière séance. Cet examen, pratiqué par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un fibrome calcifié.

M. le secrétaire général fait connaître que la Société a reçu un mémoire pour le prix Gerdy. Or, le prix Gerdy n'est décerné que l'année prochaine. L'auteur de ce mémoire sur les **abcès sous-phréniques** est donc invité à le retirer et à le représenter l'année prochaine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 NOVEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Legueu ; — M. Cunéo, suppléant.

Mardi 13 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique: MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Thiroloix et Carnot.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Morestin ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Faure et Marion ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thoinot et Renon ; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 14 novembre, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca ; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Landouzy, Legry et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Déjerine, Teissier et Balthazard ; — M. Cunéo, suppléant.

Jeudi 15 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Jeanselme et Maillard.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Vaquez ; — (2e série) : MM. Joffroy, Gilbert et Langlois ; — M. Richaud, suppléant.

Vendredi 16 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Delens ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 17 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Méry ; — (2e sé-

rie) : MM. Robin, Gouget et Jeanselme ; — M. Bezançon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 14 novembre 1906, à une heure. — M. Caillebar. De l'origine tuberculeuse des kystes ganglionnaires et de la périostite albumineuse. (MM. Lannelongue, président ; Terrier, Mauclaire et Gosset.) — M. Lacamp. Les kystes de la glande de Bartholin. (MM. Terrier, président; Lannelongue, Mauclaire et Gosset.) — M. Doucet. Du zona associé aux paralysies et aux amyotrophies. (MM. Brissaud, président; Segond, Claude et Duval.) — M. Barbe. De la sacro-coxalgie chez l'enfant (arthrite tuberculeuse sacro-iliaque. (MM. Segond, président; Brissaud, Claude et Duval.)

Jeudi 15 novembre 1906, à une heure. — M. Handelsmann. Anatomie pathologique du cancer primitif du corps thyroïde. (MM. Cornil, président; Raymond, Dupré et Besançon.) — M. Rolet. La tuberculose dans les asiles d'aliénés. (MM. Raymond, président; Cornil, Dupré et Besançon.) — M. Merab. Variations anatomiques et prédisposition morbide (la loi de Ledouble). (MM. Le Dentu, président; Hutinel, Méry et Morestin.) — M. Ramus. Régime alimentaire à instituer dans la rougeole d'après les éliminations urinaires et le poids. (MM. Hutinel, président; Le Dentu, Méry et Morestin.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

Médecins-anjoints des asiles. — Un décret publié au *Journal officiel* du 3 novembre décide qu'à tire exceptionnel, les candidats au concours d'adjuvat pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, qui aura lieu dans le courant du premier trimestre de 1907, seront admis à y prendre part s'ils remplissent la condition d'une année de stage prévue par les arrêtés ministériels antérieurs au décret du 1er août 1906.

Amphithéatre d'anatomie des hopitaux. — Cours et exercices techniques du trimestre d'hiver 1906-1907 (sous la direction de M. Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques). — Les cours et exercices pratiques du semestre d'hiver commenceront le lundi 5 novembre. — Les cours qui seront faits pendant ce semestre sont les suivants :

1° *Cours d'anatomie topographique*, par M. Pierre Sebileau, professeur agrégé et chirurgien de Lariboisière, et par MM. Chifoliau et Chevrier, prosecteurs. — Ce cours aura lieu du 12 novembre au 15 février et comprendra trente leçons. Il aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures et demie et sera ouvert à tous les étudiants.

2° *Conférences pratiques de bactériologie médicale*, par M. Macaigne, agrégé, médecin des hôpitaux. — Ce cours aura lieu du 15 janvier au 28 février et comprendra vingt leçons. Il aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie. Il sera rétribué. Droit d'inscription : 80 francs. Le nombre des élèves sera limité.

3° *Conférences pratiques d'anatomie pathologique*, par M. Pautrier, sous-chef du laboratoire. — Ce cours comprendra deux séries : la première du 12 novembre au 12 décembre ; la seconde du 1er février au 1er mars. Il comprendra douze leçons. Il aura lieu les lundis, mercredis et vendredis à une heure et demie. Il sera rétribué. Droit d'inscription : 30 francs. Le droit des élèves sera limité.

4° *Conférences de médecine opératoire*, par MM. Chifoliau et Chevrier. — Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, du 19 janvier au 14 février, et comprendra douze leçons. Il sera rétribué. Droit d'inscription : 50 francs. Le nombre des élèves sera limité.

5° *Conférences de physiologie expérimentale et de technique des anesthésies générales*, sous la direction de M. Pierre Sebileau. — Ce cours aura lieu du 19 au 28 février et comprendra cinq leçons. Il aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures et demie. Il sera ouvert à tous les étudiants.

6° *Conférences pratiques, avec exercices, sur la confection des appareils plâtrés et l'immobilisation des articulations et des os*, sous la direction de M. Pierre Sebileau. — Ce cours aura lieu du 12 décembre au 16 janvier et comprendra douze leçons. Il aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à une heure et demie. Ce cours sera ouvert à tous les étudiants. Le droit d'inscription pour les exercices pratiques sera de 30 francs, et le nombre des élèves sera limité.

Tous les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux ; les pavillons de dissection sont ouverts à tous les internes et à tous les externes.

Sur leur demande, les étudiants sont autorisés, en nombre limité, à disséquer dans le laboratoire personnel du directeur, moyennant le versement d'un droit de 50 francs.

Hopital Saint-Antoine. — Cours pratique d'auscultation. — Sous la direction de M. Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Harvier, interne des hôpitaux, commencera, le lundi 12 novembre 1906, un cours élémentaire pratique d'auscultation, qui aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin.

Il sera complet en quinze leçons.

Les élèves seront individuellement exercés à la pratique de l'auscultation.

Le prix du cours est fixé à 40 francs.

Le nombre des élèves étant limité, se faire inscrire d'avance le matin auprès de M. Harvier, interne.

Faculté des sciences de Paris. — M. le professeur J. Chatin commencera son cours d'histologie le mercredi 7 novembre, à dix heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Le professeur traitera des tissus et exposera l'histologie comparée des organes de nutrition.

Les travaux pratiques auront lieu le jeudi, à une heure, sur des sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures d'histologie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — JEUDI 8 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 8 NOVEMBRE 1906. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat en médecine. — La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 17 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Le concours de l'Internat s'est terminé par la nomination de MM. Semanne, Malus, Romieux, Rio, Hardy et Meslier, comme internes titulaires; de MM. Patron, Treille et Sarradin, comme internes provisoires.

ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE DES CHARENTES. — Un décret en date du 26 octobre 1906, rendu à titre exceptionnel et par dérogation spéciale aux dispositions du décret du 22 juillet 1899, a décerné la médaille d'honneur des épidémies en vermeil aux trois personnes ci-après, en témoignage de leur dévouement et de leur concours éclairé, lors de l'épidémie de suette miliaire qui a été observée de juin à juillet dans les départements de la Charente et de la Charente-Inférieure :

M. le docteur Haury, médecin-major de deuxième classe au 107e d'infanterie à Angoulême, spécialement chargé de l'organisation et de la direction du service de prophylaxie.

M. Guilhaud, docteur en droit et en médecine, délégué du ministère de l'Intérieur dans le département de la Charente-Inférieure.

M. le docteur Lacroisade, médecin à Aigre (Charente) : bien que gravement malade, n'a pas hésité à donner ses soins avec un dévouement sans bornes aux nombreux habitants de sa région atteints par l'épidémie.

— Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, pris en vertu des décrets des 31 mars 1885 et 22 juillet 1899, la médaille d'honneur des épidémies ou la mention honorable est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement exceptionnel dont elles ont fait preuve à l'occasion de l'épidémie de suette miliaire récemment observée dans les départements de la Charente et de la Charente-Inférieure, de juin à juillet 1906.

Charente. — *Argent.* — MM. Pommeray, préfet; Maulmond, sous-préfet de Cognac; les docteurs Amiaud (de Saint-Cybardeaux), Jousse (de Marcillac-Lanville), Favraud (de Montignac-Charente), Mercier et Saisy (de Rouillac), Robert (d'Hiersac); M. Pintaud, externe des hôpitaux de Paris.

Bronze. — MM. les docteurs Feuillet (de Villefagnan), Monclier (aux Gours); MM. Puyhaubert, Latreille, Perrens, Dupérié, Calmette, Ales, internes des hôpitaux de Bordeaux; M. Escalon, étudiant à la Faculté de médecine de Bordeaux; MM. les étudiants en médecine Bonnet, Dulac et Cruchard, du 78e d'infanterie; Devaux, Callendreau et Brunot, du 63e d'infanterie; Juin et Ledoux, du 107e d'infanterie; M. Nouel (de la Couronne).

Mentions honorables. — MM. Le Ricolais, conseiller général à Angoulême; Maufras, conseiller d'arrondissement, maire d'Hiersac; Dognon, pharmacien à Angoulême, chargé du service des désinfectants; Chavastel, directeur des postes et télégraphes à Angoulême; Lambry, sous-préfet de Ruffec; Monod, chef de cabinet du préfet; Mercier, chef de division à la préfecture, chargé du service des épidémies; Tessonier, chef de division au cabinet du préfet; Loiseleur, chef de dépôt à la Compagnie des chemins de fer d'Orléans; Singareau et Bonnenfant, pharmaciens à Rouillac; Singer et David, aides-pharmaciens à Rouillac; Mmes Labrouasse, sœur Saint-Clément; Duchiron, sœur Saint-Damien; Jalinier, sœur Saint-Martial; Jarnolles, sœur Saint-François; sœur Alas, religieuses à l'hôpital d'Angoulême.

Charente-Inférieure. — *Témoignage officiel.* — M. Regnault, préfet, déjà titulaire de la médaille d'or.

Vermeil. — M. Desbats, sous-préfet de Saint-Jean-d'Angély, déjà titulaire de la médaille de bronze.

Argent. — MM. les docteurs Coyrard (de Matha) et Marchand, maire d'Aulnay, conseillers généraux, médecins des épidémies; Jonchères, médecin des épidémies à Saint-Jean-d'Angély.

Bronze. — MM. les docteurs Audoin (de Beauvais-sous-Matha), Corcel (de Néré), Giraud (d'Aumagne), Porchaire (de Neuvicq), Soubourou (d'Aulnay), Chavanon, inspecteur départemental de l'Assistance publique; MM. Cléjac, interne en médecine des hôpitaux de Bordeaux; Dartignoles, Piétri et Petit, externes des hôpitaux de Bordeaux; Mmes Bossard et Roux (de Matha).

Association générale des médecins de France. — Une assemblée générale de toutes les Sociétés unies à l'Association générale des médecins de France se tiendra le dimanche 16 décembre prochain, à l'effet d'élire un président général en remplacement de M. Brouardel, décédé le 23 juillet dernier.

M. le docteur Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Association depuis 1876, membre du Conseil général depuis 1889 et secrétaire général de l'Association depuis 1892, a accepté la candidature qui lui a été offerte par un vote unanime des membres du Conseil général de l'Association.

Clinique des maladies du système nerveux (M. le professeur Raymond). — *Cours complémentaire et pratique (3e série) d'anatomie pathologique.* — M. le docteur Alquier, chef des travaux anatomiques, commencera le mardi 20 novembre 1906, à cinq heures de l'après-midi, un cours pratique d'anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

Ce cours aura pour objet l'étude *pratique* de l'anatomie pathologique (tumeurs, lésions inflammatoires, principales lésions des tissus, organes et appareils et du système nerveux).

Il comprendra l'étude, sur des pièces anatomiques et des préparations histologiques, des caractères propres à chaque lésion et des méthodes techniques à employer dans chaque cas en particulier. Les élèves seront exercés aux manipulations histologiques et devront faire eux-mêmes une collection de préparations qui, le cours fini, resteront leur propriété.

Le cours durera un mois et aura lieu tous les jours, à cinq heures de l'après-midi. Le laboratoire sera ouvert, aux élèves qui voudront y travailler, tous les jours, de neuf heures du matin à midi et d'une heure et demie de l'après-midi à cinq heures. Les matériaux d'étude, réactifs et instruments nécessaires, seront mis à leur disposition.

Le droit à verser est fixé à 80 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin au docteur Alquier, à la Salpêtrière.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures.

Cours pratique de chirurgie expérimentale. — M. le docteur Tuffier, agrégé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, commencera le cours à la Faculté des sciences le *lundi 12 novembre à une heure et demie* et le continuera les jours suivants à la même heure. Le cours comprendra *dix leçons.* Les élèves dont le nombre est limité *exécuteront les opérations sur des animaux* avec matériel aseptique mis à leur disposition.

S'inscrire auprès des internes de son service à l'hôpital Beaujon.

Programme du cours. — Anesthésie. — Laparotomie. — Gastrostomie. — Anastomoses musculo-tendineuses. — Sutures osseuses. — Gastro-entérostomie. — Résection du pylore. — Cholécystectomie. — Cholédocotomie. — Cholédocystentérostomie. — Néphrectomie. — Uretéro-cystostomie. — Plaies de l'intestin. — Entéroanastomose. — Résections intestinales. — Exclusion de l'intestin. — Hystérotomie, ablation des annexes. — Hystérectomie. — Thoracotomie. — Opération de la plèvre dans la chambre pneumatique. — Plaies du cœur. — Plaies du poumon. — Trépanations craniennes. — Opération sur le cerveau.

Les animaux (chiens), le matériel aseptique et les instruments de chirurgie stérilisés seront mis à la disposition des élèves.

Hopital des Enfants-Malades. — Des conférences d'hygiène et de médecine infantiles, par M. le docteur G. Variot, commenceront le mardi 13 novembre, à dix heures et demie, salle Gillette, et continueront chaque mardi, à la même heure.

Muséum d'histoire naturelle. — Cours d'anatomie comparée (M. Edmond Perrier, professeur). — M. le docteur H.-P. Gervais, assistant, dirigera les travaux de recherches anatomiques ainsi que les travaux pratiques (dissection de l'homme, des principaux types de vertébrés et d'invertébrés) qui, avec le concours de M. Neuville, docteur ès sciences, et du docteur R. Anthony, préparateurs, se feront tous les jours au laboratoire.

Le docteur H.-P. Gervais traitera dans un cours public, qui aura lieu dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2, des caractères anatomiques des chéiroptères, des insectivores et des carnivores.

Ce cours commencera le lundi 23 février 1907 à deux heures et demie, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Les leçons du mercredi seront consacrées à des démonstrations, qui se feront soit dans les galeries, soit dans le laboratoire d'anatomie, rue de Buffon, n° 55.

M. le docteur Auguste Petit, préparateur, a commencé, le mardi 6 novembre 1906, des conférences pratiques d'histologie comparée et les continuera les jeudis, samedis et mardis de chaque semaine, à deux heures.

Le laboratoire d'anatomie comparée (recherches anatomiques et histologiques) est ouvert tous les jours, de dix heures à cinq heures.

S'inscrire d'avance pour ces travaux et conférences, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55, auprès du professeur.

L'Exposition internationale d'Anvers qui doit se tenir en avril, mai, juin 1907, dans les vastes locaux d'hiver de la Société royale d'harmonie, s'annonce déjà comme devant être un succès. Son programme comporte l'alimentation, la brasserie, l'hygiène, avec, comme annexes, arts, métiers, manufactures. Elle se fera sous la présidence d'honneur de S. A. R. Mme la comtesse de Flandre, et aura comme membre d'honneur M. Alphonse Hertogs, bourgmestre de la ville d'Anvers.

On peut demander les programmes et renseignements au secrétariat, 30, rue d'Arenberg, à Anvers.

SUR UN CAS
DE
SUBLUXATION ISOLÉE DU SCAPHOIDE DU POIGNET

Par M. SÉNÉCHAL,
Interne de la Maison départementale de la Seine.

La récente discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie met à l'ordre du jour la question des déplacements traumatiques des osselets du carpe.

La chirurgie contemporaine, aidée par la radiographie, s'est appliquée à bien déterminer les modifications apportées par les traumatismes aux rapports des os du carpe entre eux et à leurs connexions avec les squelettes de l'avant-bras et de la main.

En 1882, M. Blum, dans sa *Chirurgie de la main*, consacre un court article aux luxations du carpe. Pour lui, celle du *grand os* est la plus fréquente. Celle du *semi-lunaire* viendrait ensuite. Enfin celle du *scaphoïde* serait très rare. Il conteste même l'observation d'Astley Cooper qu'il rapporte.

Le 16 mai dernier, à la Société de chirurgie, à l'occasion d'un travail de M. Couteaud sur les traumatismes du poignet, M. Delbet passe en revue les diverses lésions qu'on peut rencontrer au poignet.

Il signale d'abord la *fracture du scaphoïde* au niveau du col. Cette fracture serait causée par un arrachement. Ce serait le premier degré des traumatismes du carpe.

Dans un deuxième degré, il envisage la *luxation du grand os* qui passe derrière le semi-lunaire. Cette variété a été appelée, à tort pour M. Delbet, luxation du semi-lunaire.

Le *scaphoïde* suit le grand os. Le *pyramidal* continue le mouvement.

M. Delbet termine sa communication en préconisant l'ablation du semi-lunaire : la réduction du grand os devient alors facile.

M. Dujarrier, à une séance ultérieure, apporte le cas d'une luxation du semi-lunaire avec énucléation opératoire de cet os et résultat fonctionnel satisfaisant.

Dans aucun de ces cas, il n'est question de luxation ou subluxation *isolée* du scaphoïde.

Les chirurgiens sont actuellement d'accord pour préconiser l'ablation systématique des fragments ou des os luxés. Cette énucléation est-elle indispensable ? Ne peut-on parfois se contenter de la résection pure et simple de la portion exubérante de l'os luxé ou fracturé, surtout lorsque cette luxation ou cette fracture est isolée ?

L'observation suivante, concernant un cas ancien de subluxation du scaphoïde, avec troubles fonctionnels importants, nous encourage à appuyer ce mode opératoire.

Observation. — Hyacinthe V..., quarante-deux ans, entre dans le service de M. Reymond, chirurgien de Nanterre, le 21 avril 1906. Il est tombé, il y a quinze ans, sur la main droite. Il lui est impossible de préciser maintenant les conditions dans lesquelles s'est produit l'accident. Il a été traité alors pour une *foulure du poignet*. Il raconte que son poignet, sa main et la partie inférieure de son avant-bras étaient alors très tuméfiés. L'enflure disparut petit à petit, mais il resta sur le dos du poignet une petite masse dure. Il attribue à celle-ci la difficulté qu'il conserva depuis à se servir de sa main.

Actuellement, le malade éprouve une grande gêne pour travailler, sa main se fatigue très vite, son poignet gonfle, lui interdisant tout travail pénible; il est même obligé de s'interrompre fréquemment au cours d'un travail prolongé. Le poignet se dégonfle par le repos.

Son avant-bras présente une atrophie musculaire marquée, appréciable à l'œil, mise en évidence par le ruban métrique qui accuse une différence de 2 centimètres en moins sur la circonférence du bras sain.

Les mouvements de l'articulation sont limités, et dans la flexion, et dans l'extension, à la moitié de leur course normale environ. Dans les mouvements de flexion, les tendons extenseurs apparaissent tendus sur la saillie osseuse pathologique à la façon des cordes d'un violon sur leur chevalet. Dans l'extension, la saillie bute sur l'épiphyse inférieure du radius.

L'exploration par le palper montre sur le dos du poignet en dedans et sur le bord interne de la tabatière anatomique, une saillie, du volume d'une petite noisette environ, dure, de consistance osseuse. Cette saillie n'existe pas sur le poignet opposé, examiné par comparaison.

La palpation du bord radial du membre supérieur droit met en évidence, sous l'apophyse styloïde du radius, une dépression profonde dans laquelle s'engage facilement l'extrémité de l'index. Un ressaut démontre l'intégrité de la deuxième rangée du carpe.

L'exploration méthodique du bord radial du membre correspondant permet de limiter l'apophyse styloïde du radius, mais sans que le doigt explorateur puisse pénétrer dans aucune anfractuosité.

La face palmaire du poignet n'offre, à la palpation, aucune particularité. Le poignet, qui est au repos depuis quelque temps, ne présente aucun gonflement. On ne trouve pas sur les os de l'avant-bras de traces d'une fracture méconnue.

Le diagnostic de subluxation du scaphoïde en arrière est porté et vérifié par les radiographies ci-jointes (voir page suivante).

La radiographie n° 1 (vue du poignet de profil) montre une exostose située dans la première rangée du carpe. Le mouvement de butoir, qu'elle fait sur l'épiphyse radiale, y est bien mis en évidence.

Sur la radiographie n°2, obtenue la main posée à plat sur la plaque sensible, nous constatons un épaississement sagittal du scaphoïde, mis en lumière par la plus grande opacité de l'os aux rayons cathodiques, comparée à celle des osselets, ses voisins. Sa longueur transversale est sensiblement diminuée.

La radiographie nous confirme ainsi notre diagnostic de bascule du scaphoïde sur son axe transversal qui devient antéro-postérieur. L'extrémité externe de l'os est devenue postérieure.

Nous pratiquons l'intervention, sous anesthésie générale, le 31 mai 1906 dans le service du docteur Reymond.

Opération. — Incision dorsale de 8 centimètres de longueur environ. Ouverture successive de la peau, de la syno-

viale des extenseurs et de la synoviale articulaire. Mise à nu de l'os.

Nous constatons une fixation intime du scaphoïde aux osselets circonvoisins dans sa portion profonde.

Nous pratiquons simplement l'éxérèse de la partie saillante. Celle-ci mesure 7 à 8 millimètres environ dans sa flèche, 5 millimètres de diamètre à sa base.

Rugination de cette partie. Ablation au maillet et au ciseau. Nous refermons la paroi postérieure de la synoviale articulaire au catgut n° 0, ainsi que les plans successifs. Crins sur la peau.

Pansement sec aseptique.

Suites opératoires. — Très simples. Réunion par première intention. Massages et mobilisation de l'articulation dès le huitième jour. Le malade quitte le service le 15 juin, soit quinze jours après l'intervention.

L'étendue de ses mouvements passifs est sensiblement augmentée. Les muscles semblent avoir reconquis de la tonicité.

Le malade continue à venir dans le service pour se faire masser. On lui conseille de se servir de son membre le plus possible.

Nous avons revu le malade un mois et demi après l'intervention. Il se disposait alors à se remettre au travail. Les mouvements articulaires spontanés étaient encore un peu douloureux. L'articulation enflait légèrement après un travail assidu.

Mais l'ampleur des mouvements articulaires avait repris son étendue normale. Le blessé était si amélioré qu'il comptait se trouver dans des conditions physiologiques lui permettant de subvenir à ses besoins par son travail. Nous lui avons recommandé de revenir dans le service dans le cas où son espoir se trouverait déçu : il n'y a plus reparu. Tout nous porte donc à croire sa guérison définitive.

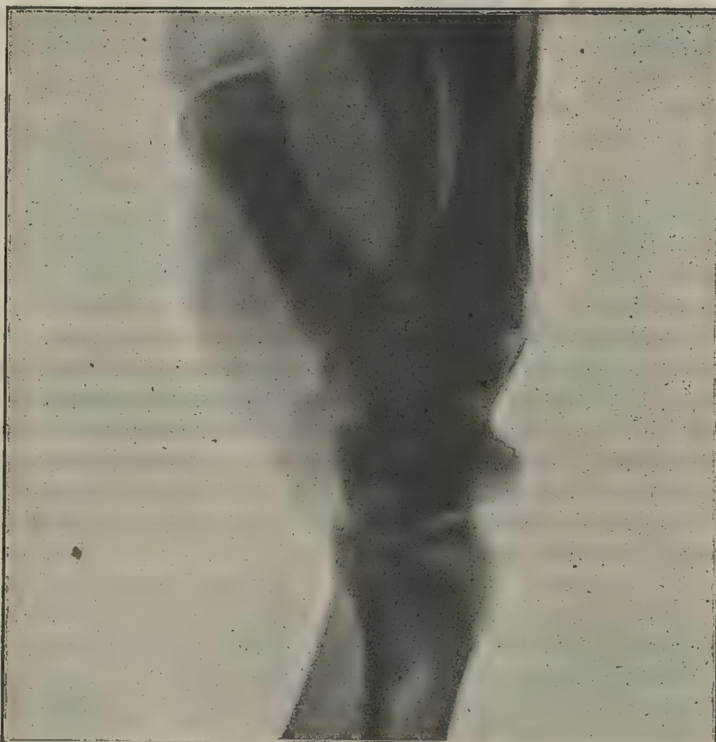


Fig. 1. — *Vue du poignet de profil.*



Fig. 2. — *Vue de la main posée à plat.*

L'ancienneté du traumatisme nous mettait dans des conditions spécialement favorables pour le choix de la méthode opératoire. Il est évident que nous eussions suivi la ligne de conduite tracée par la majorité des chirurgiens, si l'énucléation de l'os avait été facile, et le mode opératoire que nous avons suivi, occasionnant de si minimes délabrements, vient à l'appui de l'enseignement qui veut que l'on n'intervienne que tardivement sur les articulations traumatisées, une fois obtenues la sédation des douleurs et la résorption des liquides épanchés.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous sommes porté à classer ces subluxations avant la fracture du scaphoïde de la classification de M. Delbet. Nous aurions ainsi, par ordre d'intensités croissantes de traumatismes :

1° La luxation ou subluxation isolée du scaphoïde ;

2° La fracture du scaphoïde au niveau du col;

3° La luxation du grand os derrière le semi-lunaire;

4° La luxation du grand os et du scaphoïde que suit parfois le pyramidal.

En publiant cette observation, nous avons désiré mettre en évidence un ordre de faits sur lesquels l'attention n'avait pas encore été attirée; nous n'avons en effet pu trouver aucune autre observation de luxation, ou de subluxation *isolées* du scaphoïde.

Nous voyons que le traitement bénin que nous

avons appliqué à cette lésion a été suffisant pour rendre à l'articulation son intégrité fonctionnelle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1906)

La tuberculose dans l'école parisienne. — M. GRANCHER et ses collaborateurs, MM. Mary, Guinon, Boulloche, Aviragnet, Renault, Rist, Veillon, Zuber, Hallé, Guillemot, Terrien, Babonneix, Armand-Delille, Vignalou, Weil-Hallé, ont fait œuvre utile en poursuivant, avec un zèle et une conscience au-dessus de tout éloge, l'étude de la tuberculose à l'école. C'est le résultat de cette étude que M. Grancher a apporté à l'Académie, c'est-à-dire :

« 1° Le résultat des examens de 4226 garçons ou filles des écoles de Paris. Cet examen de dépistage, commencé le 23 novembre 1903, s'est poursuivi jusqu'à la fin de juin 1906;

2° Le résultat d'un traitement d'essai dans les deux écoles de la rue Blomet et de la rue des Volontaires (XVe arrondissement), sur 103 enfants, garçons et filles, pendant vingt-six mois;

3° Les conclusions de ce long effort continué pendant près de trois ans, conclusions que M. Grancher veut soumettre au Conseil municipal de la Ville de Paris.

La méthode employée pour le dépistage de la tuberculose est purement médicale, elle ne met en usage que les moyens classiques d'examen que tout médecin instruit doit connaître : l'inspection, la palpation, l'auscultation, la percussion.

Les procédés de laboratoire n'ont pas été employés. La radioscopie a paru très inférieure à l'auscultation pour le diagnostic de la première étape.

Le séro-diagnostic et le cyto-diagnostic ont semblé, enx aussi, inférieurs à l'examen physique.

Quant à la tuberculinisation, il n'est pas certain qu'elle soit toujours inoffensive et elle est un réactif trop sensible pour être utilement employée à des usages pratiques. »

M. Grancher et ses collaborateurs appliquent à l'examen des enfants des écoles la méthode et les procédés que M. Grancher a fait connaître en 1882, et qui consistent essentiellement à ne pas attendre la réunion de tous les signes physiques de la première période classique pour faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

En effet, dans la tuberculose pulmonaire commune, c'est-à-dire 90 fois sur 100, ces signes apparaissent l'un après l'autre, à de longs intervalles, et se superposent peu à peu, à mesure que les tubercules s'accumulent et que la maladie s'aggrave. « Or, les signes physiques naissant toujours dans le même ordre, nous avons reconnu, mes élèves et moi, dit M. Grancher, qu'en les recherchant avec soin, en les dépistant, on peut reconnaître et décrire avant la première période de Laënnec et des auteurs classiques, trois étapes où les lésions pulmonaires, aisément reconnaissables, permettent d'affirmer le diagnostic.

Le premier signe, qui précède tous les autres, et qui suffit à caractériser la première étape, est une altération de l'inspiration. Cette altération, localisée à l'un des sommets, quand elle est fixe et permanente, permet d'affirmer une lésion. Si, du reste, on étudie l'enfant porteur de cette anomalie, on reconnaît que sa santé générale est atteinte, et qu'il porte les indices révélateurs de la tuberculose, en dehors même de sa lésion pulmonaire. Il est généralement plus pâle que ses camarades, amaigri, il toussotte et s'essouffle facilement, etc. Presque toujours des adénopathies du cou, des aisselles et des aines accompagnent ce trouble de l'inspiration.

Si cette anomalie, qui est le plus souvent une inspiration affaiblie, s'étend à tout un poumon, à tout le poumon droit par exemple, en avant et en arrière, nous l'interprétons comme le signe d'une adénopathie des ganglions intra-pulmonaires. La compression des vaisseaux, des nerfs et des bronches nous paraît être la cause de cette perturbation totale de la fonction d'un poumon, et, d'autre part, la persistance de ce symptôme parle en faveur de la tuberculose ganglionnaire.

La seconde étape a deux signes physiques : le même trouble inspiratoire dont je viens de parler et un peu de bronchophonie, car l'exagération des vibrations vocales est le second signe.

La troisième étape a trois signes physiques : inspiration anormale, bronchophonie, légère submatité.

Celle-ci, due aux mêmes causes que la bronchophonie, n'est perçue que plus tardivement et quand déjà la maladie a fait des progrès. Voilà pourquoi, à nos yeux, elle caractérise la troisième étape.

Quand l'expiration prolongée et surtout les craquements apparaissent, tous les signes de la première période de Laënnec sont réunis; mais il est déjà bien tard pour traiter utilement la tuberculose pulmonaire, car l'élimination des bacilles, signe de la nécrose des poumons, est presque contemporaine de cette soi-disant première période. »

M. Grancher croit devoir insister sur ce point, que ses collaborateurs et lui n'ont jamais tenu compte des signes douteux. Par exemple, pour classer un enfant parmi les tuberculeux de la première étape il faut que le trouble de l'inspiration pulmonaire soit très net, et que tous les médecins puissent le percevoir sans aucune hésitation. Sinon, l'examen de l'enfant est remis à une date ultérieure.

Dans ces conditions, les chiffres qui suivent sont plutôt des chiffres minima.

« Nos examens ont porté sur quelques écoles de deux arrondissements, le XVe et le XVIIIe.

Les enfants reconnus sains, soit 84 à 85 p. 100, n'ont été examinés qu'une fois. Au contraire, les enfants suspects ont été examinés d'abord à la rentrée en novembre, puis au mois de mars l'année suivante, et j'ai fait un trosième examen, de contrôle, au mois de juin. Ce n'est qu'après ces trois examens constatant la persistance des signes physiques que l'enfant a été classé parmi les malades.

M. Grancher a fait, en outre, au mois de juin dernier, conjointement avec ses collaborateurs, une revue spéciale de 103 enfants soumis depuis deux ans et demi à l'usage d'huile de foie de morue et de poudre de viande pris à l'école.

Le total des enfants examinés a été de 4 226, soit 2 318 garçons et 1 908 filles.

Les deux pourcentages extrêmes de morbidité ont été fournis par les garçons de la rue Blomet, chez lesquels nous avons trouvé 11,67 p. 100 d'enfants malades, et par les garçons de la rue Championnet qui comptent 19,55 p. 100 de tuberculeux. La moyenne des enfants malades dans les écoles de Paris est donc de 15 p. 100 environ.

Quant au degré de leur maladie, il est représenté pour le plus grand nombre par la première étape, c'est-à-dire par une altération fixe et persistante de l'inspiration à l'un des sommets, et le plus souvent par l'inspiration affaiblie au

sommet droit. Au contraire, quand le sommet gauche est frappé le premier, l'inspiration y devient pathologique par sa rudesse et l'abaissement de sa tonalité.

On peut déduire de ces faits que la plupart des enfants malades étant légèrement atteints, seraient facilement guéris, si l'on faisait un effort vigoureux en leur faveur.

Sur les 4226 enfants examinés nous n'avons trouvé que 3 enfants dont la tuberculose était ouverte et qui ont été envoyés à l'hôpital. Tous les autres, étant inoffensifs, ont continué à fréquenter l'école.

Un essai de traitement a consisté en un petit repas supplémentaire d'une ou deux cuillerées d'huile de foie de morue et d'une ou deux cuillerées à soupe de poudre de viande. »

Voici ce que M. Grancher en disait dans sa communication à l'Académie de médecine en juin 1904 :

«... Nous n'avons pas l'illusion de croire que le petit repas supplémentaire de poudre de viande et d'huile de foie de morue que nous donnons à nos enfants soit l'idéal du traitement. Nous faisons ce que nous pouvons, et ce que nous faisons est un pis-aller, pas davantage. »

Il ne se dissimule pas non plus que ce traitement, a priori insuffisant, n'a pas été conduit aussi loin qu'il aurait pu l'être.

« Dans les familles, avec une mère intelligente et attentive, avec une accoutumance progressive et bien réglée, on obtient que les enfants supportent de grandes doses d'huile de foie de morue.

Pour atteindre ce résultat, il faut répartir presque toujours l'huile de foie de morue en cinq ou six doses au cours de la journée, en la donnant surtout avant les repas et avant le sommeil. A l'école, rien de semblable n'est possible. L'enfant arrive à huit heures ayant déjà mangé sa soupe et en pleine digestion. Ce n'est qu'à dix heures qu'on peut lui donner l'huile de foie de morue et la poudre de viande. Puis l'enfant déjeune dans sa famille à midi et quitte l'école à quatre heures.

Naturellement il trouve chez lui les mauvaises conditions d'habitat et de misère, sans parler de la contagion, qui sont les causes de sa maladie, et l'entretiennent, quoi qu'on fasse.

Dans ces conditions détestables, il n'est pas surprenant que les résultats obtenus aient été peu favorables.

L'examen des enfants, soumis pendant plus de deux ans à ce traitement, a été fait aux mois de mai et juin dernier aussi rigoureusement que possible, par M. Grancher et ses élèves. Presque tous ses collaborateurs étaient réunis, et les chiffres qui suivent sont le résultat de leur étude commune :

Sur 103 enfants, on en compte 20 dont l'état s'est aggravé, 36 dont l'état s'est amélioré et 47 qui sont restés stationnaires.

Quoique le nombre des enfants dont l'état s'est aggravé soit relativement plus faible que celui des enfants restés stationnaires ou améliorés, M. Grancher est d'accord avec ses collaborateurs pour reconnaître l'insuffisance du traitement et son échec.

Il s'agissait, en effet, d'obtenir des guérisons ou au moins des améliorations sérieuses. Or, celles-ci ont paru presque insignifiantes et telles que le temps seul les produit souvent sans aucun traitement.

« Que deviendront tous ces enfants, si le traitement dont nous venons de constater l'insuffisance est poursuivi pendant toute la période scolaire ?

Que deviendront surtout les enfants, beaucoup plus nombreux, qui ne sont soumis à aucun traitement et à aucune surveillance ?

La majorité de ces tuberculoses ne guérira pas ; au contraire, puisque, parmi les enfants traités, et malgré le traitement, 20 enfants sur 103 se sont aggravés et ont passé de la première à la deuxième et troisième étape, et que la moitié environ, soit 47, sont restés stationnaires.

De toutes les recherches entreprises, des statistiques fournies au Congrès international de 1905, au récent Congrès de La Haye, il ressort : que le meilleur moyen de combattre la tuberculose de l'adulte, c'est de la dépister chez l'enfant, pendant cette longue période de la vie scolaire qui, de six à dix-huit ans, donne le minimum de mortalité.

La tuberculose tenue en échec par la croissance est, en effet, plus facilement curable à cette période de la vie, puisque, maintes fois, elle guérit spontanément et laisse dans nos tissus des traces inoffensives que le hasard de l'autopsie révèlera plus tard. »

Voici les conclusions de l'importante communication de M. Grancher :

« Si la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant est curable, ce que nous croyons fermement, il faut pour la guérir :

1° La reconnaître à son extrême début par un examen de dépistage qui permette, en dissociant les signes physiques, de diagnostiquer les première, seconde et troisième étapes qui précèdent la première période classique. C'est dans cette phase de germination que la tuberculose offre le plus de chances de guérison.

2° Ne pas compter sur le traitement fait à l'école par l'addition d'un repas supplémentaire. Il améliore à peine la situation de quelques enfants, laisse la grande majorité stationnaire et n'empêche pas quelques-uns de devenir plus gravement malades.

3° Faire un effort plus sérieux et plus prolongé, effort que les parents sont incapables d'accomplir avec leurs seules ressources. Il convient donc de leur venir en aide, si on veut combattre la tuberculose à son origine et chez l'enfant.

Seul, le Conseil municipal de Paris peut le faire utilement.

Deux méthodes s'offrent à son choix :

1° Le placement des enfants atteints de tuberculose légère et fermée dans des familles de campagne qui seraient prévenues que l'enfant est malade, quoique non contagionnant, et qui recevraient une mensualité suffisante pour assurer le traitement hygiéno-diététique, l'aération continue et la suralimentation.

L'enfant suivrait les cours de l'école communale et les exercices de cette école dans la mesure où le médecin chargé de sa surveillance le permettrait.

Cette surveillance devrait s'exercer surtout en vue de prévoir le moment où le bacille, mis en liberté, rend l'enfant contagionnant. Il faudrait, en effet, prévenir ce moment pour ne pas contaminer la famille nourricière.

Ce danger de contamination est la grande objection à cette méthode du placement familial. Objection capitale ! En effet, il est presque impossible, même à un médecin très attentif, de savoir le moment où les bacilles vont être éliminés. Il peut se produire des surprises qui déjouent tous les pronostics.

2° Pour ce motif et aussi pour assurer un traitement meilleur, mes collaborateurs et moi, nous préférons la seconde méthode qu'on pourrait essayer, pendant quelques années, sur un petit nombre d'enfants. On l'étendrait ensuite, si les résultats étaient favorables. Les enfants reconnus malades seraient placés, à la campagne, dans un sanatorium-école, où ils continueraient leurs études, sous la surveillance étroite d'un médecin. Celui-ci, véritable médecin de sanatorium, réglerait, non seulement l'aération et l'alimentation néces-

saires à la cure, mais aussi les heures de travail, de récréation, de gymnastique, etc.

Dans deux ou trois ans, nous saurions à quoi nous en tenir sur les effets produits.

Deux écoles suburbaines, une de garçons, une de filles, suffiraient pour cet essai.

On les appellerait, si l'on veut, écoles de plein air.

Elles seraient un internat de cure pour les enfants bacillifères.

Il appartient au Conseil municipal de Paris, si éclairé et si humain, de tenter le salut des enfants malades de nos écoles, pépinière inépuisable des tuberculeux adultes, incurables.

Cette assistance préventive de l'enfance, outre qu'elle serait le meilleur emploi de nos finances, épargnerait beaucoup de vies humaines. »

M. Grancher et ses collaborateurs n'ont porté leur enquête que sur les enfants des écoles. Il serait, croyons-nous, intéressant qu'une enquête parallèle fût faite sur le personnel enseignant. Ayant été à même d'observer le personnel enseignant des écoles primaires, nous avons été frappé du nombre considérable de tuberculeux qui paraissaient pour la plupart avoir été contagionnés à l'école, ce qui semblerait indiquer qu'au moins à l'époque dont nous parlons, les tuberculoses ouvertes étaient plus fréquentes chez les enfants que ne l'indique la statistique de M. Grancher.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1906)

Des angio-pancréatites diabétigènes par auto-infection primitive. — MM. A. Gilbert et P. Lereboullet rappellent qu'un grand nombre d'états pathologiques sont suscités par les microbes qui fourmillent dans le tube digestif et les conduits excréteurs des glandes annexes; ils sont le plus souvent dus à des *auto-infections primitives* développées à la faveur d'une prédisposition congénitale, familiale, héréditaire (*diathèse d'auto-infection*). Parmi les polycanaliculites ainsi réalisées, une place importante doit être faite à la *canaliculite pancréatique*, qui fréquemment est à l'origine de la sclérose diabétique du pancréas. De nombreux faits ont montré à MM. Gilbert et Lereboullet que, réserve faite des cas d'aplasie du pancréas ou de tumeurs de cet organe, et de ceux où la sclérose peut être rattachée à l'alcoolisme, à la syphilis, à la tuberculose, le diabète a souvent pour origine une *angio-pancréatite scléreuse par auto-infection primitive*. Cliniquement, ils ont observé chez des sujets atteints de diabète l'existence d'ictère antérieur, de coliques hépatiques, d'entérite, de rhumatisme, d'appendicite, affections se développant communément sur le terrain de la diathèse d'auto-infection; souvent, elles coexistaient chez le même sujet; souvent aussi, on les retrouvait dans les antécédents familiaux des malades. Les lésions anatomiques, observées dans plusieurs cas de diabète, ont confirmé ces données cliniques en montrant l'existence d'angio-pancréatites scléreuses, comparables aux autres scléroses viscérales d'origine canaliculaire et notamment à celles observées au niveau du foie : les lésions scléreuses associées ou non à la lithiase pancréatique, prédominaient, dans les faits observés, au niveau des canaux excréteurs autour desquels la sclérose irradiait pour pénétrer dans le lobule et le dissocier plus ou moins complètement, s'accompagnant d'altérations variables des îlots de Langerhans. On notait la régression pseudo-canaliculaire des acini comparable à celle observée dans les cirrhoses biliaires; ces lésions de sclérose pancréatique d'origine canaliculaire étaient enfin associées dans certains cas à des lésions d'angiocolite ou d'appendicite. Le rôle de l'auto-infection primitive dans la génèse des angio-pancréatites diabétiques paraît donc bien établi par les constatations cliniques et anatomiques que l'on peut rapprocher des constatations expérimentales de Charrin et Carnot, déterminant par infection pancréatique ascendante le diabète chez l'animal. Mais, pour que la sclérose soit diabétigène, il semble nécessaire qu'elle ait détruit la plus grande partie du pancréas, qu'il y ait pancréatite interacineuse; aussi conçoit-on que l'auto-infection ne produise que lentement de telles lésions; l'apparition du diabète est souvent tardive, alors que d'autres conséquences de l'auto-infection primitive, comme l'appendicite et la lithiase biliaire, apparaissent souvent de manière plus précoce.

Recherche de l'argent colloïdal. — MM. Gompel et V. Henry communiquent une méthode très sensible permettant la recherche de l'argent colloïdal dans les différents liquides et tissus de l'organisme. C'est la méthode spectrographique, elle permet de retrouver l'argent à la dose de 1 p. 100 000. Trois à quatre gouttes de sang ou d'un liquide quelconque suffisent pour faire la recherche de l'argent.

Les auteurs montrent que l'*argent colloïdal électrique à petits grains* injecté dans une veine reste encore dans le sang vingt heures après l'injection.

Le même argent colloïdal s'absorbe par la paroi intestinale, on le retrouve dans le foie, la rate, le rein et le cœur chez un lapin qui en a reçu par voie buccale.

Pathogénie de l'anthracose pulmonaire. — M. Remlinger n'a jamais réussi à déterminer chez le lapin l'anthracose pulmonaire par voie digestive. Les animaux auxquels la poudre de charbon, le noir de fumée ou le carmin ont été injectés dans le rectum ou incorporés aux aliments à doses massives n'ont jamais présenté le moindre dépôt pulmonaire. Il est très facile au contraire de produire l'anthracose par inhalation. Il suffit de tenir pendant quelques jours et à raison de quelques minutes par jour un lapin au-dessus d'une lampe qui charbonne. L'animal sacrifié a des poumons d'un gris noirâtre, et l'examen microscopique montre que c'est bien le parenchyme pulmonaire qui a été envahi par le noir de fumée. Il semble donc bien que l'anthracose pulmonaire reconnaisse pour mécanisme non pas l'ingestion de poussières mais leur inhalation, ainsi que la chose était classique jusqu'à ces derniers temps.

Mécanisme de l'hyperglobulie provoquée par l'hémopoiétine. — M. Carnot étudie le mécanisme de l'hyperglobulie considérable provoquée par le sérum d'animaux en rénovation sanguine. Cette hyperglobulie, qui est généralement caractérisée par une augmentation de 1 million et demi d'hématies par millimètre cube, peut être, dans certains cas, beaucoup plus considérable encore. L'intensité du phénomène suffit à prouver qu'il s'agit bien là de néoformation de globules rouges, et non d'une simple modification de la concentration du sang.

L'étude du sang et de la moelle osseuse démontre la réalité de cette hématopoïèse; en effet, si l'on trouve très rarement, dans le sang, des hématies nucléées, on en rencontre cependant quelquefois. D'autre part, la moelle osseuse est rouge, en suractivité fonctionnelle; elle contient un nombre considérable d'hématies nucléées, dont beaucoup sont en prolifération

nucléaire active. Cette réaction médullaire est jusqu'à un certain point spécifique, et principalement normoblastique ; elle montre la genèse de l'hyperglobulie ainsi provoquée.

Action des sérums pathologiques ou expérinentaux sur le bacille dysentérique. — Pour MM. Nicolle et Cathoire, la séro-réaction est inconstante dans la dysenterie, et, même lorsqu'elle existe, elle se fait remarquer par sa faible intensité. De plus, il est particulièrement délicat d'obtenir un sérum dysentérique doué de propriétés agglutinantes chez les petits animaux de laboratoire. Si l'on se rappelle que les bacilles typhiques et paratyphiques et le bacterium coli sont mobiles, tandis que les bacilles dysentériques ne le sont pas, il sera facile d'établir, une fois de plus, la réalité de la loi qui établit un rapport entre la mobilité des microbes et leur pouvoir agglutinogène.

Formule leucocytaire de la rougeole et de la rubéole. — Pour M. Lagriffoul, dans la rougeole, il y a, le plus souvent, hyperleucocytose avec polynucléose pendant l'incubation et l'inversion hypoleucocytose avec mono-nucléose pendant la période d'éruption. Dans la rubéole, l'hyperleucocytose de la période d'incubation et d'inversion est suivie d'hypo-leucocytose bien moins fréquemment que dans la rougeole, et, le plus souvent à la période d'éruption, il y a encore hyperleucocytose avec polynucléose. Ces différences ne sont cependant pas constantes pour que l'on puisse se baser exclusivement sur la formule leucocytaire pour trancher un diagnostic hésitant entre la rougeole et la rubéole.

Imprégnation argentique des neurofibrilles sympathiques du cobaye, du lapin et du chien. — M. Laignel-Lavastine a examiné, par la méthode de Cajal, les neurofibrilles sympathiques dans les ganglions solaires et mésentériques et le plexus d'Auerbach du cobaye, du lapin et du chien. Ses conclusions sont les suivantes :

Il existe dans le sympathique des cellules réticulées et des cellules d'aspect fasciculé ou cellules pseudo-fasciculées. Les fibrilles sont des éléments intra-cellulaires, font partie intégrante de la substance cellulaire, ont des connexions intimes de continuité les unes avec les autres et ne traversent jamais la cellule sans s'anastomoser avec des éléments semblables. Ces fibrilles viennent toujours d'une cellule ou y aboutissent, comme le montre l'absence de fibrilles de passage d'une branche de bifurcation à l'autre des dendrites.

Elles sont enfin rigoureusement intra-cellulaires, ne passant pas d'une fibre ou d'une cellule dans une autre.

La méthode de Cajal appliquée au sympathique ne permet donc pas d'admettre, avec Apathy, la continuité fibrillaire intra-cellulaire.

Autres communications :

Etude de mécanique respiratoire comparée. — M. Fr. Franck.

Coagulabilité du sang sus-hépatique. — MM. Doyon, Gautier et Kareff.

Abduction dans l'extension du petit doigt. — M. Féré.

FORMULAIRE

CONTRE LES MIGRAINES ET LES NÉVRALGIES REBELLES

Salophène 0gr50
Phénacétine 0gr20

Pour un cachet.

Un, deux ou trois de ces cachets à trois heures d'intervalle. — (*Bull. gén. de thérap.*)

ANALYSES

PHYSIOLOGIE

Diagnostic immédiat de la mort par les instillations d'éther dans l'œil. (M. d'Halluin. Une brochure, H. Morel, rue Nationale, 77, Lille 1906.) — Dans l'intéressante étude qu'il vient de publier, l'auteur ne demande pas au signe nouveau qu'il indique un *permis d'inhumer*. Il semble, en effet, que le procédé de la réaction sulfhydrique imaginé récemment par M. Icard [de Marseille (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 116)] ait à ce point de vue, d'après les expériences de l'auteur, une valeur à peu près certaine. Mais dans certains cas de mort accidentelle, les battements du cœur n'étant plus perceptibles à l'auscultation, on peut se demander jusqu'à quel point s'impose la nécessité de prodiguer les soins classiques usités dans la syncope. Dans ces cas, si la réaction que propose M. d'Halluin est positive, elle encouragera le praticien à multiplier des efforts qu'il peut espérer voir couronnés de succès.

M. d'Halluin avait d'abord proposé de faire dans l'œil une instillation de dionine au vingtième, instillation qui provoque normalement une turgescence des vaisseaux superficiels et du larmoiement quand il n'y a pas arrêt du cœur.

A la suite de la lecture de la thèse de Chevrotier (Étude expérimentale sur les effets des excitations conjonctivales dans les arrêts de la respiration et du cœur, et sur son mécanisme physiologique, Thèse de doctorat ès sciences, Lyon 1905), M. d'Halluin a eu l'idée de remplacer la dionine par l'*éther*. Cette substance produit une rubéfaction au moins égale, sinon supérieure, à celle de la dionine, une rubéfaction transitoire, mais elle se renouvelle à chaque instillation.

L'éther a sur la dionine un avantage considérable, celui de pouvoir provoquer le retour de la respiration si le cœur n'est pas encore arrêté. C'est donc *un mode de diagnostic et de traitement*, et pour cette raison son emploi doit être préféré à celui de la dionine qu'on se procure d'ailleurs moins facilement.

L. Gayard.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE PAR L'IBOGAÏNE

L'ibogaïne, introduite dernièrement en thérapeutique, apparaît comme un agent efficace dans la neurasthénie, le surmenage, les atonies nerveuses et musculaires, et les convalescences. Elle possède des propriétés incontestables comme stimulante et anti-déperditrice. C'est à ce titre qu'elle trouve son emploi tout à fait justifié dans les maladies ci-dessus énoncées.

On l'emploie sous forme de dragées Nyrdahl, à la dose de 2 à 4 par jour et plus.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 200, 25 oct. 1906.) J. BERGONIÉ et Louis TRIBOUDEAU : Action des rayons X sur le testicule. — J. ROUGH : Influence de la lumière sur le virage et le dévirage du platino-cyanure de baryum dans les mesures radiothérapiques. — LAQUERRIÈRE et DELHERM : Note sur l'action de la haute fréquence en applications générales sur la circulation capillaire. — BLONDEL : Interrupteur autonome pour courant alternatif.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 15, 11 oct. 1906.) John B. DEAVER : De l'indigestion aiguë et chronique. — Franck B. SPRAGUE : Observations sur mille opérations pour végétations adénoïdes. — Harris P. MOSHER : L'opération de Kilian pour les suppurations chroniques du sinus frontal. — Morton PRINCE : L'hystérie considérée au point de vue du dédoublement de la personnalité (fin du n° 14, p. 376) [avec un tableau hors texte].

Bulletin médical. — (N° 85, 27 oct. 1906.) Albert ROBIN : Hypersthénie gastrique et épilepsie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 18 oct. 1906.) ENDERLEN : Traitement des furoncles, anthrax et phlegmons. — RIBBERT : Sur le carcinome. — OHM : Sur l'importance diagnostique de la présence de sang et de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. — MOSSE : Nos connaissances sur les maladies du sang. — AHLFELD : Nouvelles preuves de l'action profonde et durable de la désinfection des mains à l'eau chaude et à l'alcool. — TINTEMANN : Sur un cas d'intoxication par l'acide cyanhydrique. — ERLICH : Fièvre typhoïde bilieuse. — BORGNIS : Sur l'extraction de la tête retenue dans l'utérus après l'ablation du tronc. — STERNBERG : Sur le chocolat au dulcinol.

Écho médical du Nord. — (N° 43, 28 oct. 1906.) LAMBERT : Pseudo-cancer inflammatoire du côlon transverse. — GAUDIER et DEBEYRE : A propos d'un enfant atteint de tumeur blanche fistulée tibio-tarsienne, guéri par la méthode de Bier. — A. DUPUIS : L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 126, 21 oct. 1906.) Giulio CARLI : Recherches hématologiques au cours de l'influenza. — Ugo DALL' ACQUA : La ligature de la veine poplitée dans les varices. — Prof. A. RISSO et A. CIPOLLINA : Résultats obtenus avec notre sérum antisyphilitique. — Giuseppe STELLA : Théorie nouvelle sur la pathogénie et le traitement des vomissements de la grossesse. — L'atropine dans l'occlusion intestinale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 43, 28 oct. 1906.) SABRAZÈS : Notes de voyage en Allemagne. — DELGUEL : Pelade et carie dentaire.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 43, 28 oct. 1906.) FIEUX : Est-il dangereux pour les malades d'être soignés par un chirurgien ou un accoucheur faisant de l'automobile ? — ROBERT : Du cornet acoustique et de son rôle dans l'enseignement de la parole aux sourds-muets.

Journal des praticiens. — (N° 43, 27 oct. 1906.) Paul RECLUS : Traitement de l'hallux valgus. — SAUVES : Les accidents de dentition. — CALOT : Comment faire un bon corset plâtré (qui maintienne et ne gêne pas) [*fin*].

Journal médical de Bruxelles. — (N° 43, 25 oct. 1906.) E. HENROTIN : Emploi de l'armadiphtérine comme traitement local de la diphtérie (*suite*).

Lyon médical. — (N° 43, 28 oct. 1906.) Jean LÉPINE : Considérations pathogéniques sur les accidents nerveux du rhumatisme chronique. — H. MOUTOT : Symbiose fuso-spirillaire dans 11 cas de lésions ulcéreuses bucco-pharyngiennes.

Marseille médical. — (N° 20, 15 oct. 1906.) RISS : Dystocie fœtale par hydrocéphalie. — Léon IMBERT : Le médecin et la loi sur les accidents du travail (*suite*).

Medizinische Blatter. — (N° 42, 26 oct. 1906.) Le cancer et le professeur V. Leyden. — VENUS : Etat actuel de la question de l'appendicite. — NACHMANN : Le magolan.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 42, 21 oct. 1906.) NENADOVICS : Questions gynécologiques de la pratique médicale. — FELDMANN : Contribution à l'étude des infections causées par le bacille fusiforme et le spirille des dents et particulièrement sur les suppurations.

Policlinico. — *Section médicale.* — (Fasc. IX, oct. 1906.) Ettore TEDESCHI : L'influence des diverses albumines alimentaires sur les échanges azotés des malades atteints de néphrite et de carcinome. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique diététique des néphrites. — Alessio NAZARI : Contribution à l'étude anatomo-pathologique des kystes de l'hypophyse cérébrale, et de l'infantilisme. — Enrico GRIMANI : L'importance des cellules des îlots de Langerhans dans la production des tumeurs malignes du pancréas. — Giovanni SETTI : La valeur pratique de la méthode chromométrique Niclot-Achard pour l'évaluation quantitative des exsudats pleuraux.

Presse médicale. — (N° 86, 27 oct. 1906.) M. LETULLE : Manœuvres de clinique médicale. Examen du foie. — A.-Augustin REY : L'habitation; hygiène de la lumière; les espaces libres : la voie publique, la cour.

Revue médicale de l'Est. — (N° 20, 15 oct. 1906.) SCHMITT : Nouveaux anesthésiques locaux (stovaïne, alypine, novocaïne). — RÉMY : Terminaisons exceptionnelles dans des présentations du tronc.

Revue neurologique. — (N° 19, 15 oct. 1906.) LEJONNE et CHARTIER : Névrite ascendante et rhumatisme chronique. — Carmelo CIACCIO : Sur la reproduction des cellules nerveuses (12 fig.).

Revue scientifique. — (N° 16, 20 oct. 1906.) M.-A. LACROIX : Pompéi, Saint-Pierre, Ottajano. — LALOY : La théorie des tropismes et les manifestations vitales des organismes inférieurs. — E. COUSTET : Le transport d'énergie par courant continu à haute tension.

Riforma medica. — (N° 42, 20 oct. 1906.) Alberto RONIGHI : Un cas d'aphasie motrice avec hémianesthésie corticale. — Giovanni Arpa AUVERNY : Un syndrome scorbutique déterminé par le bacille d'Eberth. — Oresto CIGNOZZI : Adamantinome kystique multiloculaire du maxillaire inférieur.

Semaine gynécologique. — (N° 43, 23 oct. 1906.) PICHEVIN : A propos de deux cas de métrorragie aux environs de la ménopause.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 42, 18 oct. 1906.) V. NOORDEN : Sur les données de l'enseignement dans la clinique médicale. — BARTELL : Relations entre la cellule de l'organisme et l'infection tuberculeuse. — PFEIFFER : Sur l'autolyse du sang leucémique et leucocytosique. — ZIRKILBACH : Sur un cas d'albuminurie orthostatique. — GROSSMANN : Traitement de la sciatique par injection périneurale de sérum artificiel. — MANN : Le sérum de Marmorek dans la tuberculose pulmonaire. — STEIN : Un dispositif de protection pour l'usage des rayons Röntgen.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES DE LA PNEUMONIE (1)

C. *Pneumonie du sommet.* — Elle siège généralement à droite [11 fois sur 17 (Grisolle); 89 fois sur 103, d'après diverses statistiques], et s'observe surtout aux âges extrêmes de la vie. A l'âge adulte, elle ne frappe guère que des sujets débilités (grippe antérieure, alcoolisme, etc.).

Cliniquement, deux caractères principaux : *intensité des phénomènes généraux*, *obscurité des signes locaux*, au moins pendant les premiers jours (G. Sée).

Les *phénomènes généraux* sont de deux ordres : *fébriles*, *nerveux*. La fièvre est très élevée, s'accompagne de tachycardie, de délire, de dyspnée extrême. Les accidents nerveux sont presque la règle chez l'enfant, et consistent en convulsions et contractures, intermittences du pouls, troubles vasomoteurs, constipation et vomissements, tous phénomènes indiquant une réaction méningée d'intensité variable (*pneumonies* dites *cérébrales* des anciens auteurs; v. plus loin).

Quant aux *phénomènes locaux*, ils sont toujours très atténués. Les premiers jours, l'*examen physique* peut rester absolument négatif. Puis la percussion décèle du tympanisme sous-claviculaire beaucoup plus fréquemment (Woillez) que dans toute autre variété de pneumonie. L'auscultation portera surtout sur : 1° la partie externe de la fosse sus-épineuse; 2° le sommet de l'aisselle, au-dessous du bras; 3° la région sous-claviculaire (G. Sée), et permet de percevoir d'abord de la bronchophonie, puis du souffle tubaire avec des râles crépitants. Les signes physiques peuvent rester obscurs jusqu'à la défervescence : ce fait, fréquent chez l'enfant, peut aussi, quoique plus rarement, s'observer chez l'adulte. Les *symptômes fonctionnels* sont aussi effacés; l'expectoration manque souvent, ou est rare, muqueuse, et à peine striée de sang; par contre, la toux est quinteuse et pénible. La rougeur de la pommette est fréquente.

La *défervescence, tardive*, ne se fait guère avant le dixième ou le douzième jour; la résolution serait traînante, et, plus ou moins longtemps après la chute de la température, les signes physiques persistent sans modifications. Les rechutes ne sont pas rares (Briquet). Enfin, quelquefois, du lobe supérieur, la pneumonie passe au lobe inférieur du même côté ou à celui du côté opposé (Ziemmsen).

En ce qui concerne la nature de ces pneumonies du sommet, deux opinions. Pour les uns, elles sont liées à la tuberculose et consistent en véritables pneumonies caséeuses, ou bien encore, elles conduisent à la tuberculose, dont les premiers signes se manifestent aussitôt après la défervescence. Pour les autres, elles sont au contraire, tout à fait indépendantes de la bacillose pulmonaire, et si leur pronostic est si grave, c'est simplement parce qu'elles éclatent chez des sujets débilités et, par suite, peu résistants.

D. *Pneumonie centrale.* — C'est une pneumonie qui, au début, est située dans la profondeur du parenchyme, de telle sorte que « la partie engouée ou hépatisée se trouve séparée de l'oreille par une certaine épaisseur de tissu sain » (G. Sée). Aussi n'y a-t-il *pas de point de côté*. Les autres *signes fonctionnels* et *généraux* sont ceux que l'on observe d'habitude, et la principale particnlarité de la pneumonie centrale consiste dans l'*obscurité* et l'*apparition tardive des signes physiques*. Contrairement à Laënnec, il faut en effet admettre, avec Grisolle et Andral, qu'il suffit de quelques millimètres de poumon sain pour intercepter à l'oreille souffles et râles. Ce n'est donc que tardivement, lorsque de centrale, la pneumonie est devenue corticale, qu'apparaissent, *en un point limité*, des râles crépitants et du souffle tubaire. La pneumonie centrale est remarquablement fréquente chez l'enfant.

E. *Pneumonie à foyers successifs.* — Syn. : pneumonia migrans; pneumonie ambulante, érysipélateuse, à reprises, à poussées successives.

Dans cette forme, la phlegmasie, « au lieu de se limiter là où elle s'est primitivement développée, a une singulière tendance à envahir les autres parties, elle a une forme ambulatoire analogue à celle que présente l'érysipèle phlegmoneux » (Trousseau). Cet envahissement des autres parties se fait graduellement, de proche en proche, chaque nouveau foyer évoluant pour son compte, selon les trois périodes classiques.

Aujourd'hui, on tend à rattacher ces accidents à la broncho-pneumonie.

F. *Pneumonie double.* — Ce qui la caractérise, c'est que *les deux poumons ne sont jamais pris simultanément.* La pneumonie est d'abord unilatérale, puis, à la période d'état ou de déclin, elle envahit l'autre poumon : *le nouveau foyer est moins profond, moins étendu que le premier, et évolue plus vite.*

La pneumonie double est assez fréquente (6 à 15 p. 100). Cliniquement, elle ne donne lieu ni à de nouveaux troubles généraux, ni à de nouveaux phénomènes fonctionnels, et *ne peut être reconnue que par l'examen physique*. Celui-ci décèle. dans un point quelconque du poumon jusqu'alors sain, des signes de condensation qu'il n'est pas toujours facile de distinguer des bruits de propagation, venus du poumon malade, ni des foyers congestifs, si fréquents dans la pneumonie.

Attribuée par Grisolle à une action réflexe, la pneumonie double n'est, en réalité, qu'une variété de pneumonie très grave, le processus morbide non encore épuisé dans un des poumons se continuant dans l'autre (G. Sée).

G. *Pneumonie massive* (Grancher). — C'est une pneumonie dans laquelle l'exsudat fibrineux qui, normalement, remplit les alvéoles et les bronchioles, remonte plus ou moins haut, parfois jusqu'au hile (Brissaud), et vient obstruer les grosses bronches. Les signes de cette forme sont très particuliers. Les *signes phusiques sont ceux d'une pleurésie* : dilatation unilatérale du thorax, matité absolue avec perte de l'élasticité; abolition des vibrations vocales; silence respiratoire complet. Des *signes fonctionnels*, le plus important est la *dyspnée*, *toujours extrêmement accusée.* L'*expectoration manque presque constamment.*

La maladie *évolue en deux phases :* une première, où l'obstruction des bronches n'est pas encore réalisée, et où l'on peut constater tous les signes habituels de la pneumonie, et une seconde, où les bronches se comblent de fibrine qui se traduit, comme nous venons de le voir, par des signes *pleuro-pleurétiques* (Lépine), et aboutit, presque fatalement, à la mort.

H. *Pneumouie avec bronchite.* — Deux cas : α. tantôt on observe, autour du foyer pneumonique, des râles ronflants et sibilants, qui sont d'ordre congestif; β. tantôt (Grisolle) la bronchite précède la pneumonie pendant un temps plus ou moins long.

La pneumonie avec bronchite frappe surtout des vieillards et des enfants, et affecte une prédilection marquée pour certains mois de l'année (mars, décembre). Elle possède la plupart des signes de la pneumonie. Cependant : α. l'expectoration y est modifiée, les crachats rouillés pouvant se trouver comme noyés dans l'expectoration muco-purulente; β. les râles ronflants et sibilants se mêlent aux signes physiques habituels de la pneumonie; γ. la crise serait lente, traînante (Jürgensen).

I. *Pleuro-pneumonie.* — Toute pneumonie qui arrive à la surface du poumon détermine des réactions pleurales. Mais, cliniquement, on réserve le nom de pleuro-pneumonie aux cas où il se forme, dans la plèvre, un exsudat assez abondant pour modifier les signes propres de la pneumonie. Cet exsudat se caractérise par les phénomènes habituels, au premier rang desquels se place l'*égophonie*.

A côté de ces pleurésies *parapneumoniques*, il faut citer les *pleurésies métapneumoniques*, consécutives à la pneumonie dont il existe trois variétés : α. fibrino-séreuses; β. fibrino-purulentes, et alors souvent enkystées (interlobaires); γ. purulentes généralisées à toute la cavité pleurale (*pneumo-pleurésies* de Woillez).

(A suivre.)

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 122, p. 1462.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 128. — SAMEDI 10 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 10 NOVEMBRE 1906. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — ALGER-MUSTAPHA. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Surin, Souillard, Artigue, Fourest et Costantini.

Internes provisoires : MM. Rouby, Bernelle, de Mouzon, Paire, Déchaux, Foltz, Trabut et Prunet.

— M. Perrot est nommé interne en médecine à l'infirmerie-sanatorium de Birtraria.

— LE HAVRE. — La Commission administrative des hospices du Havre donne avis qu'une place d'interne en médecine est actuellement vacante dans ses établissements.

Tout candidat à cet emploi devra justifier de seize inscriptions en médecine à l'une des facultés françaises.

Les demandes devront être adressées à M. le président de la Commission administrative de l'hospice général.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Après concours, M. J. Parisot est nommé chef de clinique médicale; M. Barthélemy est nommé chef de clinique chirurgicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — M. le docteur Lemaire, médecin-adjoint de l'hôpital civil, est nommé, pour trois ans, chef des travaux pratiques de pathologie générale, microbiologie et parasitologie.

— ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 6 mai 1907 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers pour l'emploi de chef des travaux d'histologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe et ont été, par décision ministérielle, maintenus à leur poste actuel :

MM. Hahn, au 5e bataillon de chasseurs à pied; Arnould, au 148e d'infanterie; Masson, au 146e d'infanterie.

— MM. les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ont reçu, par décision ministérielle, les affectations suivantes :

MM. Vincent, au 93e d'infanterie; Barthès, à l'hôpital militaire de Lille; Homolle, à l'hôpital militaire de Belfort; Antoine, au 153e d'infanterie.

— MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortants de l'École d'application du service de santé militaire, ont reçu les affectations ci-après :

MM. Labougle, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce (laboratoire de bactériologie); Worms, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce (diagnostic chirurgical spécial); Bertein et Pigache, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; Paloque et Fontanel, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; Truchetet, hôpital militaire de Versailles; Jagues, hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; Létang, hôpital militaire de Nancy; Guichard, hôpital militaire de Bordeaux; Petit (Marcel), hôpital militaire du Dey, à Alger; Perrignon de Troyes, hôpital militaire de Versailles; Delater, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; Ferras (Henri), 3e chasseurs à cheval; Jaubert, hôpital militaire de Marseille; Ruchaud, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; Etienny, hôpital militaire de Versailles; Chailly, hospice mixte de Tours; Corbel, 35e d'artillerie; Costa, hôpital militaire de Bastia; Coudray, hôpital militaire de Toulouse; Bories et Trucy, hôpital militaire de Marseille; Camus, hôpital militaire de Toulouse; Ferras (André), hôpital militaire de Bordeaux; Carel, hospice mixte de Reims; Mazot, hôpital militaire Villemanzy, à Lyon; Armengaud, hôpital militaire de Toulouse; Auvert, hôpital militaire de Constantine; Marchal, hôpital militaire du camp de Châlons; Perrier, hôpital militaire de Rennes; Petit (Georges), hôpital du Belvédère, à Tunis; Baron, hospice mixte de Besançon; Duchêne-Marullaz, hôpital militaire du Dey, à Alger; Jacques, hôpital militaire de Bordeaux; Minel, hôpital militaire d'Ajaccio; Delahousse, hôpital militaire de Lille; Floquet, hôpital militaire de Constantine; Hourtoulle, Saffores et Mangenot, hôpital militaire de Bourges; Marnata, hôpital militaire Villemanzy, à Lyon; Arnaud, hôpital militaire de Lille; Lacoste, 38e d'infanterie; Planques, hôpital

militaire de Nancy; Monziols, hôpital militaire de Rennes; Pons, hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; Griscelli, 29e bataillon de chasseurs à pied; Cassan et Guglielmi, hôpital militaire d'Oran; Martin, hôpital militaire du Dey, à Alger; Playoust, hôpital militaire de Briançon; Vendeuvre, hôpital militaire de Rennes; Pineau, 160e d'infanterie; Feuillié, hôpital militaire de Nancy; Bourland, hôpital militaire d'Oran; Thellier, hôpital militaire du camp de Châlons; Saury, hôpital militaire de Constantine; Hérisson et Mossier, hôpital militaire de Belfort; Péré, 86e d'infanterie; Bahier, hôpital militaire de Toul; Hulot, hospice mixte de Langres; Cruzel et Briend, hôpital militaire de Toul; Bovier-Lapierre, Dez et Laforge, hospice mixte de Verdun; Lévêque, 19e bataillon de chasseurs à pied; Baillou, 154e d'infanterie.

MARINE. — M. le médecin de première classe Tribondeau, du port de Rochefort, a été maintenu pour une nouvelle période de deux ans, dans les fonctions de professeur à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

M. le médecin de deuxième classe Briend, du port de Brest, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de ce port.

— ECOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON. — M. Lautier, pharmacien de première classe, est nommé professeur de physique biologique.

PROTESTATION CONTRE LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES. — Le ministre de l'Instruction publique a reçu lundi les membres du bureau de la Société de l'Internat qui lui ont remis la protestation votée à l'unanimité par la Société dans sa dernière réunion (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 124, p. 1484).

M. Briand a également reçu M. le docteur Huchard qui venait l'entretenir de la même question en même temps que de la réforme des études médicales.

LABORATOIRE MUNICIPAL. — Par arrêté du préfet de police, les services dépendant actuellement du laboratoire municipal de chimie, qui sont chargés de l'inspection des denrées alimentaires, des prélèvements, du transport et de la réception des échantillons à analyser, sont rattachés à la deuxième division (inspection divisionnaire des halles et marchés).

Le laboratoire municipal sera donc maintenant chargé uniquement de l'analyse des échantillons, dont il ignorera la provenance.

LA DIPHTÉRIE A CHATEAUDUN. — On signale une apparition de la diphtérie au 1er chasseurs, à Châteaudun.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Adrien Cabanes (de Mustapha).

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN. — *Service de M. le docteur Albert Mathieu.* — Sous la direction de M. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'appareil digestif, et A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, commenceront un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac et de l'intestin, le lundi 12 novembre 1906.

Ce cours sera complet en cinq semaines et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine (20, rue de Cîteaux), à cinq heures et demie du soir, les lundis, mercredis, vendredis. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique, de la digestion intestinale et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de quatre heures un quart à cinq heures un quart, avant le cours.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine (20, rue de Cîteaux), tous les matins, de huit heures à midi, et tous les soirs, d'une heure à six heures, sauf le dimanche.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. le docteur P. Le Gendre reprendra ses conférences de *pratique médicale* (thérapeutique et déontologie) le samedi 17 novembre, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre, et les continuera les samedis suivants.

CANCER ET RADIOTHÉRAPIE. — Le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 18 novembre, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, dans son laboratoire de l'hôpital, une série de conférences sur ce sujet :

I. L'état actuel de la question du cancer. — II. La radiothérapie du cancer, ses succès. — III. La radiothérapie du cancer, ses insuccès. — IV. La radiothérapie du cancer, ses méfaits. — V. La radiothérapie du cancer, ses indications. — VI. La radiothérapie du cancer, sa technique. — VII. La lutte contre le cancer.

REVUE GÉNÉRALE

GLANDULES PARATHYROIDIENNES
ET CONVULSIONS

Par le docteur L. ALQUIER.

En 1891, M. Gley montra l'importance des parathyroïdes, découvertes en 1880 par Sandstroëm : de nombreuses expériences ont, depuis, reproduit chez les animaux les symptômes observés chez l'homme, à la suite de la thyroïdectomie, et montré que les accidents convulsifs sont dus à l'insuffisance parathyroïdienne. Actuellement, cette insuffisance apparaît comme un facteur possible de certaines manifestations convulsives : de l'éclampsie, de certaines tétanies.

Nous allons tenter de montrer où en est la question, ce qui est acquis et ce qui reste à apprendre.

I

Accidents convulsifs par insuffisance parathyroïdienne expérimentale. — I. *En dehors de l'état de gestation ou de part.* — A la suite du travail de Kocher, sur les accidents dus à la thyroïdectomie chez l'homme (1882), Schiff [1883] (1) montrait que cette opération pratiquée sur le chien cause presque toujours la mort (une seule survie sur soixante opérations) en une à quatre semaines avec des spasmes, des tremblements, des convulsions. On sut bientôt qu'il en était de même chez les carnivores en général, tandis que l'opération n'avait que peu d'effet sur les herbivores.

Gley (2) en 1891, montra qu'on obtient, chez le lapin, les mêmes accidents, si on enlève, en même temps que la thyroïde, la « glandule parathyroïde » sous-jacente dont la conservation est la cause de la soi-disant immunité.

Ces résultats ont été étendus, depuis, à toute la série des vertébrés (3).

Gley et Phisalix (4) ayant constaté que ces glandules étaient formées d'amas lobulés constitués par de petites cellules d'apparence embryonnaires, les considèrent, avec Sandstroëm, comme de petites thyroïdes embryonnaires qui, d'après Gley, pouvaient suppléer cet organe après la thyroïdectomie.

Cependant, Gley et Nicolas (5), étudiant les parathyroïdes de lapins thyroïdectomisés, constatèrent l'absence de vacuoles et de substance colloïde, et virent seulement, de six à dix-huit jours après l'opération, une sorte de condensation et de réduction de volume du noyau et du protoplasma, qui deviennent plus colorables. Une seule fois ils notèrent de rares figures de cariokynèse.

Cependant, la manière de voir de M. Gley n'était attaquée que par Moussu (1), qui émit l'hypothèse d'une dualité de fonction entre la thyroïde et les parathyroïdes.

La question en était là, quand des glandules semblables furent décrites à l'intérieur même du thyroïde, chez les cheiroptères par Nicolas (2), chez le chien et le chat par Kohn (3), puis chez tous les mammifères, par divers auteurs (4).

A la suite du travail de Kohn, Vassale et Generali (5) tentèrent les premiers d'enlever seulement les parathyroïdes. Après avoir, à l'aide de coupes sériées, établi la constance et la topographie chez ces animaux, de deux parathyroïdes externes et deux internes, ils les enlevèrent toutes quatre à dix chats et à neuf chiens. Voici leurs résultats : des dix chats, un seul a survécu (plus de deux mois, avec des signes de cachexie chronique) ; les neuf autres sont morts, dix jours au maximum, après l'opération, avec des accidents nettement convulsifs : contractions fibrillaires, secousses musculaires, et en plus, dépression psychique, démarche raide et vacillante, anorexie, tachycardie, hypothermie, amaigrissement rapide. Les neuf chiens sont tous morts en moins de huit jours; en moyenne, du troisième au quatrième jour. Le lendemain de l'opération, leur état paraissait, d'ordinaire satisfaisant, les symptômes morbides apparaissaient du deuxième au troisième jour, aboutissant rapidement à la mort avec abattement psychique, tremblement, paralysie des muscles masticateurs, trismus, rigidité du train postérieur, marche incertaine, faiblesse musculaire généralisée; à la période ultime, légères convulsions, anorexie, vomissements, palpitations et dyspnée, urines très chargées, parfois avec traces d'albumine.

Les auteurs, après avoir soigneusement écarté les causes d'erreur (infection, lésions nerveuses) et constaté que la thyroïde paraissait saine, à part l'absence de colloïde dans les lymphatiques intra et périglandulaires, que, d'autre part, l'incision simple ou la dénudation du thyroïde ne produit pas d'accidents, n'hésitent pas à rapporter ces derniers à la suppression d'une fonction spéciale des glandules parathyroïdes. Ce qui est surprenant, ajoutent-ils, c'est qu'après l'ablation de ces glandules seules, la mort survient plus rapidement qu'après la thyroparathyroïdectomie.

Un peu plus tard (*Ibid.*, p. 249), Vassale et Generali complétaient leurs premières expériences : 1° faite en deux temps, la parathyroïdectomie *totale* est aussi grave qu'en un temps, avec seulement une survie un peu plus longue (sur trois chiens, deux sont morts douze jours après la deuxième opération,

(1) Schiff. *Revue méd. de la Suisse romande.*

(2) Gley. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1891, p. 841; — *Arch. de physiol.*, avril et oct. 1892; — *Ibid*, 1893; — *Bull. de la Soc. de biol.*, 1893, p. 691.

(3) V. pour la bibliographie : Jeandelize. *Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne à début dans le jeune âge*, Paris 1903; — Citons De Quervain. Th. de Berne, 1893; — Hofmeister. *Beit. z. kl. Chir.*, 1894; — Verstraeten et Vanderlinden. Acad. royale de Belgique, 1894; — Cristiani. Acad. des sciences, 15 sept. 1892, et *Arch. de physiol.*, 1893, p. 39 et 164; — Cadéac et Guinard. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1894, p. 468; — Capobianco. *Riforma medica*, 1895, p. 254; — Walter Edmunds. *Procedings of the physiol. Soc.*, 1895, et *Journ. of pathol. and bacter.*, 1896, p. 488; — Rouxeau. *Arch. de physiol.*, 1897, p. 136, et la même année, *Gaz. méd. de Nantes*, 8 janv., 8 fév. (103 thyroïdectomies, nombreux détails); — Van Ecke. *Arch. internat. de pharmacodynamie*, 1897, p. 81; — Expériences sur les chèvres, Gley. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1894, p. 453; — Cristiani. *Ibid.*, 1905, t. I, p. 335.

(4) Gley et Phisalix. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1893, p. 219.

(5) Gley et Nicolas. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1895, p. 216.

(1) Moussu. *Bull. de la Soc. de biol.*, 11 mai 1893.

(2) Nicolas. *Bull. de la Soc. des sciences de Nancy*, 1893, p. 13.

(3) Kohn. *Arch. f. mikr. Anat.*, 1895 et 1896.

(4) *Parathyroïdes externes*, Gley : chien, Soc. de biol., 1893; — Cristiani. Rongeurs, *Ibid.*, 1892, p. 798 et 1 839; *Arch. de physiol.*. 1893, p. 164; *Parathyroïdes externes et internes*; — Schaper. *Arch. f. mikr. Anat.*, 1896; — Muller. *Anat. pathol. de Ziegler*, 1896; — Moussu. Th. de Paris, 1897; — Verdun. Th. de Toulouse, 1897; — Morat et Doyon. *Traité de physiol.*

(5) Vassale et Generali. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1896, p. 95.

le troisième, cinq jours après); 2° sur quatre chiens thyroïdectomisés en laissant les deux parathyroïdes externes, un seul présenta un peu de torpeur et d'anorexie avec légère rigidité des membres postérieurs et quelques secousses musculaires; au bout de quinze jours, il était rétabli, se portait fort bien un mois après; 3° de deux chiens à qui il ne restait qu'une seule parathyroïde, l'un eut, pendant huit jours, des accidents semblables, l'autre n'a présenté aucun symptôme.

Par contre, un autre chien à qui on avait enlevé seulement deux parathyroïdes du même côté, en respectant le thyroïde, eut les mêmes accidents pendant huit jours, puis guérit.

Ces expériences ont depuis été souvent répétées, presque toujours avec un résultat analogue, voici les principaux faits :

Moussu (1) conclut de ses expériences sur divers animaux qu'à la parathyroïdectomie, appartiennent les accidents aigus, notamment spasmo-convulsifs, à l'ablation du thyroïde, les troubles chroniques, de la thyroïdectomie totale.

Cinquante-cinq fois, il pratiqua, surtout sur des chiens, la parathyroïdectomie complète, et eut 33 morts rapides avec des convulsions tétaniques ou cloniques, parfois des tremblements.

Il attribue les 23 cas de survie (en général avec accidents convulsifs transitoires) à des opérations incomplètes, et signale, dans plusieurs de ces cas, la constatation, à l'autopsie, d'une ou plusieurs parathyroïdes échappées à l'ablation.

On ne saurait tirer argument des cas négatifs, la parathyroïdectomie totale isolée étant, chez le chien, des plus aléatoires (2).

Parmi les expériences de Moussu, nous relevons les détails suivants, qui présentent un certain intérêt pour le sujet qui nous occupe : dans son Observation XI, démarche titubante avec *mouvements choréiformes*, expérience IX, l'ablation des quatre parathyroïdes pratiquée sur un vieux chien terreneuve, détermina la *contracture des extenseurs du membre postérieur gauche, puis des muscles gauches de la colonne vertébrale, avec torsion du corps en arc*, enfin, des contractions cloniques des membres postérieurs, puis des quatre membres. Mort en quinze jours.

Relativement aux parathyroïdectomies incomplètes, Moussu remarque que la conservation de deux glandules peut ne pas suffire à empêcher la mort, tandis que certains chiens vivent parfaitement avec une seule parathyroïde.

Voici comment il résume les signes de l'insuffisance parathyroïdienne *incomplète* (par ablation incomplète). « Appétit capricieux, élévation légère et permanente de la température, augmentation du nombre des battements cardiaques, tachycardie, dyspnée, polypnée dès que les sujets sont soumis à un exercice un peu actif : secousses fibrillaires ou crampes musculaires momentanées, albuminurie légère et inconstante, etc. »

Notons enfin la deuxième observation des chiens ayant survécu à la parathyroïdectomie : un mois après l'ablation des quatre glandules, apparurent des *crampes des membres postérieurs*. L'animal, sacrifié plus de quatre mois et demi après l'opération présentait, au bord antérieur du thyroïde droit, une glandule vérifiée histologiquement.

Rouxeau (1) ayant, chez le lapin, enlevé 21 fois les parathyroïdes, en laissant le thyroïde intact, obtint, dans 4 cas, la mort en moins de vingt-quatre heures. Sur les 17 autres, 3 seulement n'eurent pas d'accidents notables (ce que l'on peut supposer dû à l'existence de parathyroïdes supplémentaires); les 14 autres présentèrent les mêmes accidents que ceux de la thyro-parathyroïdectomie, seulement plus atténués dans 8 cas. L'auteur conclut que l'ablation des parathyroïdes est, chez le lapin, infiniment plus grave que celle des thyroïdes, qui, elle, est absolument inoffensive.

La même année, M. Gley (2) tenta de vérifier les effets de la parathyroïdectomie; ayant enlevé à un chien les parathyroïdes, sauf l'interne gauche, qu'il ne put découvrir, ne constata, au bout d'un mois, aucun accident; il enleva alors le thyroïde gauche, qu'il supposait contenir la glandule, et n'observa même alors aucun trouble morbide. Même résultat négatif chez un second chien; un troisième eut, les deuxième et troisième jours, des convulsions et paralysies très graves, suivies d'une rémission dont on ignore la durée.

Sur 9 lapins, soumis à l'ablation des parathyroïdes externes, 5 ne présentèrent aucun accident, 3 sont morts au bout de dix-huit, quarante heures et trois jours, avec des accidents convulsifs typiques, le quatrième présenta seulement, le lendemain, de légers troubles nerveux.

Lusena (3) a également provoqué la tétanie, par la parathyroïdectomie, qui, chez ses 19 chiens, a été toujours rapidement mortelle (trois jours en moyenne), les accidents sont atténués par l'ingestion de parathyroïdes ou l'injection de parathyroïdine. Walter Edmunds (4) signale sur 9 chiens ayant subi l'ablation des parathyroïdes, 4 cas de survie.

Jeandelize ajoute aux nombreuses expériences des autres auteurs qu'il passe en revue, un certain nombre de parathyroïdectomies, et conclut dans le même sens que Vassale, Generali et Moussu.

Swale Vincent (5) a pratiqué un grand nombre de thyro-parathyroïdectomies (5 chiens, 4 renards, 15 chats, des singes et des rats), et fait plusieurs parathyroïdectomies totales chez le chat. Il a obtenu

(1) Moussu. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1897, p. 44 et 82 ; Th. de Paris, 1897.

(2) M. Gley (Soc. de biol., 1893), a étudié les variations de situation des parathyroïdes externes chez le chien : j'ai complété cette étude (Soc. de biol., 20 oct, 1906), en débitant en coupes sériées 15 thyroïdes de chiens, dans 6 cas, la parathyroïdectomie totale eût été à peu près impossible.

Enfin, il ne faut pas oublier que divers auteurs ont signalé des parathyroïdes aberrantes, situées parfois assez loin du corps thyroïde. Vassale dit les avoir souvent rencontrées chez le chien; dans un cas, il en a trouvé sept ; une sur le côté droit du cricoïde, une sur le premier anneau de la trachée, cinq dans le médiastin, deux sur la face antérieure, trois sur la face postérieure de l'aorte. Récemment (*Arch. ital. de biol.*, 1905), il signalait l'existence d'une parathyroïde typique trouvée par hasard dans un ganglion plexiforme du vague chez un chien. Pianca (de Milan) dit avoir trouvé des parathyroïdes aberrantes jusque sur le tronc aortique. Enfin, on peut se demander avec Jeandelize, si les glandules thyroïdiennes aberrantes signalées notamment par Falkenberg (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1891, n° 28) ne contiennent pas, quelquefois, des parathyroïdes.

Il faut bien reconnaître cependant que divers auteurs n'ont pu rencontrer ces parathyroïdes aberrantes. Il en était ainsi pour mes 15 chiens, chez qui je les ai en vain recherchées avec le plus grand soin.

(1) Rouxeau. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1897, p. 17.

(2) Gley. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1897, p. 18.

(3) Lusena. *Fisio-patologia del apparecchio tiroparatiroide*, Florence 1899. (vol. de la bibliothèque médicale de Nicolai).

(4) Walther Edmunds. *Journ. of pathol. and bacteriol.*, mai 1899.

(5) Swale Vincent. *Journ. of physiol.*, 1904, n° 1.

des survies bien plus prononcées que ses devanciers, survies qui ne sont pas dues, affirme-t-il, à la présence de parathyroïdes aberrantes, qu'il a en vain cherchées. Les opérés présentaient des accidents nerveux.

Signalons les parathyroïdectomies faites chez le singe et le chat par Pineles (1), aboutissant à cette conclusion que la parathyroïdectomie seule, ou associée à la thyroïdectomie, produit la tétanie, mais pas la thyroïdectomie simple; citons aussi les parathyroïdectomies pratiquées chez les oiseaux par Doyon et Jouty, chez la tortue d'Afrique par Doyon et Kareff (2).

Mac Cullum et Davidson (3) concluent de leurs expériences sur un grand nombre de chiens, que la tétanie est bien due à l'ablation des parathyroïdes; l'injection d'émulsion de parathyroïdes aux animaux thyroïdectomisés, arrête, temporairement la tétanie.

Erdheim (4) a de même vu, sur une cinquantaine de rats, que la thyroïdectomie, même complète, ne peut donner lieu à la tétanie; celle-ci n'apparaît que si les parathyroïdes sont enlevées en totalité ou en partie.

J'ai moi-même observé les accidents classiques de la parathyroïdectomie, chez tous les chiens à qui je pratiquais la thyro-parathyroïdectomie complète, même en plusieurs fois et à de longs intervalles : toujours les accidents éclataient du troisième au cinquième jour, dès que l'ablation des parathyroïdes (vérifiée histologiquement) était reconnue complète (Soc. de biol., 20 octobre 1906).

De ces nombreuses expériences, il semble permis de conclure, avec la presque unanimité des auteurs, que l'ablation complète des parathyroïdes chez les animaux provoque des accidents aigus, rapidement mortels, parmi lesquels on note, le plus souvent des convulsions tétaniques, cloniques, parfois épileptiformes, des contractures plus ou moins généralisées, des secousses fibrillaires, et dans certains cas, du tremblement. Ces accidents ont, en général, une marche paroxystique, se reproduisant par crises; plus rarement, on note des paralysies. Rogowitch a signalé la diminution des réflexes.

A ces accidents nerveux se joignent des désordres généraux, d'apparence toxique : torpeur, anorexie, soif ardente, parfois vomissements et diarrhée qui peut être sanguinolente, jetage, dyspnée, tachycardie, souvent de l'albumine [rappelons que Manca, entre autres (5) a toujours trouvé des lésions rénales chez les chiens qu'il soumettait à la thyro-parathyroïdectomie complète].

A la suite des parathyroïdectomies incomplètes, on observe, dans certains cas, une ébauche plus ou moins nette des mêmes accidents, avec retour à la santé au bout de quelques jours, si la quantité de parathyroïdes épargnée est suffisante.

La quantité nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme ne saurait être fixée d'une manière tant soit peu précise, mais varie d'un cas à l'autre.

On ne connaît actuellement aucun fait expérimental prouvant la possibilité d'accidents convulsifs à répétition chronique, par insuffisance parathyroïdienne incomplète.

(1) Pineles. Soc. império-royale des médecins de Vienne, 29 avril 1904.
(2) Doyon et Jouty; Doyon et Karefe. Soc. de biol., 1904.
(3) Mac Cullum et Davidson. *Medical News*, 1905, t. I, p. 625.
(4) Erdheim. Soc. império-royale des médecins de Vienne, 1er juin 1906.
(5) Manca. *Lo Sperimentale*, 1905, p. 835.

II. *Eclampsie provoquée pendant la gestation ou le part, par l'insuffisance parathyroïdienne expérimentale.* — Bien qu'en nombre assez restreint, ces expériences sont, cependant, fort intéressantes; voici les principales :

Verstraeten et Vanderlinden (loc. cit.) : thyroïdectomie chez une chatte d'apparence saine; on lui injecte aussitôt dans le péritoine l'extrait aqueux de la glande extirpée. Signes d'insuffisance thyroïdienne légère, puis bonne santé.

Trois mois après la chatte était enceinte. Au moment du part, elle est prise d'éclampsie avec subcoma. L'état s'aggravant rapidement, on pratique des injections sous-cutanées de macération fraîche de corps thyroïde de mouton : l'amélioration est notable, l'accouchement a lieu, suivi du retour à la santé.

Vassale (1) enlève à une chienne trois des quatre parathyroïdes. Après quelques crises de tétanie, elle se remet complètement. Une première grossesse se termina par l'accouchement de deux petits prématurés qui ne vécurent pas. Dix-huit mois après l'opération, elle mit bas huit petits, dont sept vifs et bien portants qu'elle allaita. Au cinquième jour de l'allaitement, elle fut prise de trois crises convulsives menaçant son existence; on enlève trois des petits, et on donne à la mère 5 grammes de thyroïde sèche de porc par jour. Un nouvel accès survient, combattu de nouveau par le traitement thyroïdien; on ne laisse plus qu'un seul petit. Sauf une alerte, la chienne se rétablit; à la fin de l'allaitement, le traitement thyroïdien put être supprimé sans accident.

Lange (2) commence par enlever à des chattes les 4/5 du thyroïde et constate la survie sans lésions rénales à l'autopsie. Il pratique alors la même opération sur 10 chattes enceintes, 5 meurent, 2 dans le coma, 3 après avoir présenté des convulsions; l'autopsie révèle des lésions rénales et hépatiques. Les 5 survivantes sont sacrifiées; l'auteur ne trouve pas de lésion du foie ni des reins.

Moussu (3) fait aux expériences précédentes, une objection. On sait que les carnassiers sont très sensibles à la thyroïdectomie, qui provoque chez eux des lésions rénales (Manca). On pourrait rapporter à ces lésions rénales l'éclampsie observée. Aussi l'auteur a-t-il expérimenté sur des chèvres, qui supportent bien mieux la thyroïdectomie, et ne font d'insuffisance thyroïdienne qu'après des années. Or, des quatre chèvres thyroïdectomisées, deux accouchèrent sans avoir présenté aucun accident; la troisième n'eut que de l'albuminurie avec accidents mal définis, post-partum. Enfin, la quatrième, enceinte de trois mois, fut prise, vingt-cinq jours après l'opération, de crises convulsives semblables à celles des carnivores, mais moins intenses. « Pendant cinq heures..., on observa des secousses cloniques et des contractures des muscles de l'encolure, de la colonne vertébrale, de la nuque, avec tendance à l'opisthotonos. Chaque expiration est accompagnée d'une plainte, la position debout est absolument impossible, la malade meurt dans le coma. » L'autopsie démontra l'absence de lésions hépatiques ou rénales; pas d'hémorragies intestinales, rien dans les autres viscères, qu'un léger œdème pulmonaire, avec hémorragies sous-séreuses. *Les urines* renferment une appréciable quantité d'albumine.

(1) Vassale. *Riv. sperim. di freniatria*, t. XXIII, 1897.
(2) Lange. *Zeitschr. f. Geburshülfe und Gynäcologie*, 1899, p. 34.
(3) Moussu. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 772.

Richon et Jeandelize (1) ont observé, chez une lapine thyroïdectomisée deux ans auparavant, avec ablation des parathyroïdes, une grossesse sans incident; les petits moururent par insuffisance de la sécrétion lactée.

Thaler et Adler (2) ont pratiqué la parathyroïdectomie sur 40 femelles de rats, avec une durée d'observation dépassant, pour certaines, deux cents jours.

Chez les femelles en gestation, l'ablation de portions même relativement minimes des parathyroïdes a toujours déterminé une tétanie grave, alors que, chez les femelles non gravides, la même ablation partielle ne déterminait pas d'accidents.

En dehors de la gestation, la parathyroïdectomie totale a toujours provoqué une cachexie tétanique tellement grave qu'aucun animal ne put être fécondé.

Dans la parathyroïdectomie partielle insuffisante par elle-même pour provoquer des accidents, la tétanie apparaissait pendant la gestation, pour disparaître après l'accouchement. La même opération ne produit aucun effet nuisible, pendant la lactation.

Vassale (3) ayant extirpé à 3 chiennes enceintes trois des quatre parathyroïdes, 2 présentèrent, deux jours avant le terme de la gestation, des crises typiques d'éclampsie. L'une, non traitée, succomba au bout de quarante-huit heures, l'autre reçut per os de fortes doses de substance parathyroïdienne; l'éclampsie s'arrêta, et la chienne mit bas trois petits qui succombèrent trois jours après, par suite de l'insuffisance lactée de la mère.

La troisième chienne n'eut d'éclampsie qu'au moment du travail; on lui administra aussitôt de fortes doses de parathyroïdine, elle mit bas six petits, dont elle en éleva quatre, avec, au cours de la lactation, un nouvel accès, combattu comme le précédent.

Les trois chiennes avaient de 0g50 à 1 gramme d'albumine qui augmenta pendant les derniers jours de la grossesse. L'éclampsie fut précédée d'oligurie et même d'anurie.

Le même auteur a publié encore la très intéressante expérience que voici (4) :

Une chienne parathyroïdectomisée en 1896 a une grossesse cinq mois après ; elle présente alors des phénomènes intenses de tétanie et n'est sauvée que par la cure thyroïdienne à fortes doses. L'allaitement terminé, la cure suspendue, elle se porte très bien. En 1897, nouvelle grossesse, nouvelle parturition, puis allaitement avec *intensité et amour*, au cinquième jour apparition des accès épileptiformes, même traitement, même résultat. Au mois d'avril 1898, mêmes accès épileptiformes cinq jours avant la parturition ; le traitement est toujours administré avec le même succès. Elle meurt de vieillesse trois ans après sans avoir été à nouveau fécondée et sans avoir présenté aucun phénomène convulsif.

Enfin, Frommer (5) injectant, dans le péritoine, de lapins parathyroïdectomisés, 5 à 6 grammes de placenta humain, détermina des accidents d'intoxication qui prouveraient, dit-il, que le placenta humain est toxique, et que la parathyroïde a des fonctions antitoxiques.

(1) Richon et Jeandelize. Soc. de biol., 1905.
(2) Thaler et Adler. Soc. império-royale des médecins de Vienne, 15 juin 1906.
(3) Vassale. Soc. médico-chirurg. de Modène, 4 juillet 1906.
(4) Vassale. *Arch. ital. de biol.*, t. XLIII, p. 177.
(5) Frommer. Soc. império-royale des médecins de Vienne, 22 juillet 1906.

Au cours de mes expériences sur l'appareil thyro-parathyroïdien du chien, j'avais, une fois, laissé échapper un parathyroïde, que l'autopsie montra hypertrophiée. Or, l'animal se rétablit parfaitement, mais, trois mois plus tard, succomba avec les signes de l'éclampsie gravidique.

II

Y A-T-IL DES ACCIDENTS CONVULSIFS ATTRIBUABLES A L'INSUFFISANCE PARATHYROÏDIENNE CHEZ L'HOMME? — I. *En dehors de la grossesse.* — Des accidents convulsifs analogues à ceux que l'on peut, comme nous venons de le voir, provoquer expérimentalement chez les animaux, avaient été observés chez l'homme, à la suite de la thyroïdectomie. Depuis que les Reverdin (1) et Kocher (2) décrivirent les accidents strumiprives et démontrèrent qu'on pouvait les éviter en laissant en place une partie de l'organe, ils sont devenus plus rares. Aussi n'y insisterons-nous pas, renvoyant à la thèse de Jeandelize et à l'article de Broca dans le *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus.

Rappelons seulement, d'après Jeandelize, la physionomie de ces accidents.

Quelques jours après la thyroïdectomie, d'ordinaire du troisième au sixième (comme dans les expériences sur les animaux), parfois plus tôt ou plus tard (au bout de quatre mois dans un cas de Kocher), les malades étaient pris de convulsions des extrémités, supérieures, le plus souvent, parfois unilatérales (Reverdin, 1883, p. 323) qu'annoncent parfois des fourmillements dans les doigts, des tiraillements musculaires.

D'habitude, il s'agit de contractions toniques des mains qui se ferment avec tant de violence, que les ongles peuvent entrer dans la peau. Elles peuvent se généraliser aux membres inférieurs, à la face; un malade de Combe (3) souffrait tant qu'il lui semblait que ses bras allaient se casser; il demandait qu'on lui rompe ses muscles, « qui sont si durs. » Reverdin a vu une fois la participation du diaphragme et note que les contractures étaient réveillées par les changements de position, survenaient pendant le pansement.

Des crises plus violentes peuvent s'y ajouter : Kocher a vu une fois des crises épileptiformes de courte durée, mais avec chute et perte de connaissance; l'opéré de Combe tombait raide et contracturé, les jambes immobilisées, les mains serrées le pouce en dedans, sans pouvoir faire un mouvement. De semblables crises peuvent se renouveler jusqu'à quinze fois par jour.

La tétanie peut cesser rapidement, durer huit à quinze jours, ou se prolonger pendant des mois et des années, avec des rémissions.

La mort peut en être la conséquence, due à une dyspnée que ne calme pas la trachéotomie, et que l'on a attribuée soit à l'intoxication bulbaire, soit au spasme des bronchioles. Le malade de Combe mourut trois ans et demi après l'opération, au cours d'une crise de tétanie.

Ces accidents sont d'autant plus à redouter que l'extirpation du thyroïde est plus complète (v. Eiselsberg) : Billroth a observé 10 cas de tétanie sur 38 thyroïdectomies complètes, Reverdin 3 cas sur 17 opérations, Mickulicz, 4 sur 7.

(1) Reverdin. Soc. méd. de Genève, 1882, et *Revue méd. de la Suisse romande*, 1883.
(2) Kocker. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXIX, p. 255.
(3) Combe. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1897, p. 77.

La tétanie est atténuée par le bromure, le chloral, la morphine, mais d'une manière inconstante. Byron Bramwell (1) l'a traitée avec succès par l'extrait thyroïdien.

Dans un cas de Suchowa Ossipowa (2) une jeune fille de dix-sept ans fut prise, quatre jours après l'ablation d'un goitre, de crampes se reproduisant plusieurs fois par jours sans perte de connaissance. Les règles s'arrêtèrent; ultérieurement apparurent des troubles psychiques. Un essai de greffe thyroïdienne n'amena qu'une amélioration transitoire, de même que l'opothérapie thyroïdienne.

Pineles (3) remarquant la rareté de la tétanie dans les thyroïdectomies partielles médianes, admettant d'autre part, que chez les animaux, de semblables accidents sont dus, non à l'ablation du thyroïde, mais bien des parathyroïdes, conclut qu'il en est de même chez l'homme dont les parathyroïdes, situées sur le bord postérieur du thyroïde (4) sont respectées plutôt par la thyroïdectomie partielle médiane, que par l'ablation totale de l'organe.

Fait important : le 4 mai suivant, à la même Société, Escherich apportait à la manière de voir de Pineles la confirmation de la clinique, en faisant remarquer combien rarement on observe la tétanie dans l'aplasie thyroïdienne; mais, ajoutait-il, toutes les tétanies ne sont pas dues à l'insuffisance des parathyroïdes, en particulier, celle des enfants rachitiques. Jonas, au contraire, répond que dans la dilatation gastrique, la tétanie est due à l'insuffisance parathyroïdienne. A cette manière de voir, Lœbl objecte que la tétanie gastrique s'améliore en même temps que les troubles digestifs : il demande à ses contradicteurs s'ils regardent également comme d'origine parathyroïdienne la tétanie par altération des organes abdominaux.

Puis V. Frankl Hochwart insiste sur la rareté de la tétanie dans les régions où le goitre est endémique.

Enfin Redlich clôt le débat que nous venons de résumer, en déclarant que toutes les tétanies se ressemblant cliniquement doivent avoir la même origine. Mais ce n'est pas à la clinique de les rapporter à l'insuffisance parathyroïdienne qu'elle est impuissante à diagnostiquer.

Dans sa monographie intitulée : Sécrétion interne, Biedl (5) exprime l'opinion que chez l'homme, la tétanie est d'origine parathyroïdienne, l'insuffisance thyroïdienne donnant des accidents chroniques.

Ainsi donc, voici la question élargie : l'insuffisance parathyroïdienne semble être, chez l'homme comme chez l'animal, la cause de la tétanie strumiprive, mais ne *peut-on attribuer d'autres accidents convulsifs à une insuffisance parathyroïdienne survenant spontanément?*

Lundborg (6) développe cette question dans un important mémoire : il relate l'observation d'une jeune fille de vingt-quatre ans, qui atteinte à onze ans de maladie de Basedow, subit trois thyroïdectomies successives. Quelques jours après la dernière, elle eut deux légères attaques de tétanie avec raideur musculaire dans les extrémités, puis, pendant trois à quatre mois, elle était prise, quand elle était fatiguée, de tension musculaire généralisée durant de quelques minutes à une demi-heure. Puis, tout rentra dans l'ordre : pendant plusieurs années, elle travailla comme fille de ferme, tandis que le goitre reparaissait peu à peu, grossissant aux époques menstruelles et à l'occasion des refroidissements. Depuis six mois, elle éprouva, à chaque époque, des crampes musculaires, durant trois jours, pendant lesquels le thyroïde grossit, les bras et les jambes deviennent raides, les poings se ferment, « la malade ne pouvant les ouvrir. » Dans les intervalles, la santé est parfaite. A la dernière attaque, la raideur s'accompagna de raideur musculaire généralisée et de violents maux de tête. Cet accès avait duré trois jours, pendant lesquels la malade perdit plusieurs fois connaissance.

Lundborg constata un goitre du volume d'une petite pomme; il remarque que les muscles sont hyperexcitables : une percussion légère au marteau réveillait les crampes dans le membre percuté, de même que la compression des artères et des nerfs.

Le traitement thyroïdien amena la guérison rapide, mais trois mois après la suspension du traitement, les accidents reparurent, pour céder de nouveau à l'opothérapie thyroïdienne.

Puis Lundborg discute longuement le rôle possible des parathyroïdes en pathologie humaine, et résume son opinion dans le tableau suivant :

Insuffisance.

THYROÏDE.	PARATHYROÏDES.	
États de stupeur? myxœdème.	Paralysie agitans.	Tétanie. Myoclonie (myoclonus-épilepsie).
Hypothyroïdisme chronique bénin de Hertogh.		Myotonie (hypoparathyroïdisme chronique bénin ?)

Hyper ou dysfonction.

États psychiques? Basedow.	Paralysie myasthénique.	Paralysie familiale périodique, myotonie périodique (?).

Voyons maintenant quels sont les faits sur lesquels peuvent s'appuyer ces hypothèses.

Tétanie. — Dans le chapitre de son livre consacré à l'insuffisance parathyroïdienne spontanée chez l'homme, Jeandelize résume ainsi la question :

Dans leurs rapports au Congrès de médecine de Toulouse de 1902, d'Espine et Moussous insistent sur la rareté ou même l'absence de convulsions dans le myxœdème congénital ou acquis. Cependant Jeandelize, sur 29 cas d'idiotie myxœdémateuse de Bourneville, a vu 4 cas avec convulsions, qu'il n'a pas spécialement recherchées, cependant; deux de ces faits appartenaient à des formes frustes de la maladie; il ajoute que Bézy (Congrès de Paris, 1900) a observé la tétanie, chez de jeunes enfants allaités par des nourrices atteintes de goitre ou de myxœdème. Enfin les rapports de Mossé et d'Ausset, aux Congrès de gynécologie de Nantes (1901), contiennent des cas de tétanie améliorés par l'opothérapie thyroïdienne (les extraits thyroïdiens contiennent toujours des parathyroïdes internes) : pour la tétanie de l'adulte, le rapport de Mossé cite également un cas de Schultze amélioré par l'opothérapie thyroïdienne : enfin, Jeandelize ajoute un fait semblable de Dorn (*Berl. klin. Woch.*, 1896).

(1) Byron Bramwell. *Brit. med Journ.*, 1er juin 1895.
(2) Suchowa Ossipowa. *Obosrenze psychiat.*, 1905, n° 5.
(3) Pineles. Soc. império-royale des médecins de Vienne, 29 avril 1904.
(4) Les parathyroïdes de l'homme ont été décrites par Sandstroem en 1880, puis par Chantemesse et Marie (Soc. méd. des hôpit., 1893). Consulter aussi les thèses de Verdun et de Jeandelize.
(5) Biedl. Berlin 1904.
(6) Lundborg. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1904, t. XXVII, fasc. 3-4, p. 217-239.

A ces faits, il convient d'ajouter ceux de Murraron (1) : attaques épileptiformes suspendues, chez deux crétins goitreux, par l'opothérapie *parathyroïdienne*, et de Mant et Shaw (2) : tétanie chez une jeune fille de neuf ans atteinte de groubles gastro-intestinaux graves, apparemment guérie après un traitement parathyroïdien. Dans une leçon qu'il intitule la « tétanie parathyroïdienne », Marinesco (3) relate l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, présentant à la fois des signes de basedowysme et des crises de tétanie intermittentes. L'opothérapie parathyroïdienne suspendit, au moins momentanément, ces dernières et fit disparaître l'hyperexcitabilité mécanique (signes de Trousseau, de Chvosteck, de Hoffmann), et électrique des muscles et des nerfs. On trouvera encore quelques exemples de tétanie améliorée par l'opothérapie thyroïdienne dans le travail de Campbell et Howard : *La tétanie* (4).

Voici des faits plus importants, parce qu'ils ont le contrôle de l'autopsie : Maresch (5) constate la présence des parathyroïdes à l'autopsie d'une fillette de huit ans, atteinte d'aplasie thyroïdienne. Peucker (6) a publié un cas analogue. Ces deux observations sont du plus haut intérêt, si on les rapproche de l'assertion des cliniciens, concernant la rareté des accidents convulsifs dans l'aplasie parathyroïdienne; cette absence s'explique si de nouvelles autopsies viennent montrer, dans tous ces cas, comme dans les deux ci-dessus, l'intégrité des parathyroïdes.

Inversement, Carnot et Delion (7) ont observé, à la période terminale d'une phtisie pulmonaire, des mouvements convulsifs polymorphes, avec perte de connaissance, pendant huit heures. L'autopsie montra l'absence de méningite : les reins étaient relativement peu touchés; il y avait de l'œdème cérébral: la thyroïde était scléreuse; les parathyroïdes internes, bien qu'atteintes de sclérose et infectées, présentaient une assez grande quantité de cellules saines; des externes, la droite n'est pas trouvée, la gauche, caséifiée, n'est reconnaissable qu'à ses extrémités.

La thèse de Garnier (Paris 1899) contient quelques descriptions de parathyroïdes au cours des infections : enfin, on a pu trouver diverses altérations des parathyroïdes sans accidents convulsifs.

Les discussions qui ont eu lieu à propos de la tétanie à la Société império-royale des médecins de Vienne il y a quelques mois (8) montrent bien l'état actuel de la question. Voici ce qui s'en dégage :

Pour la *tétanie post-opératoire*, elle est, dit von Eiselsberg, comme celle obtenue expérimentalement chez les animaux, due à l'ablation des parathyroïdes. On peut l'atténuer par l'opothérapie ou la greffe thyroïdiennes. Elle est devenue plus rare, parce qu'on ménage mieux, au cours des opérations, la région des récurrents, qui contient les parathyroïdes.

Cependant, il y a encore des points obscurs : on ne s'explique pas pourquoi, après des thyroïdectomies subtotales, la récidive du goitre peut, tantôt faire apparaître la tétanie, d'autres fois, au contraire atténuer la tétanie préexistante. Une malade, observée par l'auteur, eut, à trente-huit ans, des accidents de tétanie puis des symptômes de cachexie chronique, à la suite d'une thyroïdectomie. Les deux années suivantes, deux grossesses, sans accidents; pendant la dernière grossesse apparut une tumeur sternale, en même temps que disparaissait la cachexie chronique. Trois ans plus tard, cette tumeur, qui prenait les allures d'un néoplasme malin, fut extirpée; il s'agissait d'un épithélioma développé dans une métastase goitreuse. L'opération fut suivie de tétanie, puis de cachexie chronique à laquelle la malade finit par succomber, après avoir eu encore un enfant, sans accidents.

M. von Frankl Hochwart ajoute que les sujets atteints de tétanie strumiprive succombent, en général, assez rapidement à la cachexie, et dit qu'il n'a pas pu, cliniquement, établir nettement la différence des deux catégories d'accidents (tétanie, cachexie).

Pour la *tétanie spontanée*, M. Eischereich fait observer qu'elle n'a encore bénéficié en rien de la découverte de la tétanie parathyréoprive. Il est, en cela, d'accord avec M. Kassowitz, qui cite même des cas où la tétanie infantile fut aggravée par l'opothérapie parathyroïdienne; cette affection ne semble pas, d'ailleurs, reconnaître la même cause que la tétanie parathyréoprive ou gravidique; l'hygiène a une grande importance, et la médication phosphatée la guérit. M. Biedl ajoute une constatation importante; il affirme que, dans la tétanie parathyréoprive, l'opothérapie thyroïdienne lui a donné des améliorations qui ne sont pas dues à l'action des parathyroïdes, le *traitement parathyroïdien s'étant montré inefficace*. D'ailleurs, cette action, encore inexpliquée, de l'opothérapie thyroïdienne, n'est que transitoire, et n'empêche pas la terminaison fatale.

Epilepsie. — Quelques auteurs ont constaté, à la suite de leurs expériences sur les animaux ou des opérations pratiquées sur l'homme, des convulsions épileptiformes; il est extrêmement difficile d'interpréter ces faits, ainsi que les cas de convulsions épileptiformes, signalés par Jeandelize (p. 706 et suiv.) chez des crétins goitreux. Je ne sache pas qu'aucune constatation ait été publiée, concernant l'état des parathyroïdes dans l'épilepsie.

Vassale (Soc. méd.-chir. de Modène, 18 fév. 1905) a essayé l'opothérapie thyroïdienne chez trois épileptiques, avec résultat favorable surtout chez une jeune fille de vingt-trois ans, épileptique dès l'enfance, avec grave déchéance psychique depuis l'âge de quinze ans, et qui, depuis plusieurs années, avait abandonné le bromure.

Maladie de Basedow. — Les traités les plus récents mentionnent la théorie parathyroïdienne; voici les faits qu'elle a à son actif :

Moussu (1), ayant constaté l'aggravation du myxœdème par le traitement parathyroïdien, et vu que cette aggravation disparaissait en reprenant le traitement thyroïdien, essaya chez une basedowienne agée de trente ans, l'opothérapie parathyroïdienne; il lui donna huit parathyroïdes de cheval à manger tous les jours, pendant dix jours, puis la laissa reposer pour reprendre au bout de quelques jours le traitement. Au bout de quarante jours, le tremblement, les palpitations, l'hyperexcitabilité générale avaient disparu, l'exophtalmie s'était atténuée, la tachycardie était tombée de 100-110 à 88-92. Le traitement ayant

(1) Murraron. *Il Policlinico* (section pratique), 1905, p. 974.
(2) Mant et Shaw. Soc. clin. de Londres, 26 janv. 1906.
(3) Marinesco. *Semaine médicale*, 21 juin 1905.
(4) Campbell et Howard. *The Amer. Journ. of the med. sc.*, fév. 1906.
(5) Maresch. *Deuts. Zeits. f. Heilk.*, t. XIX, p. 249.
(6) Peucker. *Deuts. Zeits. f. Heilk.*, 1899, t. XX.
(7) Carnot et Delion. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1905, t. I, p. 321.
(8) V. *Presse méd.*, 1906, nº 47, p. 377; nº 62, p. 496; nº 70, 1er sept.

(1) Moussu. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1899, p. 242.

été interrompu pendant six semaines, les accidents reparurent, pour s'atténuer de nouveau par la reprise du traitement parathyroïdien.

Humphry (1) dans deux autopsies, a constaté une infiltration évidente des parathyroïdes par la graisse ; elle se trouvait entre les cellules glandulaires, qui étaient en partie détruites. Dans un troisième cas, même infiltration, mais plus discrète. Enfin, dans le corps thyroïde d'une quatrième malade, enlevé chirurgicalement, l'auteur trouva une parathyroïde dont les cellules lui parurent normales.

Sur 18 autres sujets morts d'affections diverses, il ne trouva qu'une seule fois l'infiltration graisseuse des parathyroïdes, 12 sujets étaient âgés de moins de cinquante ans.

Maladie de Parkinson. — Dans une Revue générale parue ici même et dans ma thèse (2), je me suis efforcé de montrer qu'aucune des lésions constatées jusqu'ici n'expliquait la maladie de Parkinson, non plus que les nombreuses théories qui ont été émises sur sa nature; depuis cette époque, on a signalé des lésions musculaires; Schiefferderker, dont les résultats ont été confirmés par Idelsohn, Salaris, Catola ont décrit à nouveau des lésions musculaires; mais les auteurs ont aujourd'hui tendance à rapporter cette affection à une intoxication endogène, dont beaucoup recherchent la cause dans une perturbation des sécrétions internes.

Castelvi (3) dit avoir, par l'opothérapie thyroïdienne, vu cesser les sueurs et s'atténuer le tremblement. Deux autopsies lui ont montré : dans un cas, le thyroïde scléreux ne pesant que 9 grammes, dans le second, des kystes multiples de l'organe.

Enfin Berkeley (4) rapporte la maladie de Parkinson à l'insuffisance des parathyroïdes et, dans 9 cas sur 11, a obtenu, par l'opothérapie parathyroïdienne, une amélioration marquée surtout dans les cas récents.

II. *Eclampsie parathyroïdienne.* — Les expériences ont montré la possibilité, chez les animaux parathyroïdectomisés, de tétanie gravidique, avec albuminurie fréquente, et lésions rénales : l'opothérapie parathyroïdienne atténue ces accidents. On s'est demandé quel rôle les parathyroïdes peuvent jouer chez la femme, dans la genèse de l'éclampsie gravidique.

Lange (loc. cit.) constata que, sur 133 femmes enceintes, 108 présentèrent une hypertrophie manifeste du thyroïde, pendant les trois derniers mois de la grossesse, pour les multipares, pendant les quatre derniers pour les primipares; cette hypertrophie disparaît après l'accouchement, ou sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne. Or, de ces 108 femmes, 2 seulement, atteintes d'une néphrite antérieure à la grossesse, présentèrent de l'albuminurie.

Sur les 25 autres, 22 fois l'hypertrophie faisait manifestement défaut; or, 20 de ces femmes présentèrent de l'albuminurie; 16 avaient, en même temps, des cylindres dans l'urine; 6 eurent de l'éclampsie; 2 de ces 6 femmes étaient sœurs; l'une d'elles eut de l'éclampsie à ses deux grossesses, ce qui expliquerait le caractère familial attribué à l'éclampsie par Elliott.

(1) Humphry. *The Lancet*, 1905, t. II, p. 1390.
(2) Alquier. Pathogénie de la maladie de Parkinson, *Gaz. des hôpit.*, 13 et 20 juin 1903; — Th. de Paris, 1903.
(3) Castelvi. *Riv. di med. y cirurgia praticas*, Madrid 1903.
(4) Berkeley. *Med. News*, t. LXXXVII, 1905, p. 1060.

Nicholson (1) a, dans 4 cas d'éclampsie, obtenu d'heureux effets de l'opothérapie thyroïdienne à hautes doses.

Heile (2) a opéré, pendant le neuvième mois de la grossesse, une femme de quarante-cinq ans, d'un goitre qui semblait devenir malin. Or, bien que l'auteur n'ait fait qu'une ablation partielle, laissant en place deux glandules du volume d'un œuf de poule, sept jours après l'opération, apparurent des accidents convulsifs avec perte de connaissance toutes les deux heures. On fit l'accouchement prématuré. Pendant huit jours les convulsions cessèrent, puis reparurent, atténuées.

Fruhinholz et Jeandelize (3) apportent une observation d'éclampsie, survenue, au moment du travail, chez une mxyœdémateuse de dix-huit ans (traces non dosables d'albumine).

Citons encore la thèse de Abt (4), contenant l'observation d'une femme, dont le thyroïde s'hypertrophiait à chaque grossesse, pour revenir ensuite à l'état normal. A la dixième elle eut un accès d'éclampsie, et mourut à la onzième avec des crampes et des crises tétaniques.

Gomot [de Moulins (5)] a obtenu un succès par le traitement par la thyroïdine ; malgré la violence des crises d'éclampsie, il put avoir un enfant vivant.

Vassale (6) a essayé une « parathyroïdine » qu'il a fait extraire des parathyroïdes du bœuf, par l'Institut sérothérapique de Milan, chez trois éclamptiques : les résultats furent tels, qu'il attribue l'éclampsie puerpérale à une insuffisance parathyroïdienne latente, que mettent en relief, pendant la grossesse, l'insuffisance hépato-rénale et toutes les intoxications invoquées actuellement comme causes d'éclampsie : d'ailleurs, ajoute-t-il, ce n'est pas là une simple hypothèse. Perper et Zanfrognini ont observé, à des autopsies d'éclamptiques, l'absence d'une ou deux parathyroïdes.

En somme, les expériences concordent avec les résultats des thyroïdectomies complètes, pour montrer qu'il peut exister chez l'homme une tétanie par insuffisance parathyroïdienne. Cette insuffisance semble être un facteur important de l'éclampsie puerpérale; il est difficile, à l'heure actuelle, de dire si elle est responsable, ou non, d'un certain nombre, tout au moins, de cas de tétanie et d'épilepsie Il semble également que dans la maladie de Basedow, et peut-être aussi dans la maladie de Parkinson, il faut étudier soigneusement les altérations possibles des parathyroïdes.

Comment se produisent les accidents convulsifs? — Ils ne sont pas d'origine périphérique, car la section des nerfs moteurs les suspend (Schiff) : d'autre part, chez le singe, l'ablation des parties excitables de l'écorce cérébrale ne les modifie pas (Horsley), non plus que la section de la moelle (Munk).

D'autre part, l'anatomie pathologique a donné des résultats qui, sans être décisifs, n'en présentent cependant pas moins un grand intérêt : Sanquirico et Canalis, Schiff, Horsley ont constaté

(1) Nicholson. *Scottish med. and surg. Journ.*, 1901.
(2) Heile. Soc. méd. silésienne, 13 juin 1902.
(3) Fruhinholz et Jeandelize. *Presse méd.*, 1902, p. 1023.
(4) Abt. Th. de Paris, 1904.
(5) Gomot. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 janv. 1905.
(6) Vassale. Soc. méd.-chir. de Modène, 18 fév. 1905 et 4 juillet 1906. — V. aussi in *Arch. ital. de biol.*, loc. cit.

l'anémie et l'œdème cérébral, proportionnels à l'intensité des accidents; dans les cas graves, Weiss a trouvé de l'hyperémie cérébrale; Rogowitch de la congestion et même de l' « encéphalite parenchymateuse », Schultze et Schwarz ont constaté des exsudats leucocytiques dans les méninges de la région cervicale.

Chez les chiens parathyroïdectomisés, Russell (1) a trouvé des lésions cérébrales légères, mais constantes : chromatolyse centrale ou totale, excentricité du noyau ou même, dans les cas graves, destruction des cellules. Ces lésions suffiraient pour expliquer la tétanie; lorsqu'elles sont intenses, elles pourraient peut-être expliquer la dégénérescence des faisceaux pyramidaux, signalés notamment par Vassale, et dont l'auteur a, dans un cas, observé l'ébauche. Lésions cellulaires analogues dans la moelle allongée et spinale.

Les accidents observés sont-ils bien dus à l'insuffisance thyroïdienne, et de quelle façon? — Nous avons vu que, pour les uns, les parathyroïdes auraient des fonctions différentes de la fonction thyroïdienne, tandis que, pour d'autres, les deux glandes seraient associées (2). Sans vouloir entrer dans une discussion d'ordre purement physiologique, nous croyons bon de rappeler brièvement les principaux points litigieux :

1° *On peut après la parathyroïdectomie observer la survie.* — Nous avons vu que l'interprétation de ces cas est extrêmement difficile et montré que, même sans recourir aux parathyroïdes aberrantes, on ne peut parler de parathyroïdectomie complète, qu'après avoir débité le corps thyroïde en coupes sériées, pour voir s'il ne contiendrait pas quelque vestige plus ou moins important.

Pour ce qui est des *troubles de la nutrition pouvant succéder, à longue échéance, à la parathyroïdectomie*, il faudrait vérifier si, comme le dit Vassale, l'ablation des glandules ne pourrait pas déterminer des altérations de la thyroïde.

Il est difficile de dire si, comme le veut Eecke, *les effets de la parathyroïdectomie sont identiques à ceux de la thyro-parathyroïdectomie* en raison de la difficulté d'une parathyroïdectomie totale.

2° *Comment les deux systèmes thyroïdien et parathyroïdien peuvent-ils retentir l'un sur l'autre?* — Jusqu'ici on n'a pu constater l'évolution des parathyroïdes vers le tissu thyroïdien, après la thyroïdectomie: peuvent-elles s'hypertrophier, comme l'admet W. Edmunds? La question est à reprendre entièrement : j'ajoute qu'elle est hérissée de difficultés et entourée de causes d'erreurs.

3° *Est-il vrai que la thyroïdectomie diminue les effets de la parathyroïdectomie?* — La valeur de cette assertion de Lusena a été contestée par d'autres; on en a proposé diverses explications hypothétiques.

4° *Quelle est la valeur de l'opothérapie parathyroïdienne?* — D'après la majorité des expérimentateurs, *elle n'a, sur les accidents convulsifs parathyréoprives, qu'une influence atténuatrice, et ne peut empêcher la terminaison fatale.* Diverses autres substances peuvent avoir une influence analogue, notamment les graisses bromées ou « alogénéés » (Conradi et Marchetti (3)].

(1) Russell. *Bull. of the John Hopkins' hosp.*, 1904, p. 196.
(2) V. Gley. *Presse méd.*, 1898, p. 17, et Vassale. *Riv. sperim. di freniatria*, 1901.
(3) Corandi et Marchetti. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1904, p. 255.

Il est de même très difficile de dire si, oui ou non, les heureux effets de l'opothérapie thyroïdienne sont dus aux produits des parathyroïdes internes; cette action a d'ailleurs été mise en doute, notamment par Moussu.

Enfin, il est bon d'indiquer, *comment on peut, à l'heure actuelle, tenter l'opothérapie parathyroïdienne.* Deux moyens s'offrent à nous :

1° Les greffes, en suivant la méthode de Cristiani (1); je n'ai trouvé aucun fait de ce genre, concernant la greffe parathyroïdienne;

2° L'opothérapie directe. Vassale, dans l'éclampsie, donne CXX gouttes de sa parathyroïdine le premier jour, puis, les accès disparus, LXXX gouttes par jour, mais nous ignorons à quoi ces doses correspondent.

Moussu a publié les indications suivantes (2) :

Pour obtenir un effet chez les chiens parathyroïdectomisés, il lui fallait arriver à 12-20 parathyroïdes de cheval, ce qui correspond, en poids, à 1 gramme et plus, en injection (broyées dans l'eau salée) sous-cutanée ou dans les veines (méthode plus rapide et plus active). Dans ces conditions il a obtenu de grandes améliorations, une fois la guérison complète, après deux injections intraveineuses de 2 grammes de parathyroïde.

FORMULAIRE

SUPPOSITOIRE CONTRE LES HÉMORROIDES

Chrysarobine................	0gr08
Iodoforme....................	0gr02
Extrait de belladone...........	0gr01
Beurre de cacao..............	2 grammes.

F. s. a. Pour un suppositoire. Un chaque soir.

En trois ou quatre jours, les douleurs et hémorragies disparaissent et la guérison est souvent obtenue. — (*Bull. gén. de thérap.*)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

(1) Cristiani. *Sem. méd.*, 1904, p. 81; 1905, p. 109.
(2) Moussu. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1898, p. 867.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Etudes de Mes LECONTE et PILLET, notaires à Aix-les-Bains, et de Me Constant LAJOUE, avoué à Chambéry, rue de Boigne, n° 14.

VENTE par licitation, le 29 novembre 1906, à 4 heures de l'après-midi, en l'étude de Me LECONTE, notaire à Aix-les-Bains, de la SOURCE D'EAU MINÉRALE « d'Aix-St-Simon » Source Raphy sise à AIX-LES-BAINS « alcaline légère, bicarbonatée, organico-calcique, magnésienne, suroxygénée »; exploitée depuis 1838. Approuvée par l'Académie de médecine et autorisée par l'Etat. Mise à prix : 30000 fr. — S'adresser à Mes LECONTE et PILLET, notaires à Aix-les-Bains, déposit. du cahier des charges, et à Mes LAJOUE et BUREAU DU COLOMBIER, avoués à Chambéry, colicitants. L'avoué poursuivant : C. LAJOUE.

N° 129. — MARDI 13 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 13 NOVEMBRE 1906. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — M. Léon Grimbert, agrégé, pharmacien de l'hôpital Cochin, est nommé directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux, en remplacement du regretté professeur Prunier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Lamy, Hersant et Robin, comme internes titulaires; MM. Nory, Gaignard, Granval et Gabory, comme internes provisoires.

— Bordeaux. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Loubat, Bourderon, Mauriac, Charbonnel, Guérive, Beauvieux et de Raquine, comme internes titulaires; MM. Dupérier, Jean Chavoix, Mothes, Ployé, Schneyder comme internes provisoires.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Baudrimont, Lacoste, Quercy, Nebout, Laurent, Auricombe, Le Page, Mary, Augistrou, Pinard, Borel, Hesnard, Grégoire, Rivière, Laparade, Soum, Despujols, Seringes, Cambriels, Husnot, Roussillon, Gambier, Baisez, Goudy, Féraud, Verger, Dubourg, Auxion, Dyonneau, Coiquaud, Mathieu, Rouché, Savournin, Corson, Lepeuple, Groc, Gessen, Bordenave, Bardon, Germain, Ricard, Roussy, Got, Boutin, Lucas, Lossouarn, Flurian, Bourguignon, Garros, Riquier, Laborde, Rey, Darrasse, Gayrard, Foliguet, Gutierrez, Vitrac et Mabille.

Récompenses accordées par délibération de la Commission administrative des hospices. — Prix Delord (440 francs) : M. Lacouture (4e année).

Prix de l'Administration (150 francs de livres) : M. Charrier (4e année).

Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Villemonte (3e année).

Médailles d'argent : MM. Gaignerot, Carles, Latreille, Latronche, Canaguier, Dubourdieu, Rousseau, Puyhaubert, Lautier, Cléjat, Peyre, internes des hôpitaux; Bourderon, interne provisoire; Patarronni, Capitrel, Giresse, Bacqué, Boisseau, Charbonnel, André Chavoix, Brun, Antoine, Charles Lamothe, externes titulaires.

Médailles de bronze : MM. Dupérié, Beauvieux, Louis Mathieu, Dupouy, Loubat, internes provisoires; Pessonnier, Ployé, Guérive, Jean Ferron, Parouty, Duthu, Marcandier, Charron, Cazaillet, Piéchaud, Piétri, Brau-Tapie, Guimezanes, Boyer de la Giroday, Maupetit, Dupouy, Féret, Tardieu, externes titulaires.

— Lille. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations de MM. Gérard (Maurice), Tramblin, Swynghedauw, Hannart, Paquet, Bricout, Leconte, Andrès, Deremaux, internes titulaires; Brohan, Legrand, Lheureux, Cannac, internes provisoires.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de MM. Pierret, Leclercq (Jules), Boissart, Veaudeau, Vernier, Monnier, Pépy, Pélissier, Lefebvre (Paul), Ruyssen, Roland, Guersant, Dubus, Durand, Lefebvre (Gaston), Herbaux, Bocquillon, Bézu, Toulotte, Boda.

— Lyon. — Sont nommés, après concours, pharmaciens-adjoints des hôpitaux :

MM. Jacquard, Debon, Rochaix, Gerbier, Prat, Maréchal, Guerry, Mounier, Jurain, Bouchet et Jourdain.

Sont nommés pharmaciens-adjoints suppléants :

MM. Mayer, Charrier, Bourgeon, Trioulet, Massot, Guerpillon, Maire, Puillet, Chénet, Truchet, Brun, Raoux, Béraud et Mlle Bard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Monteli est délégué dans les fonctions de chef du laboratoire d'hygiène pour l'année 1906-1907.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. le docteur Papin, chargé de cours, est nommé professeur d'histologie.

— Besançon. — M. Zorn, professeur suppléant, est nommé chef des travaux de physique et de chimie.

— Nantes. — M. le docteur Veillon est nommé chef des travaux de chimie.

— Poitiers. — M. le docteur Coulongeat est nommé chef des travaux d'histoire naturelle.

Guerre. — Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin aide-major de première classe Pénaud, détaché à l'hôpital militaire de Marseille, est affecté au 1er d'artillerie coloniale à Rochefort.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Hugues (des Arcs) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Inspection des écoles de Paris. — M. Chimot est nommé médecin-inspecteur des écoles au XIe arrondissement, septième circonscription.

Les protestations contre le certificat d'études médicales supérieures. — A la suite de la visite du bureau de la Société de l'Internat au ministre de l'Instruction publique, visite dont nous avons rendu compte, la Société va provoquer une réunion plénière des internes et anciens internes de Paris, pour discuter les questions suivantes :

1° Le décret, tel qu'il a été rédigé, représente-t-il une bonne orientation pour le travail préparatoire au concours de l'agrégation ?

2° A un point de vue plus général, ce décret est-il en harmonie avec les principes qui, de l'avis de presque tout le corps médical, doivent inspirer la réforme de notre enseignement ?

La médaille du professeur Gilbert. — Nous rappelons à nos lecteurs que la souscription que les amis et les élèves du professeur Gilbert ont ouverte en vue de lui offrir une médaille à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine sera définitivement close le 26 novembre prochain.

Les souscriptions sont reçues jusqu'à cette date par J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort M. le docteur Hervé de Lavaur (de Rivesaltes).

Hopital Laennec. — Service d'ophtalmologie. — *Exercices pratiques de technique ophtalmologique sous la direction du docteur* Rochon-Duvignaud, *chef de service*. — Les docteurs Onfray et Caillaud, assistants du service, commenceront le lundi 26 novembre, à une heure et demie, une série d'exercices pratiques de clinique ophtalmologique.

Applications à la clinique des procédés d'optique, d'électricité (emploi de l'électro-aimant, électrolyse, radiothérapie oculaire, etc.) et des procédés de laboratoire.

Le cours sera complet en vingt leçons.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades et au maniement des appareils ; leur nombre est par conséquent limité.

Prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès du docteur Onfray, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

du 19 au 24 novembre 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Gosset et Pierre Duval ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Legry et Balthazard ; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 20 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — (2e série) : MM. Raymond, Thiroloix et Méry ; — M. Marion, suppléant.

Mercredi 21 novembre, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Branca.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Wallich, et Cunéo ; — (2e série) : MM. Reclus, Legry et Potocki.

4e : MM. Pouchet, Balthazard et Macaigne ; — M. Richaud, suppléant.

Jeudi 22 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Bezançon et Maillard.

1er (oral) : MM. Poirrier, Faure et Launois.

3e (2e partie, oral) : MM. Dieulafoy, Renon et Jeanselme.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Langlois ; — (2e série) : MM. Robin, Dupré et Richaud ; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 23 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 24 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Chantemesse et Gouget ; — (2e série) : MM. Hutinel, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Vaquez, suppléant.

THÈSES

Mercredi 21 novembre 1906, à une heure. — M. Maymou. Cas insidieux d'infections d'origine utérine. (MM. Pinard, président ; Terrier, Segond et Lepage.) — M. Salamo. Les mastoïdites des nourrissons. (MM. Terrier, président ; Pinard, Segond et Lepage.) — M. Boismard. De l'estomac biloculaire et spécialement de son traitement chirurgical. (MM. Terrier, président ; Pinard, Segond et Lepage.) — M. Fournal. De l'appendicocèle (étude rétrospective). (MM. Segond, président ; Pinard, Terrier et Lepage.) — M. Galippe. Contribution à l'étude de la valeur nutritive et thérapeutique de la laitance et des œufs de poisson. (MM. Landouzy, président ; Brissaud, Déjerine et Marcel Labbé.) — M. Lucas-Championnière. Essai comparatif sur différents procédés de développement musculaire. (MM. Brissaud, président ; Landouzy, Déjerine et Marcel Labbé.) — M. Lemière. De l'emphysème sous-cutané et spécialement de l'emphysème dit médical. (MM. Brissaud, président ; Landouzy, Déjerine et Marcel Labbé.) — M. Elmerich. Végétations adénoïdes chez le nourrisson. Leur influence sur son développement. (MM. Déjerine, président ; Landouzy, Brissaud et Marcel Labbé.)

Jeudi 22 novembre 1906, à une heure. — M. Desquiens. Phlegmatia alba dolens du membre supérieur chez les asystoliques. (MM. Cornil, président ; Hutinel, Chantemesse et Méry.) — M. Roy. Entéro-colites et appendicite chez l'enfant. (MM. Hutinel, président ; Cornil, Chantemesse et Méry.) — M. Bonnabel. Contribution à l'étude de quelques affections congénitales du cœur compatibles avec l'existence et de leur pronostic. (MM. Hutinel, président ; Cornil, Chantemesse et Méry.) — M. Ravry. La reglobulisation du sang chez les enfants tuberculeux soumis à la cure d'air à l'hôpital Hérold. (MM. Chantemesse, président ; Cornil, Hutinel et Méry.) — M. Graillon. Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode orthopédique abrégée. (MM. Berger, président ; Budin, Pozzi et Brindeau.) — M. Magne. Des paralysies faciales consécutives aux applications de forceps. (MM. Budin, président ; Berger, Pozzi et Brindeau.) — M. Milliot. Des fractures pathologiques du maxillaire inférieur. (MM. Pozzi, président ; Berger, Budin et Brindeau.)

MYXO-LIPOME DE LA FESSE

Par M. VEYRASSAT,

Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Genève.

Les tumeurs lipomateuses de la cuisse et de la région fessière peuvent être divisées en trois catégories tant au point de vue de leur structure qu'à celui des tissus aux dépens desquels elles se développent.

L'ensemble des travaux se rapportant à cette question nous permet en effet de distinguer :

1° Des lipomes purs;
2° Des fibro-lipomes;
3° Des myxolipomes.

Les *lipomes purs* se développent exclusivement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils se subdivisent, comme les lipomes d'autres régions, en lipomes circonscrits, encapsulés, énucléables, et en lipomes diffus. Ces derniers se confondent plus ou moins avec le tissu cellulaire sous-cutané, et présentent cette particularité d'être constitués par des pelotons adipeux séparés par des travées dures, fibreuses criant sous le bistouri. C'est pour ce motif que des anatomopathologistes leur donnent l'étiquette de fibro-lipomes, bien qu'ils se développent en plein tissu cellulaire, et non pas aux dépens de l'aponévrose. D'ailleurs leur diffusion a même amené plusieurs observateurs à les considérer, non pas comme des néoplasmes vrais, mais comme une adipose sous-cutanée due à des troubles trophiques. Ce point de vue est soutenable si l'on se rappelle qu'ils sont très souvent symétriques. M. Auguste Reverdin en a rapporté deux cas (*Bulletin de la Soc. de chir. de Paris*, 2 fév. 1904) et a attiré l'attention sur ce fait qu'ils sont souvent héréditaires et familiaux.

Les *fibro-lipomes* prennent naissance aux dépens de l'aponévrose fessière et du fascia lata. Ils sont constitués presque complètement par du tissu fibreux et n'étaient les amas graisseux qui les infiltrent parfois, ils mériteraient bien mieux le nom de fibromes.

Ils s'observent plus rarement que les lipomes purs et peuvent atteindre des proportions gigantesques. Kœberlé (*Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 179) en cite un qu'il avait extirpé sur un homme de cinquante ans. Situé à la partie interne de la cuisse, ce fibro-lipome avait 30 centimètres de diamètre vertical sur 21 centimètres de largeur et reposait directement sur les vaisseaux fémoraux.

Heurtaux (de Nantes), à l'article FIBROME du *Dictionnaire de Jaccoud*, rapporte qu'il a vu à l'amphithéâtre de dissection de Nantes, sur le cadavre d'une femme, un fibrome de la cuisse gauche d'un très gros volume. Cette femme de petite taille, âgée de vingt-huit ans, portait sa tumeur depuis six ans. Né dans l'aponévrose du fascia lata, ce néoplasme avait une circonférence de 102 centimètres dans le sens de la longueur et de 74 centimètres dans le sens transversal. Il pesait 25 livres, soit le tiers du poids du corps.

Viennent maintenant les tumeurs de la troisième catégorie : les *myxolipomes*.

Le premier travail où il est parlé des myxolipomes de la cuisse c'est la thèse de Rafin (Th. de Paris, 1885) qui était consacrée à l'étude du myxome diffus. Rafin signale deux cas de myxolipome de la cuisse que lui avait communiqués M. le professeur Poncet.

L'histoire anatomo-clinique des myxolipomes a été mise au point dans une Revue générale très complète que MM. Thévenot et Patel ont publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 22 juin 1901.

C'est à ce mémoire que nous empruntons les détails permettant de caractériser ce genre de néoplasme. Les myxolipomes prennent naissance, non plus dans le tronc cellulaire sous-cutané et sur les aponévroses, mais bien dans leurs interstices musculaires. D'après Ziegler le tissu cellulaire intermusculaire serait le point de départ le plus fréquent des tumeurs profondes des membres et du tronc.

On peut se demander si quelques tumeurs à prétendu développement aponévrotique, comme celle de Heurtaux, ne sont pas parties du tissu cellulaire intermusculaire, et ne devraient pas ainsi rentrer dans la catégorie des myxolipomes.

Il n'y a que la présence des éléments muqueux qui permette de trancher la question, et il n'apparaît pas que dans la masse souvent énorme de ces néoplasmes on ait toujours et partout recherché systématiquement la présence de ces éléments dont la coloration blanchâtre et la consistance filante se différencient pourtant assez bien de la teinte jaunâtre des éléments lipomateux.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de tumeur lipomateuse de la fesse et nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt d'en faire la relation et d'en discuter le diagnostic.

OBSERVATION. — Le 1er mai 1905, mon ami le docteur Bouchet et le docteur Deshusses me mandaient à Cruseilles auprès d'une de leurs malades.

C'était une femme de quarante-huit ans, de petite taille, qui portait à la fesse gauche une volumineuse tumeur.

Ses antécédents, tant héréditaires que personnels, ne présentaient rien de spécial à retenir.

A l'âge de vingt-six ans, elle s'aperçut que sur sa fesse gauche se développait une grosseur dont elle expliquait l'apparition par ce fait qu'étant couturière elle était obligée de travailler toujours assise et sur un siège trop dur.

Le néoplasme aurait acquis, en deux ou trois ans, des dimensions considérables.

Tout à fait indolore, il était par contre gênant par son volume. Il obligeait la malade à se pencher en avant, quand elle marchait, de manière à contrebalancer ce poids qui la tirait en arrière. Il l'obligeait même à cercler son bassin dans une ceinture métallique afin qu'on ne remarquât pas trop l'exubérance et surtout l'asymétrie de ses formes.

Très craintive, pudibonde à l'excès, elle n'aurait consenti à aucun prix à se montrer à quelqu'un, encore moins à un médecin.

Elle ne se maria pas pour ce motif et passa vingt-deux ans à dissimuler autant qu'elle le pouvait cette excroissance difforme.

Cependant, quelque précaution qu'elle prît, elle n'arrivait pas

à donner le change. Les habitants de son village se demandaient avec étonnement comment une si petite femme pouvait avoir un si gros postère. D'aucuns même prétendaient malicieusement qu'elle mettait une tournure.

Vers le mois d'août 1904 cette tumeur, dont elle n'avait jusqu'alors jamais souffert, si ce n'est moralement, s'ulcéra par frottement sur sa partie interne et devint le siège de douleurs sourdes.

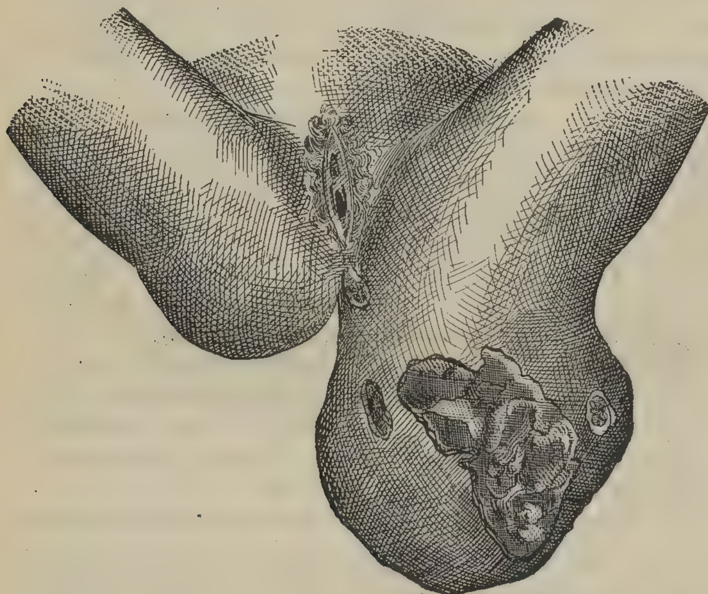


Fig. 1.

L'ulcération, absolument négligée, augmenta rapidement, et bientôt il se forma une vaste plaque de sphacèle qui s'étendit en surface puis en profondeur : véritable clapier d'où se dégageait une odeur infecte.

Cependant la malade persistait dans son entêtement à ne demander conseil à personne.

D'autres points s'ulcérèrent encore. L'odeur devint alors insupportable. Aussi la malade, objet de dégoût pour tous ceux qui l'approchaient, renonça-t-elle à sortir de chez elle.



Fig. 2

Elle maigrit, s'affaiblit, son appétit diminua et vers la fin d'avril 1905, à bout de forces et de souffrance, voyant qu'elle vomissait tout ce qu'elle prenait, incapable de supporter l'effroyable puanteur qui l'enveloppait, elle se résigna à appeler le docteur Deshusses à qui elle révéla son infortune en le suppliant de la débarrasser au plus vite de cette « pourriture ».

C'est dans ces conditions que je la trouvai, c'est-à-dire dans un état particulièrement précaire : cachexie avancée, température 38°5, langue rôtie, relent infect penétrant, emplissant toute la maison.

J'hésitais à intervenir et ce n'est que sur les instances formelles de la patiente que je me décidai à opérer, tout en faisant les plus grandes réserves sur le pronostic.

Le néoplasme énorme occupait toute la fesse gauche à laquelle il était solidement attaché par un large pédicule s'étendant de l'anus au grand trochanter.

La circonférence de ce pédicule mesurait environ 48 à 50 centimètres.

L'anus était déjeté à gauche, attiré en dehors et en bas. La peau qui l'avoisinait était brunâtre, pigmentée, sillonnée, de grosses veines se prologeant sur la face interne de la tumeur.

Sur les points qu'avait respectés le sphacèle, les téguments épaissis, un peu ridés, mais normaux comme coloration, se laissaient facilement mobiliser sur les plans sous-jacents.

A côté de zones résistantes, la palpation permettait de reconnaître des places plus molles, voire même fluctuantes; à la région inguinale, quelques petits ganglions très mobiles.

Je recouvris aussitôt la tumeur d'une serviette imbibée de créoline pour masquer un peu l'odeur.



Fig. 3. — *La tumeur est suspendue par la peau. La partie entourée d'un trait de plume indique les dimensions du pédicule* (1).

L'anesthésie fut conduite avec une extrême prudence par M. le docteur Deshusses, qui donna quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir.

Avec l'assistance experte du docteur Bouchet, j'attaquai la tumeur par une incision antérieure.

L'hémostase des grosses veines étant assurée par de bonnes pinces, je dus décoller le rectum qui, entraîné par le pédicule, s'infléchissait dans la fosse ischio-rectale gauche.

Le muscle releveur du côté gauche effondré s'éparpillait en fibres plus ou moins ténues sur le néoplasme, si bien qu'une partie du contenu abdominal faisait hernie dans la fosse ischio-rectale.

(1) Nous n'avons malheureusement pas pu photographier sur place la tumeur. Nous nous bornons à indiquer par des dessins sa situation anatomique et l'état de la cicatrice après l'opération. Les photographies prises après coup montrent bien les ulcérations.

Le pédicule se perdait dans les muscles fessiers, et paraissait se confondre avec l'aponévrose fessière. Il était possible de suivre quelques prolongements de ce pédicule vers l'ischion mais je n'en ai pas trouvé qui s'attachassent directement au sacrum ou au coccyx. Le pédicule fut d'ailleurs disséqué d'une façon sommaire, car l'état de la malade nous obligeait de mener l'intervention rapidement.

La tumeur enlevée, je drainai largement la plaie et l'opération se termina sans incident.

La malade, revenue presque aussitôt à elle, témoigna son contentement d'être délivrée.

Mais sept jours après elle succombait, complètement cachectique, à une reprise de sa gangrène au niveau de sa plaie.

Cette issue n'était pas pour nous surprendre, car l'intoxication était trop invétérée pour qu'on pût espérer un succès.

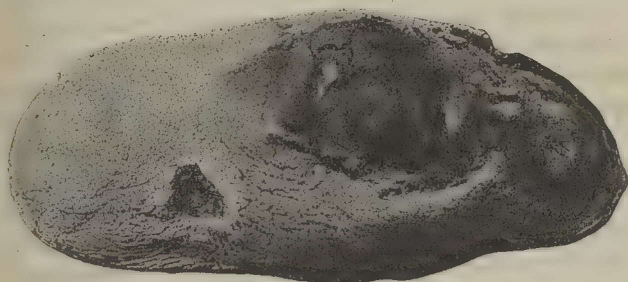


Fig. 4. — *La tumeur est un peu allongée, elle s'est étalée sur la table, ce qui modifie beaucoup sa forme qui était plutôt sphéroïde.*

Le néoplasme reste par lui-même digne d'intérêt par son volume, par son poids, et par le nom dont il convient de le désigner. Nous allons reprendre ces différents points.

Comme poids c'est un des plus gros : il pèse 19[k]500. Nous avons vu que celui de Heurtaux pesait 26 livres. C'est dire les dimensions énormes que peuvent acquérir ces tumeurs. Elles auraient été atteintes en deux ou trois ans chez notre malade et seraient restées de longues années sans subir d'augmentation.

Au point de vue anatomique, cette tumeur présentait, macroscopiquement, des endroits ramollis kystiques et des zones lipomateuses entourées de zones plus denses, très dures même par places.

Le bistouri sur certains points criait à la coupe.

L'examen microscopique montrait une structure qui différait suivant les points considérés. Tantôt c'était du tissu conjonctif avec peu de cellules et beaucoup de fibres. Celles-ci étaient généralement réunies en faisceaux épais. Les unes et les autres s'entrecroisaient dans tous les sens. Tantôt on rencontrait des masses homogènes, vitreuses, colloïdes. Tantôt enfin dans le voisinage de la peau et des ulcérations il y avait une forte infiltration de petites cellules rondes trahissant l'inflammation.

Il nous paraît que ces caractères sont suffisants pour désigner ce néoplasme sous le nom de myxolipome. Ce sont ceux qu'ont d'ailleurs si nettement décrits MM. Thévenot et Patel.

Mais le siège même de cette tumeur pose une question de diagnostic qui vaut la peine d'être discutée.

S'agit-il vraiment d'un myxolipome ou bien avons-nous affaire à une tumeur sacro-coccygienne ? et dans ce dernier cas s'agit-il d'un hydrorachis ou d'un kyste dermoïde ?

Ce diagnostic est malaisé surtout quand la tumeur est volumineuse. Souvent en effet les tératomes sacro-coccygiens sont recouverts d'amas graisseux qui leur donnent, à s'y méprendre, l'aspect de lipomes.

Et dans ces masses énormes il est impossible de reconnaître par la palpation les connexions intimes du pédicule. Comment savoir s'il est en communication avec le canal rachidien ?

La question est simple à résoudre si l'on se trouve en présence d'une tumeur médiane située au bas du sacrum et disposée plus ou moins symétriquement. Mais il est des myélocystocèles qui ne se développent que sur un seul côté, sur une fesse, et qui simulent un myxolipome fessier (Rieffel, in *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus). Le palper et l'inspection ne peuvent donc permettre de dire si une tumeur rétro-sacro-coccygienne unilatérale communique oui ou non avec le canal médullaire.

Aussi, dans un cas comme le nôtre, n'était-ce que le bistouri qui pouvait trancher la question d'une manière catégorique.

De fait nous n'avons pas trouvé de rapports entre le pédicule et le sacrum et nous avons exclu l'idée d'une tumeur sacrococcygienne.

Notre diagnostic a donc été fait pendant l'intervention. Les commémoratifs sur l'évolution de la tumeur ne peuvent donner que de simples probabilités.

En effet, bien que notre néoplasme n'ait débuté qu'à l'âge de vingt-six ans nous pouvions cependant admettre l'hypothèse d'un kyste dermoïde qui aurait passé inaperçu à la naissance et qui se serait développé brusquement beaucoup plus tard. Nous ne pouvions non plus rejeter d'emblée l'hypothèse de myélocystocèle. Car s'il est très fréquent que la myélocystocèle soit incompatible avec une survie de deux ou trois ans (on a dit même que les 3/5 des enfants qui naissent avec des tumeurs de ce genre n'atteignent pas la seconde année), il n'en est pas moins vrai qu'on a cité des exemples d'individus qui ont vécu jusqu'à quarante ans et au delà, porteurs de tumeurs sacrococcygiennes et qui ont succombé par suite d'un accroissement très brusque, quasi-malin, de leur tumeur.

Le diagnostic de ces gros néoplasmes fessiers ne peut donc se baser sur la simple évolution, pas plus que sur le siège unilatéral de ces tumeurs. Nous le répétons, il n'y a que la dissection exacte du pédicule qui puisse fournir à cet égard des renseignements précis et permettre de résoudre le problème.

Il est un point sur lequel nous désirions insister et que notre observation met bien en lumière : c'est le pronostic très grave que comporte le myxolipome fessier dès qu'il est ulcéré.

C'est là un des côtés spéciaux de l'histoire des tumeurs myxolipomateuses : c'est qu'elles finissent par s'ulcérer fatalement. Dès que l'ulcération est constituée, il se fait une nécrose de la graisse qui se traduit par l'écoulement d'un liquide séro-graisseux, comme celui que l'on observe après l'ablation d'un gros lipome.

Cette nécrose, d'abord aseptique, ne tarde pas à

devenir septique, alors apparaissent bientôt des phénomènes généraux résultant de l'absorption des toxines de ce liquide gras infecté. Et la cachexie fébrile commence. C'est la *septicémie graisseuse*. Elle marque la dernière étape de l'évolution des myxolipomes. Tant que le myxolipome n'est pas ulcéré, on peut dire qu'il est relativement bénin. On aurait donc intérêt à opérer ces néoplasmes dès qu'ils apparaissent Mais presque toujours les malades qui en sont porteurs ne ressentant aucune douleur ne s'en soucient guère et ne se décident à se faire opérer que lorsqu'ils sont par trop incommodés.

Le traitement de ces tumeurs se résume en une formule simple : opérer et opérer aussi tôt que possible et drainer largement la plaie.

Il ne faut pas compter sur la radiothérapie, bien qu'elle ait paru avoir raison de certains lipomes (voir l'observation toute récente de M. Barjon, *Lyon médical*, 15 avril 1905, n° 15).

L'opération sera faite largement, il faut dépasser de beaucoup les limites de la lésion. Aussi l'intervention ne laisse-t-elle pas que de présenter une réelle gravité, dès que la tumeur a acquis un certain volume et nécessite une exérèse quelque peu considérable.

Poncet insistait sur la gravité de ces interventions et faisait remarquer, à propos des observations publiées par Rafin, que pour enlever ces tumeurs on était souvent obligé de faire de vastes décollements pour suivre un pédicule perdu profondément dans les masses musculaires et qu'ainsi on créait un terrain éminemment favorable à la septicémie et à la gangrène diffuse.

Le pronostic peut être très douteux dans ces cas, sourtout si le néoplasme est déjà ulcéré.

Tous ces motifs justifiaient notre répugnance à opérer et si nous avons pris le bistouri, c'est autant par pitié de la malade qui nous suppliait d'intervenir que pour tenter la dernière chance de salut qui lui restait.

La reprise de la gangrène au niveau de la plaie, quelques jours après l'opération, a provoqué une mort rapide qui souligne d'un trait noir l'influence néfaste des ulcérations à la surface des myxolipomes.

La conclusion qui se dégage surtout du fait que nous venons de relater c'est que le myxolipome nécessite une intervention très précoce. Il doit être enlevé, dès qu'il est reconnu, comme le carcinome. Ce ne sera jamais que la pudeur obstinée ou l'incurable insouciance de certains malades qui mettra à cette règle un obstacle absolu.

FORMULAIRE

INJECTIONS HYPODERMIQUES CONTRE LA CONSTIPATION

M. Combemale prescrit :

Chlorhydrate d'apocodéine.... 0g50
Eau distillée stérilisée........ 50 grammes.

Injecter 2 centimètres cubes par jour. — (*Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 5 novembre 1906)

Cytologie et pathogénie des kystes spermatiques. — M. J. Sabrazès. La pathogénie des kystes spermatiques reste des plus obscures malgré la multiplicité des travaux auxquels elle a donné lieu; la nature de ces productions n'a pu être éclaircie par les recherches anatomo-pathologiques; les occasions d'examen sont d'ailleurs rares et l'ablation de la poche ne va pas sans quelques dommages pour son intégrité. L'étude des éléments histologiques peut-elle donner quelques indications? Les observateurs qui s'y sont essayés jusqu'ici déclarent n'avoir rencontré là que des spermatozoïdes.

La centrifugation a fourni à M. Sabrazès un dépôt dont les couches supérieures contiennent exclusivement des spermatozoïdes, mais au fond du tube on trouve des éléments cellulaires très nombreux. Ces éléments sont des macrophages analogues à ceux du tissu conjonctif, de la rate, des ganglions lymphatiques, des cavités séreuses; elles rappellent morphologiquement les cellules endothéliales desquamées du péritoine des cobayes ayant englobé les spermatozoïdes qu'on y a injectés, telles que M. Metchnikoff les a figurées en 1889 (Etudes sur la résorption des cellules, *Ann. Inst. Pasteur*), ainsi que les images fournies par les liquides d'hydrocèle dans lesquels un peu de sperme s'est déversé à la suite d'une ponction ayant blessé les conduits séminifères.

Ces constatations n'ont pas seulement une certaine importance au point de vue du diagnostic des kystes spermatiques. Elles sont en faveur des conceptions pathogéniques suivantes :

1° Celle de Gosselin (épanchement traumatique de liquide séminal dans le tissu cellulaire ambiant, tassé en néo-membrane kystique);

2° Celle de Poirier (ouverture du canal épididymaire dans une cavité séreuse préexistante résultant de la soudure et de l'enclavement, au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme, des deux feuillets du cul-de-sac sous-épididymaire).

Les spermatozoïdes contenus dans ces kystes y sont en grande partie immobiles et plus ou moins dégénérés et agglutinés; ils subissent l'assaut des macrophages émanés des parois qui les résorbent en partie.

Ces phénomènes de résorption confèrent peut-être au liquide de ces kystes, comme dans l'expérience de Metchnikoff rappelée ci-dessus, des propriétés immobilisantes pour les spermatozoïdes. Il serait intéressant de vérifier sur des spermatozoïdes normaux et vivaces l'action de ces liquides.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 9 novembre 1906)

La dernière communication de M. Gandy a mis en lumière **la possibilité et la fréquence de la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde**, elle a suscité de nouvelles communications.

M. Netter fait remarquer que ce mode de contagion est facilement évitable par les soins de propreté; cette même opinion avait été soutenue dans la dernière séance par M. Siredey. M. Netter a observé à l'hôpital Trousseau 13 cas inté-

rieurs de fièvre typhoïde sur 91 enfants, et sur ces 91 enfants, les filles seules furent touchées : ce fait s'explique aisément par ceci que les petites filles atteintes pour la plupart de vulvo-vaginite étaient nettoyées par les infirmières au moyen de tampons qui servaient à plusieurs malades, dont des typhiques !

Sur le début de la fièvre typhoïde dans deux cas de contagion hospitalière. — MM. Widal et Digne ont pu observer deux malades qui ont présenté des signes de début intéressants; le premier était en convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu, l'autre souffrait d'accidents syphilitiques et bien qu'ils fussent tous les deux apyrétiques, on prenait leur température matin et soir lorsque apparurent les premiers symptômes de la fièvre typhoïde. La réaction agglutinante, la diazo-réaction et le bacille dans le sang ont pu être recherchés dès les premiers jours de la maladie et leur présence a pu être ainsi notée à des dates certaines de la période de début. Dans la première observation la température s'éleva graduellement pour atteindre 40 degrés le quatrième jour. Dans la deuxième, la température atteignait 40 degrés dès le troisième jour. Chez le premier malade, c'est seulement le quatrième jour que l'agglutination a été cherchée pour la première fois : elle existait déjà au taux de 1 p. 50, la diazo-réaction était à R^1, et l'ensemencement de sang donnait des cultures pures de bacille d'Eberth. Chez le deuxième malade, les recherches ont été faites le deuxième jour, à cette date la séro-réaction était négative, mais le sérum agglutinait à 1 p. 10 et l'ensemencement du sang était positif; la diazo-réaction n'apparut que le quatrième jour; le pouvoir agglutinant apparut le troisième jour et s'éleva très rapidement.

Il est intéressant de faire remarquer avec quelle rapidité dans ces deux cas apparurent les réactions qui permettent le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

Transmission, par l'allaitement, de la mère à l'enfant, d'agglutinines, au cours d'une fièvre typhoïde. — V. Griffon et P. Abrami. Au cours d'une fièvre typhoïde légitime, sans intervention de paratyphus, qu'ils ont eu l'occasion d'observer chez une femme en période de lactation, les auteurs ont étudié, jour par jour, les propriétés agglutinantes des humeurs de la mère et de l'enfant, à l'égard du bacille typhique et d'un grand nombre d'échantillons paratyphiques.

Le sérum de la malade a constamment agglutiné le bacille d'Eberth à un taux très élevé, variant entre 1 p. 3000 et 1 p. 25000. En même temps, il existait une co-agglutination à l'égard de certains échantillons de paratyphiques A et B, co-agglutination s'effectuant à un taux relativement fort : jusqu'à 1 p. 600. Au contraire, le sérum s'est montré inactif vis-à-vis du bacille de la psittacose, des bacilles du groupe Gärtner, des bacilles du hog-choléra, du typhus des souris, de la septicémie des veaux.

Le lait de la malade présentait les mêmes aptitudes agglutinatives, à l'égard des bactéries impressionnées par le sérum, mais à un degré moindre, comme c'est la règle.

Quant au sérum de l'enfant, il a présenté lui aussi, mais pendant quelques jours seulement, un pouvoir agglutinant. Mais, phénomène très particulier, ce pouvoir ne s'est pas exercé sur le bacille d'Eberth, mais sur certains des bacilles paratyphiques impressionnés par les humeurs maternelles.

Ce fait constitue donc une preuve nouvelle de la spécificité rigoureuse des agglutinines développées dans un organisme par l'infection; l'organisme de cet enfant a opéré la sélection, la dissociation des agglutinines maternelles aussi sûrement que l'opère in vitro l'épreuve de la saturation, par le procédé de Castellani.

La fièvre typhoïde chez les rhumatisants. — M. L. Galliard a observé en 1903, à Lariboisière, trois cas intérieurs de fièvre typhoïde, le premier chez une infirmière de service, les deux autres chez des rhumatisantes hospitalisées.

La première de ces femmes avait été admise le 7 février pour un rhumatisme polyarticulaire subaigu, rapidement amélioré par le salicylate de soude. La fièvre typhoïde se déclara chez elle pendant les premiers jours de mars, elle fut grave, suivie de rechute après onze jours d'apyrexie. Or le rhumatisme articulaire, absent à la période d'état, récidiva d'abord pendant le déclin de la première phase thyphoïdique, et une seconde fois après la rechute, pendant la convalescence.

L'autre malade était soignée par M. Galliard depuis le 9 septembre pour un rhumatisme polyarticulaire aigu. Au bout d'un mois elle commençait à se lever et à reprendre ses forces, lorsque survint une fièvre typhoïde grave, mais non suivie de rhumatisme. Le rhumatisme récidiva discrètement au début de la convalescence de la fièvre typhoïde; mais deux mois plus tard on observa une poussée de rhumatisme polyarticulaire aigu grave.

Une intervention chirurgicale dans certains cas d'atrophie musculaire. — M. Pierre Duval présente un myopathique chez qui il a pratiqué une intervention chirurgicale pour remédier à un double scapulum alatum.

L'opération consiste en la fixation des omoplates aux côtes sous-jacentes par des fils d'argent. Les résultats sont les suivants : dans les myopathies scapulaires pures ils sont parfaits car le membre supérieur ayant conservé toute sa puissance musculaire retrouve tous ses mouvements du fait de la fixation scapulaire. Dans les myopathies diffuses où la musculature du thorax et du bras est plus ou moins atteinte, la fixation de l'omoplate permet la simple utilisation de la puissance musculaire plus ou moins compromise du membre supérieur. Ainsi le malade présenté, incapable avant l'opération de porter les aliments à sa bouche et de faire sa propre toilette, peut aujourd'hui après la double fixation scapulaire, élever ses deux coudes presque à angle droit sur le thorax et se livrer à certains travaux manuels.

L'intervention a donc de bons résultats dans toutes les formes de scapulum alatum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 7 novembre 1906)

Plaie pénétrante de l'abdomen. Suture abdominale. — A l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Ricard, M. Potherat rapporte un fait où, comme dans l'observation de M. Dionis du Séjour, une intervention tardive pour une plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu a été suivie de succès opératoire. Cela ne veut pas dire que cette intervention doive être tardive. Il est bien entendu, et tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, que l'intervention dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen doit être aussi précoce que possible.

Dans l'observation de M. Potherat, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans qui, dans une chasse au sanglier, avait reçu une balle dans le ventre.

M. Potherat ne fut appelé auprès du blessé que quarante-huit heures après la blessure. Il trouva une large plaie dans le

flanc droit, et le malade vomissait, avait de la fièvre, le facies péritonéal, était en pleine péritonite, dans un état tellement grave qu'il pensa devoir s'abstenir de toute intervention. Cependant sur les instances de la famille, voyant là la seule chance de salut, M. Potherat se décida à faire une laparotomie; il trouva des débris de muscles dégénérés, des fragments de vêtement; le péritoine était blanc jaunâtre, les anses intestinales rouges et agglutinées; il fit un lavage, examina l'estomac et l'intestin, trouva sur celui-ci huit perforations qu'il sutura et referma le ventre en laissant un gros drain et un Mickulicz. Quarante-huit heures après l'opération, tous les symptômes de la péritonite s'étaient atténués, et le malade semblait marcher vers la guérison lorsqu'on s'aperçut de la présence d'un liquide blanchâtre dans les pansements. C'était du lait qui provenait d'une perforation de l'estomac. Le malade survécut encore dix-sept jours, puis succomba; la famille s'était refusée à toute nouvelle intervention.

Ce fait n'en démontre pas moins que l'intervention peut encore être utile même quarante-huit heures après l'accident, dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

A la suite de la communication de M. Ricard, on a discuté la question des sutures. M. Potherat y revient pour dire qu'il fait la suture à trois plans. Il lui reconnaît l'inconvénient d'être beaucoup plus longue que la suture en un plan et de laisser des fils perdus dans les tissus. Aussi la première condition de cette suture en trois plans est-elle de pouvoir compter sur une asepsie absolue des fils. Si l'on peut être sûr de réaliser cette asepsie, la suture à trois plans est supérieure à la suture en un plan.

M. Potherat reconnaît qu'il existe des individus anémiés, cicatrisant mal. Enfin il estime qu'il faut tenir compte aussi de la flaccidité des parois. Les parois tendues ont plus de chances de s'écarter. C'est pourquoi on voit peut-être plus d'éventrations après des opérations d'appendicite ou d'annexite qu'après des ablations de grosses tumeurs abdominales.

Amputations économiques du pied. — M. Ricard fait un rapport sur une série d'observations adressées par M. Souligoux, et relatives à des cas d'amputations économiques du pied, à cette variété d'amputation que M. Souligoux qualifie d'amputation de Ricard. Il y a neuf ans, en effet, que M. Ricard a fait connaître la première amputation tibio-tarsienne économique. D'une façon générale, ces amputations économiques, variables suivant les cas, consistent à désarticuler tous les os malades, en ayant eu soin de garder le plus de peau possible. Dans le procédé de Ricard, on enlève tout le pied, sauf le calcanéum, qui est réintégré dans la mortaise tibio-tarsienne; on obtient ainsi, en rapprochant les lambeaux cutanés, un petit pied en miniature, prenant un point d'appui bien dans l'axe de la jambe, jouissant de tous ses mouvements, pouvant facilement entrer dans une chaussure ordinaire à moitié remplie de papier ou d'ouate. C'est bien là l'amputation économique idéale. Dans les cas où, les parties osseuses malades réséquées, il reste encore trop de calcanéum, par exemple, pour que l'affrontement des parties molles puisse aisément se faire, il suffit d'abraser plus ou moins de ce calcanéum jusqu'à ce que le rapprochement des lambeaux cutanés puisse aisément s'effectuer.

M. Souligoux, dans une dizaine de cas, a eu recours à l'amputation de Ricard et a obtenu des résultats parfaits.

M. Rochard présente cinq observations de tumeurs étendues du pied dans lesquelles il a eu recours à ce mode d'amputation. Ces malades marchent très bien.

M. Lucas-Championnière est frappé des bons résultats que donnent ces amputations partielles du pied par le procédé de Ricard. Mais il désirerait vivement qu'on amenât des malades opérés, pour permettre de constater la façon dont ils marchent. Théoriquement, le résultat doit être excellent.

Rupture de l'urètre. — M. Legueu fait un rapport sur deux observations de rupture de l'urètre adressées par M. Savariaud. Dans ce rapport M. Legueu ne veut envisager que les résultats éloignés des opérations. Dans un cas, une suture de l'urètre a donné un très bon résultat éloigné. Après trois ans on peut passer le n° 48, et le périnée est souple. Il s'agissait dans ce cas, d'une rupture incomplète de l'urètre, dans ces cas la suture donne de bons résultats, le rétrécissement quand il se reforme, n'est que partiel, l'urètre reste dilatable.

Dans un autre cas de M. Savariaud, il s'agissait d'une rupture complète traitée par l'urétrostomie qui n'a donné qu'un résultat médiocre. Quelques semaines après l'opération, le rétrécissement s'est reproduit et ne laisse plus passer que les plus petits explorateurs. Dans ce cas l'urétrostomie fut modifiée par la mise à demeure d'une sonde dans l'urètre et dans la vessie, les conditions de l'intervention ont été sensiblement modifiées; les deux bouts de l'urètre se sont peu à peu retirés dans la profondeur; la fistule s'est fermée d'elle-même, sans autoplastie et, bien que de cette façon on puisse obtenir parfois de bons canaux, en général les urètres sont rétractiles, difficiles à entretenir, et très différents des canaux que l'on obtient par la méthode en deux temps déjà décrite par M. Legueu.

Goitres aberrants et épithéliomes branchiaux. — M. Reynier lit un travail important sur les difficultés du diagnostic de certaines variétés de goitre avec les épithéliomes branchiaux. Il apporte d'abord deux observations : la première se rapporte à une femme de cinquante-trois ans qui avait de la tachycardie, de l'exophtalmie et une tumeur du volume du poing sur la partie latérale droite du cou dépassant le bord externe du sterno-cléido-mastoïdien. Au-dessous de cette tumeur s'en trouvait une plus petite. M. Reynier pensa qu'il s'agissait d'un épithélioma branchial. Il fit une incision le long du bord externe du sterno-cléido-mastoïdien. La dissection de la tumeur fut difficile, il fallut disséquer la gaine des vaisseaux; les suites de l'opération furent simples. Il y eut une réunion par première intention. La petite tumeur, qui se trouvait au-dessous de la première, augmenta de volume après l'opération. M. Reynier, qui l'avait oubliée au cours de sa première intervention, en fit l'ablation un mois plus tard. Après cette opération la malade fut prise d'une crise de tachycardie et d'agitation telle, qu'il n'en vit de semblables qu'après la thyroïdectomie. Ces accidents durèrent quarante-huit heures. L'examen histologique de ces tumeurs montra qu'elles s'étaient développées aux dépens des cellules thyroïdiennes.

La seconde observation se rapporte à une femme de trente-cinq ans, d'une intelligence très bornée. Elle portait, depuis l'enfance, une tumeur qui faisait saillie sous le plancher de la bouche et dans la région sus-thyroïdienne. Cette tumeur ressemblait à une grenouillette. M. Reynier en fit l'ablation, et s'aperçut qu'elle adhérait solidement à l'os hyoïde. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome kystique d'origine thyroïdienne.

De ces faits, M. Reynier rapproche d'autres observations analogues, une entre autres, de M. Jalaguier. Ces faits montrent qu'il faut savoir distinguer les kystes thyroïdiens aber-

rants des épithéliomas branchiaux. La physiologie, ou mieux encore l'embryogénie permettent d'expliquer comment peuvent se développer ces diverses tumeurs.

— La Société a procédé à l'élection de commissions de prix. Prix Laborie : MM. Tuffier, Potherat, Rieffel. Prix Marjolin-Duval : MM. Bazy, Routier et Beurnier.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1906)

Discussion sur l'aphasie motrice. — M. DUMONTET lit une note très détaillée concernant l'état mental d'une malade du service de M. Déjerine, aphasique depuis vingt ans; l'étude minutieuse de l'auteur aboutit à cette conclusion que la malade ne présente pas de troubles intellectuels même légers, pour toutes les opérations de l'esprit en rapport avec son milieu, son degré d'éducation, etc., on note seulement des troubles du calcul remarquables, que l'auteur attribue plutôt à un trouble du langage, qu'au déficit intellectuel. Etant donnée la conservation presque intacte de l'intelligence chez cette malade, comment, demande M. DÉJERINE, peut-on concevoir le rôle des troubles intellectuels invoqués par M. Marie pour expliquer l'aphasie motrice de Broca? — M. MARIE répond que, justement, les deux facteurs : dysarthrie, troubles intellectuels, ne se rencontrent pas toujours au même degré chez tous les malades; chez les uns, les troubles intellectuels prédominent, et « l'aphasie sensorielle » se trouve réalisée; chez d'autres, comme dans le cas actuel, la dysarthrie prédomine, et l'on a l'aphasie de Broca. — M. DÉJERINE ajoute que l'association de dysarthrie et d'aphasie sensorielle ne se retrouve guère dans l'aphasie de Broca; 26 malades sur les 27 de la thèse de Bernheim, ne présentaient que les signes de l'aphasie de Broca, sans surdité verbale. — Il faudrait, répond M. MARIE, s'entendre sur la valeur que l'on accorde aux termes; l'aphasie sensorielle, dit-il, n'existe pas; les symptômes qu'on lui attribue relèvent en réalité de troubles intellectuels. — M. THOMAS émet de nouvelles objections : l'étude chez les aphasiques, des troubles d'évocation des images auditives et de compréhension des mots montre que ces troubles sont, dans l'aphasie de Broca, bien différents de ce qu'on observe dans les aphasies sensorielles. D'ailleurs, la malade actuelle s'est rééduquée très vite en lisant sur le visage les mouvements qui produisent le langage articulé et en les reproduisant; dès le début elle pouvait, sans dysarthrie, chanter, prononcer des séries de mots, etc., cela montre bien qu'il ne s'agit pas, dans l'aphasie de Broca, d'une simple dysarthrie, mais qu'il y a perte d'un centre cortical. — M. SOUQUES vient dire qu'il a toujours trouvé des troubles de la mémoire et de l'association des idées chez les aphasiques de l'hospice d'Ivry, et pense qu'entre les deux opinions, il y a surtout une question d'interprétation, M. Marie appelant troubles intellectuels ce que M. Déjerine appelle aphasie sensorielle. — M. DÉJERINE répond qu'il croit à l'existence des images auditives, et que les aphasies sensorielles ne sont pas dues à des troubles intellectuels. Si l'on n'admet pas les images auditives, comment comprendre les hallucinations, la paraphasie, la jargonaphasie? Un médecin très intelligent, ayant conservé toute son intelligence, présentait de la surdité verbale. Or, il se répandait en longs discours sans aucun sens; sa paraphasie ne se comprendrait pas autrement que par la perte des images auditives. — M. MARIE réplique qu'il n'essaie même pas d'interpréter la paraphasie, mais qu'il maintient sa conception de l'aphasie de Broca. Reprenant à grands traits l'historique de la question, il montre le peu de valeur des faits apportés par Broca et ses contemporains, faits dont on s'est contenté cependant, pour échafauder « le dogme de l'aphasie motrice ».

Paralysie isolée du grand dentelé. — MM. CLAUDE et DESCOMPS. Observation fort intéressante d'un coupeur d'habits, qui, à la suite de surmenage du grand dentelé, avait été atteint de paralysie isolée de ce muscle, avec réaction de dégénérescence; or, l'examen montra les signes d'une synovite de la bourse sous-scapulaire, dont l'inflammation pourrait bien avoir gagné le nerf de Ch. Bell, ce qui rendrait compte de la paralysie.

Phénomènes de névrite ascendante, à la suite d'un panaris; signes radiographiques d'un rhumatisme chronique. — MM. LEJONNE et DESCOMPS. Un mois après un panaris avec lymphangite, douleurs dans tout le membre, puis, impotence fonctionnelle avec réaction de dégénérescence dans le deltoïde, le triceps brachial, le fléchisseur des doigts, la radiographie montra des déformations analogues à celles du rhumatisme chronique.

Symptômes de tabes et de myasthénie chez un syphilitique. — MM. BABINSKI et CHARPENTIER. Signes d'Argyll, de Westphall, quelques douleurs fulgurantes, et en même temps signes de myasthénie, sans réaction myasthénique d'Erb, avec asynergie. Ces troubles ayant rapidement progressé, rétrocédèrent ensuite de telle façon que les auteurs se demandent si le malade avait, outre sa myasthénie, un tabes vrai, ou seulement des troubles tabétiformes?

Sur l'œdème hystérique. — M. CLAUDE. Une malade, précédemment présentée par lui, avec un œdème peut-être hystérique, avait en réalité une synovite bacillaire, mais avec œdème disproportionné avec la lésion organique.

Y a-t-il une mydriase hystérique? — M. SAUVINEAU, puis M. BABINSKI viennent nier son existence, d'après leurs nombreux examens.

Sur le pronostic de la sclérose latérale amyotrophique. — M. LEJONNE relate un cas ayant évolué lentement, malgré l'apparition rapide de troubles du pneumogastrique.

Sclérose latérale amyotrophique avec troubles simulant une névrite. — M. LEJONNE. Peut-être celle-ci n'existe-t-elle pas : dans un cas analogue rapporté par M. Lhermitte, il n'y avait qu'une sclérose latérale, avec intégrité des nerfs, à l'autopsie.

Adipose douloureuse segmentaire. — MM. DUPRÉ et GIROUX. Femme de soixante-quinze ans atteinte depuis la ménopause d'adipose douloureuse de l'abdomen et des cuisses, symétrique et à topographie segmentaire. En même temps, asthénie, irritabilité psychique.

Tabes chez un ancien hémiplégique. — M. MOUTIER. Les membres hémiplégiés présentent de l'hypotonie musculaire, avec abolition des réflexes, mais le signe de Babinski persiste.

Neurofibromatose. — M. MOUTIER présente un exemple remarquable, chez un jeune homme de dix-huit ans, avec névrome plexiforme de la main droite.

Crises épileptiques et équivalents psychiques chez un acromégalique. — M. MOUTIER.

Lymphocytose céphalo-rachidienne tardive dans un cas de paralysie générale. — M. ACHARD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1906)

Sur les effets des inoculations intra-vasculaires des bacilles de Koch associées à la ligature d'un uretère. — MM. L. BERNARD et SALOMON ont constaté que la ligature d'un uretère n'exerce pas d'influence sur la localisation à l'appareil rénal du bacille de Koch inoculé dans les voies sanguines. L'infection tuberculeuse des reins n'est pas plus fréquente qu'avec les inoculations sanguines seules. En outre le bacille ne marque une prédilection constante ni pour le rein ligaturé, ni pour le rein non ligaturé; donc la diminution fonctionnelle ni la suractivité fonctionnelle ne favorisent la fixation du bacille de Koch. Ces résultats sont à opposer à ceux des expériences qui témoignent du rôle prédisposant des lésions rénales dues à l'oxamide ou à la cantharide, et à ceux des expériences faites avec les microbes pyogènes habituels, pour lesquels la ligature uretérale est une cause d'appel.

Lésions des glandes surrénales au cours de l'intoxication biliaire expérimentale. — MM Léon BERNARD et BIGART, en injectant de la bile de bœuf stérilisée à des cobayes, ont relevé les lésions des surrénales, différentes suivant que l'intoxication est aiguë ou chronique. Ce sont des hémorragies, plus abondantes dans le second cas que dans le premier, des modifications cellulaires traduisant dans le premier cas une certaine excitation fonctionnelle, de nature dégénérative au contraire dans le second cas; elles sont surtout localisées à la couche fasciculée.

Perméabilité du placenta relativement au mercure. — MM. E. LOUÏSE et F. MOUTIER continuant leurs recherches sur le traitement de la syphilis par le mercure phényle, et sur la toxicité et modes d'élimination de ce sel, ont injecté, à une chèvre pleine, des doses répétées du produit, et ont, au moment de la parturition, recueilli placenta et chevreaux. Le dosage du métal par les méthodes spéciales a montré que le placenta en avait retenu un milligramme et demi; chacun des chevreaux en renfermait un demi-milligramme. La précision de la méthode permet de mettre en relief le rôle d'arrêt du placenta; elle montre également le bien-fondé du traitement antisyphilitique chez la parturiente.

Elimination de l'argent colloïdal par la bile, le suc pancréatique et l'urine. — Par la méthode spectrographique, MM. GOMPEL et V. HENRI ont pu suivre comment se fait l'élimination de l'*argent colloïdal électrique à petits grains* injecté dans une veine. Déjà une heure après l'injection, on trouve de grandes quantités d'argent colloïdal dans la bile, on en trouve nettement dans l'urine et dans le suc pancréatique.

L'étude du liquide céphalo-rachidien montre que, même cinq heures après l'injection, il n'y a pas trace d'argent dans ce liquide. Ce résultat est important au point de vue pratique et doit être rapproché des observations cliniques de Widal et Ramond, Dopter, Netter, Papillon et Esbach, Barth et Mauban, qui ont présenté des cas de guérison des méningites cérébro-spinales par injection intra-rachidienne d'argent colloïdal. D'après Dopter, l'injection intra-veineuse est sans résultat, et on le comprend maintenant puisque l'argent colloïdal ne passe pas dans le liquide céphalo-rachidien.

Antitoxine et précipitine. — MM. B. WEILL-HALLÉ et H. LEMAIRE. L'action de l'antisérum sur un sérum antitoxique produit un précipité qui semble entraîner par collage une partie plus ou moins grande de la substance antitoxique. Les variations sont subordonnées à l'intensité du phénomène de précipitation. Le précipité peut être complètement débarrassé de l'antitoxine par un lavage prolongé. L'eau de lavage acquiert ainsi une valeur antitoxique considérable. Les auteurs pensent que ces expériences peuvent conduire à une modification importante de la sérothérapie antitoxique. La substance antitoxique extraite du sérum serait injectée en solution physiologique, dépourvue probablement des influences nocives accessoires, et capable peut-être, ce point reste à vérifier, de produire une immunité passive de plus longue durée.

Etude physico-chimique du liquide d'une péritonite tuberculeuse à forme caséeuse. — Par l'étude physico-chimique du liquide péritonéal, MM. ISCOVESCO et MONIER-VINARD ont obtenu des globulines différentes aux différents étages de la dialyse. Les premières globulines qui précipitent sont électropositives. Il y a dans l'organisme de nombreuses albumines et globulines ayant un signe électrique bien déterminé et il est probable que grâce à ce fait, il y a des associations et dissociations de protéides jouant un rôle important dans le métabolisme cellulaire.

Précocité de la régénérescence des nerfs après leur section. — Les recherches entreprises par MM. MARINESCO et MINEA démontrent que, dans le bout central d'un nerf sectionné, on trouve des phénomènes de régénérescence déjà vingt-quatre heures après la section. Après ce laps de temps, on trouve des cylindres tuméfiés, que leurs neurofibrilles et parfois même le réseau qui le compose sont beaucoup plus apparents qu'à l'état normal. Puis, il apparaît une espèce de dissociation longitudinale du cylindre qui se décompose en faisceaux de neurofibrilles ou en cordons cheminant l'un à côté de l'autre. Certains d'entre ces faisceaux s'enlacent soit autour du cylindre voisin, soit autour de leurs congénères ou même autour des fibres dégénérées. Entre les faisceaux de neurofibrilles dissociés, on peut voir parfois des fibres très fines avec des anneaux à leur trajet, constituant des espèces de plexus. En dehors de cette multiplication par division longitudinale, on peut voir une autre multiplication par formation de fibres collatérales. On voit que de certains vieux cylindraxes, il se détache une fibre fine, qui à son tour peut se ramifier, ou même s'enrouler autour de la vieille fibre. Ce enroulement simple d'une nouvelle fibre provenant soit de la division collatérale, soit de la division longitudinale constitue la première étape de l'appareil spinal. Un autre mode de multiplication des fibres nerveuses qu'on voit encore les premiers jours suivent la section d'un nerf, c'est la division par arborisations terminales. Les fibres de nouvelle formation peuvent se terminer soit librement par un petit bouton ou bien par une petite massue. Malgré que la neurotisation du bout périphérique ne commence pas avant sept jours, les auteurs ont trouvé cependant trois jours après la section du nerf, des espèces de massues à l'extrémité supérieure de ce bout qui se continuent avec des fibres fines descendantes ayant l'aspect des axones jeunes.

Histologie pathologique de la rage. — M. MANOUÉLIAN, signale dans les centres nerveux, surtout dans l'écorce cérébrale et la corne d'Ammon, des animaux atteints de rage à virus fixe des corpuscules excessivement petits, intra et extra-cellulaires. Ces corpuscules sont constants dans la rage à virus fixe.

Cultures de bacilles tuberculeux ayant séjourné dans l'éther et encore vivants. — M. L. MARTIN.

M. NAGEOTTE est élu membre titulaire de la Société.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


AK
30 CENTIGR.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 7 fr.	D. — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU CLINICAT. — M. le docteur François est nommé chef de clinique chirurgicale.

— M. le docteur Ertzbischoff est nommé chef de clinique, et M. le docteur Saint-Cène chef de clinique adjoint des voies urinaires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Prix décernés pour l'année 1905-1906 :

Prix de la Faculté. — Première année : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Larroque; mention honorable. M. Verger. — Deuxième année : Médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Creyx; mention très honorable, M. Jean. — Troisième année : Médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Ployé; mention très honorable, M. Mauran; mentions honorables, MM. Mauriac et Arlo. — Quatrième année : Médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Laurès; mention très honorable, M. Adda; mentions honorables, MM. Mirguet et Moreau.

Prix de la ville de Bordeaux. — Médecine : 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Aubert; mention très honorable, M. Le Bunetel. — Chirurgie : 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Capitrel; mentions honorables, MM. Ferrer, Coulomb et Valleteau de Moulliac.

Prix triennal Gintrac. — 1200 francs (prix de thèse), M. le docteur Leuret.

Prix Godard. — 2000 francs, M. le docteur R. Cruchet; encouragement de 250 francs, M. le docteur Galtier.

Prix des thèses de l'année. — 1er prix : Médaille d'or et 400 francs, M. le docteur Récamier. — 2e prix : Médailles d'argent et 170 francs, Mlle le docteur Campana et M. le docteur L. Bonnet. — 3e prix : Médailles de bronze, MM. les docteurs Badin, Boloquy, P. Bonnet, Bosredon, Charrier, Dumora, Lacouture, Le Berre, Lepage, Michelet, Robert; mentions honorables, MM. les docteurs Gascoin, Geneuil, Gineste, Montagne.

Prix des Amis de l'Université. — 100 francs et rappel de médaille d'argent, M. Labat.

Prix de médecine coloniale. — Médaille d'or, M. le docteur Valentino.

— LYON. — M. René Leriche est nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Le concours de l'*adjuvat* s'est terminé par la nomination de M. Choquet.

Le concours de l'*internat* par les nominations de MM. Chateau et Poiteau.

Le concours de l'*externat* par les nominations de MM. Poulain, Boudailliez, Fiévez, Decreton, Béra, Martel, Dewailly, Gravelines, Baude, Desoutter, Bailloux, Marécaux.

CONTAMINATION DE NOURRICE. CONDAMNATION DU MÉDECIN. — Une nourrice contaminée par un nourrisson syphilitique avait assigné devant le Tribunal civil de la Seine, en paiement de 10 000 francs de dommages et intérêts :

1° Mlle X..., la mère; 2° le docteur D..., le médecin de celle-ci ; 3° le médecin chargé de la surveillance du bureau des nourrices ; 4° le médecin de la préfecture de la Seine, chargé d'examiner la santé des nourrissons pendant leur séjour chez les « remplaçantes ».

Le Tribunal vient de rendre son jugement; il n'a reconnu l'existence d'une faute qu'à la charge de Mlle X... et de son médecin, le docteur D..., en déclarant que Mlle X..., par le fait de qui l'enfant avait été contaminé, ne pouvait pas ignorer qu'il portait en lui le germe de la maladie et qu'il en était de même du médecin que la famille avait chargé de donner ses soins au nouveau-né.

Le Tribunal les a en conséquence condamnés tous deux solidairement à payer à Mme M... 8000 francs de dommages et intérêts.

En ce qui concerne les autres défendeurs, le Tribunal, se fondant sur les difficultés du diagnostic de la syphilis héréditaire, les a mis hors de cause.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

HOSPICES DU HAVRE. — La Commission administrative des hospices du Havre donne avis qu'une place d'interne en médecine est actuellement vacante dans ses établissements.

Tout candidat à cet emploi devra justifier de seize inscriptions en médecine à l'une des facultés françaises.

Les demandes devront être adressées à M. le président de la Commission administrative de l'hospice général.

ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX LOBULÉ

SUR RADIODERMITE

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE DES CANCERS)

Par le docteur DE BEURMANN,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
et MM. DOMINICI et GOUGEROT.

Au moment où les recherches sur la pathogénie du cancer se poursuivent avec acharnement, il n'est pas inutile de rapporter certains faits qui peuvent donner quelques indications. Les cas d'épithéliomas développés sur des radiodermites chroniques semblent pouvoir éclairer un point de cette question si discutée. La clinique remarquant la fréquence des incrustations épidermiques papillomateuses dans la radiodermite chronique, notant la transformation de certains de ces papillomes en cancer, avançait que l'épithélioma était la transformation, l'exagération d'une lésion habituelle de la radiodermite; l'étude histologique, que nous en avons pu faire, nous a confirmé dans cette hypothèse, elle nous a montré en effet toutes les transitions entre l'épiderme lésé de la radiodermite chronique et l'épithélioma, en passant par le papillome.

Il semble donc qu'un processus irritatif chronique pourrait, par progression lente des lésions cellulaires, aboutir à l'atypie cellulaire, c'est-à-dire au cancer. Si ces faits venaient à se confirmer, ils tendraient à infirmer la théorie parasitaire *exclusive* des cancers, ils appuieraient au contraire la théorie de la multiplicité et de la non-spécificité des causes des néoplasies.

Ces épithéliomas encore rares, commencent à être connus. Plusieurs auteurs en font simple mention : Brocq, Belot, Sabouraud, Thibierge, Sottas, Gaucher et Lacapère, dans leur remarquable étude des radionévrites (*Congrès de dermatologie*, Berlin 1904, t. II, p. 1, 437) en rapportent des observations. « En d'autres endroits se formaient de petits papillomes qui se recouvraient d'une croûte épaisse et adhérente. Lorsque le malade arrachait ces croûtes, les ulcérations ainsi formées ne se cicatrisaient qu'avec une extrême lenteur... Depuis dix mois, il existe sur le dos de l'index droit une plaie qui présente l'aspect typique de l'épithélioma. C'est à la suite d'un traumatisme accidentel que l'ulcération s'est formée. Elle s'est, depuis cette époque, agrandie peu à peu. Les bords sont infiltrés, durs, cartilagineux même. Son fond est bourgeonnant et laisse suinter une sérosité qui devient rapidement fétide. » En juillet 1904 on ne constatait pas d'adénopathie; en décembre 1904, l'ulcération s'est encore agrandie et le ganglion épitrochléen est pris.

***

Observation. — Ce malade a déjà été présenté en décembre 1905 à la Société de dermatologie; il avait usé et abusé de radiographie de mars 1898 à décembre 1902, les mains restant pendant plus de dix-huit mois exposées de six à huit heures par jour, aux radiations; nous le suivons depuis janvier 1904 et nous avons pu fixer les stades principaux de l'évolution de cette radiodermite : première phase de dermite artificielle (coup de soleil radiographique), deuxième phase de troubles trophiques et névritiques définitifs par radionévrite; malgré la cessation de toute radioexposition depuis plus de trois ans, les troubles persistent.

Ces troubles trophiques créent des ulcérations ou plutôt favorisent les infections qui sur ce terrain spécial aboutissent à des ulcérations profondes très lentes à guérir; nous avons pu surprendre le début de plusieurs d'entre elles, les suivre de jour en jour et les voir toutes se cicatriser, sauf celle du cinquième doigt gauche (moulage 2448, oct. 1905). Cette ulcération creuse dénude le tendon extenseur, le détruit, ouvre l'articulation des troisième et deuxième phalanges que l'on voit béante et pleine de pus; alors que sa partie supérieure se cicatrise, elle s'étend à la partie inférieure. L'extrême lenteur de l'ulcération, son extension à la partie inférieure nous font conseiller l'ablation au malade, qui, effrayé par un exemple trop connu, s'y refuse obstinément. Nous revoyons le malade environ tous les quinze jours, quand en février 1906 l'aspect de cette ulcération se modifie.

Jusque-là elle était creuse, le fond était presque plat, un peu tomenteux et pseudo-membraneux, le bord dur taillé à pic était rouge violacé; à ce moment, *sept ans après le début des radioexpositions, trente-huit mois après leur cessation*, la partie inférieure autour de la sertissure unguéale se met à bourgeonner; peu après les bourgeons, irréguliers, s'accroissent lentement, rosés, saignants et saillants.

En avril 1905, toute l'extrémité inférieure de la troisième phalange du cinquième doigt est bourgeonnante; les bourgeons irréguliers et saillants, durs, enveloppent la sertissure de l'ongle qui semble perdu au milieu d'eux, ils remontent jusqu'à la partie inférieure de la deuxième phalange envahissant toute la face dorsale de l'extrémité du doigt; la partie supérieure de l'ulcération semble cliniquement indemne, conservant ses caractères primitifs d'ulcération creuse pseudo-membraneuse. Histologiquement cette partie est déjà envahie. La face palmaire est saine. Les ganglions susépitrochléens et axillaires ne sont pas palpables. C'est le cancer cutané le plus typique que l'on puisse voir cliniquement et histologiquement.

Le 25 avril 1906, le malade s'y étant enfin décidé, l'amputaiton du doigt et de la moitié inférieure du cinquième métatarsien est pratiquée par M. Rabinowitch, interne du docteur Rochard. Malgré le peu de vitalité du lambeau (radionévrite) la cicatrisation est rapide. Le malade revu à plusieurs reprises paraît guéri de son épithélioma (nov. 1906), mais les autres lésions de radiodermite chronique persistent sans modification, immobilisées, semblant définitives; toutes les ulcérations infectieuses ou nécrotiques sont cicatrisées.

Qu'il s'agisse ici de cancer, le fait est pour nous incontestable, *l'identité clinique et histologique absolue avec les cancers cutanés à type d'épithélioma pavimenteux* lobulé en est la preuve.

Cliniquement et histologiquement, c'était l'épithélioma le plus typique que l'on puisse voir : les coupes que nous avons présentées ne laissent aucun doute. Et tous les histologistes à qui nous les avons montrées ont été sans hésitation ; bourgeons cancéreux énormes à globes épidermiques monstrueux envahissant toute l'épaisseur du doigt formant des nappes lobulées de 20 à 35 millimètres, envahissant l'ongle,

l'os, les tissus profonds, cheminant autour des vaisseaux et nerfs et que nous retrouverons au loin sous forme d'embolies cellulaires dans quelques lymphatiques des parties non cancéreuses sus-jacentes, atteintes de radionévrite. Dominici qui nous a aidé à examiner ces préparations « admet que cette tumeur est incontestablement un épithélioma lobulé corné ».

L'absence d'envahissement ganglionnaire et de métastases ne saurait être une objection, car les observations d'épithéliomas cutanés pavimenteux à généralisation se comptent, et jamais on n'a refusé la nature cancéreuse à ces tumeurs parce qu'elles n'embolisent pas. Rien ne distingue celles qui embolisent de celles qui ne le font pas. Ici dans ce cas ne voyons-nous pas les *capillaires lymphatiques envahis loin du cancer, par des cellules épithéliomateuses*, ce qui est la marque du début de la généralisation ? Donc, à moins de refuser aux épithéliomas qui ne se généralisent pas (et certains, impossibles à distinguer, se généralisent) l'épithète de cancer, l'épithélioma que nous avons observé, est un cancer.

Pourtant un cas probant avec généralisation manquait encore ; nul doute, disions-nous à la Société de dermatologie, qu'un jour un cas négligé d'épithélioma à la suite de radionévrite ne vienne en se généralisant faire tomber ces objections. M. Béclère est venu apporter ce cas démonstratif ; ce maître a bien voulu nous dire qu'il avait observé un épithélioma de la face dorsale de l'index s'étant accompagné d'adénopathie sus-épitrochléenne ; malgré tous les conseils, le malade n'avait pas voulu recourir à l'ablation avant l'envahissement ganglionnaire, et ne s'y était décidé qu'à ce moment ; l'exérèse du doigt et du ganglion cancéreux (vérifiés anatomiquement) avait été bientôt suivie de récidives locales, les ganglions axillaires n'avaient pas tardé à se prendre, étaient devenus énormes, le malade finit par mourir de généralisation et de cachexie cancéreuses.

Grâce à cette observation de M. Béclère, la question de fait nous semble tranchée ; les épithéliomas développés sur radiodermite sont bien des tumeurs malignes.

Nous avons donc émis, à la suite de cette observation, les conclusions suivantes sur l'évolution de la radiodermite chronique :

La radiodermite professionnelle grave passe par deux périodes. — 1° *la première de dermite*, caractérisée par la tuméfaction, l'épaississement, l'exagération des plis cutanés, la desquamation craquelée (moulage 2334), *susceptible de régression et curable* ; 2° *la deuxième de troubles trophiques radionévritiques, lésions définitives incurables*, caractérisées par l'atrophie lisse des téguments avec disparition des plis cutanés, par un mélange d'érythème, de dilatations capillaires, de places décolorées blanches, de taches brunâtres hyperpigmentées, de desquamation imperceptible, sauf en certains points où l'épiderme épais caillouteux incruste la peau (1). Cette deuxième période de troubles névritiques peut être compliquée d'ulcérations, les unes d'origine microbienne, les autres, nécrotiques par endovascularite oblitérante, très lentes à guérir ; 3° l'épithélioma pavimenteux lobulé peut s'y greffer ajoutant encore au sombre pronostic des radiodermites professionnelles. Cliniquement et histologiquement, il ne se distingue pas des autres épithéliomas cutanés. Ce cancer a tendance à rester localisé, aussi peut-on espérer qu'une opération large et précoce mettra à l'abri de récidive et des métastases que l'on sait si rares dans l'épithélioma pavimenteux lobulé de la peau. Dans le cas de M. Béclère l'épithélioma s'était généralisé.

Tel est le fait clinique et anatomique, pour nous incontestable : développement d'un cancer cutané (épithélioma pavimenteux lobulé) à la suite de radiodermite chronique.

Il prête à plusieurs réflexions et discussions.

***

Étude histologique de la transformation épithéliomateuse. — Il importe de faire précéder ces discussions de l'étude histologique (1) de la transformation des lésions de la radiodermite chronique en épithélioma ; en effet cette étude est d'importance capitale pour appuyer l'hypothèse que nous avons soutenue de la nature irritative röntgénienne de ces cancers. Le cas (le premier, semble-t-il, où cette transformation ait été suivie pas à pas) est en effet démonstratif car on a pu surprendre toutes les transitions.

La pièce enlevée chirurgicalement comprenait une large zone de tissus non cancéreux. De haut en bas la face dorsale du doigt et dos de la main a été découpée en lanières dont les fragments superposés comprennent toute la longueur du doigt ; les fragments ont été numérotés du poignet vers l'extrémité digitale. Tout le tégument a donc été examiné de haut en bas et on a pu saisir toutes les transitions : Fragments 1 et 1 *bis*, zone de radiodermite simple, fragment 2, zone de transition entre la radiodermite et le papillome (ce point étant particulièrement important, un autre fragment, 2 *bis*), a été prélevé à côté du deuxième au même niveau, il a donné les mêmes résultats) ; fragment 3, zone de transition entre le papillome et l'épithélioma ; fragment 4, épithélioma à surface non bourgeonnante ; fragments 5 et 6, gros bourgeons cancéreux. Tous ont été fixés à l'iodochlorure et colorés à l'éosine bleu, hématoxyline van Gieson, orcéine, etc.

Fragments 2 et 2 *bis*. Zone de transition entre la radiodermite et le « papillome ». — Ces coupes comprennent donc deux parties : l'une proximale de radiodermite, l'autre distale de papillome naissant.

La première partie est tout à fait semblable aux fragments

(1) L'analogie relevée entre les troubles trophiques de la deuxième période (radionévrite) et le *xéroderma pigmentosum* semble se compléter par l'addition de ces dégénérescences épithéliomateuses.

(1) Cette étude histologique a été faite au laboratoire de M. Sabouraud en collaboration avec Dominici.

1 et 1 *bis* : *radiodermite simple* (1). Dans la zone intermédiaire, l'épiderme s'épaissit encore.

Dans la deuxième partie (*papillomateuse*), *l'épiderme* est très augmenté, doublant, triplant d'épaisseur, ses cônes interpapillaires sont hypertrophiés, allongés et élargis, la couche cornée conserve la même épaisseur, la granuleuse de quatre à cinq assises passe à sept et neuf. Le corps muqueux surtout est très épaissi, atteignant jusqu'à trente cellules ; ces cellules sont un peu plus grosses, plus basophiles, à noyau basophile avec gros nucléole, à anastomoses basophiles. Il n'y a pas d'atypie cellulaire, parfois une rare figure de dyskératose.

Les *papilles et le derme* ont une structure moins dense en raison de l'infiltrat beaucoup plus marqué. Cet infiltrat forme de gros nodules et de larges traînées périvasculaires à bords plus ou moins diffus, il envahit même l'hypoderme. Sa composition est la même que celle de la radiodermite simple : réticulum conjonctif contenant des mononucléaires. Il faut ajouter quelques éosinophiles de formation locale (Dominici) et quelques plasmazellen en dégénérescence érythrophile. Mêmes lésions des vaisseaux et des nerfs que dans les fragments 1 et 1 *bis*.

Fait capital à noter, *un ou deux lymphatiques profonds contiennent des cellules malpighiennes*, atypiques, *épithéliomateuses* (tendance à la généralisation).

Fragment 3. Zone intermédiaire entre le papillome et l'épithélioma. — La transition est rapide et la zone papillomateuse n'a qu'une longueur d'environ 5 à 7 millimètres (2 millimètres pour le fragment 2, 3 à 5 millimètres pour le fragment 3).

Ces coupes comprennent deux parties : la première, proximale papillomateuse (exagération de la papillation de l'épiderme); la deuxième, distale épithéliomateuse (transformation monstrueuse de l'épiderme).

Première partie : papillomateuse. — L'*épiderme* est très épaissi : 1200 à 1500 μ, les cônes interpapillaires très hypertrophiés sont *extrêmement allongés*, séparés par de longues papilles hypertrophiées. Dans la portion horizontale de l'épiderme les cellules du stratum granulosum sont étagées en sept à neuf rangées; les cellules malpighiennes sont plus volumineuses, leurs renflements chromatiniens et leurs nucléoles sont plus marqués; les karyokinèses sont rares malgré la multiplication considérable des cellules épidermiques, il semble que plusieurs noyaux soient en division directe. Les cellules de la couche germinative s'allongent.

(1) Résumé d'après notre étude présentée à la Société de dermatologie du 8 novembre 1906, en collaboration avec Dominici :

L'épiderme est épaissi surtout dans ses couches cornée et granuleuse, l'épaisseur augmentant à mesure que l'on se rapproche du papillome et de l'épithélioma; la granuleuse est indemne (hyperkératose sans parakératose, pas d'exocytose ni d'exosérose). Le derme et la couche sous-papillaire sont plus denses et paraissent amincis avec légère atrophie des fibres élastiques surtout dans les couches superficielles; le derme et l'hypoderme sont parcourus de traînées cellulaires périvasculaires. Cette infiltration cellulaire est discrète, elle résulte de la transformation lymphoïde du tissu conjonctif par hypertrophie et anastomose des cellules fixes, régression des fibres de collagène et immigration de mononucléaires sanguins et lymphatiques. Les artères et veines sont atteintes de mésovascularite intense très caractéristique, encore plus marquée pour les vaisseaux profonds hypodermiques que pour les petits vaisseaux du derme; les nerfs sont le siège de lésions intenses, péri et endonévrite interstitielle très marquée avec légère atteinte des fibres nerveuses (radionévrite du professeur Gaucher).

Au niveau des cônes interpapillaires on remarque les mêmes phénomènes. De plus vers le sommet de ces cônes ou sur leurs côtés, les cellules de la couche germinative sont séparées les unes des autres, dissociées par des intervalles clairs dans lesquels s'insinuent des mononucléaires venus des couches profondes, cette exocytose se retrouve dans tout le reste de l'épiderme, mais prédomine au sommet des cônes interpapillaires : l'immigration intraépidermique de cellules lymphatiques peut être telle que l'épiderme est dissocié en certains points par cet afflux leucocytaire, les cellules épithéliales agrandies deviennent alors polygonales, s'anastomosent par leurs angles et limitent par leurs bords des logettes allongées contenant 2 ou 3 mononucléaires.

Cette immigration mononucléaire est corrélative d'une réaction intense du tissu conjonctif sous-jacent.

Derme à un faible grossissement. — Epaississement de tout le tissu conjonctif du corps papillaire et du derme. Infiltration cellulaire très marquée, en îlots, non systématisée; occupant surtout la base du corps papillaire et le derme, à peine marquée dans les papilles; dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques; veines et artères à parois très épaisses; péri et endonévrites.

Derme à un fort grossissement.

Papilles. — Les papilles sont formées de tissu conjonctif grêle, onduleux, délicat, vertical, quoique accolées sous des obliquités variables. L'infiltrat cellulaire y est à peine marqué. Les cellules fixes clairsemées sont hypertrophiées : leur protoplasma est resté peu apparent et leur noyau volumineux arrondi ou incurvé conserve une structure chromatinienne délicate avec nucléole de petite taille. Les capillaires veineux et lymphatiques élargis sont limités par de grandes cellules endothéliales claires et tuméfiées; çà et là apparaissent de rares mononucléaires en migration et une mastzelle erratique.

— A la base des papilles apparaissent de nombreuses cellules libres à noyau compact (lymphocytes), cependant que les cellules fixes hypertrophiées sont plus rapprochées. Cette infiltration croissante aboutit aux nodules lymphoïdes du corps papillaire et du derme.

Derme. — Les bandes fibreuses du derme cèdent la place à de volumineux îlots d'infection cellulaire, arrondis ou polygonaux, d'aspect grenu et bleu foncé, tranchant sur le fond rose conjonctif; les intervalles qui les séparent sont occupés par le reliquat du tissu dermique, sillonné de travées cellulaires rejoignant les îlots entre eux. Ces infiltrats présentent en leur centre de larges fentes claires, allongées, rectilignes ou incurvées, qui sont des vaisseaux lymphatiques extrêmement dilatés. S'il existe donc une systématisation cellulaire, elle est *périlymphatique*.

Les îlots d'infiltration cellulaire offrent une structure analogue à la structure lymphoïde des ganglions ou de la rate. Le *processus fondamental est cette transformation lymphoïde.* Les îlots sont constitués par un immense réseau cellulaire dont les mailles logent les cellules lymphatiques à noyau arrondi ou incurvé, semblables aux mononucléaires clairs ou opaques du ganglion; les travées du réseau sont constituées par les cellules conjonctives, polygonales, rapprochées les unes des autres et anastomosées par leurs angles, leur chromoplasma réapparaissant finement réticulé, leur noyau est grand et clair. Cette hypertrophie cellulaire réduit les faisceaux conjonctifs à un réseau de fibrilles grêles accolées aux cellules, épousant la forme de leurs bords, de même qu'en de nombreux points des follicules spléniques. Suivant la règle, les fibres

collagènes de ces nodules lymphoïdes s'insèrent sur les faisceaux conjonctifs de la gaine des vaisseaux sanguins.

Dans les parties intermédiaires et sur les bords de l'infiltrat on assiste à cette transformation lymphoïde : multiplication et hypertrophie des cellules fixes avec réduction corrélative des faisceaux collagènes, anastomoses des cellules fixes en un réseau cellulaire ; immigration mononucléaire commençante.

Les nodules sont traversés de vaisseaux sanguins et lymphatiques qui ont l'aspect de gros capillaires dilatés. Leurs cellules endothéliales allongées et hypertrophiées reposent sur une membrane anhiste doublée de rares fibrilles collagènes grêles raccordées à celles du stroma lymphoïde. Les nodules ne semblent renfermer ni artériole ni veinule. Ce n'est qu'une apparence due à la *transformation réticulée lymphoïde des parois conjonctives et même musculaires des artérioles et veinules*. Ces vaisseaux prennent alors l'aspect de très gros capillaires, car seul leur endothélium subsiste. Les vaisseaux sanguins sont gorgés de globules rouges et contiennent plus de mono et de polynucléaires que normalement.

Parmi les mononucléaires de l'infiltrat les uns proviennent de la multiplication de cellules conjonctives disséminées se transformant en cellules arrondies, les autres sont d'origine vasculaire sanguine, migratrice, ce sont les plus nombreux, car les vaisseaux sanguins et lymphatiques en sont bourrés. Certains de ces mononucléaires se transforment en *plasmazellen* qui forment souvent de petits groupes ou plasmomes, occupant la totalité ou une partie d'un nodule ; quelques-unes de ces plasmazellen sont énormes et multinucléées (4 à 6). D'autres mononucléaires se transforment en *éosinophile* et *mastzelle*. Il s'y joint çà et là un afflux de globules rouges, cette diapédèse des hématies forme en plusieurs points de petits foyers lacunaires hémorragiques.

A ce processus de réaction inflammatoire, se joignent des phénomènes de dégénérescence souvent très marqués. La plasmolyse et *karyolyse* des cellules fixes hypertrophiées, des cellules lymphoïdes agglomérées, de rares polynucléaires immigrés, encombrent certains îlots de boules opaques de désintégration nucléaire. La *plasmolyse* se fait suivant deux modes. Dans le premier, le morcellement est périphérique ou total, les boules de désintégration restent basophiles. Dans le deuxième, le protoplasma se résout en boules acidophiles, cette *dégénérescence érythrophile* semblant particulière aux cellules conjonctives et plasmazellen ; ces cellules s'hypertrophient, leur protoplasma se décompose en boules nettement arrondies, fixant l'éosine orange, et ressemblant à d'énormes vacuoles intraprotoplasmiques. Des travées fines de protoplasma basophiles les séparent et vont s'amincissant au fur et à mesure que les boules s'accroissent. Elles deviennent parfois énormes, dépassant le volume d'un globule rouge, le protoplasma devient incolore, invisible, la cellule se réduit à un noyau caractéristique entouré de ces boules acidophiles contenues dans la membrane de la cellule qui finit par éclater. Les boules mises ainsi en liberté simuleraient des globules rouges, n'étaient leur taille énorme, leur inégalité, leur forme sphérique, leur moindre acidophilie (en effet une teinte légèrement bleu violacé atténue au moins au début leur orangeophilie).

Les *interstices qui séparent les nodules* sont occupés par des faisceaux collagènes plus ou moins modifiés par l'infiltration cellulaire commençante ; les travées conjonctives sont parcourues de traînées cellulaires et de vaisseaux capillaires dilatés, gorgés de globules rouges, de mono et de polynucléaires.

Cette réduction du tissu collagène est encore en rapport avec une hypertrophie et prolifération des cellules fixes qui se disposent en séries linéaires, s'anastomosent et se disposent en une sorte de syncytium allongé ou réseau à mailles plus ou moins étroites (transformation du collagène en tissu réticulé).

Les *glandes sudoripares* sont méconnaissables, les glandes sébacées et bulbes introuvables.

Les *vaisseaux et nerfs* présentent les mêmes lésions de mésovascularite colossale, d'endopérinévrite.

Hypoderme. — Les travées conjonctives séparant les lobules adipeux, et ces lobules mêmes sont infiltrés de traînées cellulaires suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs. Les vaisseaux et nerfs sont le siège des altérations si marquées que nous avons déjà décrites, endopérivascularite et surtout mésovascularite ; endopérinévrite interstitielle scléreuse intense et parenchymateuse.

Deuxième partie : épithéliomateuse. — L'épithélioma succède par transition rapide, presque brusque, au papillome. Cependant la transformation cancéreuse du papillome est annoncée par un léger accroissement des cellules épithéliales : hypertrophie des cellules de la germinative et épaississement du renflement chromatinien du nucléole des cellules malpighiennes. La portion horizontale de l'épiderme ainsi modifié, encore épais, recouvre 2 à 3 millimètres de boyaux épithéliomateux infiltrés dans la couche papillaire et sous-papillaire ; puis l'épiderme s'amincit, et ses *dernières papilles hypertrophiées se continuent avec les boyaux épithéliomateux* ; enfin la portion horizontale de l'épiderme manque abrasée, et l'épithélioma affleure l'ulcération ; mais dans cette partie purement épithéliomateuse, la transition apparaît encore à la disposition du tissu cancéreux, en effet, sur une longueur de 3 millimètres, les boyaux sont rectilignes, verticaux, parallèles, sensiblement égaux, séparés par des bandes conjonctives étroites. Il nous semble certain que ce sont les papilles devenues épithéliomateuses et séparées par des papilles très allongées. Au delà le tissu cancéreux perd toute ordination systématique.

(Cette transition entre l'épiderme papillomateux à portion horizontale non cancéreuse, et l'épithélioma a été retrouvée sur deux autres fragments latéraux supérieurs de l'ulcération végétante cancéreuse).

Le cancer est un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques, caractéristique et incontesté. La prolifération épithéliale est extrêmement abondante, occupant toute l'épaisseur des tissus jusqu'à l'os, formant des nappes de 35 millimètres d'épaisseur et plus, infiltrant l'hypoderme suivant les vaisseaux et nerfs qu'elle entoure. Au milieu des boyaux épithéliomateux, les vaisseaux et nerfs conservent les mêmes lésions et réagissent peu.

On retrouve tous les détails caractéristiques de l'évolution de l'épithélioma lobulé corné ; monstruosité des cellules et des noyaux, évolution centripète des cellules des nodules épithéliaux, aboutissant à la kératinisation des cellules centrales ; prolifération intensive des bourgeons terminaux de l'épithéliome ; tous les degrés depuis la kératinisation unicellulaire jusqu'à la kératinisation totale des bras ; karyokinèses multiples et irrégulières. Tous ces phénomènes sont d'autant plus accentués que l'on étudie des parties plus éloignées du papillome.

Il faut noter l'intensité des multiplications des éléments épithéliaux et les innombrables modifications de volume et de structure des cellules de la tumeur. Beaucoup atteignent une taille gigantesque, leur protoplasma devient finement réticulé et perd la structure radiée normale, mettant en évidence la

constitution fondamentale spongieuse du protoplasma, les noyaux deviennent monstrueux, soit qu'ils restent arrondis, ovoïdes, soit qu'ils se segmentent et deviennent multilobés. Les figures de karyokinèse sont nombreuses, la plupart sont anormales; l'irrégularité porte sur l'inégalité des chromosomes et la longueur exagérée de certains, la multipolarité, la fragmentation des chromosomes en petites boules qui s'écartent dans le noyau élargi. Cette dispersion de la chromatine peut être telle que les fragments en soient expulsés en dehors des noyaux. De nombreux polynucléaires éosinophiles et quelques lymphocytes pénètrent les boyaux épithéliaux.

Dans les étroits espaces conjonctifs qui séparent les bourgeons épithéliaux, le tissu interstitiel subit la transformation lymphoïde; le protoplasma des cellules fixes s'épaissit, devient spongieux, basophile, les anastomoses sont mises en évidence, formant un réseau cellulaire accolé aux réseaux fibrillaires collagène et élastique (la travée grêle de collagène provient de la régression des faisceaux conjonctifs normaux du derme sous l'influence de la prolifération cellulaire); dans les mailles de ce réseau cellulo-fibrillaire apparaissent des cellules migratrices de toute sorte : cellules lymphatiques provenant les unes du sang et de la lymphe, les autres de la mulplication des cellules fixes libérées ; plasmazellen, produit de transformation des cellules lymphatiques; nombreux éosinophiles mono et polynucléés nés in situ; quelques polynucléaires neutrophiles.

Il semble difficile d'avoir des transitions plus nettes, plus démonstratives.

***

Interprétation. — Quel est le rapport unissant la radiodermite et le cancer? Est-ce simple coïncidence? Est-ce prédisposition, l'irritation chronique créant un terrain favorable à la cause encore inconnue, microbienne (coccienne, mycosique) ou non, qui crée le cancer? Ici on pourra toujours prétendre qu'il y a eu surinfection de l'agent du cancer.

La radiodermite peut-elle créer de toutes pièces, par elle seule, l'épithélioma? C'est ce à quoi l'histologie nous incline à penser, nous montrant tous les stades de transformation de l'épithélium lésé de la radiodermite chronique en cancer, en passant par l'intermédiaire du papillome. Le papillome est une des lésions habituelles, presque constantes même, de la radiodermite chronique : ce sont des incrustations gris sale, « caillouteuses. » Presque tous les auteurs les signalent, elles sont particulièrement nettes dans notre cas et dans ceux du professeur Gaucher. « En plusieurs points, dit Jeanselme, la peau normale et les îlots ectasiés sont surmontés de petits placards cornés, verruqueux et papillomateux.» L'épithéliomatisation est donc l'aboutissant d'une lésion habituelle de la radiodermite chronique. Jusqu'à preuve du contraire, puisque tout est pour cette hypothèse, nous avons tendance à admettre que *l'irritation physique roentgenienne longtemps prolongée suffit à provoquer l'atypie cellulaire monstrueuse de l'épithélioma.* L'épiderme épaissi de la radiodermite chronique, papillomateux en plusieurs points, évolue lentement, progressivement vers l'atypie : à chaque karyokinèse, la cellule s'éloigne du type harmonieux normal, se rapproche de la cellule monstrueuse par une sorte d'accumulation des effets irritatifs.

Pour Dominici, le développement de cet épithélioma lobulé corné « démontre une fois de plus que les irritations chroniques prolongées de nature différente appellent le développement de tumeurs malignes de même type. L'évolution maligne est-elle directement causée par les rayons X ou préparée par leur action? C'est là une question que Dominici ne veut pas trancher ».

Dans l'histoire des cancers, le fait est d'importance capitale, s'il venait à se confirmer (1), puisqu'il prouverait qu'une irritation quelconque (ici mécanique et physique, amicrobienne et même bactéricide) longtemps prolongée suffit au développement de l'épithélioma ; il ruinerait la théorie microbienne spécifique du cancer et confirmerait l'hypothèse de la multiplicité des causes que M. Ménétrier a exposées dans son magistral article du *Traité de pathologie générale* du professeur Bouchard (2). « Sous l'influence, dit-il, de processus irritatifs longtemps prolongés, les épithéliums réagissent, et végétant dans des conditions anormales et de lutte, acquièrent lentement, graduellement des propriétés nouvelles de vitalité, de prolificité et tendent à s'isoler du reste de l'organisme par une sorte de sélection pathologique. Ces modifications cellulaires se produisent avec des degrés divers, partant des réactions simples de l'hyperplasie inflammatoire ou compensatrice, pour aboutir à l'épithélioma infectant et atypique, à une infection cellulaire autochtone. » L'atypie cellulaire néoplasique serait un mode de réaction de toutes les cellules « à un certain degré « d'excitation ou d'irritation »... En employant ces termes : irritation chronique, nous sommes restés dans le vague à dessein, supposant ainsi des réactions multiples et complexes... En somme, les tumeurs nous paraissent l'expression, à ses degrés divers, d'un *mode réactionnel des éléments cellulaires,* variété des états inflammatoires, et relevant comme eux de *causes multiples peut-être non spécifiques.* » L'irritation röntgénienne nous en semble un des meilleurs exemples, grâce à toutes les transitions que l'histologie nous a permis de saisir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1906)

Un foyer de dysenterie bacillaire mortelle développé dans une famille parisienne. Contagion probable par des tissus d'origine exotique. — MM. Fernand Widal et Henri Martin. Dans une famille habitant un des quartiers les plus sains de Paris, nous avons observé 2 cas de dysenterie bacillaire mortelle développés à quelques jours de distance chez un père et son enfant qui vivaient tous deux dans des conditions hygiéniques irréprochables.

(1) L'ssai expérimental serait à tenter sur les animaux que l'on sait atteints d'épithélioma.

(2) III, p. 818.

L'enfant âgé de trois ans fut pris le premier de selles glaireuses et sanglantes et mourut en quatre jours de dysenterie foudroyante.

Dix jours plus tard, le père fut pris de symptômes analogues. La température s'éleva rapidement et en même temps que l'évacuation de selles glaireuses et hémorragiques, on nota bientôt l'expulsion d'énormes lambeaux de muqueuse intestinale sphacelés. Le malade mourut après trente et un jours.

L'examen des selles pratiqué par M. Dopter, dès le huitième jour, a permis d'isoler un bacille ayant les caractères de celui que M. Widal a décrit pour la première fois avec M. Chantemesse dans la dysenterie et dont l'échantillon répondait au type isolé depuis par Shiga dans les épidémies japonaises.

Voilà donc deux cas de dysenterie dont le diagnostic clinique ne faisait aucun doute et dont la nature bacillaire a été prouvée par l'examen des selles. La maladie a présenté la gravité des dysenteries bacillaires des pays chauds et a évolué suivant le type gangréneux.

Le fait d'avoir vu se succéder ces deux cas si redoutables à Paris à une époque où cette maladie y était inconnue mérite déjà l'attention. Les malades n'avaient pas quitté Paris depuis longtemps et ils y vivaient dans des conditions de confortable, de diététique et de salubrité qui ne laissaient rien à désirer. L'eau de boisson ne pouvait être incriminée comme au cours des épidémies qui ravagent toute une ville au toute une contrée.

Un foyer ainsi isolé ne peut naître spontanément, au milieu d'une ville indemne. La raison de son apparition doit être cherchée dans la contagion dont le rôle a été, on le sait, bien mis en lumière par Kelsch et Kiener.

L'enquête la plus minutieuse n'a pas permis d'établir d'autre contact que le suivant. Huit jours avant que l'enfant eut ressenti les premiers symptômes de son mal, un marchand, comme il en pénètre souvent dans les intérieurs parisiens, colportant des tissus exotiques, était venu étaler sa pacotille dans l'appartement habité par les malades. L'enfant resta à jouer avec ces étoffes et avec de l'ouate qui avait entouré de vieux objets présentés par ce marchand. Le père acheta deux panneaux en tissu qu'il installa dans la ruelle de son lit. Ces étoffes arrivaient du Japon, pays fréquemment décimé par des épidémies de dysenterie dues à un bacille identique à l'échantillon isolé des selles de l'un de ces malades.

La dysenterie peut être considérée actuellement comme une des plus transmissibles parmi les maladies infectieuses. Si la propagation est le plus souvent directe, se faisant dans l'entourage immédiat du malade, il ne faut pas perdre de vue que des objets souillés depuis longtemps peuvent servir également à la propagation indirecte de la maladie. On sait d'autre part, que l'explosion de petits foyers dans les localités où la dysenterie était jusque-là inconnue, peut souvent être rigoureusement rattachée à l'arrivée d'un marin ou d'un colonial atteint de la maladie; ces dysenteries venues de loin sont précisément celles qui créent les foyers les plus sévères. Il est donc permis de penser que des tissus d'origine exotique comme ceux avec lesquels avait joué le petit malade ont bien pu recéler des germes desséchés de la dysenterie.

Dans l'enquête faite pour rechercher la filiation étiologique d'un foyer dysentérique apparu inopinément dans nos régions, on ne doit, en tous cas, jamais négliger de rechercher s'il n'y a pas eu de rapport suspect avec des personnes ou des objets de provenance lointaine; un contact avec des tissus venus du Japon est précisément le seul que M. Widal ait pu relever chez ses malades. Il était très intéressant de mettre ce fait en regard de l'apparition de ce foyer de dysenterie familiale, développée en plein Paris dans les conditions anormales décrites par MM. Widal et Martin.

Le foyer s'est éteint sur place, là où il avait pris naissance, mais si, au lieu d'apparaître dans une famille aisée, ces cas avaient éclaté dans un milieu misérable, ils auraient pu être l'origine d'une généralisation épidémique. On ne peut demander aux pouvoirs publics de veiller à la désinfection de toutes les vieilles étoffes d'origine française ou exotique que beaucoup de personnes, par besoin ou par mode introduisent dans l'intimité de leurs appartements. Il est bon, en tous cas, que nul n'ignore la nécessité de faire pratiquer la désinfection de ces tissus usagés qui ayant passé par des intérieurs dont l'état sanitaire est inconnu, peuvent recéler les germes nocifs de nos pays s'ils ont vieilli dans nos régions et qui, s'ils sont de provenance lointaine, peuvent contenir en plus des poussières capables de propager les infections les plus redoutables.

M. Vaillard considère comme très acceptable l'étiologie admise par M. Widal pour expliquer les deux faits de dysenterie bacillaire qu'il vient de communiquer. Il existe, en effet, des faits de transmission de cette affection bien avérés par des couvertures, des étoffes provenant de pays lointains. Toutefois, la dysenterie bacillaire est plus fréquente qu'on le croit dans les grandes villes. Elle y passe souvent inaperçue. Il est des cas graves, classiques, il existe des cas atténués, des cas frustes, surtout chez l'enfant. Il s'agit simplement, dans ces cas, de diarrhées glaireuses, qui auraient pu passer pour des diarrhées banales si l'examen du sang et des selles n'en avaient révélé la nature dysentérique. On a cru jusqu'ici que la dysenterie n'apparaissait que pendant les mois chauds pour disparaître pendant l'hiver, et on se demandait alors comment établir la filiation entre les épidémies estivales. Ce sont précisément ces cas frustes, ces cas légers de dysenterie bacillaire qui entretiennent le germe infectieux; dans les enquêtes qui se poursuivront sur cette maladie il faut tenir compte des faits analogues à ceux que vient de rapporter M. Widal et aussi de ces cas légers, atténués, qui passent trop souvent inaperçus.

Traitement du cancer. — M. Berger rappelle que dans la communication de M. Poirier il y a deux questions distinctes: celle du traitement du cancer de la langue, celle plus générale de l'étude du cancer et de toutes les questions qui s'y rapportent.

Pour ce qui est du traitement du cancer de la langue, M. Berger appuie ce qu'a dit M. Poirier sur les résultats de sa pratique. L'opération est grave, elle est pénible pour les malades, elle est le plus souvent inefficace.

Les cas produits par M. Poirier montrent sa gravité. Dans sa pratique M. Berger a eu environ un tiers de mortalité pour l'ablation de cancers étendus, cette mortalité s'est élevée à la moitié des cas quand il a été nécessaire de pratiquer la section ou la résection temporaire du maxillaire inférieur. C'est donc une des opérations les plus graves de la chirurgie.

Elle est le plus souvent suivie de récidive, et ces récidives surviennent même dans des cas d'apparence favorable et largement opérés, enfin ses suites immédiates sont toujours très pénibles pour les opérés.

Mais l'opération produit des guérisons durables dont M. Poirier a cité huit exemples, tirés de sa statistique. M. Berger en cite de plus anciens et de plus prolongés observés dans sa pratique, portant sur des cancers soumis à l'examen histologique et parfois très étendus.

Dans les cas qu'il cite au nombre de 4, la guérison a été constatée au bout de six, huit, dix et plus de dix ans. Deux de ces opérés sont actuellement en vie au bout de huit et dix ans, sans récidive.

Par l'opération on peut donc obtenir la guérison de cancers de la langue. Aussi faut-il opérer très largement les cas où le cancer est encore limité. Les contre-indications se tirent de la propagation du cancer au voisinage de l'épiglotte, de l'envahissement du pilier du voile du palais et de l'amygdale, de l'adhérence du cancer au maxillaire inférieur, de l'envahissement des deux côtés de la langue au delà de sa moitié anté-

rieure, des engorgements ganglionnaires inflammatoires et diffus.

Pour l'opération, M. Berger suit à peu près les mêmes règles que M. Poirier, mais il n'enlève les ganglions que du côté malade, quand une moitié de la langue seule est prise, et il n'extirpe pas toute la chaîne ganglionnaire sous-jacente au sterno-mastoïdien, quoiqu'il extirpe toujours les ganglions situés à la bifurcation de la carotide vers la grande corne de l'os hyoïde. Il rejette comme voie d'accès la section du maxillaire et il préfère l'incision de la commissure buccale.

Relativement à la question du cancer envisagée dans son ensemble, M. Berger affirme que l'opération est le seul moyen par lequel on obtienne actuellement la guérison de cancers. La médication interne, la sérothérapie sont inefficaces, la radiothérapie voit son action limitée aux cas tout à fait superficiels. Mais si l'opération permet d'obtenir la guérison de certains cas de cancers, ce n'est pas une méthode de guérison du cancer; elle est trop incertaine, irrégulière et limitée dans ses effets. Il faut chercher autre chose, et pour trouver le vrai moyen de traitement du cancer, M. Berger admet l'idée émise par M. Poirier, d'un Comité scientifique pour l'étude du cancer, qui centraliserait en France toutes les recherches et provoquerait les recherches et les travaux sur ce sujet.

ANALYSES

MEDECINE

Sur le crétinisme marin. (Werner VON JAUREGG. *Wien. klin. Wochens.*, 25 oct. 1906, n° 43, p. 1273.) — On sait que le crétinisme endémique ne s'observe guère que dans les régions montagneuses. Les pays situés au bord de la mer semblent jouir d'une véritable immunité vis-à-vis de cette maladie. Werner von Jauregg a contre toute attente, découvert un véritable foyer de crétinisme endémique dans un groupe de petites îles situées non loin de la côte d'Istrie.

Il a pu étudier un nombre de sujets assez considérable, eu égard au chiffre de la population insulaire, qui présentaient tous les symptômes de l'infantilisme, sinon de l'idiotie myxœdémateuse : infiltration et épaississement des téguments, raccourcissement de la taille, organes génitaux rudimentaires, persistance de la première dentition, défaut de soudure des fontanelles et enfin absence complète de corps thyroïde appréciable à la palpation.

La plupart de ces sujets étaient normaux au moment de leur naissance, et ce n'est qu'au bout de quelques années que s'est manifesté l'arrêt de développement; aussi presque tous étaient-ils doués d'une certaine intelligence et capables de quelque activité.

Point particulier : il n'existe pas de goitreux dans les îles istriennes en question, contrairement à ce que l'on voit toujours dans les pays de crétinisme endémique. Aussi W. von Jauregg pense-t-il que la cause première du « crétinisme marin » qu'il décrit, diffère de celle du crétinisme endémique des pays montagneux.

Il attache une grande importance aux mariages consanguins, extrêmement fréquents dans ces îles, et qu'il a retrouvés dans les antécédents héréditaires des sujets observés par lui. La vraisemblance de cette théorie lui semble appuyée par la fréquence dans les mêmes lieux d'un autre stigmate de dégénérescence : l'albinisme, parfois compliqué d'épilepsie.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

De l'épididymotomie dans le traitement de l'épididymite blennorragique. (L. BAZET. *Amer. Journ. of Urology*, vol. II, n° 8, mai 1906, p. 320-322.) — Il convient de traiter une épididymite comme une affection chirurgicale. Bazet, dans 65 cas opérés depuis 1897, s'est servi de la technique suivante : incision de 25 centimètres le long du ligament scrotal du testicule. Incision de l'épididyme dont les nodules tuméfiés sont ponctionnés s'ils contiennent du pus, puis les parois de l'épididyme sont suturés à la peau. Autrefois, il a pratiqué des épididymectomies partielles, avec l'espoir, dit-il, qu'une anastomose pourrait se faire entre les extrémités sectionnées des tubes (?). Aujourd'hui, il fait l'épididymotomie simple, la guérison est beaucoup plus rapide, la douleur et la fièvre tombent beaucoup plus rapidement, et le danger de stérilité est diminué. Les deux premières propositions sont raisonnables et s'expliquent d'elles-mêmes. La dernière est moins évidente; malheureusement l'auteur ne donne point d'explication sur ce point.

F. GARDNER.

THERAPEUTIQUE

La médication phospho-créosotée dans la tuberculose. (S. BERNHEIM. *Revue internat. de la tuberculose*, nov. 1906.) — Dans la thérapeutique antituberculeuse actuelle, il ne faut pas se tenir uniquement au régime hygiéno-diététique. Il existe certaines adjuvances médicamenteuses qui ne sont pas à dédaigner et qu'il ne faut pas délaisser systématiquement. La médication phospho-créosotée entre dans cette catégorie d'agents. Son action est double, elle vise à la fois la transformation du terrain tuberculeux et la modification de l'hypersécrétion des bronches.

Or la physiopathologie nous apprend que le terrain tuberculeux est déminéralisé, en état de déperdition phosphorée, hypoacide et hypercomburant. En conséquence, on devra le réminéraliser, modérer ses pertes phosphatiques, modifier son humorisme dans le sens d'une hyperacidité défensive, modérer les échanges respiratoires.

Ces indications sont réalisées par la médication phosphocréosotée.

Celle-ci comporte deux agents médicamenteux également efficaces : *a.* le phosphate de créosote qui donne de très beaux succès thérapeutiques, mais dont l'administration prolongée entraîne souvent des effets cumulatifs qui se traduisent par de longues et douloureuses polynévrites d'origine toxique; *b.* le phosphite de créosote ou phosphotal qui a une efficacité au moins égale et qui, étant mieux absorbé, mieux réparti et plus régulièrement éliminé, ne provoque jamais ni accumulation, ni intolérance, ni névrites. Son emploi est des plus aisés.

On peut l'administrer sous forme de capsules glutineuses, par la bouche, d'émulsion en lavements, de solution huileuse par voie hypodermique.

La dose optima paraît être de 0g50 à 1 gramme par jour en injections sous-cutanées et de 1 à 2 grammes *per os* ou *per rectum*. On peut la maintenir longtemps sans inconvénient ni danger.

En général, on fera le traitement continu de trois semaines par mois, avec repos la quatrième semaine.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES DE LA PNEUMONIE [1]

§ II. FORMES EN RAPPORT AVEC CERTAINES CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES. — A. **Pneumonie de l'enfance.** — Elle se caractérise, avant tout, par l'*obscurité des signes physiques*, qui, souvent, n'apparaissent qu'aux approches de la défervescence. Aussi ces signes doivent-ils être recherchés avec le plus grand soin dans toute l'étendue de la poitrine, surtout dans les parties postérieures, où ils prédominent, et dans le creux des aisselles (Comby). Ce sont d'ailleurs les mêmes que chez l'adulte. On a cependant décrit, comme propres à la pneumonie de l'enfant, les trois signes suivants : à la période d'engouement, *défaut d'expansion de la région sous-claviculaire malade* (Weill, *Lyon méd.*, 23 juin 1900); à la période d'hépatisation, le tympanisme sous-claviculaire; après la résolution, l'existence fréquente de signes pseudo-cavitaires.

Quant aux *signes fonctionnels*, ils présentent, eux aussi, quelques particularités. Après une *phase préparatoire* (Comby), apparaissent des frissons, des vomissements, un point de côté, souvent localisé aux parois abdominales (*point de côté abdominal* de la pneumonie infantile), une dyspnée *intense* et *précoce*. La toux est variable, l'expectoration ne s'observe que chez des enfants déjà grands.

Signes généraux. — 1. La *fièvre*, ordinairement cyclique, comme chez l'adulte, disparaît brusquement en quelques heures, au bout de six à huit jours (Rilliet et Barthez); exceptionnellement, la défervescence peut se faire en deux ou en plusieurs fois. Au moment de la crise et les jours qui suivent, le pouls devient lent et irrégulier; 2. Les *troubles nerveux*, surtout accentués dans les pneumonies du sommet, où ils apparaissent dès le début, caractérisent les *pneumonies cérébrales*, dont Rilliet et Barthez décrivent deux formes : éclamptique et méningée. La forme *éclamptique* s'accompagne de convulsions généralisées ou partielles; dans la forme *méningée*, l'assoupissement, le délire, la céphalalgie, les vomissements sont les principaux symptômes, la mort peut survenir dans le coma, et à l'autopsie, on trouve, tantôt des véritables lésions de méningite localisées à la convexité des hémisphères, tantôt une simple hypertension du liquide céphalo-rachidien, avec ou sans polynucléose (*méningisme, méningite séreuse*); 3. Les *érythèmes*, précoces, ont été signalés par Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, Macé.

Chez l'enfant, la pneumonie se localise souvent au sommet; souvent aussi, elle revêt le type de la pneumonie abortive ou de la pneumonie centrale. Habituellement elle se termine par la guérison.

B. **Pneumonie des vieillards.** — Deux formes principales (G. Sée) : 1. *Pneumonie latente.* Observée surtout dans les hospices (Salpêtrière), elle ne se révèle par aucun signe. Les malades vont, viennent, vaquent à leurs occupations, puis, se sentant un peu fatigués, se penchent sur leur lit et expirent (Hourman et Dechambre). Ces cas, d'après Charcot, sont tout à fait exceptionnels; 2. *Pneumonie apoplectique* (Charcot et Vulpian). Ellu se présente tantôt avec les apparences d'une apoplexie cérébrale, tantôt sous l'aspect d'une véritable hémiplégie avec ou sans contractures, accidents attribués par Charcot et Vulpian à un trouble d'origine sympathique, par Lépine, à l'ischémie favorisée par l'athérome cérébral. Elle évolue rapidement et se termine presque toujours par la mort.

La pneumonie, chez le vieillard, est donc *si grave* que l'on a pu l'appeler le fléau le plus redoutable de la vieillesse (Cruveilhier). Cependant, lorsque le sujet qu'elle frappe est encore robuste, elle peut guérir.

C. **Pneumonie et grossesse.** — Contrairement à Grisolle, la bénignité de la pneumonie pour la mère et l'enfant est la règle. La maladie de la mère peut se transmettre : au fœtus, par le sang; à l'enfant, par le lait.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 122, p. 1462, et n° 127, p. 1522.

§ III. FORMES EN RAPPORT AVEC CERTAINES CONDITIONS PATHOLOGIQUES. — A. **Pneumonie dans les intoxications.** — 1. *Pneumonie des buveurs.* — Elle se caractérise : 1° par l'étendue des lésions; 2° le passage fréquent à l'hépatisation grise; 3° l'état adynamique du sujet; 4° le delirium tremens. Fréquemment localisée au sommet, elle débute brusquement, et se traduit surtout par des troubles nerveux. Tantôt le délire fait son apparition dès les premiers jours, et s'accompagne d'hallucinations terrifiantes. Tantôt, il existe, au contraire, un état d'abattement et de prostration qui dure jusqu'à la mort. Comme chez l'enfant, ces phénomènes cérébraux effacent, pour ainsi dire, les phénomènes pulmonaires (G. Sée) : les signes fonctionnels sont réduits au minimum, et ce n'est que par l'examen physique que l'on peut déceler les lésions. La mort, presque fatale, est habituellement due à l'adynamie; d'autres fois, elle résulte de la transformation en hépatisation grise, ou encore elle est le fait d'une complication (méningite suppurée).

2. *Pneumonie diabétique.* — Deux grands caractères : *gravité excessive, marche suraiguë* (*pneumonie foudroyante* de Bouchardat). Elle apparaît tardivement, s'accompagne d'une dyspnée formidable et emporte le malade en vingt-quatre à trente-six heures (Bouchardat); Marchal (de Calvi) et d'autres ont cependant rapporté des cas de pneumonie diabétique terminée par la guérison.

3. *Pneumonie goutteuse.* — Elle alterne quelquefois avec les manifestations goutteuses, soit que la pneumonie débute pour faire place, vers le dixième jour, à une attaque de goutte (*goutte critique*), soit qu'une attaque de goutte ordinaire disparaisse brusquement pour faire place aux signes classiques d'une pneumonie franche, soit enfin qu'une crise articulaire anormale soit remplacée par une crise pneumonique (Lecorché).

4. *Pneumonie urémique.* — Caractérisée par les signes habituels ou, au contraire, tout à fait latente, la pneumonie urémique aboutit, le plus souvent, à la suppuration ou même à la gangrène.

B. **Pneumonies dans les infections.** — 1. *Pneumonie dans la fièvre typhoïde.* — Dans la fièvre typhoïde, la pneumonie peut marquer le début des accidents, ou apparaître au cours de la maladie. Dans le premier cas, il s'agit de *pneumo-typhoïde*, qui peut affecter trois formes : *a.* prépondérance initiale des phénomènes pulmonaires qui, ultérieurement, s'effacent devant les symptômes intestinaux; *b.* coexistence, dès le début, des symptômes de fièvre typhoïde et des symptômes de pneumonie; *c.* la pneumonie est et reste le symptôme dominant. Pour la nature de ces pneumo-typhoïdes, voir Brouardel et Thoinot, *Traité Brouardel-Gilbert*, article : FIÈVRE TYPHOÏDE. Quant à la pneumonie survenant à la période d'état, c'est le plus souvent une pneumonie *hypostatique*, c'est-à-dire une congestion pulmonaire (splénisation), d'origine mécanique, commandée par la myocardite (Hayem). De la pneumonie typhique, on peut rapprocher celle observée dans les *typhus récurrent* et *exenthématique*.

2. *Pneumonie dans la grippe.* — Deux cas, selon que la pneumonie vient se greffer sur la grippe, ou qu'elle apparaît au contraire comme la première manifestation de la maladie. Les pneumonies grippales se caractériseraient par leur début insidieux; leurs signes physiques (râles sous-crépitants, souffle non franchement tubaire), leurs symptômes fonctionnels (crachats muqueux ou muco-purulents, dyspnée vive). Le pouls est mou et dépressible, la maladie aboutit souvent à l'hépatisation grise ou même à la gangrène. Elle se complique fréquemment de troubles nerveux (délire ou état typhoïde), et d'accidents infectieux : albuminurie, endocardite aortique, etc.). La nature de ces pneumonies grippales a été très discutée. Abstraction faite des congestions pulmonaires à forme pneumonique et des broncho-pneumonies à forme pseudo-lobaire, on peut dire avec Ménétrier, que grippe et pneumonie sont deux affections indépendantes, quoique présentant de grandes affinités l'une pour l'autre.

3. *Pneumonies palustres.* — Au cours du paludisme, on peut observer : 1° des pneumonies *apparaissant en même temps que l'accès fébrile*, et que caractérisent leur début insidieux, leur longue durée, les phénomènes typhoïdes qui les accompagnent, et leur terminaison presque toujours fatale; 2° des pneumonies *survenant entre les accès, fièvre accompagnée pneu-*

monique, fièvre pernicieuse pneumonique (Morton) et qui ne sont, pour la plupart, que des congestions pulmonaires.

4. *Pneumonie érysipélateuse.* — Sous ce nom, on a décrit : *a.* des pneumonies ambulantes ; *b.* des complications pulmonaires survenant au déclin de l'érysipèle facial, parfois précédées (Strauss) d'érysipèle du pharynx, et ressortissant vraisemblablement à la broncho-pneumonie.

5. *Pneumonie rhumatismale.* — La véritable pneumonie rhumatismale est exceptionnelle, et ce que l'on observe le plus souvent au cours du rhumatisme, ce sont des accidents d'œdème pulmonaire aigu. (*A suivre.*)

La neurasthénie génitale féminine, par le docteur Jules BATUAUD. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le cancer, par le docteur THOMAS. In-8 de 545 p. — Paris, Maloine.

La régénération des familles et races tarées. Prophylaxie et hygiène thérapeutique de l'hérédité morbide, par le docteur E. CONTET. In-16. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

COURS LIBRE SUR LES MALADIES MENTALES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS. — M. le docteur Jacques Roubinovitch, médecin de la Salpêtrière, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, expert près les tribunaux, reprendra ce cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine), le jeudi 15 novembre 1906, à cinq heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Programme du cours. — Conférences psychiatriques. Projections lumineuses. Présentation de malades.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 14 novembre 1906.

Après le médecin gravement menacé, nous l'avons vu ici même (1), par l'impôt sur le revenu, voici le pharmacien menacé à son tour par les fantaisies fiscales du nouveau ministre des Finances.

Entre une taxe sur les pianos et un impôt sur le vermouth, nous trouvons, dans le projet de budget pour 1907, une taxe sur les spécialités pharmaceutiques.

Il est notoire, en effet, que quelques rares pharmaciens ont réalisé des benéfices extrêmement brillants. De là à conclure que tous les pharmaciens sont millionnaires, il n y a qu'un pas pour ceux qui ignorent la crise grave que traverse la spécialité pharmaceutique. En vertu de la *tradition* qui veut que, dès qu'une industrie est prospère en France, on l'écrase sous des impôts d'exception, les spécialités pharmaceutiques subiront donc le sort commun.

Il faudrait pourtant s'entendre. Est-ce la marque ou la préparation que l'on entend frapper? Si c'est la marque, nous ne voyons pas très bien pourquoi on frapperait des marques pharmaceutiques plutôt que des marques de liqueurs, de produits alimentaires ou même de parfumerie. S'il s'agit de la préparation, l'impôt, au lieu d'atteindre quelques pharmaciens, les atteint tous. Le sirop iodotannique, le vin de quinquina, que tous les pharmaciens préparent à l'avance dans des flacons revêtus de leur étiquette, constitueront à n'en pas douter une spécialité aux yeux du fisc.

A un autre point de vue, la question nous intéresse, nous autres médecins. Cet impôt ne tendrait, en effet, à rien moins qu'à réduire les moyens thérapeutiques dont nous disposons; or, bon nombre des préparations visées, celle de digitale, pour ne citer qu'un exemple, nous sont absolument indispensables.

Imposer les spécialités pharmaceutiques au même titre que l'absinthe, nous apparaît comme un défi au bon sens.

Ce serait véritablement vouloir imposer la santé publique!

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 67, p. 800.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA DIMINUTION DE LA NATALITÉ EN FRANCE. — Le *Journal officiel* publiera dans quelques jours le nombre des mariages, naissances et décès survenus en France en 1905.

M. Bertillon expose à ce sujet dans le *Temps* que tous les peuples grandissent autour de nous; nous seuls restons stationnaires, en attendant que nous rapetissions.

Cela ne tardera pas. En 1904, il y avait 36 départements dans lesquels le nombre des décès l'emportait sur celui des naissances; en 1905, il y en a 44. Dans certaines provinces, la différence est prodigieuse : ce sont surtout la Bourgogne et la Gascogne; dans le Gers, le Lot, Lot-et-Garonne, Tarn-et-Garonne, etc., on trouve environ 3 décès pour 2 naissances! C'est-à-dire que les deux parents meurent après avoir eu deux enfants (voilà nos deux naissances) dont l'un meurt avant de s'être reproduit (et voilà nos trois décès).

Ces mœurs familiales ne sont pas encore généralisées, heureusement. En moyenne, un mariage produit en France tout près de trois naissances (exactement 2,7).

En Angleterre, chaque ménage a exactement un enfant de plus (3,7), et en Allemagne, un peu davantage encore. Donc, un enfant de plus par ménage et la France rentre dans une situation à peu près normale.

LES PROTESTATIONS CONTRE LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES. — M. Briand a reçu une délégation de l'union des syndicats médicaux, qui lui a présenté des observations au sujet du certificat d'études médicales supérieures et a demandé le retrait du décret du 25 juillet dernier, qui l'institua. Le ministre a fait à l'union des syndicats la même réponse qu'aux délégations précédentes : ce certificat doit être considéré comme un premier degré du concours de l'agrégation.

Le soir, la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public s'est réunie au ministère pour délibérer sur le même sujet. (*Le Temps.*)

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous avons reçu les deux premiers numéros du *Bulletin médical de l'Indo-Chine française* paraissant le 15 de chaque mois à Hanoï. Nous souhaitons la bienvenue à cette belle publication que dirige notre excellent collègue le professeur A. Le Roy des Barres.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Gauchery, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté des sciences de Paris.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

SYMPTOMATOLOGIE DU CANCER DU PYLORE

Par Léon VOUTERS,
Interne des hôpitaux de Paris.

Si l'estomac est peut-être l'organe le plus fréquemment envahi par le cancer (1 cancer gastrique sur 3 cancers primitifs, Brinton), le pylore est à coup sûr la région élective où se localise le plus volontiers le cancer gastrique (50 cancers pyloriques, Lebert; 60, Brinton; 65, Israël, sur 100 cancers gastriques). Ainsi le pylore apparaît dans l'organisme comme un point très menacé par le cancer : d'après la moyenne des statistiques sur 100 000 habitants il y a environ 15 morts chaque année par cancer pylorique ; dans la mortalité globale, sur 100 morts, une mort ressortit à lui, mais il entre pour un chiffre plus fort dans la mortalité des adultes, car il est rare avant trente ans et après soixante-dix ans.

Après quelques troubles dyspeptiques assez vagues auxquels on fait remonter son début, le cancer pylorique confirmé franchit deux étapes (Jaccoud) :

Une période initiale (troubles dyspeptiques caractéaisés ; dilatation gastrique avec rétention par sténose pylorique).

Une période terminale (tumeur, cachexie).

Début. — Il est exceptionnel qu'un individu, ayant une pleine santé apparente, révèle cliniquement son cancer pylorique par un vomissement ou une hématémèse.

Dans la règle, au contraire, c'est par un début assez obscur qu'il entre dans sa maladie :

Certains cancéreux pyloriques avaient toujours eu leurs digestions parfaites ; c'est le cancer qui a causé leurs premières souffrances gastriques (Lasègue) : le début clinique du cancer est assez facile à déterminer.

Certains autres souffraient par leur estomac depuis plus ou moins longtemps : le début clinique du cancer est alors beaucoup plus difficile à préciser.

Les uns présentaient les symptômes d'une dyspepsie à forme sensitivo-motrice prédominante ; ils ont toujours eu l'estomac susceptible : appétit capricieux, pesanteur, gonflement abdominal, renvois gazeux ou acides après le repas.

Les autres souffraient d'une gastrite chronique caractérisée : douleurs gastriques diffuses, pituites, vomissements glaireux.

Les derniers avaient un ulcère extériorisé par ses symptômes classiques : c'est surtout au pylore que le cancer se greffe sur un ulcère ancien, quelquefois en activité, plus souvent cicatrisé.

L'appétit, singulièrement troublé, devient capricieux, diminue, ou disparaît, avec un dégoût invincible pour l'alimentation, particulièrement la viande et les graisses ; après les repas la plénitude et la tension épigastriques, les aigreurs, les renvois, le pyrosis, la tendance aux nausées (elles vont rarement jusqu'au vomissement), traduisent la lenteur et la difficulté des digestions ; un affaiblissement et amaigrissement hors de proportion avec ces simples troubles dyspeptiques s'établissent rapidement.

C'est un syndrome commun à toutes les dyspepsies : cependant l'affaiblissement et l'amaigrissement précoces, avec anorexie élective, chez un malade âgé, éveillent déjà les soupçons.

Loin qu'ils rétrocèdent, ces troubles s'aggravent lentement ; quelques douleurs apparaissent à l'épigastre, plus ou moins intenses, sourdes ou lancinantes, souvent irradiées vers les parties voisines ; les vomissements apparaissent : le malade entre dans la période initiale du cancer pylorique confirmé.

Période initiale. — Par sa localisation pylorique, le cancer gastrique s'oppose à l'évacuation stomacale ; c'est ainsi qu'il acquiert son individualité clinique : il associe aux signes cancéreux coutumiers d'un cancer gastrique, les signes particuliers d'un rétrécissement pylorique :

Soit qu'il modifie plus ou moins les signes fonctionnels qui ressortissent au cancer gastrique par ses douleurs à type péristaltique d'une part, ses vomissements tardifs, espacés, abondants d'autre part ;

Soit qu'il crée les signes physiques qui ressortissent à la sténose pylorique ;

Soit qu'il aggrave les signes généraux qui ressortissent au cancer gastrique par l'inanition qu'il surajoute à la cachexie cancéreuse.

Signes fonctionnels. — *Anorexie.* — C'est un symptôme très important, car, s'il peut accompagner les affections stomacales les plus diverses, il présente dans le cancer quelques caractères spéciaux : sa fréquence (35 p. 100 Brinton) ; sa précocité (aux premiers troubles dyspeptiques) ; sa ténacité (résistance invincible à tous les artifice culinaires et à toutes les médications) ; son caractère électif (c'est plus qu'une inappétence, un véritable dégoût, qui peut porter sur tous les aliments, mais se cantonne le plus souvent à la viande et aux graisses).

On l'a rapporté à l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, aux fermentations gastro-intestinales, à l'action des toxines cancéreuses sur toute l'économie.

L'anorexie est quelquefois modérée, rarement tardive, tout à fait exceptionnellement absente (Dujardin-Beaumetz, Hanot, Arnozan, Marc Mathieu) ; on a cité quelques cas où elle était remplacée par une boulimie plus ou moins accusée (vacuité stomacale continue par insuffisance pylorique).

Ces anomalies sont probablement favorisées par la persistance d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, qu'on observe surtout dans le jeune âge (Marc Mathieu) ou quand le cancer se greffe sur un ulcère cicatrisé.

Mais, dans la règle, tout dyspeptique assez âgé, maigrissant beaucoup, qui présente une anorexie semblable, doit orienter les soupçons vers un cancer gastrique.

Douleur. — Habituelle au cancer gastrique (92 p. 100 Brinton), la douleur spontanée est à peu près constante quand il siège au pylore. Malgré tout, très variable quand elle existe, elle peut manquer à toute l'évolution morbide : aussi les présomptions qu'elle apporte au diagnostic sont-elles bien fragiles.

Au début, elle est intermittente : elle débute souvent peu après les repas pour augmenter progressivement jusqu'à son maximum, quatre ou cinq heures après l'ingestion des aliments (à quatre ou cinq heures du soir, à minuit ou une heure du matin) ; c'est une véritable crise gastrique. Au moment où la douleur, à son acmé, devient intolérable, l'estomac se contracte brusquement pour évacuer son contenu par un vomissement qui la calme.

Elle devient ensuite continue, à paroxysmes causés par les repas ; sur un fond sourd (sensation pénible persistante au creux épigastrique) surviennent les exacerbations (constrictions ; douleurs lancinantes, brûlantes, rongeautes, térébrantes ; transfixion exceptonnelle simulant la transfixion dans l'ulcère rond). Un cancer pylorique fait plus souffrir qu'un autre cancer gastrique : c'est qu'à l'action du suc gastrique sur la tumeur ulcérée, s'associent les contractions péristaltiques du muscle gastrique, hypertrophié pour lutter contre l'obstacle au transit alimentaire.

A la fin elle diminue pour se transformer en oppression, tiraillements, pesanteur, en même temps qu'elle perd sa régularité : les tuniques stomacales, atones chez un malade épuisé, réagissent moins à l'excitation.

Son quartier n'est pas immuable : tantôt elle est localisée, le plus souvent à l'épigastre, mais quelquefois au dos (aux dernières vertèbres dorsales ou même aux vertèbres lombaires) ; tantôt elle est plus ou moins diffuse, soit qu'elle irradie vers l'hypocondre droit, le sternum, l'épaule droite, ou les espaces intercostaux, soit qu'elle aboutisse aux manifestations asthmatiques et sténo-cardiaques.

On peut quelquefois réveiller ou augmenter la douleur, soit qu'on appuie sur l'épigastre, soit qu'on provoque artificiellement les contractions péristaltiques.

Vomissements. — Très fréquents dans tout cancer gastrique (80 p. 100 Lebert, 87 p. 100, Brinton) les vomissements sont à peu près constants quand il siège au pylore. C'est à titre tout à fait exceptionnel qu'une sténose pylorique évolue sans vomissements.

Ils calment toujours la douleur : aussi les malades les provoquent-ils quelquefois, au plus fort de leur crise, en se mettant les doigts dans la gorge.

Au début ils sont irréguliers, capricieux. Ce sont, le plus souvent, quelques vomissements pituiteux, constitués par une salive glaireuse ou filante déglutie pendant la nuit, ou surtout par un mucus filant et grisâtre, abondamment sécrété par l'estomac ; ils surviennent indifféremment le matin à jeun ou dans le courant de la journée, sans efforts pénibles, comme par régurgitation — chez un malade âgé, qui maigrit, sans tare alcoolique — ils sont presque caractéristiques (eaux du cancer).

Ce sont aussi, moins souvent, quelques vomissements alimentaires, qui apparaissent trois ou quatre heures après les repas, très irrégulièrement suivant la fréquence des crises douloureuses et la sévérité du régime alimentaire.

La stricture progresse : les vomissements alimentaires se rapprochent ; le malade, qui vomissait une ou deux fois par semaine au début, vomit tous les jours, cinq ou six heures après chaque repas, ses aliments plus ou moins altérés.

L'estomac, vaincu dans sa lutte contre un rétrécissement qui croît progressivement, laisse dilater sa cavité. Les vomissements deviennent caractéristiques : espacés à longs intervalles (vingt-quatre heures, quarante-huit heures, plusieurs jours) ; sans efforts ; très abondants (1 litre, 2 litres, 3 litres) par hypersécrétion gastrique surajoutée à la stase alimentaire ; constitués par une bouillie stomacale semi-liquide, grisâtre, verdâtre ou brunâtre, à forte odeur nauséabonde, dans laquelle on trouve les débris d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

A la fin les vomissements continuent à s'espacer ou même disparaissent : tantôt l'estomac, tout à fait atone, vide seulement son trop-plein par un vomissement comparable à la miction par regorgement ; tantôt le transit alimentaire s'est rétabli par élimination d'un segment ramolli du cancer pylorique ou par l'établissement d'une fistule gastro-colique.

Hématémèse. — Fréquente (42 p. 100, Brinton), elle varie suivant les sujets dans son aspect, son abondance, et sa répétition.

Il est rare qu'elle soit très abondante, simulant la grande hématémèse rouge vif par hémorragie récente qu'on voit dans l'ulcère, jusqu'à pouvoir entraîner la mort rapide par son abondance (Habersohn, Hanot).

Assez abondante c'est un vomissement brunâtre, suie délayée, ou noir comme l'encre ; moins abondante c'est un vomissement marc de café ou chocolat quand elle est pure, gris cendre sous la forme d'un magma grisâtre adhérent au fond des cuvettes quand le sang se mêle au mucus. Ces aspects variables, dus au sang plus ou moins digéré par l'estomac, acquièrent par leur fréquence dans le cancer pylorique une grande valeur diagnostique ; mais ils n'ont aucune valeur pathognomonique, car ils peuvent apparaître dans toute affection gastrique avec hémorragies (gastrites ulcéreuses, ulcère rond).

Il est rare qu'elle soit très faible, communiquant au vomissement une couleur à peine rougeâtre : elle nécessite alors un examen microscopique, spectroscopique ou chimique.

Il arrive, dans les gastrorragies peu abondantes, que l'hématémèse manque si le sang suit la voie intestinale, aussi faut-il examiner soigneusement les selles : elles traduisent par l'examen physique l'hémorragie macroscopique (selles épaisses, noirâtres, comparables au goudron ou melæna), ou révèlent par l'examen chimique l'hémorragie microscopique (réaction de Weber modifiée par Boas et Kochmann : un extrait acétique et éthéré des matières fécales entraîne l'hémoglobine seule sous forme d'hématine — qui colore en bleu foncé la teinture de gaiac fraîche additionnée d'essence de térébenthine ou d'eau oxygénée).

Constipation. — Dans sa durée presque entière, par sa localisation pylorique, le cancer gastrique est un cancer constipant. C'est qu'à la diminution dans l'apport alimentaire consécutive à l'anorexie s'ajoutent pour la causer l'abondance des vomissements et l'obstacle à l'évacuation stomacale : constipation opiniâtre (huit à quinze jours sans selles), à matières dures, sèches, ovillées ou effilées, rebelle aux purgatifs comme aux lavements — au début la diarrhée est si rare qu'elle induit souvent en erreur.

Assez fréquemment les selles contiennent du sang (melæna par hémorragie cancéreuse au pylore) : assez abondant il donne aux selles un aspect sang dissous : c'est une masse épaisse, visqueuse, noirâtre, comparable à la poix ou au goudron ; moins abondant il teinte en noir les matières stercorales moulées ou concrétées ; très rare il nécessite sa recherche par la réaction de Weber.

A la période terminale la diarrhée apparaît dans la moitié des cas (Tripier), d'abord par débâcles alternant avec la constipation, puis continue tout à fait à la fin. Elle ressortit au passage dans l'intestin de matières irritantes (substances cancéreuses, aliments mal élaborés, liquides fermentés), à l'évacuation stomacale hâtive par insuffisance pylorique con-

sécutive à l'élimination d'un segment ramolli du cancer, à l'établissement d'une fistule gastro-colique aboutissant à la lientérie.

Troubles dyspeptiques divers. — Souvent noire et humide, quelquefois épaisse et chargée au cours de la maladie, la langue, à sa fin, devient fréquemment rouge et sèche, ou se couvre de muguet; le goût, souvent intact, est quelquefois fade ou amer; aux grands symptômes dyspeptiques il faut, pour finir, ajouter les digestions lentes et pénibles, avec nausées, pyrosis ou régurgitations aigres, hoquet, éructations sans odeur ou fétides (on a même signalé en Allemagne certains renvois gazeux inflammables incolores, lumineux, ou détonants).

Signes physiques. — Au début l'estomac lutte contre l'obstacle pylorique : il y a hypertrophie compensatrice révélée cliniquement par les accès péristaltiques.

Plus tard l'estomac se laisse forcer : il y a asystolie révélée cliniquement par la dilatation.

I. *Accès péristaltiques.* — 1. Ils surviennent spontanément ou peuvent être provoqués artificiellement par excitation externe (chiquenaude, flagellation à l'eau froide ou faradisation sur la région épigastrique) ou mieux par excitation interne (ingestion alimentaire solide ou liquide, insufflation légère).

Les mouvements péristaltiques sont constitués par une succession d'ondes musculaires lentes qui naissent au cardia pour mourir au pylore; chaque onde musculaire s'extériorise par une saillie globuleuse qui naît à l'hypocondre gauche, marche assez lentement de gauche à droite dans la région ombilicale, et meurt à l'hypocondre droit.

Plus rarement les ondes musculaires marchent en sens inverse : ce sont les mouvements antipéristaltiques.

Souvent douloureux (colique plus ou moins intense) les accès péristaltiques se terminent quelquefois par un vomissement qui fait cesser la douleur.

2. Ces accès péristaltiques révèlent souvent un rétrécissement pylorique léger; aux cas où la sténose est serrée ils peuvent être remplacés par ;

La tension intermittente de l'épigastre (Bouveret);

La tension permanente de l'épigastre (Bruveilhier). C'est un ballonnement sus-ombilical globuleux, rigide comme un utérus gravide, douloureux et sonore, constitué par la contraction stomacale en masse, consécutive à toute ingestion alimentaire, si minime qu'elle soit.

II. *Dilatation stomacale.* — Avant tout il faut donner au malade une bonne position qui relâche bien son abdomen (décubitus dorsal, flexion légère des genoux avec abduction, respiration large et sans efforts).

Inspection. — A l'examen, en face et de profil, la région épigastrique frappe l'œil par sa voussure ombilicale, ou sous-ombilicale s'il y a vaste dilatation (avec ptose ou dislocation verticale).

Quand la dilatation est forte et la paroi amaigrie on suit exactement avec l'œil (mieux encore après insufflation) la grande courbure stomacale à convexité inférieure sous-ombilicale.

On peut encore observer quelques accès péristaltiques, mais plus rares et moins violents : on suit maintenant quelquefois les contractions musculaires dans la région sous-ombilicale.

Palpation. — Quand on palpe la région stomacale à petits coups brefs répétés, à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration, suivant la méthode employée par Mathieu (les doigts gauches passés sous le grand droit abdominal droit) on obtient :

1. Une résistance particulière, analogue à celle d'un coussin en caoutchouc gonflé d'air. C'est la sensation analogue au coussin d'air (Bamberger),

2. Un clapotage (Chomel, Bouchard) sus-ombilical, péri-ombilical ou sous-ombilical (on localise à sa limite inférieure la grande courbure abaissée), plus ou moins intense, simple bruit rappelant les frottements humides quand il est faible, mais souvent comparable au bruit qu'on obtient en secouant une bouteille à moitié pleine, et suffisamment intense pour qu'on l'entende à quelques mètres. [On évitera sa confusion avec les borborygmes intestinaux, exclusivement gazeux sans humidité — comme avec le gargouillement intestinal à bulles plus petites qui crèvent à la surface d'un liquide (Debove), sans choc en retour du liquide refoulé (Le Gendre).] — Il arrive à certains malades qu'ils fassent naître spontanément le clapotage par une inspiration forcée, la marche, ou les mouvements au lit.

Ce clapotage ressortit au mélange liquide et gazeux contenu dans l'estomac quand il est sous tension faible, par atonie gastrique le plus souvent : aussi s'obtient-il particulièrement dans la dilatation stomacale; mais il n'est pas pathognomonique, sauf le matin à jeun, où l'estomac normal est vide.

3. Dans certains cas on peut enfin, sur le malade debout, sentir une fluctuation sus-ombilicale, ou plus souvent sous-ombilicale, par accumulation du liquide au niveau de la grande courbure.

Percussion. — 1. La percussion pure et simple révèle une sonorité gastrique à tympanisme profond qui traduit, par son aire agrandie, la dilatation stomacale. Mais, si l'oreille distingue assez facilement la sonorité gastrique et la matité hépatique à droite, la sonorité gastrique et la sonorité pulmonaire à gauche, elle confond en bas la sonorité gastrique avec la sonorité pour ainsi dire identique du côlon transverse : la grande courbure est difficile à limiter.

On peut tourner la difficulté.

Soit qu'on fasse lever le malade. Dans la station debout le liquide stomacal, complété au besoin par ingestion d'eau, se place le long de la grande courbure — une bande mate sous-ombilicale apparaît : elle n'existait pas dans le décubitus dorsal et se déplace avec les mouvements du corps; une seringue de Pravaz aspire à son niveau un liquide gastrique (Bugge); elle disparaît quand on vide l'estomac : c'est la grande courbure projetée sur la paroi.

Soit qu'on insuffle ou qu'on emplisse par lavement le gros intestin : sa tympanite spéciale ou sa matité suppriment toute confusion avec la sonorité gastrique; mais elles peuvent la réduire par interposition.

2. Il vaut mieux substituer à la percussion pure et simple la percusion sur l'estomac artificiellement distendu (Frerichs); soit par les poudres effervescentes (acide tartrique 3 grammes + bicarbonate de soude 3 grammes = acide carbonique), soit par la sonde à travers laquelle on insuffle l'air atmosphérique : on obtient ainsi une tympanite qui supprime toute confusion avec la sonorité des organes voisins, sans compter qu'une percussion légère, suffisante au cas où l'estomac distendu s'accole à la paroi, évite la résonance des organes profonds. (Aux cas où il y a

incontinence pylorique par élimination d'un segment cancéreux, on voit apparaître, sans la distension stomacale cherchée, une tympanite intestinale inattendue.)

Auscultation. — 1. L'auscultation révèle la succussion. Si, dans le décubitus dorsal, on secoue latéralement le tronc saisi à deux mains au niveau des dernières côtes, on entend un bruit de flot qu'il faut toujours chercher : en effet, non seulement il existe souvent sans clapotage, mais il vérifie l'authenticité du clapotage qu'il accompagne toujours.

2. Par l'auscultation sur l'estomac artificiellement distendu par les poudres effervescentes, Eichorst détermine la limite inférieure de l'estomac : on entend un crépitement à bulles extrêmement fines d'acide carbonique naissant qui cesse brusquement au niveau de la grande courbure.

3. Enfin Bamberger, faisant boire un malade dans la station verticale, ausculte sur l'estomac la chute liquide par gouttes avec un bruit sonore qui cesse brusquement au niveau de la grande courbure.

Auscultation de la percussion sur l'estomac artificiellement distendu par les poudres effervescentes. Excellente méthode (la plus exacte, Soupault) pour limiter l'estomac dilaté. La main gauche applique un stéthoscope de Boudet ou un phonendoscope sur la région épigastrique, tandis qu'un doigt de la main droite percute très légèrement ou frotte la peau en s'éloignant de l'appareil : dans la région occupée par l'estomac la sonorité est intense tandis que la résonance est plus faible en dehors d'elle, si bien qu'on trace facilement au crayon dermographique le contour stomacal.

On a voulu compléter ces méthodes classiques d'investigation par quelques procédés spéciaux, tous assez compliqués pour qu'ils n'entrent pas dans la pratique courante : aussi suffit-il qu'ils soient traités sans grands détails.

Palpation d'une sonde introduite dans l'estomac à travers la paroi abdominale.

1. Procédé de Leube. Une sonde poussée dans l'estomac normal déprime le point situé sous le cardia jusqu'à la ligne horizontale réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures ; il y a dilatation stomacale si la main sent au dessous la pointe de la sonde à travers la paroi abdominale : c'est à coup sûr une intervention violente sur un estomac malade.

2. Procédé de Penzoldt. Dans l'estomac normal il faut pousser une sonde jusqu'à 60 centimètres (à compter des arcades dentaires) avant qu'on sente la première résistance de la grande courbure au point situé sous le cardia ; il y a dilatation stomacale s'il faut la pousser davantage.

3. Procédé de Purgecz. Un manomètre ajusté à l'extrémité supérieure d'une sonde indique le moment où sa pointe pénètre dans l'estomac (la pression négative dans l'œsophage, devient positive dans l'estomac). Dans l'estomac normal il faut pousser la sonde jusqu'à trois centimètres plus loin avant qu'on sente la première résistance de la grande courbure au point situé sous le cardia ; il y a dilatation stomacale s'il faut la pousser davantage.

4. Procédé de Boas. Une cause d'erreur commune à ces trois procédés (Oser) : il arrive à la sonde qu'elle suive insensiblement la grande courbure jusqu'au pylore, où elle s'arrête — un estomac normal apparaît dilaté.

Aussi Boas, sur un malade couché, l'estomac rempli d'un litre d'eau, pousse-t-il une sonde molle jusqu'au pylore, aidant sa progression dans l'estomac par sa main libre à travers la paroi abdominale : facile à sentir à la palpation la sonde en place extérioriserait la limite inférieure de l'estomac.

Mais il n'est pas exact que la sonde suive la grande courbure pour aller au pylore : aussi faut-il déconseiller ce procédé (Soupault).

Gastroscopie.

Gastrodiaphonie. — On introduit dans l'estomac une sonde (diaphanoscope) à lampe électrique refroidie par un courant d'eau : une tache lumineuse, plus ou moins étendue suivant la dilatation, apparaît dans la région stomacale.

Couramment employée en Allemagne et en Amérique cette méthode, utile chez les maigres, douteuse chez les adipeux, inutile chez les obèses, a été préconisée en France par Chauffard et par Cornet, mais Hayem lui reproche qu'elle exagère les dimensions de l'estomac parce que l'eau, faisant miroir, projette à distance les rayons lumineux.

Radioscopie ou radiographie. — Pour provoquer l'opacité stomacale J.-C. Roux et Balthazard font ingérer à jeun cent grammes d'eau qui tient en suspension quinze à vingt grammes de sous-nitrate de bismuth, sel inoffensif, insoluble, très opaque aux rayons X : la radioscopie ou la radiographie permettent d'obtenir un décalque ou une photographie qui donnent les contours de l'estomac.

Au total, quand on groupe les renseignements fournis par ces divers procédés d'investigation, la dilatation stomacale apparaît caractérisée : avant tout par l'abaissement anormal de la limite inférieure de l'estomac au-dessous de l'ombilic — mais aussi par son extension latérale. L'abaissement de la grande courbure s'observe aussi dans la gastroptose ou dans la dislocation verticale de l'estomac, mais le diamètre transversal est alors diminué.

Par distension gazeuse qui refoule le diaphragme, la dilatation retentit sur les organes thoraciques, poumons et cœur — d'où ces troubles, survenant après les repas, qui attirent l'attention sur l'estomac : asthme dyspeptique sans lésions pulmonaires ou palpitations sans lésions cardiaques (choc de la pointe plus intense et plus élevé par refoulement du cœur en avant et en haut, bruits du cœur à sonorité métallique par résonance dans la cavité stomacale).

Cathétérisme. — Si la maladie, au moins dans ses cas typiques, s'extériorise assez nettement déjà par cet ensemble symptomatique, le cathétérisme va compléter le tableau clinique par l'accès qu'il donne, au moment voulu, sur le contenu stomacal :

I. Il affirme la sténose pylorique par la rétention alimentaire qu'il révèle.

Il fait présumer sa cause, le cancer pylorique, par l'analyse chimique du liquide extrait qu'il permet.

Il affirme la sténose pylorique par la rétention alimentaire. On sait qu'il y a certainement obstacle à l'évacuation stomacale par sténose pylorique si, après douze heures de jeûne absolu, l'estomac contient habituellement un liquide résiduel souillé de débris alimentaires.

C'est le cathétérisme explorateur qui va révéler cette rétention pathognomonique. Après qu'on a rigoureusement interdit au malade tout aliment et toute boisson après le repas de la veille au soir, il se fait pratiquement à jeun, le matin, avant le petit déjeuner, avec le tube de Faucher ou le tube de Debove.

Il faut commencer par un *cathétérisme à sec* (on

s'aide au besoin par expression ou aspiration), afin qu'on ne croie pas indûment à la présence d'un liquide résiduel. Mais, s'il n'y a pas écoulement, il faut pratiquer un lavage avec 1 ou 2 litres d'eau, qui soit souillée s'il y a stase alimentaire : ainsi s'extrait un liquide résiduel, constant s'il y a sténose, sauf vomissements récents ou jeûne très prolongé.

Sa *quantité* varie entre deux extrêmes très éloignés : 10 à 20 centimètres cubes, 1 litre, 2 litres, plusieurs litres quelquefois (on risque un accès tétanique à évacuer en une seule fois un estomac ainsi surdistendu); elle est commandée par l'état gastrique (sténose pylorique plus ou moins serrée, atonie musculaire plus ou moins avancée), l'alimentation plus ou moins abondante, les vomissements plus ou moins fréquents, plus ou moins récents, plus ou moins abondants, etc.

Suivant la nature et les rapports quantitatifs du liquide et des débris alimentaires sa *qualité* varie : sa couleur est grisâtre, verdâtre ou brunâtre, son odeur acétique, butyrique, ou même putride, sa consistance fluide, visqueuse ou pâteuse — il arrive qu'un cathétérisme évacuateur ramène un liquide clair, sans débris alimentaires malgré une stase énorme. C'est qu'on a, par une véritable décantation, évacué les parties les plus superficielles seules du contenu stomacal ; les débris solides sont restés au fond.

Au repos dans un verre le *liquide résiduel* se divise en trois couches :

Une couche supérieure, spumeuse par bulles gazeuses qui sortent sans cesse de la couche inférieure.

Une couche moyenne fluide, louche, grisâtre ou teintée.

Une couche inférieure, solide, constituée par les détritus alimentaires.

Examen macroscopique. — On peut y reconnaître le pain sous forme de bouillie, la viande sous forme de masses brunâtres, les fragments des légumes plus ou moins altérés, etc. On trouve quelquefois, s'ils étaient résistants (carottes, salade, raisins secs, pépins), les fragments d'aliments ingérés plusieurs jours, une, ou même plusieurs semaines auparavant — une teinte brunâtre indique la présence du sang.

Examen microscopique. — Au microscope, on trouve :

1. Les débris d'aliments plus ou moins altérés : fibres musculaires, grains de fécule, fibres végétales, etc. ;

2. Des globules rouges plus ou moins altérés, ou, s'ils sont détruits, des placards pigmentés brunâtres ou noirâtres, ou quelquefois des cristaux de Beichmann. On peut aussi chercher le sang par spectroscopie ou par réaction de Weber sur le liquide non filtré.

3. Un échantillon de la flore stomacale : sarcines, levures, bâtonnets. Boas et Oppler ont décrit un long bacille immobile, assez gros pour être visible sans coloration, disposé en filaments brisés à angles aigus, à la présence duquel ils accordent une grande valeur pour présumer un cancer gastrique. Mais Rosenheim et Richter ont montré qu'il peut exister très abondant dans les sténoses sans cancer, même avec hyperchlorhydrie.

4. Quelques cellules épithéliales isolées ou groupées. Mais il est tout à fait exceptionnel qu'il y ait dans le dépôt une ou plusieurs parcelles épithéliomateuses, qui serviraient au diagnostic histologique de la tumeur (Ewald et Rosenheim).

Mais, avant la rétention définitive, il y a le simple RETARD DANS L'ÉVACUATION stomacale. On a voulu serrer son étude pour extérioriser les sténoses légères :

Un *premier procédé* consiste à faire ingérer au malade soit des raisins de Corinthe et des pruneaux (Strauss, Bourge), soit un repas d'épreuve (Ewald), soit un repas ordinaire (Leubé, Boas), soit 100 grammes d'huile d'olive (Klemperer), soit un repas huileux (Mathieu et Hallot), etc. On sait, pour chaque variante, à quel moment l'estomac normal doit avoir évacué tout ou partie chiffrée de son contenu : le cathétérisme évacuateur en série continue révèle un retard plus ou moins considérable à l'évacuation.

Un *deuxième procédé*, très sujet à critiques, consiste à faire ingérer au malade une substance chimique : salol (Ewald et Sievers), iodoforme (Fleischer), iodipine (Winter et Stein), décomposée seulement par l'intestin. On sait à quel moment apparaît normalement, dans l'urine ou la salive, une réaction colorante, due à la substance colorable libérée par dédoublement (acide salicyurique ou iode) : l'examen en série continue révèle un retard plus ou moins considérable à son passage, consécutif au séjour gastrique prolongé.

Il n'y a pas à fonder un diagnostic précis sur les résultats obtenus, car si la rétention vraie a sa valeur pathognomonique, il y a tout à dire sur la *valeur séméiologique* d'un retard plus ou moins considérable à l'évacuation.

II. Il fait présumer le cancer pylorique par l'ANALYSE CHIMIQUE.

Il n'y a pas à compter sur l'analyse des *liquides rendus par vomissement* auxquels sont mêlés salive et mucus qui faussent tous les résultats : il faut analyser les liquides extraits à sec par la sonde, soit après repas d'épreuve, soit à jeun le matin.

Après repas d'épreuve. — On lave l'estomac tous les matins plusieurs jours consécutifs pour établir sa tolérance, le malade reste au lait la veille, on lave à fond l'estomac la veille au soir, on pratique un cathétérisme à sec, le matin ; à l'estomac vide on administra alors son repas d'épreuve (repas d'Ewald).

1. Double exploration. Après une heure les liquides retirés sont franchement hypochlorhydriques ou achlorhydriques. Après une heure trois quarts ou deux heures, ils sont aussi franchement hypochlorhydriques ou achlorhydriques (on élimine ainsi les ulcères à sécrétion retardée).

2. Cathétérisme en série. A l'état normal, la réaction chlorhydrique augmente progressivement jusqu'à son acmé, suivant une ligne ascendante, pour s'abaisser progressivement jusqu'à cessation, suivant une ligne descendante : sa courbe évolutive est unicyclique. Aux cas où il y a sténose pylorique, la sécrétion chlorhydrique augmente jusqu'à son acmé pour s'abaisser jusqu'à cessation par oscillations successives : sa courbe évolutive est polycyclique.

A jeun le matin. — Très souvent l'analyse après repas d'épreuve est impossible, soit qu'on n'arrive pas à évacuer complètement l'estomac, soit qu'il faille recourir aux lavages dangereux (30 litres). On analyse alors le liquide stagnant.

1. Dans la règle, l'acidité totale est très élevée, car si l'acidité minérale est très diminuée ou abolie comme après repas d'épreuve, une acidité organique forte apparaît par fermentations qui dédoublent les hydrates de carbone stagnants, suivant les formules établies par Frerichs — l'acide chlorhydrique

libre ou combiné diminue ou disparaît; l'acide lactique, l'acide acétique, l'acide butyrique, l'acide formique apparaissent.

2. Dans certains cas l'acide chlorhydrique libre est au taux normal, ou même augmenté. C'est l'hyperchlorhydrie par rétention (Hayem), évitée dans l'analyse après repas d'épreuve : le liquide résiduel est hyperchlorhydrique par hypersécrétion surajoutée à la stase (symptôme Reichmann), tandis que le liquide digestif après repas d'épreuve est hypochlorhydrique. C'est un bon signe d'obstacle à l'évacuation.

3. Acide lactique et bacilles de Boas-Oppler. Kauffmann et Schlesinger avaient attribué la présence d'acide lactique à la fermentation lactique des hydrates de carbone, provoquée par les bacilles de Boas-Oppler. Aussi accordaient-ils une grande valeur diagnostique à leur présence simultanée dans le liquide stagnant.

Rosenheim et Richter avaient combattu leurs conclusions, affirmant la présence des bacilles dans les vomissements contenant l'acide chlorydrique libre, et niant sa spécificité dans la fermentation lactique.

Sick, dans ses travaux récents, revient aux conclusions de Kauffmann et Schlesinger, mais pour une raison différente : les bacilles de Boas-Oppler, constants dans le cancer, se rencontrent, moins nombreux, au cours d'autres affections ana, hypo, ou même hyperchlorhydriques; aussi sont-ils insuffisants pour établir un diagnostic — mais l'acide lactique, simultanément constaté, acquiert une grande valeur diagnostique, car il faut à sa production par les bacilles la présence d'albumines solubles provenant de l'autolyse du tissu cancéreux ulcéré.

4. On conçoit quelles modifications ces troubles sécrétoires apportent à la digestion et à l'absorption stomacales : l'amidon est complètement transformé en dextrine par la salive, mais les albuminoïdes sont difficilement digérés, si bien qu'il y a plus ou moins de peptones suivant la pepsine sécrétée — la résorption gastrique s'accomplit plus lentement (il y a retard à l'élimination iodée par la salive après ingestion d'iodure de potassium).

Période terminale. — A mesure qu'elle avance la maladie complète sa symptomatologie : la cachexie s'aggrave; une tumeur épigastrique apparaît; le cancer se propage ou se dissémine — en même temps, soit qu'il ait ouvert par son ulcération la porte à la flore stomacale, soit qu'il ait affaibli la résistance organique aux microbes extérieurs, on voit quelquefois survenir la fièvre, qui traduit l'infection.

Cachexie. — L'amaigrissement, l'affaiblissement et l'anémie ont fait des progrès énormes : c'est un dépérissement général.

I. *Amaigrissement.* — L'amaigrissement propre au cancer gastrique est particulièrement rapide quand il se localise au pylore, car il associe à l'action des toxines cancéreuses sur la nutrition générale l'inanition et la déshydratation, consécutives aux vomissements abondants comme à l'obstacle pylorique au transit alimentaire.

Avec ses pommettes saillantes, ses yeux excavés, ses fosses zygomatiques évidées, son ventre souvent rétracté, sa peau mince, sèche et prurigineuse, la maigreur est squelettique. Elle progresse sans rémission ; il peut survenir après intervention une augmentation passagère du poids, soit qu'on restitue à l'organisme par lavements ses aliments et son eau, soit qu'on traite médicalement (lavages, régime) ou mieux chirurgicalement (gastro-entérostomie, pylorectomie) la sténose, mais elle reparaît inexorablement avec les progrès de la tumeur.

II. *Affaiblissement.* — Malgré cet amaigrissement extraordinaire, l'affaiblissement est hors de proportion avec la fonte des masses musculaires : le malade est réduit à l'immobilité et à l'anéantissement physique contrastant avec ses sens et son intelligence, qu'il conserve intacts jusqu'au dernier moment.

III. *Anémie.* — L'anémie, due aux pertes sanguines continuelles par ulcération du cancer, à l'inanition, et à l'action des toxines cancéreuses sur le sang et les organes hématopoiétiques, progresse concurremment.

Les *tissus* se décolorent, la face, pâlie, prend un reflet jaunâtre, les muqueuses pâlissent (conjonctive palpébrale), la peau subit une simple décoloration, prend une teinte terreuse ou la vraie teinte jaune-paille coutumière aux affections cancéreuses, le tissu cellulaire s'infiltre (œdème malléolaire gagnant progressivement les membres inférieurs pour arriver quelquefois à se généraliser).

Cœur et vaisseaux. — Il n'y a aucun souffle extracardiaque au cœur, rien aux jugulaires; le pouls traduit par sa petitesse la faiblesse de l'impulsion cardiaque.

Sang. (Hayem). — Ses altérations sont analogues à celles qu'on rencontre dans toutes les maladies chroniques.

1. Coagulation normale.

2. Globules rouges. Ils disparaissent progressivement : leur chiffre, à la période ultime, atteint à peine un million, ou même au-dessous, par millimètre cube ; rares au début les altérations globulaires (poikilocytose) apparaissent progressivement au cours de la maladie pour aboutir à sa fin aux globules nains (arrondis, en bâtonnets noueux, en raquettes) et aux globules géants : à la période ultime on voit même apparaître quelques globules rouges à noyau.

3. Hémoglobine. La quantité d'hémoglobine par volume de sang baisse progressivement au fur et à mesure de la déglobulisation (50, 40, 30 p. 100. Hæberlin, Eichorst), mais la quantité d'hémoglobine par globule (ualeur globulaire VG) varie suivant la formule histologique prédominante au moment où elle est prise (globules nains ou globules géants).

4. Globules blancs. Tantôt ils restent au taux normal, tantôt ils augmentent (polynucléaires) jusqu'à 18000, 20000 par millimètre cube. Cette leucocytose à polynucléaires n'est pas constante, mais quand elle existe sans suppurations aiguës, elle acquiert une réelle valeur diagnostique.

La leucocytose digestive normale manquerait constamment (Silmeyer) : il semble qu'il faille attribuer ce phénomène plus à l'atrophie de la muqueuse gastrique qui n'absorbe plus qu'au cancer en évolution.

Quelques altérations apparaissent quand l'anémie atteint un haut degré : les globules deviennent moins compacts, plus translucides, pour se creuser d'espaces vacuolaires.

5. Plaquettes. Leur chiffre reste au taux normal, ou même exagéré, jusqu'aux derniers jours où il s'abaisse au-dessous de la normale.

IV. *Urines.* — Par l'oligurie elles traduisent l'hydratation insuffisante ; par l'abaissement des sels extrac-

tifs, l'insuffisance alimentaire et l'assimilation défectueuse. Rares, foncées, faiblement acides, neutres, ou même alcalines, elles sont généralement hypoazoturiques, hypophosphaturiques et hypochloruriques.

Rommelaere avait attribué une grande valeur diagnostique à tous ces caractères, particulièrement à l'hypoazoturie et à l'hypophosphaturie, qu'il soumettait à l'action sur la nutrition des toxines cancéreuses.

Mais Albert Robin a montré par la suite qu'ils ressortissent à l'insuffisance alimentaire : ils n'existent pas chez les cancéreux où la nutrition se fait bien ; ils disparaissent chez les cancéreux où la nutrition s'améliore (après gastro-entérostomie par exemple).

Enfin, dans ces urines, les éléments anormaux sont fréquents : albumine avec ou sans lésions rénales (assez fréquente, 72 p. 100, Muller; assez rare, Soupault), peptones (Maixner, Pacanowski), indican (Senator), acétone (Senator), urobiline (Hayem, Tissier). On a voulu successivement leur attribuer une valeur diagnostique qu'il a fallu leur supprimer par la suite.

Tumeur. — Ainsi la cachexie s'aggrave ; parallèlement la tumeur apparaît. Assez fréquente, elle *siège* le plus souvent à l'épigastre, plus ou moins près de l'ombilic, vers la ligne médiane, mais plutôt à droite qu'à gauche (Brinton) ; mais devient seulement accessible quand elle occupe une assez grande étendue, car, à l'état normal, le pylore est caché sous le foie : aussi faut-il s'attendre à la trouver plus grande à l'intervention qu'à l'examen extérieur.

Il arrive malgré tout, particulièrement chez les femmes, qu'on arrive à sentir facilement certaines petites tumeurs entre les fausses côtes droites et l'ombilic : c'est qu'ayant participé à la viscéroptose, le pylore a émigré en bas et à droite, sous le foie ; ces petites tumeurs sont toujours très favorables pour l'intervention.

Il arrive aussi, dans les grands désordres statiques, qu'on trouve les tumeurs très déplacées, dans le flanc droit, sous l'ombilic, dans l'hypogastre ; auxquels cas il est difficile qu'on la rapporte à l'estomac.

Inspection. — Pour qu'une tumeur pylorique fasse une saillie appréciable à la vue, directement ou à jour frisant, il faut qu'elle soit très volumineuse chez un sujet très amaigri : ces grosses tumeurs ont dépassé leurs limites pour envahir le péritoine, ou même la paroi épigastrique ; elles sont toujours inopérables.

Palpation. — Après avoir fait prendre aux malades une bonne position qui relâche au maximum les parois abdominales, c'est plus souvent à la palpation méthodique qu'on découvre la tumeur.

1. Fréquemment il faut se contenter d'une résistance épigastrique anormale et persistante : c'est une sensation profonde, assez vague, assez floue ; on arrive à la préciser dans certains cas, soit par l'insufflation stomacale qui repousse en bas et à droite la tumeur pylorique pour la rendre plus accessible, soit par la position genu-pectorale qui porte la tumeur sur la main : on a pu sentir ainsi, chez les femmes maigres, les pulsations aortiques transmises par la tumeur.

2. Quand il existe une tumeur palpable, c'est une masse grosse comme une noix, comme un poing, ou plus, uniformément dure, arrondie ou irrégulière, à surface bosselée par ses nodosités, sensible à la pression, mais sans vraie douleur (sauf péritonite voisine ou propagation au péritoine).

Elle est généralement fixe ; on peut quelquefois, chez la femme plus que chez l'homme, la refouler dans la cavité abdominale ou la mobiliser très légèrement ; moins souvent elle se déplace spontanément suivant la distension ou la rétraction stomacales : il arrive alors qu'on ait des sensations très différentes à deux examens successifs ; en tous cas, sauf adhérences avec le foie, elle ne suit pas les mouvements respiratoires.

3. On trouve enfin des tumeurs volumineuses, superficielles, facilement limitables, sans autre mobilité que la mobilité respiratoire par adhérence au foie, qui s'imposent au diagnostic.

Percussion. — La percussion, sans grande utilité, rend exceptionnellement un son mat, plus souvent un son tympanique voilé, variable suivant la tension gazeuse de la cavité stomacale voisine.

Auscultation. — Elle révèle quelquefois un soufle systolique, consécutif à la compression aortique par la tumeur.

Propagation, dissémination, infection. — Propagation. — Il s'est fait autour du cancer une périgastrite adhésive par irritation de voisinage qui fixe la tumeur aux organes voisins.

Par extension continue, la tumeur dépasse les limites pyloriques pour envahir progressivement la région périphérique ainsi condensée : cette propagation se fait dans tous les sens, mais trouve dans la valvule pylorique une barrière qu'elle franchit rarement. Concurremment la tumeur s'ulcère ; aussi peut-il survenir :

Soit une *hémorragie*. Souvent moyenne ou moins souvent abondante, elle peut, tout à fait exceptionnellement, par sa grande abondance, extériorisée par une grande hématémèse rouge vif, entraîner la mort brusque ou rapide : c'est alors l'artère pylorique qui donne presque toujours (Brinton).

Soit une *perforation*. Tout à fait rare (4 p. 100 Brinton) la perforation s'ouvre dans le péritoine ou dans un organe voisin.

Dans le péritoine. — Péritonite aiguë généralisée (Hayem), exceptionnelle à cause des adhérences, ou, dans la règle, péritonite aiguë localisée : sac intrapéritonéal évacué par la suite à travers la paroi abdominale, au voisinage de l'ombilic (Feulard, Mislowitzer) ou dans un organe voisin.

Dans un organe voisin, côlon transverse, intestin grêle, vésicule biliaire, plèvre, bronches, péricarde. Fistules, mais habituellement fistule gastro-colique : lientérie, vomissements disparus mais quelques vomissements fécaloïdes (Bouveret).

Dissémination (métastases). — Elle se fait par la voie sanguine ou la voie lymphatique.

Propagation fréquente au foie par contiguïté ou par la veine porte (Mazet, Fetz, Hanot et Gilbert) : tantôt latente; tantôt extériorisée par les signes particuliers du cancer secondaire du foie (nodosités cancéreuses caractéristiques sur la face convexe du foie hypertrophié, ictère chronique une fois sur trois); tantôt prédominante au point qu'elle masque le cancer pylorique primitif.

Propagation fréquente au péritoine par contiguïté ou par la voie lymphatique : tantôt latente; tantôt extériorisée soit par une péritonite à liquide citrin ou hémorragique, soit par une péritonite sèche à noyaux disséminés, ou plus souvent à noyaux agmi-

nés pour constituer sous l'ombilic une tumeur épiploïque volumineuse et bosselée; tantôt prédominante au point qu'elle masque le cancer pylorique primitif.

Propagation fréquente aux ganglions lymphatiques superficiels accessibles à l'examen (Virchow, Heusch, Friedreich, Hénoch).

Aux ganglions sus-claviculaires. — C'est l'adénopathie décrite par Troisier et Belin :

1. L'adénopathie, plus fréquente dans la fosse sus-claviculaire gauche, est constituée soit par quelques ganglions, tantôt isolés, tantôt réunis pour constituer une seule masse, soit assez souvent par un ganglion unique, à grosseur variable (lentille, noisette, noix), dur comme la pierre, tout à fait indolore, mobile sur la peau et sur les plans profonds — il faut chercher le ganglion caractéristique entre les deux chefs du sterno-mastoïdien ou derrière son chef claviculaire (Troisier) : aussi, pour le trouver, faudra-t-il parfois faire tousser le malade, après avoir plongé les doigts derrière l'extrémité claviculaire interne (Nattan-Larrier).

Assez rare, souvent ultime, contre-indiquant toute intervention, si l'adénopathie sus-claviculaire gauche n'a pas une valeur pathognomonique, elle ressortit au cancer gastrique plus souvent qu'à tout autre cancer abdominal (Troisier).

2. Soupault et Marcel Labbé font toutes réserves sur la spécificité du ganglion de Troisier : cliniquement assez artificiel, c'est fréquemment, au microscope, un ganglion ou un amas ganglionnaire tuberculeux.

Aux ganglions inguinaux (s'il y a péritonite) *et aux ganglions axillaires*, mais ils n'auraient aucune relation avec le cancer gastrique (Soupault et Marcel Labbé).

Propagation à la plèvre et au poumon soit par les espaces lymphatiques du diaphragme consécutivement à la péritonite cancéreuse, soit par voie sanguine consécutivement au cancer du foie : latente ou extériorisée par les signes particuliers au cancer pleuro-pulmonaire (point de côté, dyspnée, toux coqueluchoïde, expectoration gelée de groseille, épanchement pleurétique séro-fibrineux ou plus souvent hémorragique).

Toutes les *propagations à distance* sont possibles : peau, muscles, os (colonne vertébrale), intestin grêle, côlon, rectum, etc., mais beaucoup plus rares.

Exceptionnellement aussi les métastases portent *simultanément* sur plusieurs organes, le foie et le poumon en particulier.

Infections (Achard). — Le cancer pylorique est généralement apyrétique : aussi, quand la fièvre s'allume, traduit-elle l'infection.

Infection secondaire. — C'est généralement une infection, consécutive à l'ulcération, par la flore stomacale (signalées par Brinton, Wunderlich, Hanot, ces formes fébriles ont été étudiées par Hampeln, Devic et Chatin, Hérard de Bessé).

La fièvre revêt presque toujours le type intermittent (accès comparables aux accès paludiques, sans hypertrophie splénique) : elle peut exister seule, traduisant l'*infection générale*, jusqu'à donner au cancer un aspect septicémique ou pyohémique (Hérard de Bessé).

Mais, plus souvent, l'*infection se localise* : tantôt, par contiguité, elle aboutit à la péritonite aiguë localisée avec ses conséquences, ou tout à fait exceptionnellement à la péritonite aiguë généralisée; tantôt, par la veine porte, elle aboutit aux pyléphlébites ou aux suppurations du foie; tantôt, par la voie sanguine ou la voie lymphatique, elle aboutit à la pleurésie, à la péricardite, ou aux arthrites suppurées, etc. — le champ ouvert aux localisations infectieures est illimité.

Il y a pourtant une localisation sur laquelle Trousseau a particulièrement attiré l'attention pour sa fréquence et sa valeur diagnostique, c'est la *phlegmatia alba dolens*, à siège électif aux membres inférieurs : son apparition chez un adulte dyspeptique et cachectique fait toujours soupçonner un cancer stomacal.

Infections par moindre résistance. — Affaiblis par leur affection les cancéreux fournissent un excellent terrain aux infections extérieures : pneumonie, broncho-pneumonies, pleurésies, mais particulièrement à la tuberculose pulmonaire, dont les métastases cancéreuses possibles obscurcissent le diagnostic.

Evolution. — 1. Le cancer pylorique est une maladie à *marche* continue et progressive.

Quelquefois survient une amélioration plus ou moins longue, assez considérable pour impressionner l'entourage ou même le médecin, mais bientôt la maladie reprend son cours : ces améliorations ressortissent à l'amélioration nutritive, soit qu'après ulcération et fragmentation du cancer l'obstacle pylorique au transit alimentaire soit levé, soit qu'un traitement médical bien dirigé facilite l'absorption.

Plus souvent, après fatigues, écarts de régime ou abus médicamenteux, la maladie semble accélérer son allure : la cachexie s'exagère très rapidement ou s'installe en quelques jours.

2. Dans l'obscurité des symptômes dyspeptiques plus ou moins anciens au milieu desquels il apparaît, il est rarement possible qu'on détermine exactement à quelle date un cancer pylorique a débuté.

En tous cas, si la *durée moyenne* d'un cancer gastrique oscille entre douze et quinze mois (Valleix, Lebert, Brinton), le cancer pylorique franchit plus vite ses étapes par l'inanition supplémentaire qu'il provoque : ces limites sont évidemment très élastiques, soit qu'il accélère sa marche jusqu'à se terminer en trois ou quatre mois, soit au contraire qu'il retarde ou qu'on retarde son évolution.

3. Mais il aboutit fatalement à la *mort* : tantôt les malades dépérissent graduellement par inanition associée à l'empoisonnement lent par les toxines cancéreuses, tantôt la propagation, la dissémination ou l'infection du cancer avec leurs conséquences hâtent la terminaison fatale, tantôt enfin, mais exceptionnellement, on peut observer dans les derniers jours deux syndromes morbides spéciaux aux sténoses pyloriques : la tétanie et le coma dyspeptique.

Tétanie. — Décrite par Corvisart et Trousseau, rattachée par Kussmaul à la dilatation gastrique, commandée par la déshydratation des tissus (Kussmaul), la déchloruration (Hayem, Koczyuzki, Jaworski, von Jacksh), un réflexe à départ gastrique, l'auto-intoxication (Bouchard, Brieger, Bouveret et Devic), elle survient surtout après vomissements abondants ou lavages répétés ayant vidé complètement l'estomac. Cliniquement elle apparaît sous trois formes (Bouveret et Devic).

Type à contractures localisées. — Contractures douloureuses des extrémités, limitées le plus souvent aux mains (main de Trousseau) et aux avant-bras, aux pieds et aux jambes, mais parfois remon-

tant plus haut jusqu'à la racine des membres raidis dans l'extension.

Ces accès surviennent spontanément ou sont provoqués par la pression forte sur le nerf principal du membre ou la friction rapide sur les muscles intéressés; ils durent un temps variable entre quelques minutes et quelques heures; ils se répètent à intervalles variés pour arriver quelquefois à se généraliser.

Type tétanique. — Contractures très douloureuses plus ou moins généralisées : l'accès ressemble au tétanos qui commencerait par les extrémités.

Ces accès se prolongent plus longtemps et se renouvellent plus fréquemment.

Type épileptique. — Attaques violentes, avec perte de connaissance, simulant l'attaque épileptique (convulsions toniques générales, convulsions cloniques, coma).

Ces contractures à type variable évoluent sur un fond commun plus ou moins accusé : dyspnée, spasme glottique, hoquet, vomissements incoercibles, oligurie ou même anurie; pouls fréquent, élévation thermique, rétrécissement pupillaire; céphalalgie, agitation alternant avec la somnolence, coma : dans la plupart des cas, mort rapide, en quelques jours.

Coma dyspeptique. (Von Jacksh, Senator, Bouchard, Litten). — Particulier surtout aux sténoses cancéreuses c'est un état comateux assez analogue au coma diabétique : mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Il est commandé par une intoxication acide (Klemper) : on trouve l'acide β-oxybutyrique dans l'urine (couleur porto rouge par le perchlorure de fer) au cours du coma dyspeptique comme au cours du coma diabétique; par l'inanition consécutive aux sténoses serrées (Soupault); par auto-intoxication (Roger et Garnier).

En résumé, par des voies différentes, tous les malades vont fatalement à la mort. Seule une intervention chirurgicale peut améliorer la situation pour un temps appréciable : si l'intervention est précoce la survie peut durer très longtemps (on a même cité quelques guérisons définitives); mais, dans les circonstances coutumières, l'intervention est purement palliative, avec une survie moyenne oscillant entre six mois et un an.

Formes cliniques. — FORMES STÉNOSANTES. — Le plus souvent c'est par une *sténose pylorique moyenne* que le cancer gastrique extériorise sa localisation pylorique. Mais la sténose a ses variantes : elle peut être très serrée ou très faible.

Très serrée. — C'est la sténose à marche aiguë consécutive aux petits cancers juxta-pyloriques rapidement encerclants.

Après quelques troubles dyspeptiques mal ou à peine ébauchés, l'intolérance gastrique apparaît brusquement et progresse avec rapidité : douleurs aiguës, vomissements violents et répétés, contractions péristaltiques intenses.

Au début l'estomac n'est pas dilaté; à la fin, s'il accepte quelques aliments, il se laisse dilater, mais seulement tant qu'ils séjournent : après vomissement ou cathétérisme il revient à ses dimensions.

Toute alimentation peut devenir impossible : la mort survient par consomption rapide, dans le collapsus, avec hypothermie.

Cette forme à réactions violentes ressortit au rétrécissement rapide qui surprend la paroi gastrique en pleine vigueur, prête à lutter contre l'obstacle.

Très faible. — C'est la sténose à marche lente consécutive aux cancers primitivement développés assez loin du pylore qui s'étendent secondairement à la valvule pour la sténoser en partie.

Après une longue phase présténosante à signes gastralgiques ou dyspeptiques plus ou moins diffus, la sténose apparaît, mais lentement, avec des bizarreries d'allure et des irrégularités inattendues (atténuations, aggravations, modifications).

Le liquide résiduel est souvent hyperchlorhydrique par hypersécrétion surajoutée à la stase.

Tantôt la tumeur cancéreuse ayant envahi les parois stomacales pendant la longue phase présténosante et provoqué une adhérence étendue aux organes voisins, l'estomac peut à peine se dilater; tantôt, au contraire, il est fortement dilaté mais en largeur.

C'est un type qui ressortit au syndrome de Reichmann.

FORMES CACHECTIQUES. — *Forme cachectique* par amaigrissement seul, à paroi sèche et fréquemment prurigineuse.

Forme anémique (Hayem). — Certains malades, sans troubles locaux ou généraux très accusés, attirent surtout l'attention par la décoloration très avancée des téguments et des muqueuses (*forme anémique pure*), simulant ainsi l'anémie pernicieuse progressive, mais sans souffles extra-cardiaques ou jugulaires, sans disparition du caillot rétractile, sans diminution des plaques, sauf à la période terminale.

Certains autres associent à l'anémie un œdème à téguments bouffis plus qu'œdémateux, parfois localisé aux membres inférieurs, mais plus souvent généralisé (*forme anémique avec anasarque*), simulant ainsi une affection cardiaque ou un mal de Bright, mais sans lésion cardiaque et sans albumine.

Certains enfin associent l'ascite à l'anémie (*forme anémique avec ascite*), simulant ainsi la cirrhose atrophique ou la péritonite tuberculeuse.

FORMES INDIVIDUELLES. — *Cancer des jeunes gens.* — Tous les symptômes sont atténués : l'anasarque et l'ascite, fréquents, apparaissent au début. Marche rapide : trois mois.

Cancer des femmes enceintes. — Il ressemble au cancer des jeunes gens, sauf les vomissements fréquents. Erreurs fréquentes : on met les vomissements et l'œdème sur le compte de la grossesse.

ULCÉRO-CANCER. — L'*ulcéro-cancer* pylorique, enfin, associe aux signes d'ulcus primitif les signes cancéreux secondaires, soit à longue échéance si le cancer se greffe sur un ulcère cicatrisé, soit qu'il unisse leurs signes dans son hybridité symptomatique si le cancer se greffe sur un ulcère en évolution (on sait qu'en pareil cas le suc gastrique reste normal ou même hyperchlorhydrique à l'origine pour tomber à l'hypochlorhydrie ou même à l'anachlorydie à la période ultime).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 132. — MARDI 20 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 20 NOVEMBRE 1906. — Nº 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Laïcisation. — La majorité du Conseil municipal, poursuivant son œuvre de laïcisation avec un « acharnement qui manque d'élégance », suivant l'expression du journal *Le Temps*, vient de voter la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis.

Les sœurs Augustines, que la Terreur et la Commune avaient respectées, devront donc quitter l'Hôtel-Dieu quand le décret nécessaire sera signé, ce qui ne saurait tarder.

Les Augustines continueront cependant à assurer les services à l'hôpital Boucicaut et à l'hôpital Debrousse, de par la volonté des fondateurs de ces institutions, et l'installation de leur maison mère sera vraisemblablement autorisée à Epinay, et non à Boucicaut, comme l'aurait désiré l'Assistance.

Au moment où les sœurs quittent l'Hôtel-Dieu, nous ne pouvons que nous associer aux regrets exprimés par la minorité du Conseil municipal, et par tous ceux qui n'ont pas la phobie spéciale dont souffrent évidemment certains de nos édiles.

Dans l'*Aurore*, journal peu suspect de cléricalisme, M. Maxime Vuillaume, qui joua un rôle actif dans la Commune et qui ne passe point pour pactiser avec la faction romaine, racontait récemment que pendant ces tragiques semaines de 1871 les Augustines montrèrent un dévouement admirable, soignant avec le même zèle les blessés des deux partis, n'hésitant même pas, après la défaite des fédérés, à cacher et à préserver ainsi d'une mort à peu près certaine le directeur nommé par la Commune. Les communards avaient gardé de la conduite de ces religieuses, pratiquant héroïquement la neutralité politique devant la souffrance humaine, un souvenir reconnaissant et attendri, dont on trouve l'écho dans l'intéressant article de M. Maxime Vuillaume. Qu'ont fait ces malheureuses femmes pour démériter ainsi depuis 1871 ?

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours en 1906-1907 est porté de quarante-quatre à quarante-cinq.

La nouvelle place sera comprise dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (histoire naturelle) et réservée à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Lille. — M. Vochelle (Henri), pharmacien de première classe, est nommé aide-préparateur de parasitologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Le concours ouvert à la Faculté de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de Limoges s'est terminé par la nomination de M. Corvisy.

— Reims. — M. le docteur Langlet, professeur de physiologie, est nommé directeur en remplacement de M. Henrot, admis à la retraite, et nommé professeur honoraire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE. — La Société de médecine militaire qui vient d'être créée a tenu sa première réunion la semaine dernière.

L'initiative toute heureuse en revient pour la plus grande part au médecin-inspecteur Delorme, directeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine qui, en 1903, en fit adopter le principe par le ministre de la Guerre, le général André, ensuite par le ministre Berteaux. C'est M. Etienne qui en a arrêté la création.

Exclusivement scientifique, ayant pour but de concourir, par l'étude en commun des questions d'hygiène, d'épidémiologie, de médecine, de chirurgie d'armée, de médecine légale militaire, de fonctionnement du service de santé au développement scientifique des différents corps de médecins militaires, cette société a son siège à Paris, à l'Ecole d'application du service de santé de l'armée de terre (Val-de-Grâce).

Le bureau est ainsi composé : président, le médecin-inspecteur Delorme; vice-président, le médecin-inspecteur des troupes coloniales Prinet; secrétaire général, le médecin principal de première classe Mareschal; secrétaires, les médecins-majors Hublé, Saletti, Lamoureux; trésorier, le médecin-major Lafeuille.

La Société compte dès maintenant trois cent quatre-vingts membres titulaires; parmi les adhésions on compte celles d'un

grand nombre de médecins civils, MM. Bouchard, Roux, Lannelongue, Chatin, Paul Berger, Landouzy, Lucas-Championnière, Segond, Chauffard, Reynier, Schwartz, Picqué, Lejars, Kelsch, Vallin, Lacassagne, Forgue, Jeannel, Lagrange, Le Fort, Verdelet, Treille, Bousquet, Monprofit, etc.

Les réunions seront bimensuelles et se tiendront les premier et troisième jeudi du mois, à trois heures, au Val-de-Grâce.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin-major de deuxième classe Broquet, du 23e d'infanterie coloniale, et M. le médecin aide-major de première classe Wadoux, du 2e d'artillerie coloniale, ont été désignés pour servir, le premier, à l'institut Pasteur de Paris, le second, à l'institut Pasteur de Lille.

MARINE. — M. le médecin de première classe Douarre, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la Lalande (escadre de la Méditerranée).

M. le médecin de deuxième classe Brochet, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur l'aviso-transport Manche (division navale de l'Extrême-Orient).

LES PROTESTATIONS CONTRE LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES. — Le Comité consultatif de l'enseignement public de France vient de se réunir pour délibérer sur le décret relatif au certificat d'études médicales supérieures. MM. Liard, vice-recteur; Bayet, directeur de l'enseignement supérieur; les professeurs Bouchard, Cornil, Guignard, Lannelongue et Pinard assistaient aux réunions.

Le Comité a émis, à l'unanimité, le double vœu suivant :

1° Que le certificat d'études médicales supérieures — s'il est maintenu — porte le titre de « certificat d'admissibilité à l'agrégation »;

2° Que le nombre des candidats soit limité d'après les besoins de l'enseignement.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Année 1907. — *Prix Belhomme* (1000 francs). — Question : « De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents. »

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau [de Tours] (200 francs). — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire, manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Prix Semelaigne (500 francs). — Question : « Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif. »

Année 1908. — *Prix Esquirol.* — Ce prix d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Aubanel (1200 francs). — Question : « Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau. »

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1906, pour les prix à décerner en 1907, et le 31 décembre 1907, pour les prix à décerner en 1908, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de Mlle Bottard, doyenne des surveillantes de la Salpêtrière, chevalier de la Légion d'honneur, honorée d'un prix Montyon.

COURS TECHNIQUE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par le docteur Alquier, chef des travaux anatomiques à la Clinique des maladies nerveuses. — Programme des leçons. — *1re et 2e leçons.* — Technique générale. Principales méthodes de fixation et de coloration. Examen du sang. Numération des globules rouges et blancs. La formule leucocytaire normale : ses principales variations. Valeur séméiologique de l'examen du sang.

3e et 4e leçons. — Méthode des coupes après inclusion à la celloïdine et la paraffine. Lésions conjonctivo-vasculaires des inflammations aiguës et chroniques.

5e leçon. — Principales altérations des tissus conjonctif, cartilagineux et osseux.

6e leçon. — Principales altérations des muscles.

7e leçon. — Principales altérations des épithéliums.

8e leçon. — Tuberculose.

9e leçon. — Syphilis.

10e leçon. — Tumeurs bénignes d'origine mésodermique (lipomes, mxyomes, fibromes, bourgeons charnus).

11e leçon. — Sarcomes conjonctif et névroglique. Endothéliome.

12e leçon. — Tumeurs maligne d'origine épithéliale.

13e leçon. — Tumeurs malignes d'origine épithéliale (adénomes, papillomes, kystes dermoïdes). Tumeurs mixtes. Dégénérescences et modifications des tumeurs.

14e leçon. — Principales lésions de l'appareil circulatoire.

15e leçon. — Principales lésions de l'appareil respiratoire.

16e leçon. — Principales lésions de l'appareil digestif.

17e leçon. — Principales lésions du foie, des voies biliaires, du pancréas, des voies salivaires.

18e leçon. — Principales lésions de l'appareil urinaire.

19e leçon. — Principales lésions de l'appareil génital mâle.

20e leçon. — Principales lésions de l'appareil génital femelle.

21e leçon. — Principales lésions des organes lymphoïdes, de la rate et de la moelle osseuse.

22e leçon. — Principales lésions des glandes à sécrétion interne (hypophyse, thyroïde et parathyroïde, capsules surrénales, îlots de Langerhans du pancréas, thymus).

23e leçon. — Technique générale du système nerveux. Méthode de Nissl. Lésions des cellules nerveuses.

24e leçon. — Dissociation. Méthode de Ramon y Cajal. Dégénérescence wallérienne. Névrites.

25e leçon. — Méthode de Weigert-Pal et de Marchi. Dégénérations des faisceaux blancs.

26e leçon. — Inflammation du tissu nerveux (encéphalites, myélites). Ramollissement cérébral, myélomalacie.

27e leçon. — Poliomyélite. Tuberculose des centres nerveux. Compressions de la moelle.

28e leçon. — Syphilis nerveuse. Tabes. Paralysie générale.

29e leçon. — Syringomyélie. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique.

Le cours commencera le mardi 20 novembre 1906, à cinq heures et demie de l'après-midi, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique (Salpêtrière), et se continuera tous les jours à la même heure. Les pièces anatomiques, réactifs et instruments seront fournis gratuitement. S'inscrire au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures, guichet n° 3. Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

EXAMEN CLINIQUE
D'UNE
HANCHE COXALGIQUE

Par M. Charles BOURRET,
Interne des hôpitaux de Lyon.

L'examen clinique d'une hanche coxalgique peut se présenter dans la pratique journalière dans deux circonstances différentes.

Nous pouvons en effet, dans un premier cas, nous trouver en présence d'un malade que nous examinons pour la première fois et qui nous demande si sa hanche est réellement malade, et si elle est bien atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Dans un second cas, nous avons devant nous un sujet que nous savons pertinemment atteint de coxalgie, un malade par exemple que nous traitons déjà nous-même, depuis un temps plus ou moins long. La question qui nous est alors posée est celle de la guérison ou au contraire de la persistance, peut-être même de l'aggravation des lésions.

Dans un cas comme dans l'autre, ce n'est que par un examen très méthodique, dont nous allons tâcher d'exposer les principales règles, que l'on arrivera à résoudre le problème posé.

A. Examen d'un malade qui pour la première fois attire notre attention du *côté de sa hanche.*

Nous avons à reconnaître :

I. Si la hanche est réellement malade.

II. Si elle est bien atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse.

III. Enfin, pour que notre examen soit complet et vraiment utile, nous aurons à noter encore quelles sont les particularités du cas qui nous est soumis : complications, forme anatomique.

Plus simplement nous aurons à envisager successivement :

I. Le diagnostic positif.

II. Le diagnostic différentiel.

III. Le diagnostic de la forme du cas.

I. Diagnostic positif. — Ce diagnostic qui, comme nous allons le voir, sera surtout basé sur l'examen clinique de la région supposée malade, doit cependant être en quelque sorte aiguillé par l'interrogatoire relatant l'histoire de la maladie.

1. *Interrogatoire.* — Donc en présence d'un malade — nous supposerons qu'il s'agit d'un enfant, puisque c'est le cas le plus fréquent qui nous est amené — nous devrons commencer par écouter l'histoire qui nous est racontée.

Depuis quelque temps, les parents se sont aperçus, insensiblement, quelquefois aussi à la suite d'un traumatisme réel ou supposé, que leur enfant *boitait* légèrement, et qu'il se *fatiguait vite* dans la marche.

Très souvent à ces deux premiers symptômes s'en ajoute un troisième de la plus grande importance : la *douleur spontanée.*

Celle-ci se manifeste habituellement de deux façons : soit sous forme de *douleur localisée au genou,* cas tellement fréquent que l'on peut dire que chez tout enfant se plaignant du genou, il ne faut jamais négliger l'examen de la hanche, soit sous forme de *douleur nocturne,* survenant au moment où l'enfant commence à s'endormir et lui arrachant de petits cris ou gémissements inconscients, mais qui passent rarement inaperçus de l'entourage du malade.

Donc : Evolution lente, généralement sans phase aiguë ;

Boiterie, ordinairement peu marquée, disparaissant par le repos ;

Douleur du genou ;

Cris nocturnes :

Tels sont les premiers signes habituellement notés au début d'une coxalgie et qui doivent toujours être recherchés par l'interrogatoire avant tout examen objectif.

2. *Examen objectif.* — Celui-ci pour donner des résultats réellement indiscutables devra être soumis à deux règles en quelque sorte immuables, qu'il faut savoir imposer coûte que coûte sous peine de s'exposer aux plus grossières erreurs.

La première est que tout individu supposé atteint de coxalgie doit être examiné absolument nu.

En second lieu, l'examen ne doit jamais être fait dans le lit, mais toujours sur une table plane et dure.

Ceci dit, passons en revue les principaux moyens d'investigation qui sont en notre pouvoir.

a. *Inspection.* — Il nous paraît logique de commencer par regarder simplement notre malade.

Laissons-le tout d'abord simplement *debout* devant nous et observons. Après quelques instants nous remarquons qu'il ne repose plus également sur ses deux voûtes plantaires; peu à peu, instinctivement, il a soustrait, par flexion légère du genou, celle du côté malade à l'action de la pesanteur; il a pris l'attitude à laquelle on donne le nom de *position hanchée.*

Commandons maintenant à notre sujet de marcher, dépouillé de tout vêtement, cela est bien entendu. Nous voyons alors qu'il présente une boiterie assez légère, qui n'a par elle-même le plus souvent rien de bien caractéristique, mais que dans tous les cas un œil tant soit peu exercé distingue facilement de celle de la luxation congénitale ou paralytique.

Dans quelques cas, il nous sera possible de saisir à l'oreille le *signe du maquignon* indiqué par Marjolin et qui consiste dans un changement du rythme de la marche : le pied du côté sain se posant franchement et avec bruit sur le plancher, tandis que celui du côté malade se pose légèrement et moins rapidement, il en résulte deux sons alternatifs d'inégale intensité.

Après l'avoir fait marcher, faisons *coucher* notre petit malade sur un plan dur, une table de bois quelconque, en ayant soin que la nuque et la colonne vertébrale reposent complètement. Dans les cas observés tout à fait au début, nous ne remarquerons rien d'anormal dans cette position. Mais dans des cas beaucoup plus fréquents, nous verrons l'enfant prendre rapidement une position dont la constata-

tion a la plus haute importance pour le diagnostic de l'arthrite de la hanche : tant que la colonne vertébrale restera au contact du plan de la table, nous verrons la cuisse du côté malade se fléchir plus ou moins sur le bassin, et le genou à demi fléchi rester à une certaine distance du plan horizontal. Si alors nous essayons avec ménagement de corriger cette flexion et d'amener la cuisse, le creux poplité et le mollet, au contact de la table, nous n'y parvenons qu'en voyant la colonne lombaire quitter ce contact et donner naissance à une courbure accentuée ou *ensellure lombaire*. Cette petite épreuve nous montre que l'articulation de la hanche est supprimée fonctionnellement par immobilisation spontanée, et que son rôle physiologique est suppléé par les articulations du bassin et de la colonne vertébrale.

L'inspection, dans un certain nombre de cas, pourra nous révéler encore, soit une *atrophie musculaire* très marquée, soit la *présence d'abcès*, ou même *de fistules*; mais ce n'est pas ce qui a lieu dans les cas vraiment difficiles, et où l'examen méthodique est réellement nécessaire.

Par conséquent, nous supposons que notre diagnostic, déjà très avancé par l'interrogatoire, suivi de la simple inspection, ne l'est cependant pas encore assez pour ne pas être complété par de nouveaux moyens d'investigation.

b. *Mouvements provoqués*. — Un de ceux qui vont nous être le plus utile sera certainement l'étude des différents mouvements qui se passent dans l'articulation coxo-fémorale. Ces mouvements sont ceux de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin, d'abduction et d'adduction; enfin des mouvements de circumduction de la tête fémorale dans la cavité acétabulaire.

Ces différents mouvements sont faciles à provoquer : mais pour que leur examen donne un résultat nettement appréciable, une condition est absolument indispensable : c'est que, quel que soit le mouvement que l'on provoque, *le bassin soit et reste préalablement fixé* par une des mains de l'opérateur. Dans ces conditions-là, il nous sera facile de reconnaître que, dans le cas d'arthrite de la hanche, les différents mouvements présentent deux modifications essentielles : ils sont *douloureux*, et, caractère plus important encore peut-être, ils sont plus *limités*, moins étendus que du côté sain.

Ceci dit, voyons quelle est la valeur séméiologique respective de chacun des mouvements indiqués plus haut. La *flexion* est fort peu limitée, et fort peu douloureuse; c'est même, nous l'avons vu, la position qui tend naturellement à perdre la hanche malade.

L'*extension* a plus d'importance, mais sa valeur séméiologique a été déjà étudiée, quand nous avons parlé de l'ensellure lombaire. Dans les cas où celle-ci n'existe pas, la limitation et la douleur de l'extension se recherchent d'une façon bien simple; il suffit de faire coucher le malade sur le ventre, puis en fixant le bassin d'une main, appuyant sur le sacrum, d'écarter le plus possible la cuisse du plan du lit, de fléchir en quelque sorte la face postérieure de la cuisse sur la face postérieure du bassin; dans le cas de coxalgie, ce mouvement réveille en général une douleur assez vive.

Le mouvement d'*adduction* est en général peu limité, souvent même exagéré dans la coxalgie : l'adduction étant comme la flexion une position de relâchement pour l'articulation.

Par contre l'étude du mouvement d'*abduction* a dans le diagnostic de la coxalgie la plus grande importance : au cours de l'affection c'est en effet le mouvement qui est en général le plus rapidement limité, et qui devient douloureux. De plus, en fléchissant simultanément les deux cuisses sur le bassin, et en sortant en même temps l'une et l'autre en adduction forcée, il est très facile de constater que du côté sain la cuisse arrive en général à toucher le plan du lit par sa face externe, tandis que l'amplitude de ce mouvement est considérablement diminué du côté malade ; en outre toute tentative d'exagération de ce mouvement provoque de vives douleurs.

Quant aux douleurs résultant des mouvements de *circumduction* de la tête fémorale, mouvements obtenus en imprimant au niveau du genou quelques mouvements de rotation à l'extrémité inférieure du fémur, ils sont également un bon signe d'arthrite coxo-fémorale.

Comme on le voit l'étude des mouvements provoqués de l'articulation est susceptible de nous fournir pour le diagnostic de la coxalgie les plus précieuses indications.

C'est elle, on peut le dire, qui forme en quelque sorte la base essentielle de tout examen clinique de la hanche.

c. *Palpation*. — Celle-ci doit d'abord nous permettre la recherche des *abcès périarticulaires* dont l'importance est évidemment capitale au point de vue du diagnostic de la coxalgie mais dont l'étude nous paraît mieux placée plus loin.

En l'absence d'abcès véritablement collecté, la palpation nous montrera fréquemment dans la coxalgie une sorte d'*œdème périarticulaire*, dont la constatation par comparaison avec le côté sain est très importante.

Elle nous permettra aussi d'explorer en quelque sorte directement la tête fémorale, soit en avant, en dedans des vaisseaux fémoraux, soit en arrière, immédiatement en dedans du grand trochanter. La douleur provoquée par la pression en ces points pourra servir dans nombre de cas à établir le diagnostic.

La palpation des masses musculaires confirmant la première impression d'atrophie qu'avait donnée la simple inspection, et surtout l'exploration de la fosse iliaque révélant fréquemment l'existence d'une *tumeur ganglionnaire* fournissent également de précieux signes dans le diagnostic de la coxalgie.

II. Diagnostic différentiel. — Arrivé au point où nous en sommes de notre examen clinique, il semble que nous soyons en possession de signes assez nets et assez variés pour établir par leur existence le diagnostic d'arthrite de la hanche, et avec toute espèce de probabilités celui d'arthrite tuberculeuse. Quelles sont en effet les affections articulaires ou

para-articulaires qui pourraient nous induire en erreur?

1. Dans quelques cas la coxalgie pourra présenter un début assez brusque et une allure assez vive pour simuler une arthrite aiguë. On se rappellera cependant que celles-ci sont en général consécutives à une maladie infectieuse générale, ou que dans les cas où surtout chez les enfants, elles paraissent spontanées, il faut presque toujours incriminer une ostéomyélite de la tête fémorale. Mais alors l'intensité de la marche et la gravité des troubles généraux ne permettent guère de se méprendre.

Néanmoins dans tous les cas douteux, surtout à marche subaiguë, à plus forte raison si l'on a quelque raison de supposer quelques antécédents bacillaires héréditaires ou personnels, il sera souvent prudent de réserver un diagnostic, que l'évolution ultérieure de l'affection finira par éclairer.

2. La *douleur du genou*, si fréquente, comme nous l'avons, dit au cours de la coxalgie, ne pourra que difficilement induire en erreur un observateur averti, qui, ne trouvant rien d'anormal au niveau de l'articulation incriminée, reportera immédiatement son examen sur l'articulation sus-jacente.

3. On ne se laissera pas davantage tromper par la déformation occasionnée fréquemment au niveau de la hanche par la contracture du *psoas* au cours d'un mal de Pott. Les mouvements provoqués de l'articulation montreront facilement son intégrité, et l'on n'aura d'autre ressource que de rechercher dans la colonne la cause des déformations constatées au niveau de la cuisse.

Cet examen sera du reste facile, si l'on a soin, comme nous l'avons dit, de toujours examiner les sujets dépouillés de vêtement.

4. Les lésions tuberculeuses des *régions avoisinant* l'articulation coxo-fémorale, mais sans l'intéresser directement (ostéites du pubis ou du trochanter, sacro-coxalgie), seront également en général assez faciles à distinguer de la coxalgie vraie; en effet, si, par contracture des muscles voisins, elles peuvent produire des déformations ou des attitudes rappelant plus ou moins exactement celles de cette lésion, il est facile de se rendre compte, au besoin avec l'aide de l'anesthésie, de l'intégrité des mouvements articulaires proprement dits.

5. La *sciatique* par la boiterie qu'elle provoque peut dans quelques cas faire penser tout d'abord à la possibilité d'une lésion articulaire. Mais le doute ne peut guère subsister après un examen attentif de la hanche et particulièrement des mouvements de cette articulation. En effet tandis que dans la coxalgie c'est surtout l'abduction qui est douloureuse, tandis que la flexion ne provoque pour ainsi dire aucune douleur; dans la sciatique au contraire c'est ce mouvement dont l'effet est de tendre le nerf qui est le plus douloureux. L'abduction par contre se fait facilement. Enfin la recherche des différents points de Valleix pourra encore éclairer dans quelques cas un diagnostic hésitant.

6. Le seul diagnostic qui paraisse réellement embarrassant dans beaucoup de cas et qui ne soit pas toujours nettement élucidé par un peu d'attention et un examen rigoureusement méthodique est celui de la coxalgie vraie avec la coxalgie hystérique.

Dans ces cas difficiles, il sera de la plus haute importance de rechercher minutieusement un gonflement caractéristique, un engorgement ganglionnaire ou même un abcès dont la constatation tranchera naturellement le diagnostic.

On remarquera aussi, comme l'indiquent tous les classiques, que dans les cas de coxalgie hystérique la douleur est souvent exagérée, et surtout qu'elle est plus superficielle, cutanée plutôt que réellement articulaire, que dans la coxalgie vraie.

Souvent, malgré des recherches méticuleuses, le doute pourra persister, et l'examen sous anesthésie sera nécessaire pour se rendre compte de l'état réel de l'articulation.

On aura soin d'y joindre aussi l'épreuve radiographique qui la plupart du temps permettra d'élucider même les cas les plus difficiles. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1906)

Anthropométrie. — L'Académie a reçu une lettre de M. Guyot-Dessaignes, garde des Sceaux, ministre de la Justice, demandant à l'Académie de lui faire connaître son sentiment sur le crédit qu'il faut accorder aux méthodes anthropométriques relatives aux empreintes de doigts pour fixer l'identité d'un individu et sur les moyens de contrôle à établir pour prévenir dans leur application les déductions inexactes.

L'Académie a nommé une commission pour cette étude. Elle se compose de MM. Darboux, Chauveau, Dastre, d'Arsonval et Troost.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1906)

Les vers du nez. — M. Souques. Très précoce la jeune personne que M. Souques présente à la Société médicale! Cette jeune fille, âgée de huit à neuf ans, à l'air gai, rieuse, fort contente de soi, avait imaginé le truc suivant pour se rendre intéressante. Elle cueillait discrètement dans les pommes, dans les fruits, les vers qui y sommeillent en repos, se les introduisait dans les narines, puis en présence de sa mère qui s'affolait à ce spectacle, elle les mouchait!

M. Souques est consulté, il fait examiner les vers au Muséum et bientôt la supercherie est découverte. L'enfant a bien promis de ne plus recommencer, mais c'est une parfaite mythomane, elle ment à journée entière et... elle recommencera d'une autre façon.

M. Siredey à propos de ce fait, en rapporte un autre qu'il a entendu raconter par Hardy. Il s'agit encore d'une fillette qui avait choisi pour se distraire une autre cachette! Elle s'introduisait des petits cailloux dans le vagin... et elle simulait l'expulsion de la pierre! Charmante enfant!

Les injections d'huile grise. — A propos d'une observation de M. Letulle, une longue discussion s'engage sur les injections d'huile grise.

M. Letulle rapporte le cas d'une femme enceinte chez laquelle pendant les derniers mois de la grossesse, on pratiqua vingt et une injections d'huile grise. Elle fut prise d'une stomatite intense, compliquée de nécrose des gencives et du maxillaire, et elle mourut.

M. Gaucher insiste sur les dangers des injections d'huile grise qui produit facilement des accidents de gangrène et de nécrose. Il ajoute que d'une façon habituelle, on abuse aujourd'hui des injections mercurielles, qu'il ne s'agit là que d'une méthode d'exception devant être réservée aux cas graves, et que dans les cas de moyenne intensité les anciennes méthodes (frictions, pilules) devraient suffire.

M. Renaut s'élève avec véhémence contre ce procédé qu'il considère comme dangereux. Il cite plusieurs cas de mort due à ces injections, cités par Kaposi, par Hallopeau et par d'autres, il rappelle que l'on a signalé des observations d'embolie pulmonaire, des cas de stomatite tardive ne survenant que six semaines ou deux mois après la dernière injection; il ajoute enfin, que les préparations d'huile grise sont difficiles à faire, que les injections nécessitent un outillage spécial, une seringue de Barthélemy, qu'elles doivent être faites en deux temps, bref qu'elles exigent une quantité de précautions.

M. Lenoir demande à M. Letulle s'il a observé, à l'autopsie de sa malade des lésions du foie. Il a institué des expériences qui ne sont pas terminées et il croit pouvoir affirmer que les lésions du foie sont considérables.

Enfin M. Balzer fait remarquer que, dans le cas de M. Letulle, les doses prescrites ne peuvent pas être considérées comme des doses thérapeutiques, mais bien comme des doses d'intoxication.

Paralysie bulbaire, chronique, progressive, d'origine diphtérique. — MM. Siredey et Tinel présentent un malade de vingt-quatre ans, atteint d'atrophie considérable de la langue, avec tremblements fibrillaires de paralysie laryngée à peu près complète et d'atrophie des cordes vocales. Ces troubles sont survenus lentement, progressivement, et semblent devoir être rattachés à une diphtérie ancienne.

En effet, à l'âge de douze ans, le malade a présenté une diphtérie grave compliquée de croup. Elle a été suivie immédiatement de paralysie du voile du palais et de paralysie laryngée avec cornage et crises de suffocation. Mais tandis que la paralysie du voile a disparu en quelques mois, au contraire la paralysie laryngée a été en s'accentuant.

En 1898, le malade a fait un séjour de plusieurs mois dans le service de M. Lermoyez, où l'on reconnut une paralysie laryngée, prédominante sur les dilatateurs, mais sans aucune manifestation du côté de la langue.

Actuellement, en outre des manifestations laryngées et linguales, on constate une légère parésie des lèvres du côté droit, une diminution sensible de l'audition, et des troubles légers de la sensibilité linguale.

Il semble donc qu'on se trouve bien en présence d'une lésion progressive des noyaux bulbaires qu'il est logique de rattacher à la diphtérie.

Thrombose de la veine cave supérieure et des troncs veineux brachio-céphaliques dans un cas de maladie de Basedow. — MM. Georges Guillain et Courtellemont ont observé une malade de vingt-huit ans atteinte d'une maladie de Basedow typique (goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement). Cette femme était en asystolie (œdème des membres inférieurs, ascite, oligurie) et de plus avait les signes caractéristiques d'une thrombose du système cave supérieur (œdème avec cyanose de la face, du cou, des membres supérieurs, dilatation énorme des veines présternales et des veines du cou, etc.). L'autopsie montra, outre les lésions banales de l'asystolie (foie, rein, rate), un cœur dilaté sans lésions valvulaires. Le corps thyroïde était le siège d'une sclérose avec infiltration embryonnaire, la substance colloïde avait disparu en grande partie, remplacée par une sécrétion muqueuse. Les troncs veineux brachio-céphaliques et l'origine de la veine cave supérieure étaient thrombosés. Au microscope lésions de phlébite, caillot oblitérant en voie d'organisation. Dans la partie supérieure du médiastin un thymus hypertrophié comprimait les troncs brachio-céphaliques, surtout du côté gauche.

Les auteurs discutent l'origine de la thrombose du système cave supérieur qui n'a jamais été signalée dans le goitre exophtalmique. Ils pensent que, si une infection cryptogénétique a pu exister et amener la thrombose veineuse, celle-ci a été causée surtout par la compression du thymus hypertrophié et favorisée par l'asystolie due, non à une lésion valvulaire, mais à la dilatation cardiaque par surmenage du myocarde.

Formes amibiennes trouvées dans le sang d'un malade atteint de diarrhée de Cochinchine. — M. G.-H. Lemoine (du Val-de-Grâce) présente des pièces provenant d'un malade, atteint de diarrhée de Cochinchine. Il attire l'attention sur un organisme trouvé dans le sang pendant la vie. Il s'agit sans doute d'une amibe mobile hématophage présentant des dimensions un peu supérieures à celles d'un globule rouge, 8 à 10 μ se différenciant par son volume de l'amibe trouvé dans les selles dysentériques et de l'hématozoaire de Laveran par l'absence de flagelles, absence de mouvements du contenu granuleux, absence de pigment.

D'ailleurs l'autopsie n'a relevé aucune ulcération du gros intestin qui est sain et présente, sauf au niveau du cæcum, sa coloration normale. D'autre part, le malade, qui n'a fait qu'un séjour d'une année en Cochinchine ou au Tonkin, ne présenta jamais d'accès fébriles d'origine paludéenne et l'examen des organes après la mort, notamment celui de la rate, n'a révélé aucune lésion apparente attribuable au paludisme.

Il semble donc bien que, par élimination, on soit conduit à voir dans cet amibe un agent spécial; ce que confirme son examen après coloration. Non coloré par la méthode de Romanowsky il n'apparaît bien nettement qu'après une immersion dans le Giemsa à 1/30 pendant quarante-huit heures, représentant le petit corps granuleux à contours irréguliers, teintés en gris, se différenciant ainsi des globules blancs avec lesquels on pourrait la confondre à l'état frais. La diarrhée de Cochinchine apparaîtrait, dès lors, comme une maladie du sang; la clinique serait en faveur de cette manière de voir. Le malade présentait 1 210 000 globules rouges.

Néphrite tuberculeuse avec hydrothorax et sérum lactescents. Epreuve de Straus positive. — MM. André Jousset et Jean Troisier rapportent une observation ayant trait à la coexistence chez un sujet atteint de néphrite tuberculeuse d'un double *hydrothorax* d'aspect laiteux et d'un sérum, également lactescent.

Les dosages, l'examen histo-chimique par les colorants électifs des graisses et spécialement par le sudan III, démontrèrent que sérum et liquide pleural devaient leur lactescence à une surabondance de matières grasses.

L'intérêt de ce fait réside dans le mécanisme producteur de l'opalescence où l'on ne saurait mettre uniquement en cause

la dégénération locale des éléments cellulaires flottant dans le liquide (leucocytes et endothélium), mais qui paraît surtout relever d'un processus bien plus général, comme l'a montré le parallélisme des variations de la graisse dans l'hydrothorax et le sérum, que ces variations aient été spontannées ou provoquées par la suralimentation graisseuse.

En effet, le régime du beurre (épreuve de Straus) a provoqué chez le malade une augmentation manifeste et simultanée de la lactescence dans les liquides.

Ce fait démontre, en outre, l'insuffisance de cette méthode instituée par Straus pour juger des lésions du canal thoracique amenant l'irruption du chyle dans le péritoine; elle n'est nullement pathognomonique et s'applique avec le même succès positif aux épanchements thoraciques et abdominaux; même lorsqu'il y a intégrité parfaite du canal thoracique ou de ses racines comme c'était ici le cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1906)

Prostatectomie. — M. Legueu, à propos de la communication faite récemment par M. Bazy, présente quelques considérations relatives à la technique opératoire. Il est convaincu que, pour le décollement postérieur de la prostate, rien ne vaut mieux que le doigt; mais pour isoler la prostate de l'urètre, il vaut mieux, selon lui, se servir du bistouri. M. Legueu estime que, chaque fois que cela est possible, il vaut mieux recouvrir de muqueuses les surfaces cruentées; mais cela n'est pas toujours possible. La pratique recommandée par M. Duval, en particulier, est très difficile à mettre à exécution. Dans un cas, M. Legueu a taillé dans la partie prostatique de l'urètre deux grands lambeaux de muqueuse; il a suturé ensuite ces deux lambeaux contre les parois de la loge prostatique; c'est là un moyen d'assurer l'hémostase. Quand on ne peut y recourir, il faut faire un bon tamponnement de la loge prostatique qui assure également très bien l'hémostase.

Invagination dans une hernie ombilicale. — M. Tuffier fait un rapport sur une observation adressée par M. Latour (de Vannes). Il s'agit d'un enfant d'un mois, né à terme, qui quinze jours après sa naissance présenta au niveau de l'ombilic une tumeur rougeâtre; le vingt-cinquième jour, l'enfant cesse d'aller à la selle par l'anus et rend quelques matières par l'ombilic. On trouve, dans celui-ci, deux orifices; le côté gauche seul laissait passer des matières. Le ventre se ballonne, et l'enfant présente des phénomènes d'occlusion complète. M. Latour essaye de réduire la tumeur sans pouvoir y parvenir. Il fit alors la laparotomie et vit qu'une anse intestinale pénétrait dans la tumeur; il agrandit alors son incision, arriva jusqu'au collet de la hernie, le sectionna et put alors réduire. Mais l'enfant succomba. L'autopsie montra alors que la hernie était restée bien réduite dans l'abdomen. La tumeur était constituée par de la muqueuse intestinale. Il s'agissait d'une hernie diverticulaire qui avait été peut-être produite par le fait que la ligature du cordon avait été pratiquée trop près de l'ombilic. Il s'agissait, en somme, d'une hernie diverticulaire avec éversion de la muqueuse intestinale.

M. Hue (de Rouen) a publié un fait analogue, il s'agissait d'un enfant de quatorze jours qui portait également une tumeur constituée par la muqueuse intestinale. L'enfant ayant été pris de phénomènes d'étranglement herniaire, on chercha à réduire la tumeur; on n'y parvint pas et l'enfant succomba.

M. Tuffier cite un autre fait du même genre.

Traitement des néphrorragies. — M. Pousson (de Nantes) cherche à résoudre cette question : En présence d'une néphrorragie d'origine infectieuse, à quelle opération faut-il recourir? Peut-être M. Pousson aurait-il pu modifier sa question de la façon suivante : En présence d'une néphrorragie, quelle est la conduite à tenir, et si l'on croit devoir intervenir chirurgicalement, à quelle opération doit-on recourir? En effet, les faits qui vont être rappelés dans la discussion suivante semblent démontrer qu'au moins dans un certain nombre de cas l'abstention pourrait être le meilleur mode de traitement de ces néphrorragies dont l'étiologie nous échappe souvent.

M. Pousson nous communique trois cas intéressants de néphrite hémorragique. Dans le premier cas qu'il a déjà communiqué à la Société de chirurgie en 1898, il fit la néphrectomie et le malade est resté depuis en bonne santé. Dans le second cas, il s'agissait d'un charcutier qui depuis deux ou trois mois avait des hématuries. C'était le rein droit qui en était le point de départ. Il fit une néphrotomie, il y a deux ans et demi et ce malade est resté bien guéri. La troisième observation est celle d'un relieur qui, depuis longtemps, avait des hématuries coïncidant avec une violente douleur du côté droit. On fit la néphrectomie, on enleva un gros rein kystique dégénéré. L'opération date de neuf mois et le malade est resté guéri. M. Pousson vient défendre la néphrotomie qu'il préfère, pour ces cas, à la néphrectomie et à toute autre opération. Ces opérations conservatrices trouvent de meilleurs résultats dans ces cas, que les opérations radicales. La néphrotomie supprime la tension rénale; elle agit sur la circulation et la contraction du rein. Mais à ces hypothèses il faut l'appui de l'expérience clinique.

M. Pousson a réuni 32 faits de néphrorragie par néphrite chronique; sur ces 32 faits il y en a eu 11 de traités par la néphrectomie, 15 par la néphrotomie, 6 par la décapsulation. La néphrectomie a donné 3 décès, un opératoire, deux retardés. La néphrotomie n'a donné qu'un seul décès opératoire. La décapsulation n'a donné aucun décès. Au point de vue des résultats thérapeutiques, sur 10 malades qui ont survécu après la néphrectomie, un seul a vu des hémorragies se reproduire par l'autre rein. La néphrectomie elle-même ne met donc pas sûrement à l'abri des récidives. Après les néphrotomies, il y a eu plusieurs cas de récidive; de même après la décapsulation. Mais, étant donné que la néphrectomie ne met pas plus à l'abri des récidives que la néphrotomie, M. Pousson estime que la néphrotomie doit l'emporter sur la néphrectomie et la décapsulation.

M. Pousson tente de faire connaître les raisons physiologiques qui militent en faveur de la néphrotomie dans ces cas de néphrites hémorragiques. Nous entrons ici dans le champ des hypothèses. En réalité, aucune intervention ne semble, dans ces cas, mettre sûrement le malade à l'abri des récidives d'hémorragies par l'autre rein, que le rein malade ait été enlevé ou simplement ouvert ou décapsulé. Il est donc logique, dans ces conditions, de donner la préférence à l'opération la moins dangereuse, la néphrotomie. Mais il serait, croyons-nous, inexact de dire que la néphrotomie met plus à l'abri des récidives que la néphrectomie ou la décapsulation.

M. Reynier apporte deux exemples d'hématuries rénales traitées, avec succès, par la néphrotomie, dans un cas de son

service où son assistant avait fait la décapsulation, il y a eu récidive et il a fallu ultérieurement pratiquer la néphrectomie. M. Reynier, comme M. Pousson, préfère la néphrotomie à toute autre opération dans un cas d'hématuries rénales.

M. Legueu estime également que la néphrotomie doit être l'opération de choix des néphrites hémorragiques. La néphrectomie ne doit être pratiquée, dans ces cas, que tout à fait exceptionnellement, car ces hémorragies rénales ne sont généralement que temporaires. Les résultats de la néphrotomie sont quelquefois tardifs. Il faut savoir attendre. M. Legueu a opéré un enfant atteint d'hématuries chez lequel le diagnostic de la cause de l'hématurie était très difficile. Il fit d'abord une néphrotomie du côté gauche; les hémorragies continuèrent; alors il fit une néphrotomie avec décapsulation à droite; les hémorragies ne se sont arrêtées tout à fait qu'un certain temps après cette seconde intervention. Chez une femme M. Legueu a obtenu aussi un succès éloigné après la néphrotomie. Dans un cas de ce genre, M. Legueu pratique tout d'abord la néphrotomie, pour agir immédiatement, puis la décapsulation pour agir à distance.

M. Routier fait observer qu'il est parfois bien difficile de savoir quelle est la cause de ces hémorragies. Dans un cas où il a pratiqué la néphrectomie pour se rendre maître d'hématuries rénales, on a découvert à l'examen du rein qu'il existait un petit ulcère tuberculeux qui était le point de départ des hémorragies. La guérison, qui fut obtenue, date aujourd'hui d'un an.

M. Tuffier dit que la question est très complexe; il y a en effet des hématuries qui disparaissent après s'être reproduites à plusieurs reprises; ces guérisons spontanées apportant quelques doutes au sujet des résultats éloignés des opérations. Dans trois cas d'hématuries rénales, il a eu recours deux fois à la néphrotomie, les malades ont bien guéri. Chez un enfant atteint d'hématuries, M. Tuffier a attendu et l'enfant a fort bien guéri sans intervention. On ne saurait donc affirmer que les résultats éloignés soient bien dus à la néphrotomie dans les cas où celle-ci a été pratiquée.

M. Carlier a fait une néphrotomie chez un calculeux; ce malade, huit jours après, a été pris d'une hémorragie abondante et M. Carlier a fait la néphrectomie. Ce malade a eu des nouvelles hématuries provenant du rein opposé. Puis ces hémorragies ont cessé. Il est souvent impossible de pouvoir dépister la cause de ces hémorragies rénales.

M. Delbet a opéré, à Bicêtre, une jeune femme de vingt-quatre ans qui était atteinte d'hémorragies graves; il lui fit la néphrectomie. Le rein enlevé ne semblait pas malade. La guérison persiste depuis six ans. Chez un malade également atteint d'hématurie, M. Delbet a temporisé et le malade a parfaitement guéri sans opération.

M. Pousson déclare qu'il est difficile de comprendre la cessation des hématuries après une simple néphrorraphie. Mais c'est là un fait d'expérience clinique. Ces néphrites hémorragiques sont des néphrites spéciales, qui n'ont rien à voir avec les néphrites brightiques qui généralement ne saignent pas. Ces hémorragies se montrent surtout dans les néphrites parcellaires. Beaucoup cessent à l'état scléreux et les hémorragies disparaissent d'elles-mêmes, souvent aussi les hématuries de l'enfance guérissent dans l'adolescence.

M. Tuffier croit que la question est beaucoup plus complexe qu'elle ne le semblerait après les explications de M. Pousson.

Pronostic des fractures bimalléolaires. — M. Chaput a observé deux faits de fractures sorties de l'appareil en bonne position et qui se dévièrent ultérieurement. MM. Berger et Routier ont cité des faits analogues.

Il a examiné 12 fractures bimalléolaires anciennes (accidents du travail); 6 avaient une déviation latérale du pied (5 fois en dehors, 1 fois en dedans) et des fonctions défectueuses.

Sur les 6 autres, 5 avaient des troubles de la flexion ou des douleurs vives, 1 seul était parfaitement guéri.

L'incapacité de ces blessés a varié de 15 à 40 p. 100.

Il présente trois radiographies de fractures anciennes mal consolidées.

Dans 3 autres cas, les fractures, immobilisées dans le plâtre en bonne attitude, n'étaient pas réduites en fait, comme le prouve la radiographie.

Le *pronostic* de ces fractures est plus grave quand la déviation primitive est considérable et quand il y a diastasis péronéo-tibial inférieur.

Les fractures par adduction s'accompagnent parfois d'éclatements de l'épiphyse et même de la diaphyse compromettant le fonctionnement de l'article.

La fracture supra-malléolaire tibiale oblique en bas et en dedans est tout à fait irréductible.

Les fractures *marginales postérieures* compromettent aussi les fonctions articulaires.

Les fractures consolidées en bonne position peuvent s'accompagner de douleurs et de troubles de la flexion.

M. Tuffier faisant radiographier toutes les fractures de son service en possède aujourd'hui tous les types anatomiques. Il y a toute une série de fractures malléolaires dont on arrive à corriger les déviations primitives, mais qui présentent ensuite des déviations secondaires impossibles à corriger. Dans ces cas il reste toujours plus ou moins d'impotence. Si l'on n'a pas pu corriger la déviation, le résultat est toujours mauvais. Pour éviter ces déviations secondaires, peut-être faudrait-il immobiliser les malades beaucoup plus longtemps.

M. Monod est frappé des mauvais résultats signalés par M. Chaput. Il lui demande si, dans ces cas, la réduction a été faite sous le chloroforme, ce à quoi M. Monod attache une grande importance.

M. Delbet trouve que le chloroforme est plutôt un inconvénient chez les alcooliques. Il préfère, dans ces cas, la stovaïne lombaire.

Pour les fractures du tiers inférieur de la jambe, et les fractures sus-malléolaires, dit M. Delbet, on n'arrive jamais à les bien réduire. Quant aux fractures de Dupuytren, elles sont toujours graves et difficiles à traiter.

MM. Delbet et Sébileau ont étudié spécialement les déviations secondaires. Ils ont reconnu que leur manque de consolidation tenait à ce que le cal n'est pas osseux, mais fibreux, comme dans les fractures de rotule. Les cals peuvent rester longtemps fibreux. Aussi est-il prudent de laisser les malades longtemps au lit après qu'on a retiré l'appareil plâtré. Les déplacements du pied sont dus à ce que les mouvements se font non pas au niveau de l'articulation, mais bien au niveau du trait de fracture. Enfin comme obstacle à la réduction, il faut tenir compte aussi des hyperostoses qui se développent parfois au niveau des malléoles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1906)

Essai pathogénique d'une variété d'ascite. — Le fait d'avoir constaté tantôt la lipémie seule, tantôt la lipurie, ou la lipémie avec lipurie, au cours des affections du pancréas, a permis de se demander si cet état spécial du sang et des urines n'était pas en rapport avec un déficit pancréatique, et cela avec d'autant plus de vraisemblance qu'on trouvait souvent ces états associés à la glycémie ou à la glycosurie.

Aussi M. René GAULTIER, en présentant un cas d'ascite graisseuse dans lequel n'existait aucune lésion du canal thoracique, point de rupture des vaisseaux chylifères, ni foyer purulent, en voie de désintégration graisseuse, en un mot une de ces ascites où il semble que l'épanchement spécial se produise d'emblée avec tous ses caractères d'émulsion graisseuse, se demande-t-il, avec quelque raison, si cette ascite n'est pas le fait d'une modification des graisses du sang sous la dépendance d'un trouble fonctionnel du pancréas; s'il ne s'agit pas là d'une sorte de diabète graisseux analogue au diabète sucré, dans lequel la lipémie remplacerait la glycémie, la lipurie remplacerait la glycosurie, l'ascite graisseuse remplacerait l'ascite sucrée, diabète graisseux sous la dépendance d'une altération du pancréas que l'examen coprologique démontrait cliniquement et l'examen nécropsique vérifiait anatomiquement.

Le tube étroit, nouveau procédé de culture aérobie des microbes dits à tort anaérobies stricts. — M. Georges ROSENTHAL montre que le diamètre des tubes de culture a une importance considérable dans l'obtention de culture aérobie des anaérobies. Plus le diamètre des tubes est étroit, plus l'anaérobie cultive aisément en tubes ordinaires. Avec des tubes de diamètre de 5 millimètres les anaérobies poussent aisément dans d'une colonne de liquide de 4 à 5 centimètres.

Influence de la saignée séreuse sur la formule sanguine, particulièrement dans la pleurésie tuberculeuse. — Pour M. F. MOUTIER, les variations quantitatives des globules rouges sont parallèles à la concentration ou à la dilution sanguines, c'est-à-dire à l'accroissement ou à la guérison de l'épanchement. Il y a hyperglobulie consécutivement aux ponctions, hyperglobulie encore si la pleurésie tend à s'accroître, hyperglobulie quand la guérison est proche, et hypoglobulie également quand le liquide est de nature hémorragique. La saignée séreuse n'influe pas de manière notable sur l'équilibre leucocytaire.

Étude physico-chimique du liquide d'une péritonite tuberculeuse à forme caséeuse. — Pour MM. ISCOVESCO et MONIER-VINARD, le pus d'abcès froid ne contenant que des colloïdes négatifs, l'exsudat péritonitique tuberculeux en contient une grande variété. De plus : 1° lorsqu'on fait dialyser un liquide contenant des globulines, on obtient des globulines différentes aux différents étages de la dialyse; 2° les premières globulites qui précipitent sont les globulites positives; 3° il existe dans l'organisme un grand nombre de globulines ou d'albumines ayant un signe électrique bien déterminé; 4° le fait qu'il existe des protoïdes de signe électrique différent permet de supposer qu'il y a des phénomènes d'association et de dissociation de colloïdes à colloïdes qui jouent un rôle important dans le métabolisme physiologique.

Autres communications :

Enregistrement de soulèvements ergographiques sur cylindres tournant rapidement, MM. IMBERT et GAGNIÈRE.

Persistante vitalité de l'hématozoaire de Laveran dans le cadavre humain, M. GILLOT.

Action tératogène des rayons X sur les cellules séminales, MM. REGAND et BLANC.

Sur l'existence de globules rouges nucléés dans le sang de quelques espèces de mammifères, M. JOLLY.

Recherches sur les complexes colloïdaux d'albumine, M. MAYER.

Quelques propriétés de la globuline des sérums sanguins de l'homme, M. PATEIN.

Sur la structure et les affinités de trypanosoma Balbiani, M. VLÈS.

FORMULAIRE

COLLUTOIRE CONTRE L'IRRITABILITÉ GINGIVALE DES NOURRISSONS

M. Le Gendre conseille le collutoire :

Glycérine	āā 15 grammes.
Eau	
Bromure de potassium	1 —
Borate de soude	2 —
Teinture de safran	v gouttes.

F. s. a. — (*Bull. gén. de thérap.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 NOVEMBRE AU 1er DÉCEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Macaigne; — (2e série) : MM. Gaucher, Legry et Claude; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 27 novembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Faure; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Raymond, Thoinot et Renon; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 28 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Gosset et Cunéo.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Roger, Balthazard et Macaigne.

2e, chirurgien-dentiste : MM. Déjerine, Desgrez et Proust; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 29 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Bezançon et Maillard.

3e (2e partie, oral) : MM. Hutinel, Méry et Gouget.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Richaud.

2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Albarran et Thiroloix; — (2e série) : MM. Joffroy, Vaquez et Marion; — (3e série) : MM. de Lapersonne, Thiroloix et Desgrez; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 30 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Macaigne.

3e (1re partie, oral) : MM. Segond, Lepage et Cunéo.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Richaud.

2e, chirurgien-dentiste : MM. Landouzy, Mauclaire et Marcel Labbé; — M. Branca, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Proust; — M. Legueu, suppléant.

Samedi 1er décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Richaud, suppléant.

THÈSES

Mercredi 28 novembre 1906, à une heure. — M. Pottier. Fractures des membres du nouveau-né pendant l'accouchement. (MM. Pinard, président; Terrier, Segond et Potocki.) — M. Armanet. Etiologie et traitement des hémorragies survenant au cours de la grossesse et pendant le travail. (MM. Pinard, président; Terrier, Segond et Potocki.) — M. Caraguel. Contribution à l'étude des polypes dermoïdes du pharynx. (MM. Terrier, président; Pinard, Segond et Potocki.) — M. Bourlier. Les éruptions sériques (maladies du sérum), symptômes et pathogénie. (MM. Segond, président; Pinard, Terrier et Potocki.) — M. Delarras. Les eaux minérales de l'Allier. Etude historique (période gallo-romaine). (MM. Pouchet, président; Landouzy, Richaud et Marcel Labbé.) — M. Allaire. Traitement de la syphilis par les injections d'une préparation indolore du calomel. (MM. Landouzy, président; Pouchet, Richaud et Marcel Labbé.) — M. Boulaire. Contribution à l'étude des composés iodés organiques. (MM. Landouzy, président; Pouchet, Richaud et Marcel Labbé.) — M. Langlois. Convalescence normale de la fièvre typhoïde. Alimentation. Hygiène. Rééducation respiratoire. (Technique G. Rosenthal). — M. Janin. Recherches sur la sarcosporédie du mouton. (MM. Blanchard, président; Brissaud, Legry et Claude.) — M. Raulot-Lapointe. La sécrétion chlorhydrique de l'estomac dans les néphrites. (MM. Brissaud, président; Blanchard, Legry et Claude.) — M. Keller. Du rôle de l'isolement et de la psychothérapie. (MM. Brissaud, président; Blanchard, Legry et Claude.)

Jeudi 29 novembre 1906, à une heure. — M. Chiray. Des effets produits par l'organisme par l'introduction de quelques albumines hétérogènes. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Debove et Jeanselme.) — M. Courtois. Actinomycose cæco-appendiculaire. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Renon et Jeanselme.) — M. Sigwalt. Le syndrome de Bouillaud. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Renon et Jeanselme.) — M. Delaigue. De la diurèse consécutive à l'évacuation des épanchements pleuraux dans les affections du cœur. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Renon et Jeanselme.) — M. Saintot. L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromyomatose utérine. (MM. Le Dentu, président; Berger, Faure et Morestin.) — M. Cottard. Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. (MM. Berger, président; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. Mortegoute. Evolution et traitement des récidives du cancer du sein. (MM. Berger, président; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. Morson. Du rapport entre le poids de l'embryon et du fœtus et le poids du placenta aux différents âges de la grossesse : études statistiques. Maternité de Lariboisière. (MM. Budin, président; Pozzi, Demelin et Brindeau.) — M. Bardinon. Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes sans extraction. (MM. Thiriet, président; Pozzi, Demelin et Brindeau.) — M. Thiriet. La thoracenthèse sans aspiration. Le siphon de Duguet. (MM. Raymond, président; Gilbert, Robin et Carnot.) — M. Joffre. De l'adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués. (MM. Gilbert, président; Raymond, Robin et Carnot.) — M. Jousset. Etude expérimentale et clinique de l'action du calomel sur le foie et les reins. (MM. Robin, président; Raymond, Gilbert et Carnot.)

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, novembre-décembre 1906.) Provotelle : Françoise Fontaine, possédée de Louviers (1591). — Babel : Anomalies observées dans les rapports sociaux. — De Clérambault : Sur un cas de délire collectif où figure un paralytique général. — Rodiet et Cans : Diagnostic différentiel des troubles cérébraux d'origine toxique dus à l'alcool et au tabac et de la paralysie générale, d'après les symptômes oculaires. — Adam : Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements (*suite et fin*). — Kovalevsky : Type mongol de l'idiotie.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 204, 10 nov. 1906.) H. Truc, A. Imbert et H. Marquès : Traitement du glaucome par les courants de haute fréquence. — J. Bergonié et Louis Tribondeau : Action des rayons X sur le testicule. — Th. Nogier : Résultats éloignés de la radiothérapie. — J. Belot : Nouveau dispositif pour la mesure directe de la qualité du rayonnement émis par une ampoule. Bonnette pénétratométrique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1906.) Thooris : Traitement kinétique des épanchements du genou par contusion et par entorse. — Daviron : Etude chimique et toxicologique des haricots à acide cyanhydrique. — Bosc : Contribution à l'étude de la mort subite dans l'armée. Mort subite par pneumonie à type ambulatoire. — Defong : Une épidémie de rubéole au 11e d'infanterie. — Gazin : Déchirure du foie; hémorragie interne. Laparotomie; perforation secondaire de l'intestin; décès au douzième jour. — Lévy et Dargeni : Un cas de myélisme grippal. — Béchard : Traumatisme par coup de poing de la région orbito-oculaire gauche. Abcès de la protubérance annulaire, mort. — Malafosse : Morsure par vipères à cornes; deux amputations pour gangrène consécutive à la ligature d'un membre.

Archives générales de médecine. — (N° 44, 30 oct. 1906.) Dubreuil-Chambardel : Quelques considérations sur la langue scrotale. — Henri Français : L'apepsie dans les névroses. — P. Rudaux : A propos d'un cas d'inversion utérine. — G. Sardou : Emploi des antispasmodiques, en particulier du « petroselinum sativum », dans le traitement médical de l'appendicite. — G. Piquaud : Un antiseptique nouveau : le vioforme.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 16, 18 oct. 1906.) John W. Dewis : Obstruction intestinale causée par un petit fibrome de la paroi intestinale. Considérations sur les diverses sortes de tumeurs bénignes de l'intestin (avec 5 fig.). — E. A. Codman : Le traitement par la méthode de Bier dans les plaies septiques et infectieuses des extrémités. — Benjamin T. Burley : Un cas trompeur de traumatisme cranien (avec 1 fig.). — Albert N. Blodgett : Un cas d'angine sans douleur.

Semaine gynécologique. — (N° 45, 6 nov. 1906.) Pichevin : Contre le cancer de l'utérus.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Nº 133. — JEUDI 22 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 22 NOVEMBRE 1906. — Nº 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LES DONS ET LEGS REÇUS PAR L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS AU XIXe SIÈCLE. — On sait que l'Assistance publique à Paris reçoit tous les ans de nombreux dons et legs. En 1905, par exemple, l'Assistance a reçu plus de 7 millions de dons ou legs.

Il était intéressant de savoir combien exactement elle a reçu sous cette forme depuis le début du XIXe siècle. C'est le travail auquel s'est livré M. Mesureur, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, dans le remarquable « Compte moral et administratif de l'exercice 1905 » qu'il vient de terminer et de soumettre au Conseil de surveillance de l'Administration.

Pour les années antérieures à 1805, il n'existe pas de documents précis sur l'importance des dons et legs faits chaque année à l'Administration. D'après M. de Pastoret l'Administration aurait reçu de 1804 à 1814, 210 658 fr. 82.

En 1814, au moment où il fallut pourvoir à l'entretien des blessés français et étrangers qui encombraient la capitale, les dons s'élevaient à 160 865 fr. 36, outre une multitude d'objets de literie dont l'estimation faite, suivant leur valeur au moment de leur distribution dans les hôpitaux, représentait une valeur de 352 295 fr. 82.

En 1815 et 1816 les dons furent très minimes et l'Administration n'en a pas gardé les chiffres.

De 1817 à 1830 se trouvent comprises les donations les plus importantes, le legs de M. de Montyon et le legs Brézin. La moyenne annuelle de ces quatorze ans est de plus de 800 000 francs.

Il a de plus été donné en rentes une somme de 58 362 francs dans laquelle figure la donation Lambrechts, et 15 000 francs en valeurs diverses.

De 1831 à 1848 le montant des legs a été en capitaux de 4 130 510 fr. 32, de 38 950 francs en rentes, et 1 844 363 francs en valeurs diverses.

De 1849 à 1865, les legs dépassent 9 millions, plus 66 930 fr. de rentes, et 1 599 402 francs en valeurs diverses.

De 1865 à 1878, la moyenne annuelle atteint 1 600 000 francs, et le total des libéralités dépasse 22 millions.

De 1878 à 1892, le total dépasse 48 millions, et la moyenne annuelle est presque doublée : 3 486 264 francs.

De 1892 à 1905, le produit annuel atteint 4 millions, soit un total de plus de 56 millions. C'est la période du siècle où les dons sont les plus élevés. En *1900* notamment, le chiffre des dons a dépassé 18 millions pour cette seule année.

LES PROTESTATIONS CONTRE LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES. — Le bureau de la Société de l'Internat convoque tous les anciens internes et les internes en exercice à une réunion plénière qui aura lieu le samedi 24, à huit heures du soir, 49, rue des Saints-Pères.

Objet : Discussion sur le certificat d'études médicales supérieures.

Questions. — 1° Les anciens internes et les internes en exercice sont-ils d'avis, malgré les modifications officieusement consenties au décret du 25 juillet 1906, de maintenir la demande en retrait pur et simple dudit décret?

2° Le décret du 25 juillet est-il en harmonie avec les principes d'enseignement technique qui, de l'avis presque unanime du corps médical, doivent inspirer la réforme des études?

3° Y a-t-il lieu de demander à M. le ministre de l'Instruction publique d'adjoindre aux Commissions éventuelles de réforme, un certain nombre de médecins-praticiens?

On peut répondre en écrivant à M. le docteur Vaquez, 82, boulevard Haussmann.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La réunion mensuelle de la

Société aura lieu jeudi 22 novembre, à quatre heures et demie, 12, rue de Seine. La conférence habituelle sera faite par M. Monprofit sur la chirurgie de l'estomac.

MONUMENT HANOT. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du docteur V. Hanot, par ses élèves et ses amis, aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine (cour d'honneur), le dimanche 25 novembre 1906, à dix heures et demie précises du matin, sous la présidence de M. le professeur Gilbert.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le professeur Dieulafoy reprendra ses leçons à l'amphithéâtre Trousseau, le samedi 24 novembre 1906, à dix heures et demie du matin, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades tous les matins à neuf heures (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Jacques Guertin (de Chinon), Jay (de Clermont-Ferrand), de Mahy, député de la Réunion, ancien ministre de l'Agriculture et de la Marine, et Plantau, professeur à l'École de médecine d'Alger.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1593.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 25 oct. 1906.) BÖHME : Recherches sur la nutrition avec le lait à la perhydrase. — ROLLY : Recherches expérimentales sur les proportions biologiques des bactéries dans le gros intestin. — HUISMANS : Un cas d'idiotie amaurotique familiale de Tay-Sachs. — BRANT : Sur les blessures du cou. — SCHEIB : Sur la guérison des plaies après l'ablation du pubis de Gigli. — BŒSSER : Le procédé de Helmholtz contre la fièvre des foins, modifié. — SCHŒGUT : Traitement de l'otite externe circonscrite et des affections voisines. — (N° 44, 1er nov.) WASSERMANN et PLANT : Sur la présence d'anti-corps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques. — LITTEN et LEVY : Sur l'actinomycose atypique. — SCHLESINGER : Diagnostic différentiel entre les maladies du rein et la pérityphlite. — BLOCH : Sur la dilatation volontaire des pupilles. — HEUMANN : Sur la thérapie électro-médicamenteuse. — GEISSLER : Sur la tuberculose de la mamelle. — K. SCHMIDT : Sur le diagnostic des contusions abdominales graves : indication de la laparotomie. — SCHEIB : Sur la guérison des plaies après l'ablation du pubis de Gigli (*suite*).

Jahrbuch für Kinderheilkunde. — (Juin 1906.) STÖLTZNER : Tétanie infantile considérée comme un empoisonnement par les sels de chaux. — RÖMER et MUCH : Antitoxine et albumine. — KOEPPE : Alimentation avec l'aliment hollandais pour « nourrissons ». Durée de la préparation. De la crèche Haan b. Solingen (directeur : M. Selter-Solingen). — SELTER : Remarques introductives. — CANTROWITZ : Le babeurre donne-t-il le rachitisme ? — Faut-il ajouter de la farine au babeurre ? — BREHMER : Indications du babeurre comme aliment; — Troubles consécutifs à l'administration du babeurre. — NEBEL : Alimentation des enfants avec le lait pur aigri. — (Juillet.) TOBLER : Lymphocytose céphalo-rachidienne dans l'hérédo-syphilis congénitale; sa valeur diagnostique. — BERNHEIM-KARRER : Deux cas atypiques de myxœdème. — F. DE SZONTAGH : Contribution à l'étude des inflammations pulmonaires avec fièvre intermittente. — SPIELER : Fréquence familiale de la néphrite scarlatineuse. — GINDES : Recherches destinées à éclaircir diverses questions ayant trait à la sérothérapie antidiphtérique.

Medizinische Blatter. — (N° 43, 27 oct. 1906.) VENUS : Etat actuel de la question de l'appendicite.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 23 oct. 1906.) FEHLING : Pubiotome et accouchement prématuré provoqué. — PÄSSLER : Tuberculose intestinale aiguë sous l'aspect d'une maladie infectieuse grave. — JOCHMANN et ZIEGLER : Sur le ferment des leucocytes dans la rate, les ganglions et la moelle osseuse, dans la leucémie et la pseudo-leucémie. — TIEDEMANN : Poliomyélite aiguë et méningite cérébro-spinale. — LIEFMANN : Sur la dysenterie des aliénés. — TRAUTMANN : Erythème exsudatif multiforme et noueux des muqueuses dans leurs rapports avec la syphilis. — FRÄNKEL : Sur la guérison des pseudarthroses et la formation artificielle de pseudarthroses. — HERZ : Traitement par la lumière et les courants d'air des maladies chroniques du cœur. — WÄTZOLD : Rupture du foie et hémorragie mortelle à la suite d'un anévrisme superficiel. — MENNEICHER : Un cas de leucémie lymphoïde chez un enfant de onze mois. — BETTMANN : Appareil portatif pour le traitement des raideurs articulaires des doigts et de la main. — WIESNER : Sur la technique de la radiothérapie. — CRISSOU : Etude pratique sur l'hygiène de l'habillement des femmes. — (N° 44, 30 oct.) VON DEN VELDEN : Thérapie digitalique intraveineuse avec la strophantine. — VEIEL : Sur le digalène. — SCHLÄPFER : Importance biologique de la photoactivité du sang. — WOLF-EISNER : Sur les composants de la toxine tétanique. — LENGFELLNER : Recherches sur l'action des rayons Röntgen sur les ovaires et sur l'utérus gravide des cobayes. — MEYERSTEIN : Sur le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. — BAER : Sur l'action protéolytique des ferments intracellulaires. — FOCK : Sur l'emploi de l'alcool dans la pneumonie. — ECKERSDORFF : Sténose apparente du pylore par un ulcère duodénal chronique suprapapillaire ; parotidite postopératoire. — RIEHL : Anévrisme de la paroi ventriculaire postérieure du ventricule gauche. — PETERS : Efficacité de la surveillance du choléra à Custrin en 1905. — SCHUBERG : Jugement sur les microorganismes à l'aspect de protozoaires rencontrés dans les tumeurs malignes d'après O. Schmidt. — LINDEMANN : Les mines de charbon sont-elles le lieu de dissémination de la méningite épidémique ?

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 43, 28 oct. 1906.) PFANN : Traitement des infections subaiguës et aiguës par augmentation de l'hyperémie. — FELDMANN : Contribution à l'étude des infections causées par le bacille fusiforme et le spirille des dents, et surtout des suppurations.

Province médicale. — (N° 43, 27 oct. 1906.) JABOULAY : Tumeurs du barbeau et cancers de l'homme. — RIMBAUD : Les anévrismes de l'aorte traumatiques.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 43, 27 oct. 1906.) LANNOIS : Deux cas d'élimination spontanée de l'étrier. — G. DUPOND : Epilepsie d'origine nasale. — Jacques FOURNIÉ : Cholestéatome. Guérison par bourgeonnement après la cure radicale.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Nov. 1906.) GUINON et PATER : Complications rénales au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux. — GUINON : Des relations des entéro-colites avec les adénoïdites chez les enfants. — BÉRIEL : Un cas de paralysie faciale obstétricale spontanée. — RIBADEAU-DUMAS et BURNIER : Sur deux cas de dysenterie.

EXAMEN CLINIQUE
D'UNE
HANCHE COXALGIQUE [1]

Par M. Charles BOURRET,
Interne des hôpitaux de Lyon.

III. Diagnostic des particularités et de la forme anatomique de la coxalgie. — Par l'examen auquel nous avons jusqu'ici soumis notre malade, et après avoir éliminé les différentes affections susceptibles de nous induire en erreur, il nous a été possible d'établir le diagnostic de coxalgie. Nous ne devons cependant pas borner là notre examen, car avant d'établir un pronostic et d'instituer un traitement rationnel, il est de la plus haute importance de rechercher s'il n'existe pas des éléments pathologiques susceptibles de nécessiter soit des réserves spéciales au point de vue de la durée probable des lésions, soit quelques modifications au traitement banal.

Ces éléments pathologiques à rechercher sont :

1. *La douleur.* — Celle-ci dans certains cas peut être très vive et pour la plupart des auteurs, elle est une indication nette du traitement, au moins momentané, par l'extension continue. En fait cette méthode d'immobilisation donne habituellement et très rapidement des résultats remarquables dans les lésions d'arthrite douloureuse : dès le soir de son application, il n'est pas rare de voir l'enfant, jusque-là sans sommeil, recouvrer le calme et cesser ses plaintes continuelles.

2. *Les attitudes vicieuses.* — Plus encore que la douleur facile à constater, les attitudes vicieuses déjà acquises sont un élément pathologique important à rechercher. Parmi celles-ci, l'une, la *flexion* de la cuisse sur le bassin, échappe rarement à un examen même superficiel, car son existence est tellement fréquente, et si facile à constater, qu'elle constitue un des signes les plus connus de la coxalgie.

L'évaluation de son degré nous paraît être d'une recherche moins habituelle : il est cependant un moyen bien simple de la déterminer assez exactement, pour pouvoir comparer les résultats trouvés à des examens différents, par exemple après un temps plus ou moins long de traitement, il consiste à mesurer soit avec le nombre de doigts nécessaire, soit avec une mesure plus précise, la hauteur de l'angle formé par la cuisse et la jambe au-dessus du plan de la table, le bassin et la colonne lombaire étant maintenus, pendant ce temps, au contact de ce même plan.

Deux autres attitudes du membre inférieur dans la coxalgie sont moins habituellement notées par les observateurs, et cependant leur constatation a une très grande importance pour le pronostic et le traitement de l'affection, nous voulons parler de l'*adduction* et de l'*abduction* du membre.

Nous savons qu'il est classique de dire qu'au cours de l'évolution de la coxalgie, l'attitude du membre passe par deux stades. Dans un premier stade on observe de l'abduction, ordinairement associée à la rotation en dehors; dans le second, au contraire, le membre se place en adduction avec rotation en dedans.

La limite entre les deux stades est loin d'être toujours nette; ainsi il n'est pas rare d'observer le second type d'attitude dès le début de l'affection articulaire.

Mais ce qu'il importe surtout, au point de vue pratique, c'est d'une part de savoir reconnaître et apprécier le degré de l'attitude, et d'autre part de connaître sa valeur au point de vue orthopédique. Or si l'on a présente à la mémoire, cette phrase essentiellement vraie de Kirmisson : « L'inversion du membre (*adduction* et rotation en dedans) dans la coxalgie est la source de tous les maux, » et cela parce que l'inversion s'accompagne nécessairement d'une ascension du bassin pour rétablir le parallélisme des deux membres, d'où accroissement du raccourcissement fonctionnel du membre, il sera facile de concevoir l'importance qu'il y a à reconnaître et à mesurer cette déformation.

Sa recherche doit etre faite sur le sujet étant étendu sur le dos, car pendant la station debout, les mouvements du bassin arrivent à corriger entièrement l'attitude.

Dans la position de décubitus il suffira de mettre les deux épines iliaques sur une même ligne horizontale perpendiculaire à la ligne ombilico-pubienne, on verra alors le membre malade soit venir simplement au contact de la face interne du membre sain, placé en attitude normale, soit même le croiser au niveau du genou ou au-dessus ou au-dessous, suivant le degré de l'adduction.

Quant à l'*abduction*, sa mesure est facile à déterminer par l'évaluation de l'angle que fait l'axe de la cuisse avec la ligne ombilico-pubienne prolongée.

Dans beaucoup de cas même, il est encore plus simple, au lieu de mesurer l'abduction proprement dite, de se contenter simplement d'évaluer l'*allongement* apparent du membre, qui en est la conséquence.

3. *Déformations particulières.* — Des attitudes vicieuses proprement dites nous devons rapprocher un certain nombre de déformations très fréquemment observées par un membre coxalgique, et dont les unes intéressent directement l'articulation malade, tandis que les autres portent les autres segments, notamment le genou et le pied.

Les premières sont représentées par les *luxations de la tête fémorale.* Celles-ci présentent en quelque sorte deux variétés.

Dans une coxalgie au début on peut voir, sous l'influence d'un traumatisme ou d'un effort, la tête fémorale encore peu endommagée quitter une cavité acétabulaire d'aspect à peu près normal : il s'agit alors d'une luxation véritable; mais il faut savoir que ce cas est excessivement rare.

Beaucoup plus souvent, il s'agit d'une simple translation de la tête fémorale par usure progressive et destruction de la tête et de la cavité cotyloïde, généralement à sa partie postéro-supérieure. A côté de ces deux variétés de luxations *iliaques*, il nous

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 132, p. 1575.

faut signaler un certain nombre de déplacements plus rares de la tête fémorale. Les luxations en arrière, sciatiques ou même ischiatiques, et les luxations en avant, sus-pubiennes ou obturatrices, bien qu'assez exceptionnelles, doivent cependant être connues.

Leur diagnostic n'offre du reste généralement pas une grande difficulté si l'on a soin, au cours d'un examen de coxalgie, de toujours rechercher la position exacte du grand trochanter habituellement facile à percevoir et à limiter, quelles que soient les lésions déjà constituées de la tête fémorale proprement dite.

Par la détermination notamment des rapports du joint trochantérien avec la ligne de Roser-Nélaton, on reconnaîtra nettement, sauf peut-être chez les tout jeunes enfants, un déplacement iliaque de l'extrémité fémorale.

Il sera souvent plus difficile et pourtant non moins utile de savoir si l'on a affaire à une luxation vraie ou à un simple déplacement par usure, des indications particulières au point de vue thérapeutique devant résulter de chaque cas.

Cependant, d'après la plupart des auteurs, l'*intensité seule du raccourcissement* est suffisante pour trancher la question. S'agit-il d'une simple usure des surfaces osseuses avec transposition de l'articulation, le raccourcissement ne dépasse pas en général 3 à 4 centimètres; au contraire s'il arrive à 6 ou 7 centimètres on pourra affirmer une luxation véritable. Dans ce dernier cas, on aura en outre une adduction également très marquée et surtout une mobilité plus grande de la tête fémorale dans sa position iliaque. Enfin dans les cas douteux, il sera bon d'avoir recours à l'épreuve radiographique pour trancher le diagnostic.

Pour terminer l'étude de tout ce qui, au point de vue orthopédique, se rapporte aux déformations dans la coxalgie, il ne nous reste qu'à dire quelques mots de certaines modifications qui, bien que ne résultant pas directement de la lésion articulaire elle-même, se rattachent cependant à elle comme cause initiale. Nous voulons parler des déformations du pied, du genou et du bassin si habituelles au cours de l'arthrite tuberculeuse de la hanche.

Ces déformations sont de deux ordres. Les unes ont pour cause un défaut de développement de toutes les parties constituantes du membre coxalgique et qui se manifeste par l'atrophie musculaire, l'atrophie osseuse, la laxité des ligaments articulaires. Contre celles-ci nous n'avons naturellement aucune ressource efficace, mais il nous sera toujours utile de savoir les reconnaître pour établir le pronostic particulier du cas qui nous est présenté.

Du côté du pied, nous saurons reconnaître, au besoin par l'examen de l'empreinte plantaire, une atrophie plus ou moins marquée; du côté du bassin la recherche de l'*atrophie de l'os iliaque* aura un intérêt pratique plus immédiat, s'il s'agit d'une jeune fille; on conçoit facilement en effet l'importance qu'il y a à diagnostiquer chez elle l'existence ou la possibilité plus ou moins prochaine d'une déformation intéressante pour l'accouchement et constituant le bassin oblique ovalaire.

Les autres déformations, bien qu'ayant encore pour cause favorisante l'atrophie générale du membre, résultent cependant surtout d'un défaut de traitement qui a, en quelque sorte, fixé des malformations qui par elles-mêmes pouvaient n'être que passagères.

Dans cette catégorie nous devons ranger les modifications du genou observées trop fréquemment dans la coxalgie en traitement et dont les principales: genou plat, genu recurvatum, genu varum et genu valgum, ont été étudiées par MM. Latarjet et Duroux (*Lyon méd.*, 10 janv. 1904). Leur intérêt réside dans la nécessité qu'il y a à connaître la facilité de leur production, pour tâcher de les éviter par des appareils immobilisateurs bien appliqués.

4. *Raccourcissement.* — A côté des attitudes vicieuses et des déformations particulières, l'existence d'un raccourcissement réel plus ou moins marqué est également un facteur très utile pour établir un pronostic rationnel de la coxalgie. Sa recherche ne doit donc jamais être négligée par le clinicien. Son évaluation précise n'est pas toujours aisée; cependant la méthode qui consiste à mesurer aussi exactement que possible à l'aide d'un mètre ou simplement d'un cordeau tendu, la distance séparant l'épine iliaque antéro-supérieure de l'extrémité de la malléole externe et à comparer le résultat obtenu avec celui que donne la même mensuration du côté sain, suffit généralement, et par sa simplicité est à la portée de tout le monde.

Par une mensuration séparée allant jusqu'aux condyles, ou d'un condyle à la malléole, il sera facile de voir, si cela est nécessaire, quel est le segment du membre sur lequel porte le raccourcissement.

5. *Atrophie musculaire.* — La mensuration, pratiquée cette fois perpendiculairement à l'axe du membre, et des deux côtés en deux *points symétriques*, nous permettra encore d'évaluer le degré d'atrophie musculaire, atrophie qui dans quelques cas peut par son importance donner à la coxalgie un pronostic tout spécial.

6. *Abcès périarticulaires.* — L'existence des abcès périarticulaires au cours de la coxalgie est un facteur à la fois de diagnostic et de pronostic tellement important que sa recherche, non seulement ne doit jamais être négligée, mais doit être pratiquée avec la plus grande minutie.

Ces abcès se développent sournoisement, ne s'accompagnent jusqu'à une période avancée d'aucune modification de la peau et peuvent même fuser en des points assez éloignés de l'articulation. Pour être dépistés, ils doivent donc être recherchés méthodiquement dans les différentes régions qui leur offrent un trajet pour cheminer.

Le plus souvent, semble-t-il, l'abcès se fait jour dans l'angle formé par le couturier et le fascia lata; fusant au-dessous de celui-ci il vient occuper la face externe de la cuisse. Sa présence à ce niveau est en général assez facile à déceler, par la fluctuation habituellement très perceptible.

Il n'en est pas de même dans la majorité des cas pour les abcès qui suivent au contraire la face interne de la cuisse et se développent au-dessous des

adducteurs. La fluctuation dans ce point est difficile à provoquer ; mais si l'on applique la main à plat sur la région, on a une sensation de ballon gonflé, en général assez nette pour qu'il n'y ait pas de doute sur l'existence d'une collection.

L'abcès empruntant la gaine des vaisseaux fémoraux est facile à reconnaître : son seul intérêt résulte des difficultés qu'il y a à le ponctionner.

En arrière c'est dans la région fessière qu'il faut chercher les collections froides. Ces abcès fessiers présentent des variétés anatomiques : les uns sont en rapport direct avec la partie supérieure et postérieure de l'articulation, point où, nous le savons, les lésions cotyloïdiennes sont en général à leur maximum ; les autres sont en communication avec un abcès pelvien, par l'intermédiaire de l'échancrure sciatique.

7. *Forme anatomique des lésions.* — Ceci nous amène à parler de cette dernière variété d'abcès, les abcès pelviens, dont l'importance est très grande pour le pronostic de la coxalgie. L'existence de ces abcès est habituellement en rapport avec des *lésions prédominantes du côté de la cavité cotyloïde*, quelquefois même ils indiquent une perforation de cette région ; or il faut bien savoir que les coxalgies à forme acétabulaire sont en général, d'après la majorité des auteurs, beaucoup plus graves que celles où les lésions de la tête fémorale jouent le principal rôle. Pour quelques-uns même, la constatation d'une perforation du cotyle constituerait une indication nette de l'insuffisance certaine du traitement conservateur et de la nécessité d'une résection de la hanche.

Il importe donc de diagnostiquer la présence d'un abcès pelvien : ce diagnostic est du reste souvent facile par le toucher rectal.

Il sera également aisé et en même temps important de savoir par la fluctuation transmise, si cet abcès ne communique pas avec quelque autre collection plus superficielle. On pourra alors en général arriver à soupçonner leur trajet de communication, soit extérieurement, soit à travers l'acétabulum perforé.

Dans quelques cas cependant, malgré le toucher rectal, on ne parviendra pas à reconnaître exactement la forme anatomique de coxalgie en présence de laquelle on se trouve.

Force sera alors, si l'on en a le moyen, d'avoir recours à l'examen *radiographique ;* celui-ci, qui doit toujours comporter l'examen des deux hanches pour pouvoir apprécier par comparaison, nous permettra non seulement de constater, d'une façon générale, l'étendue des lésions de destruction, mais encore de voir leur prédominance acétabulaire ou fémorale et dans quelques cas, en révélant la présence de séquestres au milieu des fongosités, de poser une nouvelle indication de la résection.

. . . .

Nous voilà maintenant arrivés au terme de la description de l'examen minutieux et méthodique auquel doit être rigoureusement soumis tout individu chez lequel la coxalgie peut être soupçonnée.

Comme il est facile de s'en rendre compte, cet examen nous a permis :

1. D'établir les signes cliniques de la coxalgie en général.

2. De différencier cette affection de celles qui peuvent la simuler.

3. Enfin, de savoir à quelle forme de lésions on a affaire dans un cas donné, quelle est leur gravité probable, et quelles sont les indications thérapeutiques particulières qu'elles peuvent nécessiter.

Mais, comme nous l'avons dit, ce ne sont pas là les seuls problèmes qui pourront nous être posés au sujet de la coxalgie. Très fréquemment, il nous arrivera, dans la pratique journalière, d'avoir à examiner une coxalgie en évolution et soumise déjà à un traitement, et la question qui se posera alors à nous, sera celle de la *guérison* ou au contraire de l'*évolution* des lésions. Or, c'est là, nous devons bien le dire, une question souvent plus embarrassante que celle du diagnostic proprement dit de l'affection. La solution n'est cependant pas impossible ; mais elle repose sur une série de facteurs plus ou moins importants, qu'il faut savoir rechercher et analyser par un examen attentif.

B. Examen d'une hanche coxalgique en évolution. — 1. Il faut tout d'abord tenir compte de la *durée du traitement* précédemment institué et savoir que, dans la coxalgie vraie s'accompagnant de lésions réelles des surfaces articulaires, la guérison avant plusieurs années d'un traitement rigoureux est tout à fait exceptionnelle ; par conséquent, si le diagnostic a été nettement établi on ne doit pas, sauf de très rares exceptions, supprimer avant deux à trois ans toute immobilisation de la hanche.

D'après Calot, on ne doit pas parler de guérison avant qu'il soit bien constaté qu'il ne s'est pas produit la moindre manifestation clinique du mal depuis six mois à un an.

2. Avec la durée, il faut tenir grand compte également du *moment* où le traitement a été institué. Une coxalgie, prise au début, guérira, en règle générale, plus facilement que celle que l'on a laissée s'aggraver.

L'existence des attitudes vicieuses et surtout la présence d'abcès périarticulaires, plus encore de fistules déjà constituées, par les lésions importantes qu'elles révèlent du côté de l'articulation et par le traitement propre qu'elles réclament, augmentent la gravité du pronostic et la longueur du traitement.

De même, comme nous le savons, les perforations acétabulaires et la présence de séquestre dans l'articulation comportent un pronostic tout spécial.

3. Enfin, il sera très important d'apprécier *la façon* dont le traitement a été institué. Trop souvent, la coxalgie est traitée d'une façon insuffisante, avec des appareils n'immobilisant que très imparfaitement la hanche ; dans d'autres cas, les prescriptions défendant la marche sont très mal observées par le malade. Dans ces conditions-là, quoi d'étonnant à ce que le traitement dure pour ainsi dire indéfiniment ?

Par conséquent, avant de se prononcer sur la guérison d'une coxalgie, il y aura, pour le praticien, le plus grand intérêt à savoir depuis combien de temps un traitement a été institué ; et si cela est possible : à quel moment de l'évolution de la maladie celui-ci a commencé, et quelles étaient les lésions constatées à ce moment ; enfin, avec quelle rigueur le traitement a été compris et observé.

Cette investigation terminée, passons en revue les signes susceptibles de nous indiquer la guérison des lésions articulaires.

a. *Absence de douleurs.* — L'interrogatoire nous révélera d'abord s'il existe ou non encore des douleurs : douleurs spontanées et douleurs pendant la marche. L'épreuve, bien entendu, doit être faite pendant quelques jours, après l'ablation de tout appareil immobilisateur. Si le sujet souffre, c'est que les lésions ne sont pas complètement réparées et le traitement doit être rigoureusement continué.

b. *Absence de contracture musculaire.* — La même ligne de conduite devra être observée si, trois ou quatre jours après l'ablation de l'appareil immobilisateur, on voit se produire par contracture musculaire une déformation ou une attitude qui n'existait pas, ou s'exagérer celles qui avaient été déjà constatées.

A signaler aussi l'importance de la mensuration du membre pour le diagnostic de la guérison ; en effet, ainsi que le fait remarquer Calot, en règle presque absolue, on peut admettre que tout enfant coxalgique conservant *un allongement* d'un ou plusieurs centimètres avec une hanche mobile n'est pas guéri. Cet allongement traduisant un certain degré d'abduction du membre indique une contracture musculaire souvent difficile à déceler autrement et sous la dépendance elle-même de lésions d'arthrite incomplètement éteintes.

c. *Examen de l'état général du sujet.* — Si le foyer tuberculeux de la hanche est guéri, et bien entendu, s'il n'existe pas d'autres lésions concomitantes de l'organisme, nous devons constater un bon état général du sujet, son augmentation de poids, et enfin l'absence régulièrement constatée pendant plusieurs jours et aux différents moments de la journée de toute élévation de température rectale.

d. L'*examen direct* enfin *de l'articulation* va nous fournir de précieuses indications.

Et tout d'abord voyons quel est l'état de fonctionnement de l'articulation ? Nous pouvons avoir :

1. Une *ankylose complète* et *solide* ne permettant pas le moindre déplacement des surfaces articulaires, que l'ankylose soit véritablement osseuse ou, ce qui est plus habituel, simplement fibreuse. C'est dans ces cas-là, il nous semble, qu'il est généralement le plus facile de répondre de la guérison.

2 Dans d'autres cas, assez rares il est vrai, tous les mouvements sont au contraire conservés et, s'il n'existe pas d'œdème périarticulaire, pas d'abcès; si les mouvements provoqués et la marche ne réveillent aucune douleur, aucune contracture, nous pouvons penser encore que les lésions se sont, dans ce cas, non seulement éteintes, mais n'ont même laissé aucune trace de leur cicatrisation. Néanmoins, il importe toujours dans ces cas d'être très prudent et de demander à revoir le malade à intervalles différents de façon à pouvoir, en cas de simple accalmie des lésions, reprendre immédiatement et en temps utile le traitement, et ne pas perdre le bénéfice des efforts déjà faits.

3. Souvent enfin nous nous trouvons en présence de cas en quelque sorte intermédiaires avec une ankylose incomplète ; là encore nous pouvons avoir guérison des lésions ; mais plus encore que dans le cas précédent il faudra redoubler d'attention dans son examen, car trop souvent, hélas ! les lésions ne sont pas complètement réparées.

Cela ne fera naturellement pas de doute, si la palpation de toute la région périarticulaire permet de déceler la présence *de quelque abcès.* Cette recherche des abcès dans une coxalgie soumise au traitement et au sortir du plâtre est souvent assez délicate, car à ce moment la cuisse présente en général un œdème généralisé susceptible d'induire en erreur les esprits non prévenus. Aussi importe-t-il, lorsque cela est possible, de ne pas pratiquer l'examen d'une hanche malade immédiatement après l'ablation de l'appareil immobilisateur. Il est bien préférable d'attendre que le sujet soit resté pendant deux ou trois jours au lit sans appareil. A ce moment-là, la peau nettoyée a repris son aspect normal, l'œdème, s'il n'est pas symptomatique de lésions encore en évolution, a disparu, et ainsi l'exploration de l'articulation par la palpation est rendue d'autant plus facile et d'autant plus instructive.

En résumé :

Absence de douleur ;
Absence de contracture musculaire ;
Amélioration de l'état général et absence de fièvre ;
Ankylose complète dans la majorité des cas avec raccourcissement du membre ;
Absence d'œdème périarticulaire et surtout d'abcès, tels sont les principaux signes qui nous permettront généralement d'établir le diagnostic de la cicatrisation des lésions.

Mais nous ne saurions trop répéter en terminant qu'aucun de ces signes n'a de valeur absolue, et que du reste la coxalgie est susceptible de présenter des accalmies trompeuses plus ou moins durables. Aussi sera-t-il toujours sage, de même que l'on a pris tout le temps nécessaire pour établir un diagnostic parfois hésitant de ne pas se hâter de supprimer le traitement commencé, et de ne le faire que d'une façon très lente et progressive.

Il faut exiger de revoir son malade, après repos au lit, après la marche, puis plus tard à intervalles plus ou moins éloignés. De cette façon seulement on se mettra à l'abri des désagréables surprises qui peuvent compromettre en peu de temps un résultat déjà chèrement acquis, et capables, si l'on n'a pas su les prévoir, de décourager la bonne volonté non seulement du malade, mais même du médecin traitant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1906)

Le cancer. — La discussion sur le cancer se poursuit. M. CORNIL est très disposé à appuyer la proposition de M. Poirier. La fondation d'un institut pour l'étude du cancer lui paraît devoir être très utile. Pareille proposition avait été faite déjà par Verneuil; elle a été peu à peu abandonnée en France, mais reprise en pays étrangers et surtout en Angleterre. Toutefois on n'est pas resté inactif, en France (et mieux que personne M. Cornil doit le savoir) on a travaillé à l'étude du cancer dans les laboratoires officiels ou privés, à la Faculté, à l'Institut Pasteur, dans les hôpitaux, dans les cliniques privées. Sans doute, un Institut spécial dans lequel seraient concentrées toutes les études relatives au cancer aura son utilité. Mais il appartient à l'Académie d'indiquer dans quelle voie doivent être dirigées ces études, dans quel but doit être édifié cet Institut.

Ici M. Cornil entre dans l'étude anatomo-pathologique et histologique du cancer. Il s'applique d'abord à bien définir ce que l'on doit entendre par ce terme de cancer, un néoplasme apte à récidiver et à se généraliser. Il passe en revue les nombreuses variétés cliniques du cancer, sa marche différente suivant les organes où il se développe; l'importance pronostique du siège. Il différencie les sarcomes, les épithéliomes, les tumeurs dites à myéloplaxes; il distingue les caractères de ces diverses variétés de ceux du fibrome pur. Il montre comment, dans une même tumeur, on trouve, suivant son âge, les éléments du fibrome, ceux du sarcome et même ceux de l'épithéliome; combien le pronostic est différent suivant que prédomine tel ou tel de ces éléments. C'est en somme l'épithéliome qui constitue la variété la plus nette du cancer, qui évolue en trois à cinq ans. Et cependant on cite des survies de quinze à vingt ans, avec ou sans opération. D'autre part, quelle différence suivant le tissu atteint; tandis que l'épithélioma tubulé est généralement très dangereux sur les muqueuses, il se montre relativement bénin sur la peau. On sait que l'épithéliome cylindrique est en général très malin. Les épithéliomas lobulés du sein laissent habituellement une survie beaucoup plus longue que les épithéliomas tubulés de la même glande.

Par ces divers exemples, M. Cornil nous montre combien est complexe et difficile l'étude des différentes variétés de cancer, combien sont multiples ses variétés.

Si l'on veut arriver à des connaissances précises, il faut d'abord instituer des statistiques et s'appliquer à déterminer exactement à quelle variété appartient un cancer qu'un chirurgien vient d'enlever ou qu'on trouve dans une autopsie. On devra tout d'abord fixer sa détermination à l'œil nu, puis au microscope.

Voilà dans quel sens, suivant M. Cornil, devraient être dirigées ces études.

L'utilité d'une œuvre telle que celle proposée par M. Poirier, n'est donc plus à démontrer. Elle est incontestable. Il faut, ajoute M. Cornil, que cette œuvre soit impersonnelle, il faut que cet institut soit ouvert à tous les travailleurs, à tous les chercheurs.

Aux études histologiques dont vient de parler M. Cornil, il serait à désirer qu'on ajoutât la micrographie, l'expérimentation.

M. Poirier croit que le cancer est d'abord un mal local. C'est là une opinion rassurante que ne semble pas partager complètement M. Cornil.

En résumé, M. Cornil s'associe à la proposition qui a été faite de la fondation d'une œuvre contre le cancer. Il propose qu'il y ait à l'Académie une commission du cancer, comme il y a une commission de la tuberculose. Cette proposition sera discutée ultérieurement.

M. HALLOPEAU revient au cancer de la langue. Il pense qu'il faut surtout prévenir le développement des leucoplasies sur lesquelles vient se greffer le cancer de la langue. Il s'agit de deutéropathies syphilitiques, c'est-à-dire d'altérations qui se produisent sous l'influence de la syphilis pour évoluer ensuite indépendamment de leur cause provocatrice, le traitement spécifique doit nécessairement rester impuissant contre ces leucoplasies une fois qu'elles ont pris naissance. Il est au contraire efficace contre les syphilomes linguaux qui en sont le point de départ et peuvent récidiver pendant de longues années; il faut détruire à son début chacune de ces localisations. On y parvient par un traitement qui doit être surtout local. Il consiste, soit en des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, soit dans l'ingestion au nombre de 15 à 20 de pastilles contenant chacune un milligramme de sublimé : fondant successivement dans la bouche, elles donnent lieu à un bain prolongé de la langue dans une solution de ce sel; c'est là un puissant moyen d'action à la fois local et général. Malheureusement, ces mesures prophylactiques seront omises par la plupart des intéressés, comme le sont journellement les moyens si simples de ne pas contracter la syphilis, c'est-à-dire que le péril signalé par M. Poirier demeure imminent et que la création de sa ligue anti-cancéreuse sera un grand bienfait.

Dysenterie bacillaire. — Au début de la séance, M. CHANTEMESSE, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Widal, rappelle que, dès l'année 1888, il a montré lui-même l'existence de cette dysenterie bacillaire et qu'il a publié des exemples d'abcès du foie consécutifs à cette dysenterie européenne.

Nous avons ensuite entendu une série de rapports lus par MM. Gréhant, Kelsch, Monod, Yvon, Chantemesse.

M. le président annonce que la séance annuelle aura lieu le 11 décembre prochain.

FORMULAIRE

LE PERBORATE DE SOUDE DANS LE PANSEMENT DES PLAIES

M. Génévrier, médecin-major de deuxième classe, conseille dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (n° 9, sept. 1906), l'emploi du perborate de soude finement pulvérisé pour le pansement des plaies.

Le perborate de soude, dont le prix est peu élevé, est comme l'eau oxygénée un antiseptique puissant, et un désodorisant de premier ordre. Il n'est ni toxique ni irritant, favorise la cicatrisation des plaies et arrête les hémorragies capillaires.

Il a en outre l'avantage de ne pas former de croûtes et de disparaître en laissant une plaie propre, l'excès quand il y en a disparaît facilement au premier lavage. Dans les plaies anfractueuses et dans les fistules, M. Génévrier préfère cependant employer l'eau oxygénée, ou bien il utilise le perborate de soude en en saupoudrant une mèche de gaze blanche introduite et bourrée dans la cavité.

ANALYSES

MEDECINE

Sur la tuberculose aiguë de l'intestin évoluant sous l'aspect d'une maladie infectieuse générale grave. (H. Pässler. *Munch. med. Wochens.*, 23 oct. 1906, n° 43.) — Pässler rapporte l'observation de deux malades qui présentèrent une affection à peu près identique. Celle-ci débuta graduellement par de la fièvre, de la perte des forces et de l'appétit, par de l'amaigrissement, et aussi par des douleurs abdominales assez vives, mais qui disparurent rapidement. Pendant la période d'état de la maladie les symptômes furent les suivants : fièvre irrégulière, présentant même dans un cas de grandes oscillations, amaigrissement et cachexie progressive; pas de symptômes abdominaux, pas de diarrhée, pas de tuméfaction de la rate. Chez les deux malades existaient quelques signes de tuberculose légère au sommet du poumon.

Le premier malade succomba au bout d'un mois de séjour à l'hôpital avec des phénomènes de péritonite aiguë; l'autre malade, une femme, fit au bout de trois semaines un avortement et mourut avec des signes de collapsus cardiaque.

L'autopsie montra que dans les deux cas la maladie n'était autre chose qu'une tuberculose intestinale, siégeant surtout au niveau de l'iléon et se traduisant par des ulcérations spécifiques très nombreuses et très étendues. Chez la première malade la mort était due à une perforation de l'intestin; chez la deuxième on constatait en outre des granulations de tuberculose miliaire récente au niveau des autres organes. Dans les deux cas on peut observer des foyers très circonscrits de tuberculose chronique ancienne au niveau des deux poumons.

Cette forme particulière d'entérite tuberculeuse est rare : il faut la soupçonner quand on a affaire à une maladie fébrile grave, consomptive, sans localisation dans les organes, quand on a pu écarter le diagnostic de septicémie, de fièvre typhoïde et de tuberculose miliaire aiguë, enfin quand cette affection à début graduel a évolué pendant plusieurs semaines.

A. Lemierre.

Méningocoques dans le sang circulant. (A. Marcowich. (*Wiener klin. Wochens.*, 1er nov. 1906, n° 44, p. 1312.) — Un marin fut admis à l'hôpital de Trieste avec les symptômes suivants : fièvre élevée, taches rosées sur le ventre et la poitrine, pétéchies sur le ventre et les extrémités. La prostration était telle que le malade était incapable de répondre. On apprit seulement de son entourage que depuis quelques jours il se plaignait de céphalalgie.

Le diagnostic porté fut : typhus exanthématique probable. La mort survint trois jours après dans le collapsus.

L'autopsie montra l'existence d'une méningite suppurée à méningocoques, d'une tuméfaction de la rate et d'hémorragies punctiformes de la muqueuse gastrique.

L'ensemencement de 3 centimètres cubes de sang en bouillon, pratiqué la veille de la mort, donna en culture pure le méningocoque de Weichselbaum. A. Lemierre.

MÉDECINE INFANTILE

Cirrhose cardio-tuberculeuse. — M. Grognot publie dans la *Revue des mal. de l'enf.*, oct. 1906, un nouveau cas de cirrhose cardio-tuberculeuse observée chez une fillette de onze ans. Ce cas présente surtout ceci de remarquable que la maladie dure déjà depuis six ans; il est à rapprocher des cas analogues de d'Espine et d'Huchard. Les symptômes d'ordre asystolique ont été améliorés par la digitaline, la théobromine et le régime déchloruré, auxquelles l'auteur a justement adjoint le repos et l'aération continue. L. Babonneix.

CHIRURGIE

Valeur relative de la cæcostomie et de l'appendicostomie dans le traitement de la dysenterie amibienne par les irrigations coliques. (Holton C. Hurl. *Ann. of Surgery*, vol. XLIII, n° 4, avril 1906, p. 543-546.) — De sa pratique à l'hôpital de Colon, l'auteur conclut que l'opération est inutile dans beaucoup de cas, contre-indiquée dans d'autres et doit être réservée à ces cas où le nombre de selles va augmentant de jour en jour, et où le patient s'affaiblit, quoique gardant encore une bonne vitalité. Aucune des deux opérations, cæcostomie ou appendicostomie, n'offre la moindre gravité. L'auteur préfère la cæcostomie, parce que l'appendicostomie s'accompagne assez souvent de gangrène de l'appendice, et parce qu'une fistule cæcale se ferme mieux qu'une fistule appendiculaire. Lorsqu'on ne se sert pas de l'appendice pour irriguer le côlon, il vaut mieux l'enlever au moment où l'on pratique la cæcostomie. F. Gardner.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anastomose spontanée des veines épiploïques avec les veines de la paroi abdominale chez un cirrhotique. (H. Rendu. *Bull. de la Soc. anat.*, 1906, p. 481.) — A l'autopsie d'un cirrhotique, de larges anastomoses veineuses spontanément établies avaient réalisé le résultat que les chirurgiens cherchent à obtenir par l'opération de Talma. Mais ces anastomoses n'ont pas paru enrayer le développement de l'ascite qui s'est reproduite à des intervalles assez rapprochés.

L. Alquier.

PHARMACOLOGIE

Étude pharmacologique du digalène. (J.-B. Reneau. *Revue de thér. méd.-chir.*, 12 nov. 1906, p. 721.) — Sous le nom de digitoxine soluble, digalène, Cloetta vient d'introduire en thérapeutique un nouveau principe actif de la digitale, différent de la digitaline cristallisée française et de la digitoxine de Schmiedeberg et Kiliéni. C'est un glucoside amorphe soluble dans l'eau, l'alcool, la glycérine, le chloroforme, possédant une composition élémentaire centésimale permettant de lui attribuer une formule voisine de celle de la digitoxine, et donnant des réactions coloriées identiques à celles de la digitaline cristallisée.

Ce nouveau glucoside a été surtout étudié, au point de vue thérapeutique, par un grand nombre de médecins allemands et italiens : Naunyn, Klemperer, Maass, Herzig, Eulenburg, De Renzi, Ceconi, Dixon Mann, pour ne citer que les principaux.

D'après ces différents auteurs, le digalène serait moins irritant que la digitaline pour les divers tissus et pourrait être employé en injection sous-cutanée et même intra-veineuse, il s'absorberait facilement et s'éliminerait de même, sans s'accumuler dans l'organisme, il serait moins toxique, tout en donnant lieu aux mêmes phénomènes cardio-vasculaires que la digitaline.

Pour confirmer ces assertions, M. Reneau a institué une série d'expériences sur des animaux, expériences qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

Si le digalène, au point de vue chimique, ne paraît pas nettement défini et différencié des autres principes actifs retirés de la digitale, sa manière de se comporter dans l'organisme, sa toxicité, son action locale permettent de le considérer comme un corps voisin de la digitaline, possédant des propriétés toni-cardiaques et vaso-constrictives semblables, et susceptible d'utilisation thérapeutique intéressante en raison de sa toxicité plus faible, de sa non-accumulation dans l'organisme, et de son action irritante locale très atténuée.

L. Gayard.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LE LACTAGOL OU EXTRAIT DE GRAINES DE COTONNIER COMME GALACTOGÈNE

Nous avons déjà exposé ici même les travaux de M. Barlerin, communiqués à l'Académie de médecine, et les recherches du professeur Charles (de Liège) sur le pouvoir galactogène des graines de cotonnier.

Dans une intéressante monographie (1), le docteur Poux publie le résultat de ses observations personnelles, qu'il divise en trois groupes.

1° Augmentation de la quantité de lait fourni par les nourrices.

Ces observations, au nombre de 6, indiquent une abondante montée laiteuse, perçue par la nourrice, au bout de trois jours en moyenne d'absorption du lactagol : cette montée est contrôlée, d'ailleurs, par la pesée des tétées et par l'augmentation de poids de l'enfant. Dans 2 cas, on observe, en cessant le produit, que la sécrétion lactée diminue et qu'elle reprend lorsqu'on administre à nouveau le lactagol.

2° Augmentation des qualités nutritives du lait.

Pour l'examen du lait, l'auteur a eu recours au latoscope de Hénocque, basé sur le principe que l'opacité du lait augmente avec sa richesse en principes solides et surtout en globules graisseux. Le lait normal doit marquer 47 au latoscope.

Dans 4 observations successives, où les enfants, malgré une sécrétion lactée suffisamment abondante, n'augmentaient pas de poids, l'auteur a vu, sous l'influence du lactagol, le chiffre marqué au latoscope passer en huit jours, dans le premier cas, de 58 à 41, dans le deuxième cas, de 57 à 45, dans le troisième de 58 à 43, dans le quatrième de 59 à 45.

En même temps que cette modification, l'augmentation de poids des enfants a été notée.

3° *Effet nul.* — L'auteur rapporte 3 observations où le lactagol n'a pas eu d'action, du moins dans les deux premiers cas, car dans le troisième on note une amélioration de la sécrétion. Dans les deux premiers on trouve que la glande mammaire est peu développée, et encombrée de coussinets graisseux, circonstance de nature à expliquer l'échec observé.

De l'ensemble de ces observations, M. Poux tire des conclusions analogues à celles de MM. Barlerin et Charles.

« Le lactagol, dit-il, augmente la quantité de lait sécrété et il améliore la qualité, d'après mes observations, dans la proportion de 84,60 p. 100. Une particularité à bien noter également, c'est que le plus souvent l'action du lactagol ne se produit que de quarante-huit heures à trois jours, quatre jours même après son emploi, et que, d'autre part, cette action semble s'éteindre rapidement dès que l'on n'en fait plus usage, sans qu'il soit possible de déterminer, à une heure près, à partir de quel moment l'effet ne s'en fait plus sentir. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DE LA SORBONNE. — MANIPULATIONS DE CHIMIE-PHYSIQUE BIOLOGIQUE (année 1906-1907), dirigées au laboratoire de physiologie de la Sorbonne par M. V. HENRI avec le concours de M. ISCOVESCO, les mardis et jeudis d'une heure et demie à cinq heures et demie.

Une conférence de trois quarts d'heure sera faite au commencement de chaque manipulation.

Mardi 27 novembre : Réunion générale. Distribution. Montage des thermostats.

Jeudi 29 novembre : M. V. Henri. Technique des mesures de conductivité électrique. Calcul des constantes.

Mardi 4 décembre : M. V. Henri. Conductivité des électrolytes; relations avec la cryoscopie; influence de la concentration, de la température, des non-électrolytes et des colloïdes.

Jeudi 6 décembre : M. V. Henri. Applications de la conductivité électrique : dialyse, neutralisation, résistance des globules rouges.

Mardi 11 décembre : M. Iscovesco. Conductivité électrique des liquides organiques normaux et pathologiques : sang, lymphe, liquide céphalo-rachidien.

Jeudi 13 décembre : M. Iscovesco. Conductivité électrique des liquides organiques normaux et pathologiques : lait, exsudats, urine.

Mardi 18 décembre : M. Iscovesco. Conductivité électrique des liquides organiques normaux et pathologiques : sucs gastrique et pancréatique, salive, bile, etc.

Jeudi 20 décembre : M. V. Henri. Technique des mesures des vitesses des réactions. Ordre des réactions. Calculs.

Mardi 25 décembre : M. V. Henri. Influence de la concentration et de la température. Actions catalytiques.

Mardi 8 janvier : M. V. Henri : Vitesse des réactions diastasiques : invertine, amylase, émulsine, trypsine.

Jeudi 10 janvier : M. Iscovesco. Ferments anorganiques. Oxydases. Catalases.

Mardi 15 janvier : M. V. Henri. Dosage du pouvoir amylolytique du sang, du suc pancréatique et de la salive.

Jeudi 17 janvier : M. V. Henri. Rôle des sels, acides et bases dans l'action des ferments solubles. Kinases.

Mardi 22 janvier : M. Iscovesco. Préparation des différents colloïdes. Leur purification.

Jeudi 24 janvier : M. Iscovesco. Transport électrique et précipitation par les électrolytes des colloïdes.

Mardi 29 janvier : M. Iscovesco. Action des colloïdes les uns sur les autres. Stabilisation. Précipitation. Membranes.

Jeudi 31 janvier : M. Iscovesco. Etude des colloïdes des liquides organiques normaux et pathologiques : sang, lymphe, exsudats.

Mardi 5 février : M. Iscovesco. Etudes des colloïdes des liquides organiques normaux et pathologiques : lait, urine, bile, salive.

Jeudi 7 février : M. Iscovesco. Etude des colloïdes des liquides organiques normaux et pathologiques : sucs gastriques et pancréatiques, toxines.

Mardi 12 février : M. V. Henri. Agglutination. Comparaison avec les réactions des colloïdes.

Jeudi 14 février : M. V. Henri. Réactions des précipitines.

Mardi 19 février : M. V. Henri. Hémolyse par les sérums normaux et par les colloïdes. Absorption des hémolysines.

Jeudi 21 février : M. V. Henri. Hémolyse par les sérums préparés, par les toxines, venins et poisons.

Mardi 26 février : M. Iscovesco. Rôle de l'application des méthodes de chimie-physique à l'étude des liquides organiques normaux et pathologiques.

Jeudi 28 février : M. V. Henri. Conclusion générale : corrélation entre les différentes mesures physico-chimiques. Applications biologiques.

Le nombre de places étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance au laboratoire.

Les conférences sont publiques et n'exigent aucune formalité d'inscription.

(1) Toulouse 1906, Imprimerie Lagarde et Sébille.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES DE LA PNEUMONIE [1]

C. **Formes diverses.** — 1. La *pneumonie inflammatoire*, fréquente surtout à la campagne, se caractérise par l'exagération de l'orgasme fébrile, l'atteinte fluxionnaire du côté opposé, l'apparition rapide des signes d'hépatisation.

2. La *pneumonie apyrétique*, rare, s'observe dans deux conditions différentes : tantôt, elle survient chez des individus bien portants, et se termine par la guérison ; tantôt, au contraire, elle se développe chez des malades cachectiques, asystoliques ou chez des aliénés, elle comporte alors le plus funeste pronostic.

3. *Pneumonies chez les cardiaques.* — Deux cas : α. ou la pneumonie survient au cours de la période d'état, et alors, sauf peut-être une intensité plus grande de la dyspnée, elle évolue régulièrement et aboutit d'habitude à la guérison (Grisolle); β. ou elle apparaît à la phase asystolique et donne lieu à des symptômes excessivement obscurs : la température s'élève à peine au-dessus de la normale; les symptômes fonctionnels disparaissent en quelque sorte dans l'orthopnée de l'asystolie; les crachats sont presque entièrement hémoptoïques ; δ. les signes physiques sont les mêmes que dans l'apoplexie pulmonaire. La terminaison est alors toujours fatale (G. Sée).

4. Les *pneumonies larvées, rudimentaires*, affectent habituellement le type de la fièvre herpétique.

5. Sous le nom de *pneumonies bilieuses* on a décrit : α. des pneumonies avec embarras gastrique (Stoll); β. des pneumonies avec ictère biliphéique, dû à une angiocholite ascendante (Gilbert et Grenet); γ. des pneumonies avec ictère hémaphéique. Les premières debutent insidieusement et s'accompagnent de phénomènes digestifs : langue sèche, haleine fétide, nausées, vomissements bilieux, constipation ; les autres sont des pneumonies avec ictère. Les lésions pulmonaires ne sont ni très intenses, ni très étendues, et cependant les phénomènes généraux (prostration) sont toujours très marqués. Les pneumonies bilieuses sont particulièrement fréquentes chez les personnes ayant un passé hépatique ; elles se terminent souvent par la mort. D'ailleurs, chez *tous* les pneumoniques, le foie est quelque peu touché [augmentation de volume du foie, urobilinurie, etc. (A. Grenet)].

6. Les pneumonies *infectantes* (syn. typhoïdes, adynamiques, ataxiques, asthéniques, malignes, épidémiques, infectieuses, etc.) sont celles qui, au lieu de rester localisées en poumon, *infectent* secondairement l'organisme (G. Sée). On les observe soit à l'état épidémique, soit à l'état sporadique ; dans ce dernier cas, elles atteignent surtout les débilités, les vieillards, les alcooliques, les surmenés, etc. Cliniquement, dit G. Sée, qui en a donné une excellente description, elles se traduisent par un état général spécial, et par des manifestations du côté de divers organes : foie, rate, reins, méninges, péricarde, plèvre; quant aux phénomènes locaux, ils sont les mêmes que ceux de la pneumonie localisée.

L'état général est toujours profondément atteint, et l'*état typhoïde* est à peu près constant. La maladie débute par des phénomènes généraux : malaise, faiblesse des jambes, épistaxis, diarrhée, qui bientôt s'aggravent, si bien que, vers le sixième ou le septième jour, l'aspect du pneumonique rappelle absolument celui d'un typhique au deuxième septénaire. Tantôt l'adynamie prédomine, et tantôt l'ataxie. La fièvre est intense, mais lorsque, par exception, la maladie guérit, la défervescence se fait comme dans la pneumonie simple, ou encore, elle se fait en lysis. La *rate* est *tuméfiée*, soit dès le début (Friedreich), soit vers le quatrième ou le cinquième jour (G. Sée); les urines, rares, de couleur bouillon de bœuf, contiennent de grandes quantités d'albumine; parfois même, l'*albuminurie* peut se compliquer d'anurie (Monussen) et d'hématuries, ou persister plus ou moins longtemps après la guérison de la pneumonie. Il est exceptionnel qu'elle s'accompagne d'œdèmes. Les accidents de pleuro-péricardite sont très fréquents. Nous avons déjà étudié la pleurésie. Quant à la *péricardite*, toujours à redouter chez l'enfant, elle est le plus souvent latente (Stokes) et son existence ne peut guère être affirmée que si l'on a constaté, d'une manière nette, des frottements péricardiques. Il en est de même de la *méningite*, souvent ultime, et plus ou moins complètement latente (Firket). Lorsqu'elle donne lieu à quelques symptômes, ce sont, le plus habituellement, de l'obtusion intellectuelle, de la fixité du regard avec inégalité pupillaire, du mâchonnement, du tremblement des lèvres et des mains, de la raideur du cou et des membres, du signe de Kernig. L'*endocardite végétante, aortique*, n'est pas exceptionnelle : elle coexiste souvent avec les accidents précédemment décrits. Quant aux *arthrites*, fréquemment signalées dans l'infection pneumococcique expérimentée, elles sont généralement fixes, et non erratiques. La phlegmatia alba dolens, les parotidites, les thyroïdites ont été beaucoup plus rarement signalées.

Les *signes locaux* peuvent être modifiés par l'état d'adynamie du sujet. Lorsque l'état typhoïde est très accentué, le point de côté est à peine accusé par le malade, la toux est rare et faible, l'expectoration peut manquer complètement, les signes physiques être extrêmement obscurs.

Les pneumonies infectantes se terminent presque toujours par la mort.

PRONOSTIC GÉNÉRAL. — Il varie avec les cas. — I. FORMES LOCALES. — Autant les *pneumonies abortives* sont bénignes, autant les *pneumonies du sommet* comportent un grave pronostic (Andral, Monneret, Pitres). Cependant, lorsqu'elles surviennent chez un adulte vigoureux, elles ne sont pas plus graves que celles de la base (G. Sée). La *pneumonie double* n'est pas nécessairement mortelle; par contre, dans la *pneumonie massive*, la mort est la règle.

II. FORMES PHYSIOLOGIQUES. — La *pneumonie de l'enfance* se complique assez fréquemment d'accidents méningés ou péricardiques. Cependant, dans l'ensemble, son pronostic est relativement favorable. Par contre, la *pneumonie du vieillard* est presque toujours mortelle; aussi a-t-on pu dire que la pneumonie constitue la fin naturelle du vieillard (Peter); qu'au point de vue pathologique, le poumon est chez le vieillard, ce que l'intestin est chez le jeune enfant : le point faible par excellence, la porte d'entrée ouverte à la mort (G. Sée).

III. FORMES PATHOLOGIQUES. — On connaît l'extrême gravité de la pneumonie chez les *buveurs*, chez les *diabétiques* et chez les *urémiques*; cependant il faut savoir que, chez certains de ces malades, la pneumonie peut, *tout à fait exceptionnellement*, guérir. Le pronostic de la *pneumonie grippale* est presque aussi sévère. Quant aux *pneumonies palustres*, on peut dire, avec Kelsch et Kiener, qu'elles constituent la cause la plus fréquente de mort chez les paludéens. La plupart des *pneumonies apyrétiques* tirent leur gravité de ce qu'elles surviennent chez des malades épuisés, et qui n'ont plus la force de réagir. Quant aux *pneumonies bilieuses*, leur pronostic est variable, souvent funeste. Enfin, dans les *pneumonies infectantes*, à allures septicémiques, la mort est presque fatale.

En somme, ici comme toujours, le pronostic dépend surtout du terrain (âge du malade, constitution physiologique, existence ou absence de tares pathologiques : alcoolisme, diabète, lésions hépatiques, rénales, etc.), et de la virulence du germe. D'une façon générale, l'état du cœur et de la tension artérielle donne, en ce qui concerne le pronostic, les plus précieuses indications, et Jürgensen a pu dire que, dans la pneumonie, les malades meurent toujours par le cœur.

DIAGNOSTIC. — Souvent très simple, il sera parfois délicat, la pneumonie du sommet peut être confondue, chez l'enfant, avec une méningite ; chez l'adulte, il faudra se demander si elle est, ou non, de nature tuberculeuse. La pneumonie massive doit être différenciée de la pleurésie, la pneumonie des asystoliques, de l'apoplexie pulmonaire, etc., etc. D'une façon générale, le diagnostic repose sur l'étude des anamnestiques, les résultats de l'examen local, l'évolution des accidents. Il est souvent facilité par l'apparition d'un symptôme accessoire, tel que l'herpès.

Terminer par quelques mots de **Traitement**.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, nº 122, p. 1462, nº 127, p. 1522, et nº 130, p. 1558.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 134. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 24 NOVEMBRE 1906. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA CHAIRE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — L'assemblée de la Faculté ayant accepté dans une de ses dernières séances la fondation par la ville de Paris d'une chaire d'oto-rhino-laryngologie, nous avons pensé qu'il était dans notre rôle de laisser les candidatures se produire dans le recueillement qui convient en pareil cas.

Bien que les journaux politiques aient cru devoir se charger de l'exposé des titres des candidats, nous continuerons à rester dans la réserve que nous nous sommes imposée.

HOPITAUX DE PARIS. — Par suite du départ de MM. Blum, Félizet et Richelot, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Ricard passa à Saint-Antoine, M. Demoulin à Saint-Louis, M. J.-L. Faure à Cochin, M. Thiéry et M. Souligoux à Tenon, M. Morestin à la Maison Dubois, M. Villemin à Bretonneau, M. Guillemain à Ivry et M. Launay à Bicêtre.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Delfourd, Philippe, Obélianne, Alison, Bisot, Gauthier et Gournet, internes titulaires.

MM. Rayel et Heully, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Schmitt, Mutel, Gruyer, Champy, Hutin, Brabant, Gourand, Barachon, Weill, Bulliard, Popoff, Rozet, Voinier, Nilus et Coulet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — *Prix de la Faculté, 1905-1906.* — Prix d'anatomie et d'histologie : M. Hamant; mentions très honorables : MM. Mansuy et Mathis.

Prix de physiologie : M. Hamant; mention très honorable, M. Mansuy.

Prix de médecine : M. Richard; mention très honorable, M. Hanns.

Prix de chirurgie : M. Binet; mention très honorable, M. Hanns.

Prix de thèse, donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la ville de Nancy : M. Blum; mentions très honorables, *ex æquo* : MM. Barthélemy, Gérard, Vaney; mentions honorables : MM. George, Hérique, Rinn.

Prix Heydenreich-V. Parisot : M. Lucien.

Prix Bénit, dit de l'Internat : M. J. Parisot; mention très honorable, M. Voirin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Après concours, M. le docteur Jean Livon a été nommé chef du laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu.

— Un concours s'ouvrira, le mercredi 9 janvier 1907, pour un emploi d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, huit jours avant l'ouverture du concours.

Reims. — — M. Bottu, pharmacien de première classe, est chargé, pour l'année scolaire 1906-1907, d'un cours de chimie et toxicologie.

HOPITAL LAENNEC. — M. le docteur Ernest Barié commencera ses conférences de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux, le mercredi 5 décembre, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Sarazin, médecin principal de première classe en retraite (de Marseille), et Adolphe-Félix Voisin (d'Ernée).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

LE MERCREDI 19 DÉCEMBRE 1906

à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 77 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1907.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

REVUE GÉNÉRALE

LA DYSMÉNORRHÉE

Par M. Félix MARSAN,
Interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'Académie de médecine.

I

Définition — La dysménorrhée est une menstruation difficile, et il n'y a aucun avantage, comme le dit Courty (1), à détourner ce mot de son acception et à borner avec Becquerel sa signification à celle de menstruation douloureuse.

Ce qui la caractérise c'est la lenteur et la difficulté de la menstruation; c'est la douleur très vive avec phénomènes nerveux souvent accusés; c'est la métrorragie qui parfois l'accompagne; c'est enfin la lutte de l'organisme, tantôt dans les phénomènes préparatoires à l'excrétion du sang, tantôt dans son écoulement hors des voies génitales.

II

Physiologie pathologique. — D'après Kuss et Duval, *l'essence même de la menstruation est une mue épithéliale, sympathique du développement épithélial ovarique.* Sous l'influence d'un réflexe parti de l'ovaire, les organes génitaux de la femme sont le siège d'une suractivité circulatoire intense. La muqueuse utérine se boursoufle, se tuméfie, les capillaires se distendent au point de se rompre et donnent lieu à une irruption de sang noir, visqueux, mêlé de cellules épithéliales, qui s'écoule par le vagin. Trois facteurs, comme on le voit, interviennent dans cet acte physiologique : le réflexe ovarien, la rupture des capillaires avec soulèvement et déchirure de la muqueuse utérine, enfin l'écoulement du sang dans la filière utéro-vaginale. Normalement, la menstruation s'établit sans souffrance, les femmes ressentent quelques vagues douleurs dans la région lombaire; mais si une cause quelconque vient gêner l'accomplissement d'un de ces trois temps, la menstruation devient très pénible, se fait avec difficulté, la douleur apparaît, il y a dysménorrhée.

III

Division. — Certains auteurs ont divisé la dysménorrhée en essentielle, idiopathique et en symptomatique.

Courty et avec lui Aran, Bernutz, se basant sur les différentes formes cliniques de la maladie, distinguaient une dysménorrhée nerveuse, congestive, mécanique et membraneuse.

Enfin, d'autres, au point de vue de la marche de la dysménorrhée, décrivaient une dysménorrhée accidentelle et une dysménorrhée habituelle.

Mais la dysménorrhée, pour la plupart des gynécologistes modernes, n'est pas une entité morbide. C'est un syndrome clinique et, comme tel, elle est toujours symptomatique d'affections très variées. Nous décrirons donc le syndrome en lui-même, et nous verrons ensuite les formes diverses qu'il peut revêtir.

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes.*

IV

Étiologie. — La dysménorrhée est une affection relativement fréquente.

Elle commence quelquefois avec la puberté et certaines femmes sont malheureusement, pendant toute leur vie, vouées aux règles douloureuses. Elle apparaît à un moment quelconque de la période génitale, et le mariage ou la maternité sont souvent le point de départ de la dysménorrhée par les génitopathies dont ils sont la source.

Certaines causes y prédisposent plus particulièrement, et pour ceux qui admettent une origine nerveuse, il faudrait tenir compte de l'hérédité, de l'état d'anémie ou de nervosisme du sujet. Mais, comme nous le verrons, ces phénomènes nerveux sont plus souvent la conséquence que l'origine même de ces troubles de la menstruation.

Y a-t-il lieu de rechercher une influence diathésique, goutteuse ou rhumatismale? M. Pozzi (1) ne le pense pas, et l'on peut seulement dire que les arthritiques sont particulièrement exposés à des névralgies diverses.

Les causes qui interviennent dans la dysménorrhée sont d'origine annexielle ou utérine.

A. *Dysménorrhée d'origine annexielle.* — Elle peut résulter d'un arrêt de l'évolution des organes génitaux. Cet arrêt de l'évolution porte bien souvent seulement sur les organes génitaux internes et donne lieu à un état pubescent de l'ovaire. Il en résulte une irrégularité dans le jeu de la menstruation, une difficulté de la ponte ovulaire, une différence absolue entre la congestion intense de l'ovaire pendant l'ovulation, et le peu de réaction de la muqueuse utérine, de là, éréthisme ovarien et douleurs dysménorrhéiques. Ce sont ces faits, probablement difficiles à reconnaître, qui expliquent en partie la dysménorrhée idiopathique décrite par les anciens.

Les maladies des annexes sont aussi une cause fréquente de dysménorrhée. Dans les inflammations aiguës (salpingo-ovarite avec hydro, hémato, pyosalpinx) on peut la rencontrer; mais ce sont surtout les lésions chroniques qui produisent des brides péritonéales, compriment la trompe et l'ovaire, les luxent dans une mauvaise position et enfin les atrophient, qui interviennent de préférence dans les troubles de la menstruation. Ces lésions sont parfois anciennes, remontent très loin et peuvent par le fait même être souvent méconnues. Elles agissent soit par une action réflexe du côté de l'utérus, soit par une contraction douloureuse dont la trompe peut elle-même être le siège.

Enfin, le varicocèle tubo-ovarien paraît aussi y prendre une part quelquefois, car il entraîne probablement l'atrophie de l'ovaire, de même que l'atrophie du testicule est parfois la conséquence d'un varicocèle chez l'homme (2).

Nous rangeons, parmi les causes annexielles, les dysménorrhées qui surviennent à la suite des lésions du paramétrium : phlegmon, tumeur, foyer hémorragique ou purulent qui compriment et déplacent les organes, font basculer l'utérus et gênent la sortie du sang.

B. *Dysménorrhée d'origine utérine.* — Les affections utérines semblent agir de deux façons : les

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire.*

(2) P. Petit. Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien, *Nouv. Arch. d'obstét et de gynécol.*, 1891, p. 488.

unes en altérant le tissu même de l'organe, les autres en apportant un obstacle à l'écoulement du sang. Mais ces deux effets sont souvent le résultat d'une même cause. C'est ainsi que la métrite du col ou du corps atteint l'organe lui-même dans sa structure et gêne l'excrétion du sang par les productions pathologiques auxquelles elle donne lieu.

M. Doléris a bien insisté sur le mécanisme de ces dysménorrhées. « La sténose, dit-il, dans les métrites du col ou du corps, n'intéresse qu'exceptionnellement l'orifice externe du museau de tanche. Elle porte sur l'orifice interne et est d'origine mécanique ou spasmodique (1). »

Les tumeurs diverses de l'utérus, corps fibreux, polypes, cancers, interviennent aussi dans certains cas de dysménorrhée. Les premières, par leur énorme développement, obturent complètement la cavité de l'organe, qui se trouve annexé à la tumeur quelquefois comme un simple appendice; les secondes, au contraire, par leur petit volume et souvent leur long pédicule, s'engagent dans le canal cervico-utérin qu'ils ferment complètement. Enfin, les tumeurs malignes détruisent non seulement les éléments histologiques de l'utérus, mais par leurs bourgeons charnus, causent un obstacle à l'écoulement des produits soit pathologiques soit physiologiques. La dysménorrhée est d'autant plus accusée dans ces cas et la douleur d'autant plus vive que toutes ces tumeurs donnent lieu parfois à de véritables métrorragies.

L'atrophie congénitale du col et de l'utérus, ce que Puech (2) a appelé l'utérus pubescent, et que Virchow a dénommé hypoplasie de la matrice, pour la différencier de l'utérus fœtal ou infantile, où le col est au contraire très développé et le corps atrophié, est parfois l'origine des règles douloureuses. Ici, le canal cervico-utérin est très serré et l'orifice du col forme comme un pertuis étroit qui se bouche facilement.

Une grosse part doit être faite à toutes les sténoses du col (dysménorrhée obstructive des auteurs anglais), qu'elles soient congénitales ou consécutives à une escarre après l'accouchement, à des cicatrices, suites de cautérisations sur la périphérie du col ou d'ulcérations du col, enfin à des tumeurs de la cavité du col ou de la portion inférieure du corps. Dans le prolapsus utérin, on a signalé de la sténose du col par frottement d'un pessaire sur le museau de tanche, ou simplement à la suite de l'irritation produite par les frottements de cet organe prolabé à l'extérieur.

Nous arrivons à l'une des causes les plus fréquentes de dysménorrhée, les déviations de l'utérus, surtout en flexion. La dysménorrhée n'est jamais aussi prononcée dans la rétroflexion que dans l'antéflexion des nullipares (3). Elle n'est pas rare cependant et elle existe surtout dans les rétroflexions fixes, très marquées et très anciennes, et sont l'indice, soit d'un trouble de canalisation utérine ou d'une inflammation métritique. Dans l'antéflexion, au contraire, la douleur menstruelle est plus souvent observée. C'est, en effet, la déviation la plus fréquente de l'utérus, et c'est là, d'autre part, que l'angle de flexion présente l'acuité la plus considérable.

(1) J.-A. Doléris. *Métrites et fausses métrites.*
(2) Puech. *Ann. de gynéc.*, 1874, t. I, p. 278.
(3) Pichevin. *Traité* de Le Dentu et Delbet, t. X.

Rappelons aussi qu'un obstacle à l'écoulement du sang peut dépendre d'une torsion de l'isthme de l'utérus, M. Guyon en a rapporté des cas dans son travail sur les cavités de l'utérus.

Enfin, les sténoses du vagin et de la vulve sont une cause exceptionnelle. mais que l'on peut rencontrer quelquefois. Les troubles qui en résultent, surviennent progressivement et sont sans cesse retardés par les rapports conjugaux.

Siredey n'admet pas la sténose du vagin comme cause de dysménorrhée. La dysménorrhée mécanique est due exclusivement pour lui à un rétrécissement des orifices interne et externe ou de la cavité même du col de l'utérus ; mais, comme nous l'avons déjà dit, nous avons défini la dysménorrhée dans son sens le plus large, et nous avons rangé sous ce nom toutes les causes qui peuvent apporter un obstacle, une gêne quelconque à l'écoulement du sang menstruel.

V

Etude clinique. — Siredey en a tracé un tableau magistral (1).

La femme dysménorrhéique est avertie, quelques jours avant l'apparition de la crise, par des douleurs vagues siégeant dans la région lombaire, la fatigue est plus marquée, une lassitude extrême s'empare de tous ses membres, et la tristesse l'envahit. Bientôt, tous ces symptômes ne font que s'accentuer, la douleur devient plus vive, la sensation de pesanteur hypogastrique augmente, et la crise se constitue.

La douleur est, dès le début, le phénomène le plus accentué. Elle siège surtout dans la région hypogastrique, mais elle se localise souvent aussi dans les lombes. Elle irradie au niveau de la vulve qui est le siège d'une cuisson et d'une démangeaison insupportables, elle suit le trajet des nerfs abdomino-génitaux et génito-crural, et souvent la névralgie intercostale fait partie du cortège douloureux.

Son intensité est vive, la femme ressent quelques coliques sourdes, puis de plus en plus aiguës, qui se présentent sous la forme d'accès intermittents. Certaines malades comparent leurs souffrances à celles de l'enfantement, et les phénomènes peuvent être si accusés qu'ils entraînent un état de faiblesse et de lypothymie.

L'aspect du visage est caractéristique et dénote la souffrance. Les yeux sont cernés de noir, le regard anxieux, la face est alternativement pâle et colorée, une sueur profuse recouvre le corps. Pour essayer de se soulager, elle prend les positions les plus bizarres.

La toux, l'éternuement, le moindre effort suffisent à augmenter l'intensité de la douleur qui est accrue surtout par la palpation de l'abdomen.

Celui-ci est météorisé, distendu, la vulve est parfois tuméfiée, le vagin chaud et humide est baigné de mucosités blanchâtres, striées de sang. Le toucher vaginal est parfois douloureux, les culs-de-sac sont sensibles, et l'utérus, plus gros, plus douloureux, est sensible aux mouvements qu'on lui imprime.

Ces malades se plaignent de langueurs, de tristesses et d'ennuis, elles sont sujettes aux larmes et la moindre cause peut les provoquer. La caractère est

(1) Siredey. *Diction. de méd. et de chirurg. prat.*, t. XII.

profondément modifié, l'irritabilité est fréquente et les phénomènes d'hystérie peuvent se montrer, depuis la simple oppression avec sensation d'étouffement et de palpitations, jusqu'aux crises violentes.

L'appétit est nul, la langue, saburrale, est chargée d'un enduit blanchâtre. Les nausées sont fréquentes et s'accompagnent de vomissements, soit muqueux et incolores, soit bilieux et verdâtres. La soif est vive, les boissons froides et acides sont recherchées. La diarrhée est fréquente. Elle débute les jours précédents, s'accompagne de fréquents besoins d'aller à la selle avec phénomènes de ténesme anal.

La constipation lui succède bientôt et les matières sont alors ovillées, dures, entourées d'un mucus blanchâtre.

Au milieu de tout cet ensemble symptomatique, la respiration reste calme et le cœur bien frappé. Le pouls est peu rapide, ce qui est un symptôme de premier ordre quelquefois, pour éviter l'erreur avec toute affection inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes.

Les urines sont fréquentes, peu abondantes, d'une densité élevée, très foncées, chargées d'un mucus épais qui dépose au fond du vase.

Mais la scène morbide va souvent changer avec l'apparition de l'écoulement sanguin. Tous les phénomènes s'amendent, la douleur s'atténue, disparaît même. D'autres fois, elle persiste aussi intense jusqu'à la fin. Cette ténacité de la douleur est importante car elle permet de rechercher la cause de la dysménorrhée dans l'utérus.

Le sang des règles se présente sous les aspects les plus divers. C'est d'abord un écoulement séro-sanguinolent qui tache le linge à la façon des sécrétions dans le catarrhe utérin. Il devient plus foncé, plus noir et s'écoule lentement, souvent mélangé de caillots, ou alors abondant, constituant parfois une véritable ménorragie. Ces caillots sont tantôt informes, petits, déchiquetés et dus à la coagulation du sang à l'intérieur du vagin. D'autres fois, ils sont plus volumineux, plus gros, moulent la cavité utérine, présentent une forme triangulaire et leur expulsion s'accompagne de vraies souffrances. Ces caillots sont épais, formés de couches successives dont les plus profondes sont décolorées et formées de fibrine ; parfois, ils sont entourés d'une enveloppe blanchâtre qui les fait prendre pour la muqueuse utérine. Mais, il suffit de les examiner sous l'eau, pour voir qu'ils sont lisses et unis, pas villeux, qu'ils se cassent facilement, et enfin l'examen microscopique ne montre aucune trace de cellules ni de culs-de-sac glandulaires.

La quantité du sang écoulé est très variable. Elle est parfois insignifiante, mais souvent son abondance est telle qu'elle constitue une véritable ménorragie.

Enfin, l'écoulement du sang n'est pas régulier. Il se fait goutte à goutte, puis bientôt survient un caillot suivi d'uue quantité de sang plus abondante. Dans la position couchée, les caillots se forment dans le vagin, remplissent le rôle de tampons qui accumulent le sang en arrière d'eux ; mais, à la suite d'un effort, de la toux, d'un mouvement pour s'asseoir ou se lever, le sang s'écoule au dehors avec le caillot obstructeur.

VI

Évolution. — La dysménorrhée n'est pas toujours constante à toutes les époques menstruelles. Elle est parfois passagère, saute quelques périodes pour refaire son apparition ensuite et disparaître à tout jamais. Souvent, elle s'installe lentement, augmente d'intensité et s'établit d'une façon permanente. On comprend que sa durée soit essentiellement variable, suivant la cause qui lui a donné naissance. Dans le cas d'un empêchement mécanique à l'écoulement du sang, par exemple, la dysménorrhée sera habituelle, mais pas toujours constante. « C'est un phénomène, dit Siredey, sur lequel je ne puis trop insister, que cette diversité de symptômes dans une affection organique persistante. J'ai souvent vu des femmes dysménorrhéiques, atteintes de corps fibreux, de rétrécissement ou de flexion considérable de l'utérus, avoir leurs règles d'une façon très normale au triple point de vue de la facilité de l'excrétion cataméniale, de sa durée et de son abondance. »

C'est dans les formes rebelles que l'on peut voir survenir des complications qui sont d'ordre local ou général :

A la suite de la rétention sanguine, de la gêne de l'écoulement menstruel, le sang s'accumule dans l'utérus, résiste aux efforts constants de cet organe pour se débarrasser de son contenu, et favorise l'infection génitale. C'est la *métrite* qui apparaît tout d'abord. Elle peut être, comme nous l'avons vu, le point de départ de la dysménorrhée, mais, en survenant secondairement, elle augmente encore l'intensité de la douleur. Le col devient gros, tuméfié, la muqueuse se boursoufle, s'éverse en dehors et des ulcérations se produisent. Les glandes sécrètent un liquide filant, épais, gluant, caractéristique de la cervicite. L'infection se propage à la muqueuse du corps de l'utérus et donne lieu à des métrorragies, car, comme le fait remarquer M. Doléris, la muqueuse du corps utérin sécrète à sa façon, en saignant. C'est dans ces cas surtout que l'on rencontre la métrite virginale.

La *salpingo-ovarite* peut s'ensuivre et donner lieu alors à toutes les complications fréquentes de cette affection.

Mais ce qui fait encore l'importance de la dysménorrhée, c'est la gêne qu'elle apporte à la fonction de reproduction. La *stérilité* est fréquente et ce qui s'oppose à la fécondation, ce n'est pas tant l'obstacle mécanique, car il suffit d'un étroit pertuis pour permettre le passage du spermatozoïde, mais c'est surtout l'engouement muqueux de la cavité cervicale. Rouget a montré que normalement, au moment du coït, le col, sous l'influence de l'éréthisme, se contracte et expulse le bouchon muqueux qu'il contient (1). Le mucus vaginal pénètre alors à l'intérieur du col (2), soit par aspiration, soit par effet de capillarité. Chez les dysménorrhéiques, le col étroit ne permet pas la sortie de son contenu, malgré tous les efforts du muscle utérin, et oppose ainsi une barrière à la pénétration du spermatozoïde.

La fécondation peut quelquefois se produire, mais la grossesse n'arrive pas à terme. L'*avortement* est fréquent, car l'utérus sans cesse soumis à des contractions, expulse l'œuf de son intérieur. Aussi les avortements sont-ils précoces, et quand, par hasard, la grossesse arrive à terme, elle peut dans certains cas opérer la guérison.

A côté de ces désordres locaux, les troubles de l'état général revêtent parfois une allure grave.

---

(1) Kristeller. *Berl. klin. Woch.*, 1871, nos 27 et 28.
(2) Beck. *American Journ. of obstet.*, 1874, t. VII, p. 353.

Battey et, avec lui, beaucoup de gynécologistes, surtout en Amérique, ont noté la coexistence fréquente des troubles nerveux graves avec des troubles de la menstruation. Le tableau de la neurasthénie peut se trouver au grand complet chez ces femmes, et se présente soit sous la forme de dépression, soit au contraire d'excitation surtout marquée dans la période menstruelle. Ces troubles nerveux s'accentuent parfois, et l'on a signalé l'hystérie, l'épilepsie, la manie, en relation surtout, d'après certains auteurs, avec les dysménorrhées d'origine ovarienne. d'où les mots de : *oophoralgie*, *oophorépilepsie*, *oophoromanie*, qui ont été créés.

Il n'est pas rare de rencontrer de la dyspepsie chez ces malades, et l'on sait combien fréquemment le tube digestif réagit aux excitations venues des organes génitaux chez la femme.

Souvent ce sont de grosses mangeuses, des obèses qui mènent une vie sédentaire, incapables de tout effort et de tout mouvement.

VII

Formes cliniques. — Tel est au complet le tableau clinique de la dysménorrhée, mais il varie bien souvent, suivant la prédominance de certains symptômes concomitants, et suivant surtout la cause qui lui a donné naissance. De là, les formes diverses qu'il peut revêtir.

A. *Dysménorrhée intermenstruelle.* — La prétendue dysménorrhée intermenstruelle des auteurs allemands n'existe pas en tant que dysménorrhée, et ce n'est là qu'un abus de langage. Ils ont décrit ainsi des douleurs qui surviennent dans la région ovarienne et qui procèdent par crises dans l'intervalle des règles (1).

B. *Dysménorrhée permanente.* — Il en est de même de la névralgie utérine, appelée dysménorrhée permanente et que Gooch a désignée sous le nom de « irritable uterus ».

C. *Dysménorrhée nerveuse.* — C'est la dysménorrhée éventuelle ou idiopathique des anciens auteurs que l'on a encore appelée hystéralgique, spasmodique, car on ne lui trouvait pas de causes, et l'exploration des organes génitaux restait muette. Elle est caractérisée par l'intensité des phénomènes nerveux qui dominent la scène. Ce sont des névralgies diverses qui siègent principalement dans la région lombo-abdominale, dans les espaces intercostaux, à la face et dans les cuisses. La migraine est fréquente et s'accompagne de vomissements bilieux qui amènent un soulagement momentané. Les malades sont sujettes à des palpitations violentes, à des états de lypothymie avec tendance à la syncope. Parfois, les troubles nerveux peuvent aller jusqu'à donner lieu à de vraies crises convulsives et simuler le tableau de l'hystérie ou même de l'épilepsie. Ce sont des névropathes dans le sens propre du mot qui souffrent constamment en un point quelconque du corps et tombent dans un état d'hypocondrie qui ne fait que s'accentuer quelques jours avant l'apparition des règles. Mais l'écoulement diminue l'intensité de tous ces symptômes et souvent même les fait disparaître. La femme, sitôt les premières gouttes de sang, éprouve une sensation de bien-être, un soulagement extraordinaire. Sous l'influence d'une émotion morale un peu vive, d'une colère ou même d'une simple contrariété au moment des règles, celles-ci peuvent diminuer comme quantité, le sang s'écoule lentement et les douleurs reparaissent avec la même intensité que précédemment. C'est le *stillicidium uteri* d'Aétius, la *strangurie utérine* par comparaison avec la strangurie vésicale.

Cette forme de dysménorrhée se rencontre de préférence chez les jeunes filles de la ville. Ce sont des sujets faibles, débilités, hystériques pour la plupart et qui présentent en même temps des symptômes de chloro-anémie. Le mariage opère chez elles une guérison véritablement surprenante, et les troubles nerveux disparaissent parfois dès les premiers rapports conjugaux.

D. *Dysménorrhée congestive.* — Elle est appelée aussi dysménorrhée pléthorique, vasculaire, sanguine, et elle est caractérisée par la congestion intense qui existe non seulement dans la sphère génitale, mais même dans les autres organes. Quelques jours avant l'apparition des règles, la femme éprouve une sensation de pesanteur, de tiraillements dans la région hypogastrique. Elle se courbe en deux pour calmer cette gêne qui ne fait que s'accentuer. De vraies douleurs apparaissent et s'accompagnent de bouffées de chaleur, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, de battements des carotides et de céphalées. Au niveau des seins, elle se plaint de picotements, d'élancements très douloureux, les mamelles deviennent turgescentes et dures. Parfois, la congestion s'accuse encore davantage et donne lieu à des épistaxis abondantes. Avec l'approche des règles, les phénomènes redoublent d'intensité. Il n'est pas rare de rencontrer du ténesme anal et vésical, du météorisme de l'abdomen et une douleur dans la région hypogastrique qui rend intolérable le contact des draps. Le vagin est rouge, tuméfié, la vulve est le siège d'un prurit assez intense. Chez ces femmes, le toucher vaginal est douloureux. On trouve de l'empâtement des culs-de-sac, parfois même les doigts ont, d'après Courty, la sensation de battements.

C'est ici que l'apparition des règles fait cesser, bien plus rapidement que dans la forme précédente, tous les symptômes que nous venons de décrire. Le sang s'écoule abondamment et la ménorragie est fréquente, dans cette forme congestive. Cependant le sang est loin d'être toujours aussi abondant, et Aran pense au contraire que la diminution dans la quantité du sang menstruel est presque caractéristique de la dysménorrhée congestive.

Cette forme se rencontre spécialement chez les femmes qui font métier de leurs organes génitaux et font abus du coït. C'est la congestion génésique qu'il faut rapprocher de la congestion onanique. En disant onanisme, il ne faut pas comprendre seulement sous ce nom les femmes qui se livrent à la masturbation, mais toutes celles qui recherchent les procédés anticonceptionnels du malthusianisme et se servent de tampons, d'instruments divers qui occasionnent de la congestion intense du col et le rendent volumineux. Ces femmes deviennent nerveuses, irritables, ont de la leucorrhée, de la dysménorrhée qui s'accompagne parfois de pertes abondantes (1).

Il existe aussi des dysménorrhées congestives

(1) Priestley. Cases of intermenstrual or intermediate dysmenorrhœa, *Brit. med. Journ.*, 19 oct. 1871. — Sorel. Doul. hypogast. ou dysmén. intermenst., *Arch. de tocol.*, mars 1887.

(1) Doléris. *Cours de gynécologie fait à Boucicaut en mai* 1905.

par suite de ce que l'on a appelé la *maladie veineuse*, c'est-à-dire de varices interstitielles de l'utérus. Les congestions, par le fait de la subinvolution de l'utérus après l'accouchement, se rencontrent quelquefois. Les vieilles cellules de la muqueuse utérine, au lieu de disparaître pour faire place à des éléments jeunes, persistent, l'évolution traîne, tarde à se produire, l'utérus reste gros, volumineux, et le col lourd et épais, ces femmes souffrent au moment de leurs règles et ont parfois de la dysménorrhée. M. Doléris fait remarquer que ce phénomène de subinvolution n'est pas purement mécanique, mais qu'il relève parfois de troubles de nutrition et de circulation. Il a fait lever quelques femmes, trois, quatre jours après l'accouchement, et il a eu soin de leur mettre un gros tampon dans le vagin pour caler le col et empêcher le prolapsus. Chez ces femmes, il a constaté que l'involution de l'utérus se faisait sans prolapsus, à condition toutefois que leurs muscles du périnée fussent intacts.

Enfin, la dysménorrhée à forme congestive se produit chez les malades qui sont en puissance de fibrome, chez celles qui ont des tumeurs annexielles ou de l'utérus lui-même, et enfin dans le cas de sclérose hâtive ou tardive de l'utérus.

E. *Dysménorrhée mécanique.* — Cette forme diffère des précédentes en ce que la douleur ne commence point avec les phénomènes préparatoires de la menstruation, mais débute avec l'écoulement du sang. C'est là un point important et sur lequel nous insistons. Elle commence au moment même de l'irruption du sang, elle naît à son occasion, car c'est l'obstacle que rencontre le sang à sa sortie qui provoque les contractions utérines et par suite la dysménorrhée. De là, les douleurs spéciales qui la caractérisent. Les femmes ressentent de vraies coliques qui siègent dans l'hypogastre et procèdent par crises paroxystiques. Elles éprouvent le besoin de pousser, ont de fausses sensations d'aller à la garde-robe, et ont du ténesme anal et vésical. Ces douleurs ressemblent à s'y méprendre aux douleurs expulsives de l'accouchement; elles ont, en effet, leur acuité et surviennent par intermittence (1). Elles ne se localisent pas seulement dans la région hypogastrique, mais siègent dans la région lombaire où elles sont intolérables et irradient le long des nerfs abdomino-génitaux, génito-crural, sciatique, et obturateur. Elles durent pendant toute la durée des règles puisque l'obstacle persiste toujours, et chaque période menstruelle les réveille avec la même intensité et le même caractère. L'écoulement du sang ne se fait pas d'une façon régulière; il est peu abondant, et l'expulsion d'un caillot, qui provoque une crise aiguë, est suivie d'une quantité de sang liquide qui soulage momentanément la malade. Ce caillot est variable dans sa forme. Il peut mouler la cavité utérine, le plus souvent, il est étroit, allongé et moule la filière cervico-utérine.

La durée des règles est variable et dépend de la lésion qui détermine la dysménorrhée. Elles perdent souvent leur régularité et surviennent tous les quinze jours, tous les huit jours quelquefois. Elles sont parfois fétides, par suite de leur rétention dans la cavité utérine, et peuvent faire croire à l'existence d'un cancer. Mais, il suffit de lever l'obstacle, par l'introduction d'un hystéromètre dans le canal cervico-utérin, pour voir de suite s'écouler un liquide roussâtre et fétide, dont l'odeur, identique avec celle de l'écoulement suspect, en décèle la nature et l'origine. C'est dans ces dysménorrhées de cause mécanique que la stérilité et les avortements se rencontrent le plus fréquemment.

(1) AUVARD. *Traité pratique de gynécologie.*

F. *Dysménorrhée membraneuse.* — Nous arrivons maintenant à l'étude d'une des formes les plus curieuses de dysménorrhée qu'Oldham (1) a décrite en 1846, sous le nom de dysménorrhée pseudo-membraneuse, que Simpson (2) a étudiée à la même époque sous celui d'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine, et que l'on doit désigner par la dénomination plus exacte de dysménorrhée membraneuse desquamative, ce qui montre qu'il y a exfoliation d'une membrane et que ce trouble fonctionnel est le plus souvent lié à la menstruation.

C'est une affection rare et, malgré sa rareté, elle est connue depuis longtemps, car la première observation clinique date de Morgagni (3).

Cette forme de dysménorrhée a été longtemps niée par les auteurs anciens qui attribuaient cette membrane à une véritable caduque d'avortement.

Les auteurs anglais [Montgomery (4), Fergusson (5)] en faisaient le produit d'un exsudat du lymphe plastique.

De nos jours, une discussion a porté non pas sur l'existence de la maladie elle-même qui est admise par tous les auteurs, mais sur son étiologie. Tandis que, pour Gallard, c'est le résultat de la métrite chronique, Burnes la fait de cause inflammatoire; Bernutz (6) et Courty distinguent une dysménorrhée exsudative de la forme explorative. MM. Labadie-Lagrave, Huchard (7) et Pozzi (8) attribuent cette forme de dysménorrhée à l'endométrite primitive.

Enfin, Siredey admettait l'influence de causes multiples et variables suivant les cas.

D'après M. Doléris, cette affection n'a aucune relation avec le processus inflammatoire, et c'est parmi les fausses métrites, parmi les affections inflammatoires de l'utérus qu'elle trouve sa place. Il s'appuie sur ce fait que la maladie se rencontre chez les jeunes filles, et chez les femmes indemnes de toute inflammation utérine. D'autre part, elle semble héréditaire et apparaît dans le groupe des femmes neuro-arthriques qui ont de l'obésité ou du nervosisme. Il n'est pas rare de voir coïncider avec elle des lésions d'eczéma et de dermatoses. Chez certaines femmes, la lésion cutanée alterne avec la dysménorrhée et parfois une crise de colite membraneuse précède le trouble de la menstruation. Pour tous ces motifs, il réfute les causes locales invoquées par les auteurs, rejette l'influence des lésions anexielles qui sont plutôt secondaires que primitives et ne voit dans la dysménorrhée membraneuse qu'une sorte de trouble de la nutrition générale.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence d'une cause ir-

(1) OLDHAM. *London med. Gazette*, 1846, t. II, p. 970.
(2) SIMPSON. *Monthly-Journal of medic. science*, sept. 1846, p. 161.
(3) MORGAGNI. *De retibus et causa morborum.* Lettre XLVIII. De la fausse grossesse, de l'avortement et de l'accouchement malheureux, § 12.
(4) MONTGOMERY. *Signs of pregnancy*, London, 1837, p. 147.
(5) FERGUSSON. *Library of medicine*, IV, p. 311.
(6) BERNUTZ et GOUPIL. *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. I. 1860.
(7) HUCHARD et LABADIE-LAGRAVE. *Arch. génér. de médecine*, 1870, vol. I, p. 678, vol. II, p. 69, et 1871, vol. II, p. 706.
(8) POZZI. *Traité de gynécologie*, 2e édition, p. 192.

ritative quelconque, la muqueuse utérine s'hypertrophie, se sclérose, oppose un obstacle à l'écoulement du sang qui s'accumule entre elle et la tunique musculaire et finit par triompher de sa résistance, en la décollant et en l'expulsant au dehors.

Les douleurs de la dysménorrhée membraneuse rappellent encore ici assez bien celles de l'accouchement. Elles augmentent progressivement d'intensité pendant douze, quinze, dix-huit heures, ne laissent aucun repos à la malade. Le sang des règles s'écoule mal, leur abondance est peu marquée, mais bientôt une vraie douleur expulsive, suivie du rejet d'une membrane, parfois d'un caillot sanguin et d'une quantité plus grande de sang, entraîne un bien-être indéfini et la disparition de ces souffrances intolérables.

Cette membrane a un aspect divers (1). Tantôt, c'est une demi-tubulure qui reproduit la cavité cervicale, souvent ce sont des débris informes ; plus rarement elle revêt tout à fait la forme de l'utérus. C'est toute la muqueuse de l'utérus qui s'en va, à l'exception de celle du col qui ne desquame pas, car la desquamation s'arrête à son orifice interne.

Cette membrane, lorsqu'elle est complète, présente la forme d'un sac triangulaire, percé au sommet de ses trois angles. La face externe est irrégulière, parsemée de petits caillots, et sous l'eau, on peut voir comme des filaments qui la rattachent à l'utérus. La face interne est au contraire lisse et polie. Cette membrane a tous les caractères de la muqueuse utérine avec excès d'organisation cependant, par suite des éléments conjonctifs à l'état adulte qu'on y retrouve. Quand on examine la malade avant son expulsion, on constate une masse dans le canal cervical, d'où l'erreur qui a fait prendre ces dysménorrhées pour des avortements. La crise se termine par l'expulsion partielle ou totale de la membrane. Elle peut se renouveler, mais elle ne reparaît, en général, qu'au bout de quatre ou cinq mois, car il faut ce temps pour permettre la constitution d'une membrane scléreuse qui gênera le passage du sang et sera ensuite chassée par lui. C'est le même phénomène qui se passe dans le cas d'entérite desquamative, d'après M. Doléris.

La dysménorrhée membraneuse est, de toutes les variétés, la plus grave, la plus rebelle et celle qui entraîne le plus souvent la stérilité.

VIII

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel de la dysménorrhée ne souffre généralement pas de difficultés. Toute femme qui éprouve des douleurs plus ou moins vives au moment de ses règles, et chez laquelle s'écoule difficilement le flux menstruel est dysménorrhéique. Cependant, dans certains cas, le diagnostic peut être hésitant, surtout au début, à l'apparition des premières crises douloureuses, alors que les antécédents ne fournissent aucun renseignement.

C'est ainsi que l'on pourra croire à une simple *névralgie lombo-abdominale*, quand la femme se plaint d'irradiations douloureuses, le long du trajet de ces nerfs. Cette névralgie est d'ailleurs exaspérée au moment des règles, mais la coexistence d'autres névralgies, la recherche des points douloureux d'élection, faciliteront la tâche (1).

D'après la description que nous avons faite de la crise dysménorrhéique : douleur dans le bas-ventre allant jusqu'à rendre intolérable le contact des couvertures, état nauséeux donnant lieu parfois à des vomissements, enfin, constipation avec météorisme de l'abdomen, il est facile de penser à une *pelvi-péritonite*, suite de suppuration des annexes, surtout si l'on tient compte du passé génital de la malade. Mais la douleur dysménorrhéique procède par crises, s'accompagne de phénomènes nerveux toujours très accentués chez ces femmes ; elle n'a pas la ténacité, la continuité que l'on rencontre dans l'inflammation de la séreuse péritonéale. Enfin, il est deux symptômes importants que l'on doit toujours rechercher : c'est l'état du pouls et de la température qui restent normaux dans la dysménorrhée.

Chez les femmes, on sait combien il est difficile de distinguer la douleur provoquée par les organes du petit bassin de celle due à l'*inflammation de l'appendice*. L'erreur est d'autant plus facile que, dans les cas d'appendicite chronique, la douleur subit une acuité plus vive au moment des règles. D'ailleurs, les relations entre l'appendice et les annexes sont grandes, et il n'est pas rare de voir évoluer une appendicite à la suite d'une salpingite. Cette corrélation peut s'expliquer soit par le contact des deux organes, lorsque l'appendice est en situation basse et prolabé en quelque sorte dans le petit bassin, soit par les rapports anatomiques qui existent entre eux et par les traînées lymphatiques qui vont de l'un à l'autre et sont contenues dans le petit ligament appendiculo-ovarien décrit par Clado. Ce n'est pas lorsque la crise d'appendicite est aiguë que l'erreur peut être commise, car indépendamment du siège de la douleur, du plastron péritonéal, la température encore permettrait de la différencier de la douleur dysménorrhéique. Mais ce sont les formes chroniques à évolution sourde, qui peuvent être difficiles à dépister. Il faut alors interroger la femme avec soin, voir si ces coliques menstruelles sont habituelles et, en tous les cas, ne jamais manquer de procéder à un examen complet des organes du petit bassin.

Toutes ces causes d'erreurs peuvent être facilement évitées, si l'on suit attentivement la malade. Il n'en est pas de même de l'*avortement* que l'on diagnostique le plus souvent, dans les cas de dysménorrhée membraneuse, si l'on voit la malade pour la première fois, et si, surtout, l'on ne se préoccupe pas de son passé génital. La faute est d'autant plus fréquente que l'expulsion de la membrane est parfois précédée d'une période d'aménorrhée (2). Si l'on y ajoute les caractères expulsifs de la douleur, les tranchées utérines et la métrorragie qui accompagne l'issue, hors de l'utérus, de cette membrane, on comprend que le diagnostic d'avortement ne fasse pas de doute. Dans l'avortement (3), l'épaisseur de la membrane est notable, elle est au contraire moindre dans la dysménorrhée ; sa richesse vasculaire est grande dans celui-là, elle est peu accusée dans

(1) Simpson. On the nature of the membrane occasionally expelled in dysmenorrhea, *Edinburgh Monthly Journal of medical science*, sept. 1846, p. 161, et *Obstetric Memoirs and Contributions*, Edinburgh, 1855, vol. I, p. 282.

(1) Marrotte. De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes, *Arch. gén. de méd.*, 1860, 5e série, t. XV.

(2) De Sinéty. Des relations qui existent entre la dysménorrhée membraneuse et la menstruation normale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881.

(3) Auvard. *Traité de gynécologie.*

celle-ci; dans le premier, les villosités choriales sont nettement visibles et on les reconnaît en plongeant le lambeau dans une cuvette d'eau, dans la seconde, au contraire, il n'existe pas de villosités. Cependant, sous l'eau, on peut apercevoir comme un chevelu de petites villosités fines, plus courtes et beaucoup moins importantes que les villosités précédentes. On peut retrouver la présence de l'œuf ou sa trace d'insertion dans l'avortement, rien de tout cela dans la dysménorrhée membraneuse. L'examen microscopique donne encore de précieux renseignements, car, dans l'avortement, l'épithélium est pavimenteux, il est prismatique dans la dysménorrhée.

Dans le cas de *grossesse extra-utérine*, la difficulté se complique encore, puisqu'on ne trouve alors aucune partie ovulaire. Voici, d'après Wyder, ce qui permet de conclure dans ces deux cas : « Les membranes de l'œuf fécondé présentent toujours de grosses cellules déciduales irrégulièrement disposées, que l'on peut distinguer des petites cellules interglandulaires de la dysménorrhée. » Selon Ruge (1), le fait ne serait pas exact. D'ailleurs, la grossesse extra-utérine est, en général, d'un diagnostic clinique assez facile pour que l'on puisse se passer de l'examen histologique.

Ce qui caractérise donc la dysménorrhée membraneuse, c'est sa répétition, sa périodicité, son existence possible chez des vierges ou des femmes vouées au célibat, enfin l'absence des signes de la grossesse (2).

IX

Diagnostic différentiel. — Mais, lorsque la dysménorrhée est reconnue, le diagnostic n'est pas encore complet, il faut remonter à la cause, souvent difficile à trouver, car c'est elle seule qui peut permettre de poser les bases d'un traitement rationnel et souvent curatif. Il faut interroger avec soin la malade, étudier minutieusement le début, la marche, la durée de la période douloureuse et surtout ne jamais manquer de procéder à un examen physique complet. Cette recherche des signes physiques, dont nous n'avons pas parlé jusqu'à présent, a, en effet, toute son importance ici, et ce sont eux qui peuvent permettre de donner quelque certitude au diagnostic.

On palpera l'abdomen, surtout la région hypogastrique; on associera ce palper au toucher vaginal et l'on ira explorer le col, chercher le corps de l'utérus, apprécier son volume, fixer sa direction. L'exploration des culs-de-sac devra être faite méthodiquement et renseignera sur l'état des annexes. Le spéculum est aussi d'un grand secours. Il permet de voir l'état du col, son volume, sa couleur, les dimensions de l'orifice externe. L'hystéromètre, en explorant la cavité utérine, fait apprécier sa longueur, l'étroitesse de la filière cervico-utérine et sa direction. Une main exercée saisit toutes les aspérités et tous les obstacles que l'extrémité de l'instrument peut rencontrer à l'intérieur de l'organe. Enfin, il ne faudra jamais manquer de faire le toucher rectal. Il est indispensable chez les vierges, il est utile chez les autres, car il renseigne, bien mieux que le toucher vaginal, sur l'état du cul-de-sac postérieur.

Aucun de ces moyens d'exploration ne doit être omis, si l'on veut arriver à trouver la cause ou les causes de la dysménorrhée, car souvent plusieurs facteurs interviennent dans l'origine de ces troubles de la menstruation. Aussi, une division est nécessaire et elle peut être basée, d'une façon toute relative, sur le moment d'apparition de la douleur.

Quand celle-ci débute avec l'écoulement des premières gouttes de sang, il y a obstacle mécanique et c'est au niveau de l'utérus surtout que l'attention doit être fixée.

Si, au contraire, la douleur précède de quelques jours les règles, apparaît dans la période prémenstruelle, dans la phase dite congestive, et qu'elle cesse avec l'écoulement quelquefois des premières gouttes de sang, c'est en général au niveau des annexes que l'on trouvera la cause de la dysménorrhée.

Cette division est forcément artificielle, car elle n'est pas basée sur des faits toujours exacts, mais elle a l'avantage d'être simple, et de faciliter le classement des nombreux facteurs qui interviennent dans l'origine de la dysménorrhée.

A. *La douleur apparaît avec les règles.* — Il est des cas où le diagnostic est facile, car le doigt qui pénètre dans le vagin est arrêté par une bride, par un bourrelet cicatriciel qui ménage un orifice étroit que le stylet dépiste difficilement. C'est une *sténose du vagin*, cas rare, il est vrai, de dysménorrhée, car beaucoup d'auteurs, nous l'avons vu, ne la comptent pas parmi les causes de dysménorrhée.

Le diagnostic est aussi facile quand le toucher combiné au palper décèle une tumeur dure, résistante, qui remonte parfois haut dans l'abdomen et fait corps avec l'utérus Les mouvements, que provoque la main abdominale, se transmettent facilement au col et l'on reconnaît un *fibrome*, surtout si la dysménorrhée s'accompagne de métrorragie, que le col est dur, volumineux, de consistance fibreuse et enfin que l'hystéromètre montre une cavité sensiblement agrandie.

Si le doigt porté sur le col sent une masse charnue, bourgeonnante comme un chou-fleur et saignant facilement, qu'en même temps, la partie avoisinante du vagin forme comme un cercle induré qui enserre ce col, il est évident qu'il s'agit d'un *cancer du col de l'utérus*. L'écoulement vaginal est alors horriblement fétide et la malade marche rapidement vers la cachexie. Mais, parfois, ce diagnostic est très délicat. On ne voit pas de bourgeons charnus, mais une simple ulcération; ou encore, le doigt apprécie une induration du col qui étrangle son orifice externe. Enfin, toujours au niveau de l'orifice, le doigt peut contourner un petit polype qui fait hernie à l'extérieur, et ferme le canal cervico-utérin. Si l'on arrive facilement à en faire le tour, à le mobiliser, il y a des chances pour que ce soit une tumeur bénigne, mais souvent, cette tumeur est ulcérée, adhérente, et alors le diagnostic est hésitant entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne. C'est la vivisection et l'examen histologique qui permettent de se prononcer.

En allant à la recherche du fond de l'utérus, on peut apprécier facilement la direction de l'organe et se rendre compte si la dysménorrhée est due à une coudure de la cavité utérine. Dans la *rétroflexion*, l'orifice externe regarde en arrière, et il existe un angle plus ou moins marqué entre le corps et le col. On trouve dans le cul-de-sac postérieur un corps arrondi, ferme, qui se continue avec le col utérin. On reconnaît que c'est la matrice par sa forme, sa consistance, par ce fait que les mouvements se

(1) L. Ruge. Zur Œtiologie und Anatomie der Endometritis, *Zeitsch. f. Geb. und Gynæk.*, H. V., 1881.

(2) Doléris. Loc. cit.

transmettent du col au corps et réciproquement (1); et, enfin, surtout par cette crête médiane postérieure qui existe sur la face postérieure de l'utérus, et à laquelle mon maître, le professeur Le Dentu, donne une réelle importance. Sa constatation permet de se passer du toucher rectal et de l'exploration avec l'hystéromètre.

Dans l'*antéflexion*, au contraire, cause bien plus fréquente de dysménorrhée, le doigt trouve le corps utérin dans le cul-de-sac antérieur et on peut arriver à bien le saisir entre les doigts vaginaux et les doigts abdominaux. Ici encore, il faut apprécier l'angle que fait le col avec le corps. « La mobilité de l'utérus est souvent diminuée et la déviation subsiste même quand la vessie est pleine (2). » Enfin, le toucher rectal peut donner aussi d'utiles renseignements, et l'hystéromètre permet d'apprécier l'inclinaison de l'axe du col sur celui du corps et la difficulté que l'on éprouve à redresser le canal cervico-utérin.

Le diagnostic étiologique est encore facile, quand la femme présente des antécédents de *métrite*, que l'on trouve un gros col rouge, ulcéré, recouvert d'un enduit blanchâtre, qu'elle perd des mucosités qui revêtent l'aspect d'un pus tantôt verdâtre, tantôt jaunâtre. Parfois, il existe de petites hémorragies qui sont toujours restreintes dans la métrite du col, et ce ne sont jamais de vraies pertes qui sont, au contraire, le propre des inflammations de la muqueuse du corps de l'utérus.

D'autres fois, le diagnostic est difficile et ce ne peut être qu'un examen local minutieux qui peut faire reconnaître un col petit et un orifice étroit. Chez ces femmes à *utérus pubescent*, la palpation bimanuelle, le toucher rectal et le cathétérisme utérin indiquent une atrophie de l'utérus lui-même. Les organes génitaux externes sont ordinairement peu développés et enfin, le vagin est plus court que normalement.

Mais bien souvent, le toucher vaginal ne donne aucun renseignement, l'utérus semble normal et n'a rien extérieurement qui explique la dysménorrhée persistante. C'est alors qu'il faut aller avec le plus grand soin, à l'aide de l'hystéromètre, explorer la cavité utérine et apprécier le degré de *sténose du col*, si c'est elle qui occasionne la dysménorrhée. Le plus souvent, le rétrécissement existe au niveau de l'orifice externe, et il ne faut pas se hâter de conclure à un rétrécissement de l'orifice interne parce qu'on ne passe pas facilement la sonde à ce niveau. On doit s'assurer que l'obstacle n'est pas dû à ce que le bec de la sonde s'engage dans un repli de la muqueuse ou butte contre un angle en flexion.

B. *La douleur précède les règles.* — Lorsque la douleur précède de quelques jours l'apparition des règles, il y a des chances pour que la dysménorrhée soit due à un réflexe parti des annexes.

Nous ne parlerons pas des *salpingo-ovarites aiguës*; car ce sont plutôt les lésions chroniques des annexes qui donnent lieu aux troubles dysménorrhéiques. Par le toucher combiné au palper, on sent alors dans les culs-de-sac la trompe allongée, ayant la forme d'un boudin souple, plus ou moins moniliforme, plus ou moins régulier, et à côté, se trouve un corps plus douloureux, plus régulier, c'est l'ovaire. Lorsque le processus est ancien, les lésions sont si minimes que c'est à peine si les doigts apprécient un petit nodule qui représente l'ovaire et une petite corde tendue qui représente la trompe.

(1) Pichevin. Loc. cit.
(2) Pichevin. Loc. cit.

Dans le *prolapsus de l'ovaire*, le toucher permet de reconnaître, dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur dont la sensibilité nauséeuse est caractéristique. Il existe deux symptômes constants de cette mauvaise situation de l'ovaire, c'est la douleur pendant la défécation et surtout la douleur pendant le coït. C'est ce que les auteurs anglais ont appelé : *lyschezia* et *dyspareunia* (1).

Enfin, il est des cas où l'examen physique le plus minutieux ne permet pas de déceler la cause de la dysménorrhée. Il s'agit alors de troubles dus à l'*insuffisance ovarienne*, à l'*hypoovarie*. M. Dalché (2) récemment, dans une clinique, a énuméré tous les symptômes qui permettent de la diagnostiquer. Ce sont des femmes qui ont un habitus retardataire, généralisé ou localisé, une puberté tardive. Elles ont de la pâleur, de la bouffissure, du pseudo-myxœdème. Elles sont assez souvent porteuses de goitre, sont constipées habituellement et ont un nervosisme assez accentué. Le taux de l'azote et des phosphates des urines est diminué. Elles ont toujours une diminution en quantité de leurs règles, et sont inféconde ou peu fécondes.

Au contraire, et c'est le cas de la malade de M. Dalché, d'autres femmes qui ont un habitus de sexualité féminine, une puberté, une intelligence précoces, peuvent être aussi sujettes à des douleurs dysménorrhéiques intenses avec ménorragies et souvent métrorragies. Elles ne sont pas maigres, sont même bien constituées et ont de l'harmonie dans les formes. Ces malades, qui sont quelquefois remarquablement fécondes, ont un corps thyroïde plutôt petit et présentent à la longue une certaine pâleur anémique. Ce sont des cas d'*hyperactivité ovarienne*, d'*hyperovarie* avec hyperazoturie, hyperphosphaturie et nervosisme assez fréquent.

X

Traitement. — Nous ne dirons presque rien du traitement. Nous ne parlerons pas du traitement chirurgical de la dysménorrhée qui varie essentiellement suivant la cause. C'est cependant lui seul, quelquefois, qui peut apporter un soulagement à ces malades dont l'approche des règles est à bon droit redoutée.

La thérapeutique médicale présente aussi une grande importance. A l'époque des règles, une indication assez générale se présente, quelle que soit d'ailleurs la cause de la dysménorrhée. Il y a de vives souffrances et une grande excitation nerveuse à calmer. C'est à ce titre que les narcotiques, les stupéfiants, les antispasmodiques doivent être employés.

En dehors des règles, il faut surtout et avant tout soigner l'état général. Il faut lutter contre la névropathie et pour cela user des antispasmodiques, et de l'exercice. Ce sont parfois des femmes qui mangent beaucoup et souvent, qui ont de la tendance au sommeil. Il faut diminuer leur sommeil, supprimer l'alimentation carnée, l'alcool, le café, et tromper leur appétit avec des légumes.

Certains auteurs ont été jusqu'à prescrire des

(1) Paul Vallin. *Situation et prolapsus des ovaires*, Th. de Paris, 1887, n° 266.
(2) Dalché. Hyperovarie. Métrorragie virginale, Clinique med., in *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 892.

saignées générales et même locales par scarification du col et application directe de sangsues sur cet organe. Les purgatifs, fréquemment répétés et de préférence salins, donnent de bons résultats.

Enfin, l'iodure de potassium, à petite dose, et pendant longtemps, fait aussi le plus grand bien. On pourra associer l'iodure à de l'eau de Vichy qui semble atténuer les petits accidents d'iodisme.

On le prescrira de la façon suivante :

$0^{gr}25$ pendant 15 jours.
$0^{gr}50$ pendant 15 jours.
1 gramme pendant 15 autres jours.

On cessera ensuite et on laissera reposer la malade pendant cinq à six semaines, pour recommencer ainsi le traitement, deux, trois fois par an.

VARIÉTÉS

EST-IL DANGEREUX POUR LES MALADES D'ÊTRE SOIGNÉS PAR UN CHIRURGIEN OU UN ACCOUCHEUR FAISANT DE L'AUTOMOBILE?

La pratique de l'automobile entrant de plus en plus dans les mœurs médicales, il n'est pas inutile de signaler l'article que vient de publier à ce sujet le docteur Fieux, agrégé, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux (1).

A la voiture automobile, compagne du médecin, on fait deux griefs : 1° elle fait trembler la main si le médecin conduit lui-même sa voiture ; 2° elle est une source d'infection, si la main, osant s'égarer sous le capot, touche une pièce du moteur.

Le premier grief s'adresse aux personnes hypernerveuses n'ayant évidemment pas le tempérament chirurgical, on peut le négliger.

Le second grief paraissant plus sérieux, M. Fieux a prié son collègue, M. Sabrazès, de vouloir bien examiner des poussières et des résidus d'huile recueillis soigneusement sous le capot de la voiture au moyen de pipettes stérilisées. Voici le résultat de son examen :

« A l'examen microscopique, liquide oléagineux tenant en suspension surtout des particules charbonneuses, soit à l'état dissocié, soit agglomérées en petits amas hérissés. On trouve aussi quelques particules réfringentes, incolores, et quelques cristaux ressemblant à du carbonate de chaux, ainsi que des poussières et des débris végétaux.

L'examen direct au microscope ne décèle pas la présence de microbes. *L'ensemencement sur gélose donne un résultat tout à fait négatif.* »

L'existence de ces poussières aseptiques n'étonnera pas si l'on songe que ces poussières ne pénètrent sous le capot que lorsque la voiture est en marche ; c'est-à-dire à un moment où le moteur porté à une haute température peut stériliser ce qui vient se coller sur lui.

M. Fieux conclut que le fait de toucher à une pièce délicate d'un moteur à explosion est loin d'être un danger pour la main gantée d'un chirurgien ou d'un accoucheur. Qu'elle redoute plutôt le contact de malades atteints d'affections médicales diverses, et qu'elle se mette plutôt en garde contre les objets de la vie courante : tapis, gants, coussins de voiture... chevaux même, toujours riches en germes septiques, cela est notoire.

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906, n° 43.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LES SUEURS NOCTURNES

D'après Graves :

Bisulfate de quinine	$0^{g}50$
Teinture de jusquiame	6 grammes.
Sirop de sucre	25 —
Infusion de camomille	100 —

Une cuillerée toutes les trois heures. — (*Bull. gén. de thérap.*)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue médicale de l'Est. — (N° 21, 1er nov. 1906.) BERNHEIM : Doctrine de l'aphasie. Conception nouvelle (*à suivre*). — PARISOT : Action thérapeutique de la scopolamine dans la maladie de Parkinson. — (N° 22, 15 nov.) BERNHEIM : Doctrine de l'aphasie (*fin*). — S. RÉMY : Grossesse gémellaire ; avortement d'un œuf au quatrième mois ; rétention de son placenta jusqu'au moment de l'expulsion du second œuf.

Revue neurologique. — (N° 20, 30 oct. 1906.) TROLARD (d'Alger) : La circonvolution godronnée et ses prolongements sus-calleux (3 fig.). — BOUCHAUD (de Lille) : Un cas de main de prédicateur chez un paralytique général.

Semaine médicale. — (N° 42, 17 oct. 1906.) Pierre MARIE : Revision de la question de l'aphasie ; que faut-il penser des aphasies sous-corticales (aphasies pures) ? — (N° 43, 24 oct.) VULLIET : Chirurgiens et appendice vermiforme.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. XI, nov. 1906.) J. VELT : Tuberculose et grossesse. — A. EULENBURG : Sur quelques méthodes nouvelles du traitement de l'épilepsie. — W. CIMBAL : Données chimiques, physiques et morphologiques basées sur 240 ponctions lombaires. Leur valeur diagnostique et thérapeutique. — M. KATZENSTEIN : Traitement interne de la péritonite aiguë à la suite de la pérityphlite. — Toby COHN : Que savons-nous de l'action curative spécifique de l'électrothérapie dans les maladies nerveuses ou dans les maladies internes ?

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 43, 25 oct. 1906.) Werner VON JAUREGG : Sur le crétinisme marin. — BAIL : Transformation morphologique des bactéries dans le corps des animaux. — PICKER : Etudes bactériologiques sur le gonocoque. — ALT : Contribution au traitement opératoire de la paralysie faciale otogène. — FERNWALD : Sur un cas à évolution favorable d'hydramnios et d'embolie pulmonaire au vingt-quatrième jour après l'accouchement. — (N° 44, 1er nov.) MOSETIG-MOORHOF : Traitement des cavités dans les plaies opératoires. — WEISZ : Remarques sur la diazo-réaction d'Ehrlich dans la tuberculose pulmonaire. — MARCOWITCH : Méningocoque dans le sang circulant. — KHAUTZ : Sur la cholécystite typhique. — LEICHTENSTERN : Examen fonctionnel du rein restant, après néphrectomie. — LUDWIG, PAUZER et ZDAREK : Sur la source Saint-Rupert dans le bain Abthenau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 14 novembre 1906.

A une énorme majorité, l'assemblée plénière des anciens internes et internes en exercice des hôpitaux de Paris s'est prononcée pour le retrait pur et simple du certificat d'études médicales supérieures.

A la presque unanimité, il a été voté un ordre du jour demandant que les praticiens fussent consultés pour la réforme urgente des études médicales.

Tels sont les faits principaux qui se dégagent de la réunion de samedi soir dont nous rendons compte d'autre part. Il faut savoir gré à la Société de l'Internat et à son dévoué président Vaquez d'avoir pris l'initiative de ce mouvement. Il aura montré à ceux qui en doutaient encore l'immense impopularité dont jouit dans le corps médical l'enseignement dogmatique de la Faculté. Il aura démontré aussi que les internes et anciens internes entendent être avant tout des *praticiens* et qu'ils défendront jusqu'au bout les intérêts professionnels dans leur acception la plus large et la plus élevée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour une place de médecin résidant, à l'hôpital Saint-André, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur L. de Boucaud.

MUSTAPHA, ALGER. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Aboulker est nommé chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital de Mustapha.

— *Concours pour le prix Poisson et l'internat de première classe.* — Le prix Poisson est décerné à M. Sicard.

Sont nommés internes de première classe : MM. Viallet, Lelouch, Legagneur et Quilichini.

— *Concours de l'externat.* — Sont nommés externes titulaires : M. Gautruche, Mlle Garnier, MM. Laffont, Poli, Yung, Adad, Dana, de Gournay, Coudray ; et externes provisoires : MM. Mahiddine, Phéline, Soucy et Aboulker.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le professeur Mairet vient d'être réélu doyen pour une nouvelle période de trois ans.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — A la suite du concours qui vient de se terminer devant la Faculté de Montpellier, M. le docteur Leblanc a été nommé professeur suppléant d'anatomie.

Après concours, M. le docteur Warot a été nommé chef de clinique chirurgicale et M. Ciavaldini, aide d'anatomie.

GUERRE. — M. Loison, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Versailles, est nommé professeur (chirurgie d'armée : blessure de guerre) à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

M. Schneider, médecin-major de deuxième classe à l'Ecole supérieure de guerre, est nommé répétiteur (microbiologie, parasitologie, chimie et physique biologiques) à l'Ecole du service de santé militaire.

M. Rieux, médecin-major de deuxième classe au 41e d'infanterie, est nommé répétiteur (physiologie, histologie et anatomie pathologique) à l'Ecole du service de santé militaire.

LE GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE vient de se reconstituer. Il a formé son bureau de la manière suivante : président, M. Labbé, sénateur ; vice-présidents, MM. Lannelongue, sénateur, et Dubuisson, député ; secrétaires, MM. Pédebidou, sénateur, et Cazeneuve, député ; questeur, M. Devins, député.

Le groupe s'est occupé de la question du certificat d'études médicales supérieures et s'est ajourné à jeudi prochain, pour continuer la discussion de cette question sur la demande de M. Reymond.

ASSOCIATION DES MÉDECINS LÉGISTES. — L'Association des médecins légistes de l'Université de Paris, représentée par MM. les docteurs Pierreson, président, Charles Bonnet, vice-président, Dabout et Logez-Duc, secrétaires, accompagnés du statuaire Jean Camus, a remis samedi soir à Mme Paul Brouardel, la plaquette offerte par les élèves et les amis du regretté maître.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1618.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

OSTÉOME DU SINUS MAXILLAIRE

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Le malade qui va faire l'objet de cette clinique vous représentera un type relativement rare des tumeurs des mâchoires : l'ostéome du maxillaire ou plus exactement du sinus d'Highmore, car c'est dans son intérieur que s'est développée l'affection dont il s'agit.

Ce jeune homme est âgé de vingt-cinq ans. Nous n'avons rien pu retrouver dans ses antécédents pathologiques : notamment pas de signes ni de stigmates de syphilis.

C'est à l'âge de treize à quatorze ans qu'il vit apparaître pour la première fois la tumeur qui l'amène à l'hôpital. Elle faisait alors saillie au niveau de la joue droite et mit un an à acquérir son volume définitif : elle est depuis lors stationnaire.

Aucun symptôme du côté du cerveau, de l'orbite ou des fosses nasales.

Un médecin consulté avait déconseillé l'opération et le malade supportait patiemment sa tumeur.

Au début de 1902 apparaissent des signes d'infection locale : le malade ressent des douleurs intermittentes et limitées à la joue. Quelque temps après, écoulement de sang et de pus par la seconde prémolaire droite. Il consulte alors un deuxième médecin qui l'adresse à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, on se trouvait en présence d'une tumeur infectée, sa consistance était éburnée, homogène, et la pression faisait sourdre le long du rebord gingival une sérosité louche et fétide.

Nous nous sommes bornés alors à un simple curetage de la cavité suppurante par la fosse canine. Nous étions en effet en présence d'une tumeur bénigne qui ne légitimait pas une résection systématique du maxillaire supérieur. Une résection économique était d'autre part contre-indiquée par la sinusite concomitante et la consistance de la tumeur dont le morcellement eût été dangereux.

Le malade partit, guéri de ses douleurs dues à la suppuration; la tumeur même paraissait s'être un peu affaissée.

Il resta ainsi amélioré plus d'un an, puis la cavité opératoire, restée ouverte dans la bouche, s'infecta de nouveau, deux petites fistules se formèrent sous le rebord orbitaire, et la tumeur augmenta de volume.

Nous nous décidâmes à en finir et à débarrasser le malade par une opération plus large, et de sa tumeur et de l'infection qu'elle entretenait.

L'incision première fut rouverte et agrandie et en quelques coups de pince-gouge, nous fîmes sauter les restes de la paroi antérieure du sinus, refoulée et amincie.

La tumeur apparut alors recouverte de fongosités, sa surface était arrondie, sa consistance éburnée et en essayant de la délimiter, nous pûmes constater, avec satisfaction, qu'elle s'était en quelque sorte mobilisée, probablement sous l'influence de la suppuration ; on eût dit que celle-ci tendait à l'énucléer et à la transformer en un séquestre en « grelot » incarcéré dans la cavité sinusienne agrandie.

Quelques coups de pince-gouge sur les parois du maxillaire et un coup de levier au moyen d'un ciseau courbe achevèrent de la libérer.

La tumeur enlevée avait le volume d'un petit œuf de poule, la dureté de l'ivoire.

La coque osseuse restante représentait le maxillaire en totalité, sauf sa paroi antérieure; restaient la paroi nasale et le palais déviés, restaient le plancher de l'orbite et l'arcade dentaire non déformés.



Fig. 1.

Les phénomènes inflammatoires et douloureux ont de nouveau disparu, mais la plaie après désunion secondaire ne s'est comblée que lentement par bourgeonnement.

Le malade revient nous voir aujourd'hui, dix-huit mois après, avec une cicatrice beaucoup plus restreinte que nous ne l'avions espéré : un peu d'abaissement de la paupière inférieure et de refoulement du nez sont tout ce qui lui reste de son affection. (Fig. 1.)

Je ne vous entretiendrai pas longuement du diagnostic différentiel rétrospectif de cette affection qui fut aisé, mais j'aurai à vous dire quelques mots de l'évolution et du traitement de ces ostéomes de la face, dont je vous présenterai une nouvelle pièce provenant de notre musée.

Nous avions affaire ici à un ostéome suppuré du sinus maxillaire; aurions-nous pu, égarés par cette suppuration, diagnostiquer un empyème simple de l'antre d'Highmore? Je vous rappellerai, Messieurs, à ce propos, ce malade de notre salle Saint-Sacerdos, atteint d'un épithélioma massif suppuré du maxillaire inférieur, et chez lequel plusieurs d'entre vous, surpris par ce pus et ces fistules, ainsi que par la marche aiguë de l'affection, avaient pensé à une fluxion dentaire. Au sinus maxillaire même, je vous citerai un cas semblable, observé quelque temps auparavant chez une femme de la salle Saint-Pierre, qui présentait deux fistules sous-orbitaires conduisant au centre d'un sinus aux parois épaissies : là encore il s'agissait d'un cancer étendu que nous ne

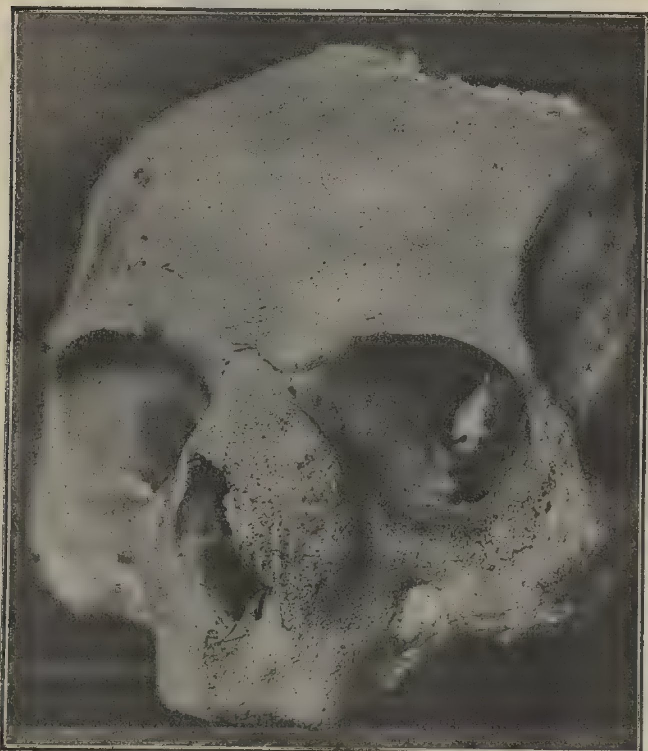
pûmes enlever que partiellement; l'homme est mort peu de temps après notre intervention; la femme n'échappera malheureusement pas à une récidive prochaine. Vous retiendrez de ces cas et de ce que vous avez déjà lu dans vos livres la *fréquence de la suppuration dans les cancers de la face*, fait d'une grande fréquence et d'une grave importance clinique, et vous ne vous en laisserez pas imposer par les allures inflammatoires d'un néoplasme ulcéré ou non. Mais ici le diagnostic s'imposait; il était évident qu'il y avait une tumeur sous cette suppuration et qu'il ne s'agissait pas simplement d'une hyperostose réactionnelle, la tuméfaction étant trop limitée et trop volumineuse, la suppuration trop récente.

Devions-nous discuter plus longuement sur le siège ou la nature de cette tumeur? Elle siégeait avec évidence dans le sinus dont elle avait déformé le bord inférieur alvéolaire et la face antérieure jugale, mais n'y avait-elle pas pénétré, ou n'en était-elle pas sortie? Eh bien, Messieurs, nous ne percevions ni du côté des fosses nasales, ni vers l'orbite et le crâne, de prolongements du néoplasme; nous n'en observions aucun trouble fonctionnel. La tumeur était née dans le sinus; elle n'en avait point, sinon déformé, du moins franchi les parois.

Quelle en était la nature? Ici encore peu d'hésitations, du fait de la lenteur d'évolution, de l'absence d'anesthésie du sous-orbitaire et surtout de la consistance éburnée du néoplasme. Il s'agissait d'une tumeur bénigne et osseuse, d'une exostose ou d'un ostéome. L'épithélioma du sinus, les autres tumeurs bénignes ou malignes ne pouvaient entrer en discussion. Le rhinosclérome est une affection parasitaire des fosses nasales à évolution lente et de consistance dure, mais qui n'envahit guère le sinus avant d'avoir formé au niveau des narines des bosselures caractéristiques, il n'atteint guère d'autre part la consistance éburnée d'un ostéome.

Vous savez que ce dernier nom a été donné à une série d'affections fort disparates qu'on rencontre au niveau des mâchoires et des fosses nasales. Nous passons sur les hypertrophies osseuses diffuses de la face, telles qu'on en voit surtout au maxillaire inférieur, il est vrai, dans l'acromégalie et la maladie de Paget et, paraît-il aussi, au niveau du sinus maxillaire dans l'ostéopathie hypertrophiante pneumique, tout autant de raretés que le complexus clinique permet d'identifier. Dans ces malformations symétriques, diffuses et non progressives, tout nous indique un trouble trophique et non une tumeur. Mais dans le groupe des hypertrophies localisées des mâchoires nous retrouvons encore des exostoses et des ostéomes. Les premières, productions inflammatoires et irritatives, les seconds, formations néoplasiques, du moins en théorie et d'après la terminologie classique, car toutes ces affections sont assez semblables; en pratique on parlera d'ostéome quand une exostose n'aura pas fait ses preuves inflammatoires (abcès dentaire, suppuration), tuberculeuses ou surtout syphilitiques. Notre malade n'a pas d'autre exostose ostéogénique, il n'accuse pas la syphilis dont nous ne lui trouvons d'ailleurs aucun stigmate, nous parlons donc d'ostéome vrai. Il s'agit là d'une tumeur bénigne évoluant lentement, ne récidivant guère, naissant plus volontiers dans le sinus, mais capable au cours de son évolution d'entraîner la mort par complications locales du côté du cerveau.

L'opération, indiquée dans notre cas au simple point de vue orthopédique, a donc chez d'autres malades des indications plus pressantes. Nous vous en



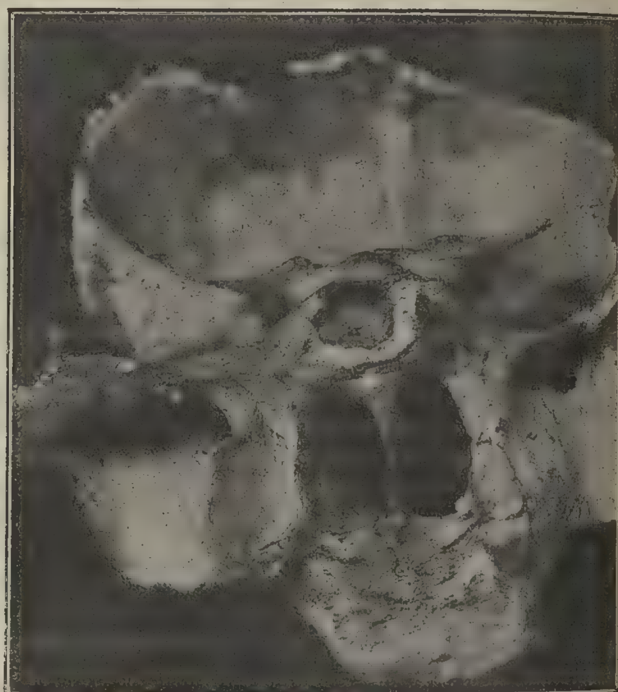


Fig. 2 et 3.

avons indiqué les difficultés relevant de l'étendue et de la consistance de la tumeur que l'on ne saurait morceler. Notre cas vous représentera un exemple relativement favorable d'un ostéome limité au sinus, décollé en séquestre par la suppuration et cueilli assez facilement par la trépanation large de l'antre d'Highmore.

P.-S. — Pour terminer, nous vous présentons la pièce (fig. 2 et 3) à laquelle nous avons fait allusion et concernant un sujet exempt de syphilis. Vous y verrez un type de ces « leontiasis ossea »relevant moins ici d'une hypertrophie diffuse des mâchoires que d'ostéomes multiples. Vous observez, à côté d'un épaississement en masse du palais osseux, un gros ostéome sur la branche montante du maxillaire supérieur gauche, ayant poussé un prolongement postérieur qui déforme la paroi interne de l'orbite et atteint le sinus sphénoïdal. Ce malade est mort d'une affection intercurrente, mais vous comprenez que, malgré la bénignité générale de son ostéome, il n'eût pas été loin d'en mourir du fait de complications encéphaliques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1906)

A propos des injections d'huile grise. — M. QUEYRAT, en réponse aux communications faites dans la dernière séance, insiste sur l'utilité, sur l'innocuité, des injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis. Il dit que toutes les objections que l'on a faites contre cette méthode sont théoriques et qu'il convient d'envisager les choses pratiquement. Il fait, à ce propos, remarquer qu'il fait, par an, environ 10000 injections d'huile grise et qu'il en est encore à constater des accidents sérieux. Il estime donc que cette méthode doit être considérée comme le traitement de choix pour la syphilis ouvrière; ce qui souvent provoque l'intoxication, c'est la coutume suivante, en réalité très fréquente : un syphilitique n'a qu'un désir, de guérir vite. Il va dans un hôpital où on lui fait une injection d'huile grise, il pense qu'll guérira plus vite s'il prend une grande quantité de drogues et va dans un autre hôpital où on lui prescrit des pilules qu'il prend et, en fin de compte, peuvent survenir des phénomènes graves. M. Queyrat place les injections de sel soluble après les injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis ordinaire.

L'aphasie et la troisième circonvolution. — M. MARIE apporte des pièces anatomiques qui prouvent, une fois de plus et à l'évidence, que l'aphasie la plus caractéristique peut exister sans lésion aucune de la troisième circonvolution frontale. Il a prouvé ainsi nettement dans la précédente séance que des lésions profondes de cette même circonvolution peuvent se rencontrer sans que l'aphasie ait existé.

Les « épistaxis méningées » au cours des maladies hypertensives. — MM. VAQUEZ et ESMEIN. Les maladies hypertensives (saturnisme, urémie, éclampsie puerpérale) provoquent très facilement, on le sait, l'apparition de phénomènes hémorragiques qui parfois atteignent l'appareil nerveux et peuvent être rapidement mortelles (hémorragies cérébrales, méningées, etc.) et d'autres fois se manifestent sous forme de petites ruptures hémorragiques à répétition et sans pronostic fatal proche (épistaxis, purpura, hémorragies rétiniennes, gingivales, etc.). Toutes reconnaissent comme causes : l'altération des vaisseaux d'une part, de l'autre, et surtout, l'hypertension vasculaire.

Les auteurs se sont assurés que le névraxe pouvait être le siège, non pas seulement de ces grandes hémorragies qui sont le plus connues, mais aussi de petits épanchements sanguins, de véritables suintements, d'*épistaxis* qui ne se reconnaissent qu'à un examen très attentif.

Ce sont de petites hémorragies méningées, comme ils en ont constaté chez un malade brightique ayant une tension artérielle de 25 centimètres et qui présentait d'autre part des hémorragies multiples à répétition, purpura, suintement sanguinolent des gencives, hémorragies rétiniennes et surtout épistaxis nasales. Le malade se plaignait en outre de céphalée violente à siège occipital, ce qui amène, dans un but thérapeutique, à pratiquer des ponctions lombaires répétées.

Le liquide retiré, très clair, présentait au début des hématies en assez grand nombre et ultérieurement une lymphocytose presque pure. A l'autopsie les auteurs ont trouvé un dépôt sanguin au niveau de la partie inférieure du cul-de-sac arachnoïdo-pie-mérien.

Diagnostic du bouton d'Orient par la recherche du piroplasme. — MM. L. NATTAN-LARRIER et NICOLAÏDÈS. Le diagnostic du bouton d'Orient (clou de Biskra, bouton d'Alep, bouton du Nil) relativement facile lorsque la lésion se présente sous son aspect caractéristique chez un sujet ayant séjourné dans une région nettement contaminée, devient plus malaisé lorsqu'il s'agit de reconnaître une lésion atypique survenue dans un pays où coexistent plusieurs variétés d'ulcération tropicale. C'est alors que la recherche du parasite décrit par Bright, Laveran et Mesnil peut prendre une importance considérable. A l'appui de cette opinion, les auteurs rapportent l'histoire d'une malade originaire de Constantinople qui fut atteint à Alep même d'une lésion cutanée d'aspect papuleux. Le diagnostic de bouton d'Orient fut posé, mais la papule s'élargit seulement sans s'ulcérer, et lorsque trois mois plus tard le malade vint en France, il semblait atteint non pas de bouton d'Alep, mais d'une tuberculide de la peau. Pour trancher la question, les auteurs pratiquèrent la scarification de l'élément, et firent avec la sérosité ainsi obtenue des préparations où les piroplasmes libres ou intra-cellulaires se rencontraient en nombre considérable. Après avoir rappelé la technique de cette étude et l'aspect du parasite, les auteurs notent qu'à mesure que la lésion se flétrissait davantage, les piroplasmes y devenaient plus rares. Ils insistent aussi sur l'existence du parasite dans le sang de la circulation locale, fait qui laisse mieux comprendre la transmission de la maladie par les insectes parasites et les moustiques.

MM. Vaquez et Esmein ont eu la confirmation de ces faits dans deux autres cas observés.

Il est important de savoir que des hémorragies méningées légitimes peuvent ne déterminer aucune coloration du liquide céphalo-rachidien et que chez les malades en état d'hypertension, une lymphocytose peut n'être qu'une conséquence réactionnelle d'une petite hémorragie antérieure, dont la constatation peut se faire à l'occasion d'une poussée hémorragipare nouvelle; celle-ci coïncide très habituellement avec des cépha-

lées violentes, à siège surtout occipital, comme on en voit chez ces malades.

Au point de vue thérapeutique, la ponction lombaire, qui quoi qu'on en ait dit ne saurait être un traitement efficace de l'urémie, pas plus que de l'éclampsie, soulage alors le symptôme si pénible de la céphalée à condition qu'elle soit copieuse. Il est nécessaire alors de retirer de 20 à 30 centimètres cubes, et il est également intéressant de noter que ces saignées blanches sont très bien supportées par les malades et ne déterminent aucun trouble réactionnel.

Parotidite double suppurée au cours du cancer de l'estomac. — MM. Barié et Billaudet rapportent l'observation d'une malade qui a succombé à un cancer de l'estomac compliqué tardivement de parotidite double suppurée due au staphylocoque et au tétragène. Après avoir constaté la rareté de ces faits; les auteurs recherchent leur pathogénie dans le cancer de l'estomac d'origine canaliculaire, l'infection de la glande se produit en raison des modifications de quantité et de qualité que subit la salive dans le cancer et de l'altération probable du parenchyme glandulaire, tandis que, parallèlement, les microbes habituels de la bouche augmentent de virulence. La stomatite, fréquente dans les états cachectiques, et surtout la suppression de l'alimentation par la bouche paraissent favoriser au plus haut point l'apparition de cette complication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 21 novembre 1906)

Fractures du cou de pied. — La communication faite dans la dernière séance par M. Chaput est devenue le point de départ d'une discussion importante sur cette question de pratique chirurgicale peut-être un peu trop délaissée par certains chefs de service dans nos hôpitaux. Cette complication des déviations secondaires sur laquelle porte surtout cette discussion semble bien montrer que, d'une façon générale, on ne surveille pas assez attentivement ni assez longtemps ces sortes de fractures.

M. Schwartz veut présenter quelques considérations relatives seulement aux fractures bimalléolaires et aux fractures de Dupuytren avec déviation du pied et luxation en arrière dans quelques cas. Il divise ainsi les fractures : 1° fractures bimalléolaires avec abduction; 2° fractures avec abduction et extension du pied; 3° fractures avec déplacement essentiel du pied, sans luxation; 4° fractures compliquées d'une dislocation tibio-péronière antérieure. Cette classification répond à la gravité croissante des fractures du cou-de-pied. Cela étant admis, M. Schwartz estime qu'il y a trois facteurs essentiels dans le traitement de ces fractures : 1° il faut les réduire le plus tôt possible en ayant recours à l'anesthésie générale, sauf contre-indication; 2° quand il y a du gonflement, appliquer le vieil appareil de Dupuytren jusqu'à ce que le gonflement ait disparu; appliquer alors l'appareil plâtré et maintenir le pied en bonne position jusqu'à ce que le plâtre ait durci. Pour que le pied soit en bonne position, il faut que l'axe du tibia passe entre le premier et le deuxième orteils. Dans ces fractures, il y a souvent une tendance à l'extension; pour l'éviter, M. Schwartz a soin de fixer le pied un peu en flexion. Il laisse l'appareil quarante à cinquante jours et on ne commence la mobilisation et les massages qu'après ce laps de temps, c'est-à-dire après la consolidation complète. Avec ce mode de traitement on arrive généralement à prévenir les déviations secondaires. Dans un certain nombre de cas, M. Schwartz a eu beaucoup de peine à obtenir et à maintenir la réduction. Cependant il n'a pas eu de ces catastrophes nécessitant des arthrotomies secondaires. Telle est la conduite que tient M. Schwartz dans le traitement des fractures du cou de pied. Il montre plusieurs radiographies qui témoignent des bons résultats qu'il en a obtenus.

M. Berger, des diverses questions soulevées par M. Chaput, ne veut retenir que celle des déviations secondaires à la suite de fractures du cou de pied, en apparence bien consolidées. Il faut tout d'abord en distinguer les fractures bimalléolaires des fractures de Dupuytren proprement dites. En général les fractures bimalléolaires bien traitées se consolident bien. Dans quelques cas, il y a déviation du pied en arrière. M. Delbet a parfaitement décrit ces accidents : on voit des malades qui, longtemps après la consolidation de leur fracture, sont pris de douleurs, de crampes et ne peuvent plus marcher. On constate chez ces malades un peu de chute du pied en arrière, un peu d'allongement du talon. Au niveau du bord antérieur du plateau tibial se fait en avant un déplacement qui survient tardivement sous l'influence de la traction des muscles postérieurs; il en résulte un trouble de la locomotion, des contractures, de la rétraction qui rendent la marche impossible. Il se peut que les fractures bimalléolaires, en apparence bien consolidées, conservent une certaine laxité, que l'astragale se porte en arrière et que la jambe soit en état d'équilibre instable, d'où l'impotence fonctionnelle.

Quant aux fractures de Dupuytren, la question est plus complexe. Elles prêtent aussi à des déplacements tardifs. La déformation est due ici à ce que la fracture est mal consolidée ou n'est pas réduite. La déviation consécutive est presque la règle dans ces cas, parce qu'il est fait un léger déplacement en dehors et en arrière d'où résultent des troubles de la locomotion. Les malades marchent de moins en moins bien. On croit à une consolidation régulière alors qu'elle est vicieuse. Témoin, le fait de M. Delbet qui a été rapporté dans la dernière séance. Il se fait des déplacements tardifs, même à la suite d'une bonne consolidation apparente. Ces faits ne sont pas exceptionnels. Ils exigent une surveillance soutenue.

Pour obtenir une correction parfaite, il faudrait maintenir le membre, au moment de l'application de l'appareil plâtré pendant des heures, jusqu'à durcissement complet du plâtre. Il faudrait, en outre, surveiller le maintien de la réduction pendant les jours consécutifs. M. Berger applique d'abord un appareil de Scultet modifié; il applique le plâtre plus tard et le laisse longtemps. Malgré toutes ces précautions, il est des cas où la réduction et la consolidation sont impossibles. Il pense qu'il est préférable de ne pas recourir au chloroforme pour la réduction de ces fractures.

Fracture de Maisonneuve. — M. Quénu communique une observation rare de fracture de Maisonneuve, avec diastasis. Il s'agit d'une fracture du péroné. M. Quénu a été frappé depuis longtemps du rôle du diastasis sur les accidents éloignés dans ces fractures; il en est de même pour les fractures bi-malléolaires. Dans le cas présenté par M. Quénu, il s'agit d'une fracture type de Maisonneuve. Il a fait la résection du plateau tibial.

M. Routier a publié deux cas de fractures du péroné avec diastasis.

M. Potherat a observé plusieurs exemples de fractures de Maisonneuve, avec diastasis.

M. Sieur en rapporte aussi un exemple; il s'agit d'une

fracture qui s'est produite dans un exercice de voltige à cheval.

Le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale. — M. J.-L. Faure a voulu se rendre compte des résultats que lui a donnés l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer du col de l'utérus. Il a donc cherché à savoir ce qu'étaient devenues ses malades opérées, et c'est le résultat de ces recherches qu'il apporte aujourd'hui.

Depuis le 5 août 1896, date de sa première opération, M. Faure a fait exactement quarante hystérectomies abdominales pour cancer. Mais toutes ces hystérectomies n'ont pas été exécutées suivant la même technique. Celle-ci a passé par trois étapes. Dans une première période qui s'étend jusqu'à la fin de 1901, cette technique a été incertaine, M. Faure a fait des opérations irrégulières, tâtonnantes; au début de 1902, il a commencé à employer la technique de Wertheim, et enfin depuis le commencement de cette année 1906, il a exécuté un certain nombre d'hystérectomies par la méthode vagino-abdominale.

Au cours de ces trois périodes successives, la gravité de l'intervention opératoire a été sans cesse en décroissant. C'est ainsi que la première série comprend 15 cas avec 9 morts (mortalité 60 p. 100); la seconde 18 cas avec 6 morts (mortalité 33 p. 100); la dernière, 7 cas avec une seule mort (mortalité 14 p. 100). La gravité opératoire considérable des deux premières séries d'opérations tient avant tout pense M. Faure à ce qu'il a opéré trop de malades qui présentaient des lésions trop étendues nécessitant des délabrements trop considérables, des dissections longues et pénibles. Toutes les morts, sauf une survenue par hémorragie, ont été le résultat d'accidents septicémiques.

Sur les 24 malades qui ont survécu à l'opération, il faut éliminer tout d'abord les 6 dernières, opérées depuis un maximum de six mois et qui sont trop récentes pour qu'on en puisse tirer un enseignement quelconque, 2 d'entre elles qui avaient des lésions très graves et qui ont été opérées incomplètement, sont en pleine récidive, les 4 autres sont en parfaite santé. Les 18 opérées restantes appartiennent 6 à la première série et 12 à la seconde. Les 6 premières comprennent : une malade perdue de vue, 3 récidives rapides, 1 récidive au bout de six ans, cette malade actuellement vivante ayant été opérée pour la première fois il y a huit ans et deux mois; une guérison datant de sept ans et sept mois. Les 12 malades de la deuxième série comprennent : une malade perdue de vue; une récidive rapide, une récidive suivie de mort au bout de vingt-trois mois; 9 guérisons, une depuis un an et deux mois, une depuis un an et quatre mois, une depuis deux ans et quatre mois, une depuis deux ans et dix mois, une depuis trois ans et quatre mois, une depuis trois ans et six mois, une depuis quatre ans, une depuis quatre ans et cinq mois, une depuis quatre ans et six mois.

Ainsi même en comptant les 2 malades disparues comme mortes de récidive, on voit que, sur 18 malades, il y en a 10, soit 55 p. 100, qui se présentent aujourd'hui avec des survies sérieuses et plusieurs avec des guérisons qui paraissent durables. En envisageant seulement les malades opérées par la méthode de Wertheim, on voit que sur 12 femmes ayant survécu à l'opération, 9 restent sans récidive après un temps qui varie depuis un an et deux mois à quatre ans et six mois. L'opération de Wertheim est longue, difficile, fatiguante, mais le résultat qu'elle permet d'obtenir montre qu'elle récompense largement le chirurgien de la peine qu'il s'est donnée. Les malades qui ont subi cette opération portaient d'ailleurs toutes des lésions avancées et deux ou trois d'entre elles pouvaient même être considérées comme presque inopérables.

Si malgré cela ces cas ont pu donner les bons résultats que nous venons d'exposer, n'avons-nous pas le droit d'espérer qu'en opérant de bonne heure et en employant une bonne technique, nous obtiendrons des succès plus brillants encore et qui ne le céderont peut-être en rien à ceux que nous obtenons dans le cancer du sein? M. Faure insiste sur l'importance qu'il y a à faire passer cette conviction dans l'esprit des médecins qui sont les premiers à voir les cancers de l'utérus.

M. Delbet montre une préparation histologique type de cancer de l'utérus; l'examen a été vérifié par M. Cornil. Cette malade a été opérée il y a dix ans, par la simple amputation du col. Il n'y a pas trace de récidive.

Hypertrophie mamellaire. — M. Chaput présente une malade atteinte d'hypertrophie considérable, ligneuse, des deux mamelles, avec adhérences à la peau. Il traite cette malade par la compression.

Tubercule de l'urètre. — M. Hartmann montre un cas de tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre qu'il a opérée.

Double fistule vésicale. — M. Hartmamn présente aussi une malade qui était atteinte d'une double fistule vésicale, l'une vésico-intestinale, l'autre vésico-vaginale; cette malade rendait donc des matières par le vagin. Il a successivement fermé, d'abord la fistule vésico-intestinale, puis la fistule vésico-vaginale.

Kystes hydatiques du foie. — M. Delbet présente une malade qu'il a opérée de deux kystes hydatiques du foie par sa méthode, avec un plein succès.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

(Séance du 25 novembre 1906)

Après des présentations de malades par M. Doyen et par M. Monnier, la conférence habituelle a été faite par M. Monprofit sur **la chirurgie de l'estomac.**

M. Monprofit a examiné successivement dans un rapide exposé les indications de la chirurgie gastrique, d'abord dans les affections malignes, ensuite dans les affections chroniques de l'estomac.

1° Dans les *affections cancéreuses* de l'estomac, il a montré qu'une intervention radicale procurant une guérison définitive peut être faite au début avec succès, si le sujet n'est pas affaibli par une trop longue temporisation. La gastrectomie plus ou moins étendue, est sans doute une sérieuse opération, mais toute sa gravité résulte actuellement de l'extension des lésions locales ou de l'affaiblissement de l'état général, conditions qui ne dépendent ni de la chirurgie ni du chirurgien, et qui sont attribuables seulement à la marche naturelle de la maladie.

La gastro-entérostomie, opération palliative dans le cas de cancer, est une opération infiniment plus bénigne, bien qu'elle s'adresse seulement aux cas les plus graves qui ne peuvent bénéficier d'une intervention radicale. Le soulagement et le bien-être qu'elle procure si rapidement aux malades chez qui elle est indiquée, la mettent au-dessus de toutes les opérations palliatives que nous pouvons pratiquer pour des cancers inopérables et la légitiment à un tel point que nous ne sommes

pas autorisés à la refuser lorsqu'elle nous paraît indiquée.

2° Dans les affections chroniques non cancéreuses et surtout dans l'*ulcère gastrique*, M. Monprofit a exposé les raisons qui imposent l'intervention de plus en plus fréquente, qu'il s'agisse en effet soit d'hémorragies répétées, de vomissements incessants, d'intolérance gastrique, de perforations, de périgastrite ou seulement de douleurs persistantes ramenés par le moindre écart de régime, après une période d'amélioration plus ou moins nette, l'intervention chirurgicale peut remédier à tous ces troubles d'une façon à peu près certaine.

Dans les hémorragies graves, l'intervention est plus discutable, dans les atonies gastriques, le résultat est moins nettement obtenu.

Mais d'une façon générale on peut dire que la thérapeutique chirurgicale des troubles chroniques de l'estomac s'adresse à l'immense majorité des cas qu'un traitement judicieux n'a pu améliorer.

ACTUALITÉS

LE BLANC DE CÉRUSE DEVANT LE SÉNAT

Le Sénat a abordé, dans sa séance du 23 novembre, la discussion de la proposition relative à l'emploi du blanc de céruse.

Après un excellent exposé de la question par M. le docteur Pédebidou, rapporteur, l'honorable M. Gourju, sénateur de Lyon, a pris la parole au nom de ceux qui sont partisans non de la suppression, mais de la réglementation de l'emploi de la céruse dans les travaux de la peinture en bâtiments.

M. Gourju nous montre combien fut souvent exagérée une campagne qui aurait dû rester exclusivement médicale.

La question, dit-il, fut soulevée pour la première fois en novembre 1900. Un journal raconta l'histoire mensongère de deux enfants soi-disant empoisonnés par la céruse, puis la campagne fut poursuivie. Les outrages furent prodigués à notre ancien collègue M. Treille, qui est cependant, nous le savons tous, un parfait galant homme (Approbation), et cela parce que M. Treille était l'adversaire de la suppression du blanc de céruse. M. Armand Gautier fut également violemment calomnié parce qu'on le représentait comme inféodé aux intérêts des cérusiers, à la suite, disait-on, d'un succulent déjeuner offert par M. Expert-Bezançon. (Exclamations.)

M. Fallières, alors candidat dans le département de Lot-et-Garonne, fut violemment attaqué dans une affiche du syndicat d'ouvriers peintres, sous le prétexte qu'il avait refusé de recevoir une délégation du syndicat et des victimes de la céruse. Tels sont les procédés par lesquels les adversaires de la céruse ont mené leur campagne. N'est-ce pas intolérable ? (Très bien ! et applaudissements sur divers bancs.)

Mais enfin si cette campagne était inadmissible dans la forme, était-elle justifiée au fond ? La céruse est-elle si meurtrière qu'on le dit ?

J'en parlais au cours des vacances dernières avec un ouvrier peintre. Cet ouvrier me déclarait que seuls les ouvriers ne prenant pas de précautions de propreté s'intoxiquent par l'usage de la céruse. Cet ouvrier ajoutait que lui-même maniait de la céruse depuis trente ans et sans aucun dommage, tout simplement parce qu'il ne mangeait pas et ne fumait pas sans s'être lavé les mains auparavant. Voilà la vérité. La céruse n'empoisonne que ceux qui le veulent bien, c'est-à-dire ceux qui sont malpropres ou alcooliques.

Pourquoi ne supprime-t-on pas l'absinthe ? ajoute-t-il, avec beaucoup de raison à notre avis.

En terminant M. Gourju cite, au milieu de l'hilarité, l'exemple d'un journal, « le leader des anticérusiers », qui aurait laissé pendant dix-huit mois employer la céruse pour des travaux qu'il faisait exécuter dans son immeuble.

Avec M. le docteur Léon Labbé la question est ramenée magistralement sur le terrain médical qu'elle n'aurait jamais dû quitter.

Les statistiques, dit-il, industrielles et hospitalières ne sauraient donner une idée de la gravité de l'intoxication saturnine et les arguments que, dans son très important travail, notre ancien collègue M. Treille a pu tirer des documents provenant des hôpitaux n'ont pas la valeur que l'on pourrait penser devoir leur attribuer. (Très bien !)

L'ouvrier employé dans les industries diverses où le plomb est manié et subissant l'intoxication saturnine traverse deux périodes schématiques bien distinctes.

La première est celle des accidents saturnins aigus pendant laquelle il est justiciable de la statistique ou hospitalière ou industrielle.

La seconde est celle des accidents chroniques, résultant de l'imprégnation saturnine. Pendant cette seconde période il échappe, dans l'immense majorité des cas, à toute statistique.

Un individu travaille dans une industrie facteur d'intoxication saturnine. Il y est pris d'un accident aigu (colique de plomb ou paralysie des avant-bras, pour citer les deux plus fréquents et les plus caractéristiques des accidents aigus), il entre à l'hôpital et il est étiqueté sous un diagnostic qui indique l'intoxication saturnine. Il figure, à ce moment, dans la statistique hospitalière et son cas est nettement porté à l'actif des méfaits causés par l'industrie du plomb.

D'autre part, il est aussi justiciable de la statistique que peuvent fournir les industriels ou les inspecteurs du travail.

A ce moment, tout le monde sait que ce malade a interrompu son travail sous l'influence d'un accident saturnin aigu.

Les accidents saturnins aigus sont donc, statistiquement, assez bien connus, mais ce sont de beaucoup les moins dangereux, ceux dont on ne meurt guère. (Très bien !)

Dans un autre cas : après plusieurs années de travail, après avoir présenté une série d'accidents aigus, quelquefois même sans avoir présenté aucun accident aigu bien appréciable, l'ouvrier s'est complètement imprégné du poison plombique, celui-ci a pris possession lentement et progressivement de tout l'organisme, y créant des lésions indélébiles dont les principales sont la dégénérescence et l'induration de toutes les artères (artériosclérose) et la profonde altération du rein (néphrite chronique et mal de Bright).

A ce moment l'ouvrier a dû cesser le travail pour toujours; il n'est plus qu'un invalide, il est condamné à être un pilier d'hôpital et à traîner de service hospitalier en service hospitalier les quelques années qui lui restent à vivre. (Très bien !)

Ayant quitté l'atelier il échappe à la statistique industrielle et à celle de l'inspection du travail

Mais, du moins, la statistique hospitalière va-t-elle faire état de lui comme saturnin ?

Nullement.

A l'hôpital il sera désigné soit comme artérioscléreux, soit comme atteint de néphrite chronique ou de mal de Bright.

S'il meurt de l'un des accidents que l'artériosclérose entraîne, par exemple d'hémorrhagie cérébrale, le diagnostic hospitalier et celui de l'état civil porteront seulement : mort par hémorragie cérébrale.

S'il s'agit des accidents auquels donne naissance le mal de Bright, c'est-à-dire l'albuminurie ou l'urémie, on inscrira sur le bulletin de décès hospitalier et sur la statistique de l'état civil : mort par albuminurie ; mort par urémie.

Mais jamais, ou seulement dans des cas très rares, on n'ajoutera que c'est le saturnisme qui a été la cause véritable de la mort en créant, à plus ou moins longue échéance, les lésions artérielles et rénales qui, en réalité, ont amené cette mort.

Et voilà comment, à lire les statistiques mortuaires, il peut sembler qu'on ne meurt pas ou qu'on meurt peu de saturnisme.

Il n'y a pas de plus grossière erreur. (Très bien !)

C'est sur ce point de vue particulier que je tenais à attirer l'attention du Sénat, car, si l'on veut se rendre compte, en connaissance de cause, de la nocivité réelle du poison contre lequel la lutte est, aujourd'hui, engagée, c'est seulement en tenant compte de cette interprétation des faits que l'on peut arriver à la vérité.

Pendant une grande partie de ma carrière professionnelle, j'ai

assisté aux méfaits causés par l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Depuis 1888 il n'est plus sorti des manufactures de l'Etat une allumette au phosphore bianc et nous avons vu disparaître chez les ouvriers de cette industrie les accidents terribles dont ils étaient les victimes. (Très bien!)

J'ai le ferme espoir que, désormais, il en sera de même pour les industries dans lesquelles il est fait, actuellement, emploi du blanc de céruse. (Vifs applaudissements.)

La suite de la discussion est renvoyée à mardi.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES DEVANT L'ASSEMBLÉE DES ANCIENS INTERNES ET INTERNES EN EXERCICE DES HOPITAUX DE PARIS.

Le bureau de la Société de l'Internat avait pris l'initiative d'une assemblée plénière de l'Internat pour discuter les trois questions suivantes :

Première question. — *Les anciens internes et internes en exercice sont-ils d'avis, malgré les modifications officieusement consenties au décret du 25 juillet 1906, de persister dans la demande en retrait pur et simple dudit décret?*

Deuxième question. — *Le décret du 25 juillet est-il en harmonie avec les principes d'enseignement technique qui, de l'avis de presque tout le corps médical, doivent inspirer la réforme des études?*

Troisième question. — *Y a-t-il lieu de demander à M. le ministre de l'Instruction publique d'adjoindre aux Commissions de réforme un certain nombre de médecins-praticiens?*

Cette réunion a eu lieu samedi soir dans la salle des concours de l'Assistance publique.

Le bureau est rapidement formé. M. Vaquez est acclamé comme président, les assesseurs désignés sont M. Reymond, sénateur, ancien interne, et M. Sénéchal, interne en exercice.

M. Vaquez ouvre la séance en rappelant les démarches déjà faites par la Société de l'Internat, notamment la visite au ministre de l'Instruction publique et les promesses officieuses qu'il a pu obtenir. En présence de cette situation, il déclare la discussion ouverte sur la *première question*.

Le certificat d'études médicales supérieures trouve d'abord deux défenseurs courageux en MM. Lenoir et Balthazard.

M. Lenoir pense que le changement de nom du certificat, et la limitation des places suffisent à rassurer les praticiens, et il est d'avis de garder un certificat qui lui paraît présenter des avantages pour les candidats en les débarrassant rapidement d'épreuves théoriques ennuyeuses.

M. Balthazard comme M. Lenoir pense que devant la situation nouvelle faite par le changement de nom, il n'y a pas lieu de demander le retrait du décret.

La forme « examen » lui paraît même plus avantageuse que la forme « concours ». Il expose ensuite les avantages que le certificat aurait au point de vue de l'agrégation.

M. Reymond objecte à MM. Lenoir et Balthazard que la question n'est pas aussi avancée qu'ils semblent le supposer. En réalité le titre n'est nullement changé, le décret aura toujours sa valeur tant qu'un autre décret ne l'aura pas abrogé. Tout ce que la Société de l'Internat a pu obtenir jusqu'ici n'est qu'un sursis, ce qui est énorme sans doute, mais n'est pas définitif.

M. Reymond raconte ici une anecdote qui prouve combien les praticiens auraient tort de s'endormir.

A la dernière réunion du groupe médical parlementaire, la question du certificat d'études médicales supérieures ayant été soulevée, M. le professeur Cazeneuve, depute de Lyon, s'étonna du *tolle* soulevé par cette réforme et dit à M. Reymond : « Le certificat n'a pas été créé à la légère, et la preuve c'est que toutes les facultés ont été consultées, et qu'il a été élaboré par une série d'hommes éminents. » Et il montra à M. Reymond une liste composée exclusivement de professeurs de Facultés. C'est précisément parce que ce projet a été élaboré uniquement par des professeurs à l'exclusion de praticiens qu'il soulève chez ces derniers une légitime émotion.

Aussi, ajoute M. Reymond, il faudra demander que dans la prochaine commission extra-parlementaire figurent des *praticiens* et des *étudiants*.

M. Reymond insiste en terminant sur le point suivant : on a dit aux anciens internes et aux internes : Ne vous mêlez pas de ce mouvement qui n'aboutira pas et où vous avez tout à perdre. Non, les internes n'ont rien à craindre, ils ont au contraire tout à gagner en se mettant à la tête du mouvement qui unit tous les praticiens.

« On m'a demandé de m'arrêter, dit-il en terminant, parce qu'on allait céder, j'ai répondu que je ne m'arrêterais que lorsqu'on aura cédé. »

M. Tissier-Guy constate que la question est au même point qu'il y a un mois. Les anciens internes auraient pu avoir satisfaction avec un changement de nom, il n'en est pas de même pour les internes en exercice. Ceux-ci seront toujours lésés :

Ou bien ils seront obligés de négliger leur éducation clinique pour se livrer à des études théoriques, ou bien, et c'est le plus vraisemblable, ils ne pourront pas sacrifier l'hôpital qui est *leur laboratoire* et ils se trouveront ainsi dans un état d'infériorité réel vis-à-vis des non internes.

On pourra voir alors cette chose inouïe : des chefs de clinique chirurgicale, qui n'auront été ni internes ni externes, appliquer leurs notions théoriques *in vivo*.

Après un échange d'observations entre MM. Durante, Reymond, Marcel Baudouin et Balthazard, MM. Pichevin, Berthod, et Seuvre (de Reims), réclament énergiquement le retrait pur et simple du décret.

On passe ensuite à la discussion de la *deuxième question*.

M. Rist comme la plupart de ses collègues, avait, en arrivant, les illusions qu'a détruites M. Reymond.

Les 700 réponses déjà reçues par M. Vaquez montrent que les anciens internes ne voient pas dans la question du certificat d'études médicales supérieures, une simple question « de boutique », ils l'envisagent de beaucoup plus haut. La question est en effet liée à celle de la réforme des études médicales; c'est l'avenir des études médicales qui est en jeu et avec lui la dignité du corps médical et le bon renom scientifique de la France.

On doit le reconnaître, la Faculté a fait faillite à sa tâche d'enseignement professionnel, elle a aussi fait faillite à sa tâche scientifique. Où avons-nous appris la bactériologie, l'hématologie, la chimie biologique, est-ce à la Faculté? Non c'est à l'Institut Pasteur, au Collège de France ou dans des laboratoires privés.

Il est très embarrassant à l'heure actuelle de donner des conseils à de jeunes étudiants, la Faculté ne leur ouvre, en effet, que très peu de portes, elle a tué l'enseignement clinique et ne leur offre que l'étude de la pathologie dans l'espace.

Nous ne voulons pas faire la guerre à l'enseignement scientifique, mais nous contestons la légitimité de la forme sous laquelle on le donne. La Faculté devrait être une école pro-

fessionnelle et un centre où tout esprit curieux pourrait recevoir un enseignement non dogmatique mais pratique.

Trouverons-nous cet enseignement pratique dans la préparation du certificat d'études médicales supérieures? *Non*, et M. Rist termine en faisant une critique sévère, mais si juste, du programme du certificat d'études médicales supérieures qu'il soulève des applaudissements unanimes.

Pour conclure, M. Vaquez annonce qu'il a déjà reçu environ 700 réponses; 95 p. 100 des anciens internes se prononcent nettement contre le certificat, l'unanimité demande la participation des praticiens à toute réforme des études médicales.

D'autre part les 300 internes ou anciens internes présents se sont prononcés à l'unanimité moins huit voix pour le retrait du décret, et à l'unanimité sur la dernière question.

L'Assemblée, avant de se retirer, charge M. Reymond de transmettre son vote au groupe médical parlementaire dans sa réunion de jeudi prochain et de lui demander de faire toutes les démarches qui seront nécessaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

COURS PRATIQUES PAR D'ANCIENS INTERNES. — Troisième série, du 26 novembre au 15 décembre 1906 :

Chaque cours comprend neuf à dix leçons. Les leçons se suivent à deux jours d'intervalle; les heures différentes permettent à l'auditeur de suivre les cours qui l'intéressent. Pour chaque cours, le prix d'inscription est de 20 francs.

Pour renseignements et inscription, s'adresser au docteur Minet, 15, rue Malebranche (Ve arr.), ou au docteur Benjamin Ball, 31, rue de Saint-Pétersbourg (place d'Europe), les lundis, mercredis, vendredis de deux à quatre heures, ou par correspondance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Billon (de Loos) et Collardot, doyen des médecins d'Alger.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 DÉCEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Gosset et Proust; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Legry; — M. Richaud, suppléant.

Mardi 4 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Faure; — (2e série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Raymond et Renon; — M. Richaud, suppléant.

Mercredi 5 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Mauclaire et Cunéo.

2e : MM. Gautier, Ch. Richet et Macaigne; — M. Richaud, suppléant.

Jeudi 6 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique : MM. Dieulafoy, Joffroy et Desgrez.

1er (oral) : MM. Poirier, Launois et Marion.

3e (1re partie, oral, 1re série) : MM. Le Dentu, Retterer et Demelin; — (2e série) : MM. Budin, Albarran et Thiéry.

4e : MM. Thoinot, Vaquez et Méry; — M. Renon, suppléant.

Vendredi 7 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Macaigne.

3e (2e partie, oral) : MM. Joffroy, Brissaud et Legry.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Balthazard.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Proust; — M. Cunéo, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Branca, suppléant.

Samedi 8 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 5 décembre 1906, à une heure. — M. RASPAIL. Rôle pathogène des helminthes. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Reclus et Branca.) — M. RAIZIS. Les lésions oculaires de la lèpre. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Reclus et Branca.) — ALLEN. Contribution à l'étude de l'isthmectomie partielle et de l'isthmotomie dans le traitement des goitres parenchymateux. (MM. Reclus, président; Blanchard, Gaucher et Branca.)

Jeudi 6 décembre 1906, à une heure. — M. LÉGER. De l'influence du terrain cutané sur les lésions syphilitiques. (MM. Debove, président; Raymond, Chantemesse et Jeanselme.) — M. LEENHARDT. L'anémie à type chlorotique de la première enfance. (MM. Debove, président; Raymond, Chantemesse et Jeanselme.) — M. NOGIER. Physiologie du langage et contribution à l'hygiène scolaire. (MM. Raymond, président; Debove, Chantemesse et Jeanselme.) — M. MISER. Prophylaxie des maladies exotiques. (MM. Chantemesse, président; Debove, Raymond et Jeanselme.) — M. ABBADIE. Traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire. (MM. Pouchet, président; Gilbert, Robin et Richaud.) — M. ODON. Sur la cirrhose biliaire d'origine éberthienne. (MM. Gilbert, président; Pouchet, Robin et Richaud.) — M. BRETON. Signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. (MM. Robin, président; Pouchet, Gilbert et Richaud.)

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 8 nov. 1906.) Lydia RABINOWITSCH : Nouvelles recherches expérimentales sur la tuberculose. — HERZ : Sur la thérapeutique physique des affections chroniques du rein. — LINDENSTEIN : Expériences sur l'anesthésie lombaire. — GŒBEL : Sur la thoraco-plastique. — DIÉTRICH et ARNHEIM : Le formysol, nouveau désinfectant des mains. — VELHAGEN : Sur la dégénérescence cornée familiale de la peau. — WOLFF : Sur l'emploi du phénol concentré dans la thérapeutique externe, particulièrement dans les bubons et la furonculose. — GESSNER : Les animaux nouveau-nés et l'ingestion des albumines étrangères. — ADLER et HENSEL : Sur les injections intraveineuses de nicotine et sur leur

action sur l'aorte des lapins. — OGATA : Sur l'étiologie de la maladie « Tsutsugaunuschi ».

Écho médical du Nord. — (N° 44, 4 nov. 1906.) R. LE FORT : Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer et sanatorium de Zuydcoote. — BERTIN : De la localisation des exanthèmes sur les membres touchés par les affections spasmo-paralytiques. — E. VERHAEGHE et Ed. DUVILLIER : Faux travail dans un cas de pseudo-grossesse d'origine hystérique. — (N° 45, 11 nov.) LAGUESSE : Le mécanisme des sécrétions. — René LE FORT : Traitement de la luxation congénitale de la hanche après échec des procédés classiques. — DEBEYRE et TRAMBLIN : Plaie contuse de l'aorte, au-dessus de sa bifurcation. — (N° 46, 18 nov.) OUI : Accouchement spontané dans un cas de claudication par paralysie infantile. — DRUCBERT : Opération de Talma pour ascite cirrhotique ; mort le cinquième jour. — René LE FORT : Les méthodes de Bier telles qu'elles sont appliquées actuellement à la clinique de Bonn.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 44, 4 nov. 1906.) FRÈCHE et PLISSONNEAU : Dermatite du pastinaca sylvestris. — P.-L. LANDE : Un cas d'identification. — (N° 45, 11 nov.) DE NABIAS : Sur le mécanisme d'action des anesthésiques généraux. — (N° 46, 18 nov.) MONGOUR : Cours de pathologie générale. — ARNOZAN : Le certificat d'études médicales supérieures.

Journal des praticiens. — (N° 44, 3 nov. 1906.) Louis RÉNON : La neurofibromatose généralisée. — GUISEZ : Remarques à propos de notre sixième cas d'extraction de corps étranger bronchique par la bronchoscopie. — (N° 45, 10 nov.) DEBOVE : Néphrite chronique urémique d'origine saturnine avec crises d'asthme. — TERRIEN : Laconjonctivite diphtérique, symptômes, diagnostic et traitement. — (N° 46, 17 nov.) Paul RECLUS : Traitement des brûlures. — Louis RÉNON : Les maladies infectieuses et parasitaires. — CALOT et BERGUGNAT : Comment les praticiens doivent traiter la luxation congénitale de la hanche.

Lyon médical. — (N° 44, 4 nov. 1906.) A. PIC : Contribution à l'étude de la mortalité hospitalière de la fièvre typhoïde (statistique d'un des services de l'Hôtel-Dieu). — MOLLIÈRE : De quelques complications péritonéales du néoplasme de l'estomac. — (N° 45, 11 nov.) R. TRIPIER : Sur l'interprétation rationnelle des phénomènes pathologiques. — MOLLARD et GUICHARD : Empyème bilatéral à pneumocoques ; pleurotomie double ; guérison. — (N° 46, 18 nov.) BÉRIEL et BOUCHUT : Les formes dysentériques du cancer du rectum. — C. MARTIN : Fistules cutanées d'origine dentaire.

Medical Record. — (Vol. LXX, n° 15, 13 oct. 1906.) Simon BARUCH : Traitement de la fièvre typhoïde par les bains dans la pratique privée. — Robert BELL : Pathogenèse et thérapeutique du cancer. — F. HAGNER : Traitement opératoire de l'épididymite blennorragique aiguë. — Emma WALKER : Les effets de l'absinthe. — Max EINHORN : Rœntgenographie de l'estomac. — TORRANCE : Relation de trois cas de mal de Pott d'un cas de coxalgie survenant chez des adultes et présentant des caractères intéressants. — (N° 16, 20 oct.) Francis HARE : Angine de poitrine ; son mécanisme et son traitement. — Lucius HOTCHKISS : Diagnostic et traitement des infections aiguës de la vésicule biliaire. — — Bentley SQUIER : Cas remarquables de carcinome prostatique. — Glover LANGWORTHY : Les taches de Koplik ; leur importance au point de vue de la laryngologie. — Bryson DELAVAN : Le musée médical. — KINYOUN : Antitoxine tétanique desséchée dans le pansement des plaies. — — H. Hubbard PELTON : Un cas d'obstruction intestinale chez un enfant, causée par une péritonite tuberculeuse consécutive à une broncho-pneumonie. — Henry HIGLEY : Désinfection des appartements par la formaldéhyde. Valeur bactéricide comparée des diverses méthodes. — Frank JACKSON : Un cas d'appendicite perforante causée par un corps étranger. — (N° 17, 27 oct.) Henry STARK : Réformes hospitalières. — PORTLAND : Choix du lait de vache. — F. MARTIN : Remarques sur l'opération césarienne ; relation d'un cas. — John SHELDON : Complications articulaires de l'hémophilie. — Isaac BREWER : La mortalité par pneumonie lobaire dans les régions de haute altitude ; résumé de la statistique de trois hôpitaux militaires (Arizona et New-Mexico). — (N° 18, 3 nov.) William PRYOR : Les rayons X dans l'étude des malformations congénitales. — Seymour OPPENHEIMER : L'importance du traitement de l'otorrhée chronique. — Benjamin NICHOLS : La suppression de la tuberculose. — Henry Mauning FISH : Remarques sur l'énucléation de l'œil. — Gustaf NORSTROM : Contractures et atrophie musculaire. — A. M. POND : A quel moment l'opération de l'appendicite est-elle « précoce » ? — L. HUNT : Le traitement moderne des fractures intracapsulaires. — BUCKLEY : Méthode pour opérer sur les lèvres.

Medizinische Blatter. — (N° 44, 3 nov. 1906.) BRINGS : Un cas d'érythème circiné menstruel. — FUNKE : Sur la thérapeutique par les levures. — (N° 45, 10 nov.) PFANNENSTIEL : Indications sur la conduite à tenir dans les accouchements avec rétrécissement du bassin.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 6 nov. 1906.) FRÄNKEL : Sur la maladie de Möller-Barlow. — BECHTOLD : Sur un grand nombre de cas simultanés d'endocardite dans le rhumatisme musculaire. — EPPENSTEIN : Sur le ferment protéolytique des leucocytes, particulièrement dans la leucémie et sur le pouvoir empêchant du sang contre le ferment. — BLUM : Sur un cas d'artérite typhique guéri. — GRASSMANN : Evolutions rares d'insuffisances valvulaires. — SCHÖPPLER : Sur la sarcomatose de l'épicarde. — BESOLD : Représentation en image des signes pulmonaires. — WALLART : Présence simultanée de grains cornés, de pigment hématique et de noyaux cellulaires dans les coupes congelées. — SOUDERMANN : La thérapeutique aspiratrice dans les affections nasales. — (N° 46, 13 nov.) GAUPP : Influence de la loi allemande sur les accidents sur l'évolution des maladies nerveuses et mentales. — HARRASS : Sur la question de la culture des anaérobies stricts. — RIEHL : Spirales asthmatiques macroscopiques. — EWALD : Tuberculose pulmonaire et blessure accidentelle périphérique. — BIRCH-HIRSCHFELD : Nouvel instrument pour la ligature des vaisseaux profonds. — ROTH : Un cas d'angine érysipélateuse. — FRÄNKEL : Sur la maladie de Möller-Barlow.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 44, 4 nov. 1906.) PFANN : Traitement des infections cutanées et sous-cutanées par augmentation de l'hyperémie. — BALASZ : Sur la prophylaxie de la néphrite scarlatineuse par l'helmitol. — (N° 45, 11 nov.) FELDMANN : Sur les infections causées par le bacille fusiforme et les spirilles des dents, particulièrement sur les suppurations. — SCHWEIRZ : Pourquoi abstinence et non tempérance ?

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 45, 8 nov. 1906.) Niessl VON MAYENDORF : Sur une conduction directe des centres corticaux optiques aux centres corticaux kinesthésiques de la parole et de la formation des lettres. — WINTERSTEINER : La cocaïne et ses succédanés en ophtalmologie. — SCHIFFMANN : Sur l'histologie de la peste des poules. — LAPINSKI : Sur les cristaux de plâtre dans l'urine humaine. — LANDSTEINER et MUCHA : Sur la technique de la recherche des spirochètes. — PFEIFFER : Sur les sanatoriums antituberculeux de Styrie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 136. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 29 NOVEMBRE 1906. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or. (Médecine.) — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1906-1907) aura lieu le lundi 11 mars 1907, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 12 janvier 1907 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 12 janvier 1907, à trois heures, dernier délai.

(Chirurgie et accouchement.) — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1906-1907) aura lieu le jeudi 14 mars 1907, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 12 janvier 1907 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 12 janvier 1907, à trois heures, dernier délai.

— Le Comité de « l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris », sur la proposition de M. Jayle, vient d'adopter le vœu suivant relatif au concours de la médaille d'or :

1° Que le concours de la médaille d'or soit modifié ;

2° Qu'on laisse subsister l'épreuve du mémoire ;

3° Qu'on supprime les épreuves théoriques orales et écrites, et qu'on les remplace par une ou plusieurs épreuves cliniques ;

4° Que le lauréat du concours bénéficiaire de la bourse de voyage publie un rapport sur son voyage dans le *Bulletin de l'Association*.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le concours de l'Internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Adnet, Perchepied, Couture et Maupas.

Internes provisoires : MM. Nouel, Dreyfus, Crutel et Bézières.

CONCOURS D'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury du concours de médecin de l'Assistance médicale est ainsi composé : MM. Fichon, Yvon, Biard, Billon et Mme Peltier.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Dimanche dernier, 25 novembre, a eu lieu l'assemblée générale annuelle du Syndicat des médecins de la Seine dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Après la lecture du procès-verbal de 1905, le vote pour l'admission des nouveaux membres, et le discours de M. Rotillon, président, et de M. Bellencontre, secrétaire général, sur les travaux de l'année, a eu lieu l'élection du conseil d'administration.

Ont été réélus : MM. Rotillon, président; L. Gourichon, J. Noir, vice-présidents; Bellencontre, secrétaire général; Vimont, trésorier; Levassort, chef du service de l'exercice illégal; Diverneresse, chef du service des accidents du travail; Lecerf, délégué du syndicat des médecins d'Asnières et Bois-Colombes; Billon, Dally, Lamouroux, Vallat, Barrault, Hamon, Leredde, Rénon, membres.

Ont été élus comme membres nouveaux : MM. Granjux, Foveau de Courmelle, Ravanier.

L'Assemblée a voté un ordre du jour ainsi conçu :

« L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la

Seine, estimant que l'union entre ses membres est et sera toujours son principal élément de force, et que cette union serait fortement compromise par l'intrusion de la politique parmi ses membres, repousse, pour ce motif, toute idée d'affiliation à la Bourse du travail. »

CONTRE L'ALCOOLISME. — Un groupe interparlementaire va se constituer pour combattre l'alcoolisme. L'initiative en est prise par MM. Bienvenu-Martin, sénateur de l'Yonne, Delpech, sénateur de l'Ariège, Labiche, sénateur d'Eure-et-Loir, Lefèvre, sénateur de la Seine, Mézières, sénateur de Meurthe-et-Moselle, Aynard, député du Rhône, Baudin, député de l'Ain, Cazeneuve, député du Rhône, Dalimier, député de Seine-et-Oise, Lemire, député du Nord, Ribot, député du Pas-de-Calais, Schmidt, député des Vosges, Vaillant, député de la Seine.

Ces messieurs adressent à tous les membres du Sénat et de la Chambre la lettre suivante :

« Monsieur et cher collègue,

Nous avons résolu de constituer au Parlement un groupe décidé à combattre les ravages tous les jours grandissants de l'alcoolisme.

Nous venons vous demander de vouloir bien faire partie de ce groupe.

Si vous consentez à nous prêter le concours de votre autorité, nous vous serions reconnaissants d'envoyer, avant le 6 décembre, votre adhésion à M. Dalpech, député de l'Ariège, 31, boulevard du Port-Royal. »

LA CÉRUSE DEVANT LE SÉNAT. — Le Sénat a entendu hier M. le professeur Dieulafoy, commissaire du gouvernement. Après un exposé très complet de la question, M. Dieulafoy a conclu dans ces termes :

« 1° En ne supprimant pas l'emploi des composés de plomb dans les travaux intérieurs de la peinture en bâtiments, on favorise sciemment la terrible intoxication dont je viens de retracer les méfaits et on laisse l'ouvrier s'empoisonner alors que les lois de l'hygiène et de l'humanité nous font un impérieux devoir de veiller sur sa défense ;

2° Il est temps de recourir à des mesures énergiques et efficaces destinées à sauvegarder la santé et la vie des ouvriers peintres en bâtiment. »

M. Viviani, ministre du Travail, demande à son tour au Sénat de voter le projet du gouvernement.

M. Prevet fait quelques réserves au sujet du projet présenté. Il se déclare insuffisamment éclairé. En effet « nous n'assurons pas la santé de l'ouvrier puisque nous maintenons le minium ; nous supprimons une industrie sans savoir si nous ne serons pas obligés de l'autoriser demain ».

La discussion générale est close.

L'urgence est votée par 224 voix contre 55. Le Sénat passera jeudi à la discussion des articles.

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES ET L'ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES. — Dans sa dernière réunion, le Comité de « l'Association amicale des internes et des anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris » a adopté l'ordre du jour suivant :

« Le Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux et hospices civils de Paris, s'associe entièrement aux protestations unanimes du corps médical français contre la création d'un ordre de médecins munis d'un certificat d'études médicales supérieures, cette création ne pouvant que déconsidérer, sans profit pour l'intérêt public, le titre de docteur en médecine. »

Le président, M. Peyrot, a reçu mission de la porter lui-même au ministre de l'Instruction publique.

MARINE. — M. le docteur Mirguet, élève du service de santé de la marine, est nommé médecin de deuxième classe.

LA RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL BEAUJON. — Au nom de la cinquième commission, M. d'Andigné a présenté au Conseil municipal de Paris un rapport sur la reconstruction de l'hôpital Beaujon. L'administration est invitée à négocier avec l'État en vue de la reconstruction de cet hôpital sur les terrains de la zone militaire compris entre les portes de Villiers et des Ternes, la route de la Révolte et le boulevard de Villiers.

M. Heppenheimer fait voter un crédit complémentaire de 94 000 francs pour qu'on achève de construire l'asile des enfants convalescents de Brévannes.

AU MONT DES OISEAUX. — La dernière *Revue mensuelle du Touring-Club* annonçait que le Mont des Oiseaux, près d'Hyères, cessait d'être un sanatorium, que, remanié de fond en comble, il allait devenir un hôtel de *repos*.

Le docteur Léon Petit, le fondateur du Mont des Oiseaux, vient de donner les raisons de cette transformation dans une lettre ouverte adressée au docteur Letulle, et que vient de publier la *Presse médicale*.

Il était, en effet, impossible d'assurer le recrutement rationnel des malades. Ceux qu'on envoie dans les sanatoriums sont malheureusement trop souvent des mourants.

« Nous n'avions pas le droit ajoute M. Léon Petit, de prolonger une expérience qui menaçait de compromettre, sans profit appréciable, les intérêts d'une contrée admirable, fréquentée par la foule des promeneurs et des convalescents. »

Désormais le Mont des Oiseaux va devenir une maison de repos « ouverte à tous ceux qui ont besoin de soleil... aux anémiés, convalescents, dyspeptiques, neurasthéniques, cardiaques ou surmenés, à l'exception des cracheurs et à l'exclusion des crachoirs, même et surtout du répugnant crachoir de poche ».

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — A partir du lundi 7 janvier 1907, sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Lariboisière, MM. Paul Gibert et Fernand Lemaître, assistants, feront une série de 20 conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Ces conférences auront lieu, le matin, à huit heures un quart, à la consultation du larynx. Le droit d'inscription est de 50 francs. Pour l'inscription, prière de s'adresser au docteur Paul Gibert, assistant du service, salle Davaine.

Se munir d'un miroir frontal.

Pour le détail du programme des conférences, prière de consulter le numéro de la *Gazette*, samedi 13 octobre 1906.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CLINIQUE MÉDICALE

LA PRATIQUE DE LA VIANDE CRUE

Par MM. HIRTZ,
Médecin de l'hôpital Necker.
et BEAUFUMÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Malgré le grand nombre de succédanés de la viande crue, qui existent actuellement, il n'est pas douteux qu'elle ne leur soit supérieure au point de vue de la nutritivité. Et cependant si cette excellente médication s'est tant répandue depuis quelques années, il est indéniable que beaucoup de médecins ne possèdent que des notions sommaires et insignifiantes sur la pratique de la viande crue. Il ne nous paraît donc pas inutile d'indiquer et de préciser quelques points de pratique courante concernant ce sujet.

Trois espèces de viande, à des titres divers, se partagent la faveur des médecins : bœuf, mouton, cheval, la viande de porc étant rejetée par tous, car elle est trop serrée et susceptible de recéler et de transmettre divers parasites, notamment la trichine et le cysticerque de la ladrerie. Mais laquelle prescrire? Quel morceau? Comment la préparer? Comment la faire ingérer?

Une distinction s'impose tout d'abord suivant qu'il s'agit de traiter une agglomération d'individus ou un malade isolément. Dans le premier cas, c'est-à-dire dans les hôpitaux et les sanatoria, les viandes de cheval ou de bœuf sont les seules possibles, en raison de la grande quantité nécessaire, et encore presque partout où les ressources locales ou les voies rapides de communication le permettent, celle de cheval est-elle préférée, vu l'infériorité très notable de son prix. La façon de la préparer n'est pas davantage à discuter : les hachoirs mécaniques sont la seule manière d'en réduire assez finement une grande masse pour la faire absorber.

Dans la clientèle privée, la question est toute différente, et chaque espèce de viande donne lieu à des considérations particulières.

La viande de mouton paraît rallier la faveur de la majorité des médecins par crainte du tænia. Trois morceaux seulement sont possibles : la selle, les côtes premières, le gigot, et encore peut-on éliminer la selle, qui se détaille en « côtes en gigot », car elle est trop grasse et donne des déchets considérables. Les côtes premières fournissent cette partie maigre dite noix de côtelette, seule utilisable ici. Une noix de côtelette première fournit de 30 à 45 grammes de pulpe et son prix varie de 50 à 75 centimes. Le gigot, sauf dans les grandes boucheries parisiennes, ne se vend pas au détail à moins d'un kilo : c'est assez dire que d'une façon courante un malade ordinaire ne peut acheter un kilo de gigot pour subvenir à sa ration alimentaire journalière, La pulpe, même fraîchement préparée, en est d'une couleur rouge terne, moins vermeille et moins appétissante que celle de bœuf. Bref, d'une part, la difficulté de se procurer la quantité de viande de mouton nécessaire chaque jour, et, d'autre part, l'élévation de son prix en restreignent donc forcément l'usage : c'est une viande de riches. Elle doit donc être rejetée de la pratique médicale habituelle, contrairement aux idées courantes. Deux exceptions cependant sont à faire : tout d'abord elle trouvera son emploi chez certains individus qui ont une véritable phobie du tænia, et, de plus, chez les jeunes enfants, il y aura quelquefois avantage à y recourir, par peur aussi du tænia qui peut provoquer chez eux divers troubles et eu égard à la quantité relativement minime de viandre crue à leur faire absorber.

La viande de cheval jouit actuellement, du moins à Paris, d'une bonne renommée. Consommée dans les hôpitaux de la capitale, elle a bénéficié de cette circonstance aux yeux de la classe ouvrière qui considère ses qualités nutritives comme supérieures à celles de la viande de bœuf. Les morceaux à recommander sont les parties bien maigres représentées par la tranche, la semelle et la culotte. La pulpe en est d'une couleur rouge foncé devenant assez rapidement brunâtre et donnant alors l'impression désagréable d'une viande qui n'est pas fraîche. Mangée crue, la viande de cheval offre une saveur différente de celle de la viande de bœuf, se rapprochant de celle de la viande de chevreuil, avec un léger goût fade, douceâtre, dû, comme l'a montré le professeur Gautier, à sa richesse en glycogène et en glucose. Cette saveur est un peu désagréable au début, même en ajoutant du sel; mais assez rapidement les malades s'y habituent. En somme, la viande de cheval a pour elle le fait de mettre à l'abri de toute infestation et la modicité de son prix : en raison de cette dernière qualité elle est donc par excellence la viande de suralimentation de l'ouvrier des villes. Mais malheureusement, en réalité, un fait diminue certainement sa valeur alimentaire : c'est que beaucoup de chevaux livrés à la consommation sont des animaux mal nourris, surmenés et très âgés.

La viande de bœuf forme, dans les habitudes françaises, la base de l'alimentation carnée de l'immense majorité des individus. Offrant de nombreuses parties maigres, donnant une pulpe d'une belle couleur rouge vermeille et d'une saveur agréable, se trouvant partout et à un prix moyen, elle réunit pratiquement des conditions que ne présentent ni celle de mouton ni celle de cheval. D'ailleurs, les malades n'ont pas pour elle, au premier abord, cette répugnance instinctive et parfois invincible qu'ont beaucoup d'individus pour la viande de cheval. On se gardera de prescrire les morceaux de choix, comme le filet et le faux-filet, qui, si ce sont les meilleurs après la cuisson, sont trop tendres et se déchirent quand on les râpe. Le professeur Grancher accorde ses préférences au rumsteack. Pour nous, nous aimons mieux choisir la *tranche*. Partie interne de la cuisse correspondante à la région ischio-tibiale, elle offre les avantages suivants : ne pas présenter d'interstices graisseux entre les faisceaux musculaires, être d'un prix inférieur au rumsteack, être facile à râper, donner une très belle pulpe. Quant à la peur du tænia par ingestion de viande de bœuf, cette peur

nous semble manifestement exagérée eu égard au nombre considérable de malades que nous avons traités ou vu traiter par la viande crue et qui n'ont qu'exceptionnellement présenté de tænia. D'ailleurs, d'une part, le tænia se gagne surtout en réalité par la viande de veau, et, d'autre part, ses larves sont logées de préférence dans les amas graisseux intermusculaires : les muscles de la cuisse qui constituent la tranche, morceau maigre par excellence, ne doivent receler des larves que très rarement. Du reste, il est d'ordinaire fort aisé de se débarrasser d'un tænia. Pour toutes ces raisons, la viande de bœuf est donc celle qui doit être prescrite d'une façon courante dans la pratique médicale journalière.

Le *mode de préparation de la viande crue* mérite d'être bien connu dans tous ses détails. Trop souvent on voit des malades, mal renseignés ou pas du tout, se contenter de faire *hacher* leur morceau de viande par le boucher, soit au moyen d'un hachoir mécanique, soit plutôt au moyen de couperets : cette dernière préparation est encore plus défectueuse que la première, car la viande est moins finement réduite. Mais dans l'un et l'autre cas, toute la trame fibreuse, aponévroses, tendons, fibres élastiques et conjonctives, reste mélangée à la partie musculaire, la seule absorbable : on ingère ainsi des matériaux inutilisables qui surchargent le travail de l'estomac et de l'intestin, d'autant plus que la viande n'est pas suffisamment divisée. Aussi le professeur Grancher a-t-il indiqué de substituer à la viande hachée, *la pulpe* de viande qui représente seulement les parties assimilables de la chair musculaire. Il a conseillé de l'obtenir par trois manipulations successives : le râclage, le pilon, le tamisage. Disons tout de suite que c'est là un mode de préparation qui ne peut être employé couramment, car il demande un temps trop long, et le tamisage, très difficile, fait perdre beaucoup de raclure de viande dans les mailles du tamis. Aussi en pratique, notre avis est-il de s'en tenir *au râpage*, il persiste bien de la sorte quelques filaments dans la pulpe, mais sans importance.

Pour râper un morceau de viande, il faut d'abord le couper en tranches de 5 à 6 millimètres d'épaisseur environ. Puis, sur un billot de bois ou sur le fond d'un plat retourné, tandis que la main gauche maintient du bout des doigts une extrémité du morceau de viande, la main droite armée d'un couteau à lame émoussée, râcle d'arrière en avant la surface de la tranche par coups successifs et assez légers jusqu'à ce qu'elle soit chargée de pulpe. Cette pulpe déposée sur le bord d'une assiette placée à côté de l'opérateur, celui-ci recommence la même manœuvre jusqu'à ce qu'il obtienne facilement de la pulpe. A ce moment il retourne le morceau de viande et agit de ce côté comme précédemment; quand la pulpe n'est plus obtenue que difficilement il retourne encore la tranche du premier côté, râpe de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ne reste plus que la trame fibreuse. Il est à noter que le râpage est difficile, si les faisceaux musculaires sont coupés perpendiculairement à leur direction et trop facile parfois si les faisceaux musculaires sont coupés suivant le sens de leur longueur, car on obtient dans ce dernier cas de la pulpe mélangée d'assez nombreux filaments; le mieux est de demander au boucher de couper le morceau de viande à râper obliquement par rapport aux faisceaux musculaires : le râpage en est alors facile et la pulpe belle et fine. Un morceau de tranche de bœuf de 250 à 270 grammes donne environ 200 grammes de pulpe. Celle-ci peut être préparée avant le déjeuner pour toute la journée; il est toujours préférable, et indispensable en été, de préparer la quantité de pulpe nécessaire immédiatement avant chaque repas, car elle s'altère rapidement. La viande à râper doit être de provenance fraîche, et les instruments et les mains qui la préparent seront très propres. Il faut enfin savoir qu'au début une personne non habituée à râper de la viande comme nous venons de l'indiquer met assez longtemps pour obtenir la quantité de pulpe voulue; au bout de quelques semaines de cet exercice, il faut environ un quart d'heure à une personne habile pour râper 100 grammes de pulpe.

Le *mode d'ingestion de la viande crue râpée* a son importance, car c'est ici que le malade entre en scène. Or, on sait que beaucoup d'individus ont un dégoût particulier dès qu'on leur parle de manger de la viande crue. Aussi s'est-on ingénié à masquer sa saveur ou son aspect par de nombreux artifices de préparation. On a conseillé notamment de l'avaler sans la mâcher sous forme de boulettes grosses comme une amande ou en nature, ou salées, ou roulées dans du sucre en poudre; ou bien de la prendre en tartine simple ou entre deux tranches de pain; ou bien mélangée à de la confiture; ou arrosée avec un peu d'eau-de-vie, de rhum; ou incorporée à une purée de pommes de terre ou de lentilles; ou encore délayée dans un potage au tapioca. Chez les malades que la vue seule de la viande crue impressionne d'une manière désagréable, nous sommes arrivés à faire ingérer des boulettes assez volumineuses, en les roulant dans du pain à chanter, ou même dans du papier à cigarettes. Nous préférons la faire absorber dans du bon bouillon qui ne soit pas trop gras. La viande râpée, 100 grammes par exemple, est d'abord mise dans un bol qui contient environ cinq cuillerées de bouillon tiède; avec une cuiller on la triture et on la mélange à cette petite quantité de bouillon jusqu'à ce qu'elle forme une sorte de bouillie épaisse et homogène; puis, au fur et à mesure qu'on verse dessus du bouillon tiède, on délaie la pulpe rapidement dans ce bouillon, et le malade l'absorbe aussitôt. Le bouillon ne doit surtout pas être trop chaud, car il cuirait la viande, et sa quantité doit être suffisante pour obtenir une sorte de potage ni trop épais, ni trop liquide. Nous faisons prendre d'ordinaire, à titre de supplément, la viande râpée au commencement du déjeuner et du dîner à la dose de 100 grammes à chaque repas. A cette dose, elle ne fatigue pas l'estomac, et nous trouvons dans le bouillon auquel elle est mélangée, un excitant de l'appétit et des fonctions digestives.

La quantité de viande crue ne peut pas toujours être au début du traitement aussi abondante qu'on le désirerait chez beaucoup de sujets en raison de leur appréhension. Il est utile alors de commencer par

de petites doses qu'on augmente progressivement. Un bon moyen d'accoutumer certains malades à absorber de la viande crue est de la leur faire ingérer au début dans du bouillon assez chaud qui lui fait perdre sa coloration rouge; mais très rapidement le bouillon employé doit être moins chaud et seulement tiède. Enfin, il nous paraît utile de supprimer momentanément à intervalles plus ou moins éloignés l'usage de la viande crue, notamment quand la suralimentation doit se prolonger pendant des années; mais ceci dépend, dans chaque cas, de l'état du malade et du jugement du médecin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1906)

Recherches expérimentales démontrant que l'anthracose des poumons est due à l'inhalation et non à la déglutition des poussières atmosphériques. — MM. KÜSS et LOBSTEIN. L'anthracose pulmonaire expérimentale peut être réalisée à coup sûr et facilement chez le cobaye en plaçant l'animal pendant quelques heures dans une atmosphère de fumée relativement peu dense (contenant par mètre cube 15 à 20 centigrammes de noir de fumée à l'état de poussière impalpable).

L'anthracose pulmonaire se produit dans ces conditions par *inhalation* et non par déglutition : en effet, elle atteint la même intensité lorsqu'on pratique au préalable la ligature de l'œsophage ou du pylore ou bien lorsque la réplétion alimentaire de l'estomac empêche (dans une expérience de courte durée) les poussières dégluties d'arriver jusqu'au duodénum.

Les faibles quantités de noir de fumée qui suffisent pour déterminer par inhalation une anthracose pulmonaire très marquée ne produisent qu'une anthracose pulmonaire absolument insignifiante ou nulle si on les introduit dans l'organisme par voie d'*ingestion*.

Lorsqu'on trouve, à la suite de ces repas anthracosiques, des poussières dans les poumons et dans les ganglions trachéo-bronchiques, cette très légère anthracose présente la disposition histologique d'une anthracose venue par les voies aériennes; d'autre part, les ganglions mésentériques sont toujours absolument indemnes; cette anthracose est donc attribuable à une inhalation antérieure ou concomitante.

Par conséquent, l'*anthracose physiologique est due à la pénétration directe des poussières de charbon dans les alvéoles pulmonaires*; l'appareil de défense des voies aériennes, alors même qu'il est intact et normal, ne suffit pas pour protéger les lobules pulmonaires contre la pénétration des poussières *fines*, dès que ces poussières sont respirées en quantité un peu notable.

Présence du spirochète pâle de Schaudinn dans le testicule d'un nouveau-né hérédo-syphilitique. — M. Ch. FOUQUET. Il y a quelques semaines, MM. Levaditi et Sauvage rapportaient l'observation d'une enfant hérédo-syphilitique dont les ovaires contenaient des spirochæte pallida de Schaudinn.

Depuis un an, M. Fouquet poursuit des recherches sur le spirochète dans la syphilis héréditaire. Au mois de juillet dernier, il a eu l'occasion d'examiner les différents organes d'un enfant mort-né hérédo-syphilitique et il a pu déceler, grâce à la méthode de M. Levaditi, la présence de nombreux parasites dans le foie, la rate, les reins et le *testicule*.

La communication de M. Fouquet comme celle de MM. Levaditi et Sauvage permettent d'expliquer l'infection de ces organes dans la syphilis héréditaire.

Suivant la virulence du spirochète, des lésions testiculaires ou ovariennes peuvent se montrer dans l'enfance et l'adolescence. Mais les parasites peuvent sommeiller pour ne retrouver leur virulence qu'au moment de la procréation et donner, soit un spermatozoïde, soit un ovule héréditairement infecté. Ceci expliquerait les cas observés de syphilis de troisième génération, de syphilis *atavique* comme l'appelle Antonelli; cas dans lesquels les petits-enfants portent encore les marques de l'infection syphilitique de leurs grands-parents.

Une conclusion pratique résulte aussi de ces constatations : c'est la nécessité de soumettre au traitement spécifique, et cela pendant un temps suffisamment long, les enfants issus de parents syphilitiques, *quand bien même les enfants ne présenteraient*, à leur naissance et dans les premiers mois de leur existence, *aucun accident de nature syphilitique*. Rien ne prouve qu'ils n'auront pas plus tard des accidents d'hérédo-syphilis tardive, et c'est le meilleur moyen, non seulement de les préserver eux-mêmes de ces accidents, mais aussi de préserver les enfants qu'ils pourraient avoir, des tares et des dystrophies qui sont la signature d'une syphilis héréditaire éloignée. En agissant ainsi, on a des chances d'arrêter, dès la deuxième génération, une infection syphilitique qui, abandonnée à elle-même, pourrait faire sentir ses effets sur toute une descendance. C'est guérir l'individu pour protéger l'espèce.

Autres communications :

Le stroma des globules rouges. — MM. PIETTRE et VILA.

Etude sur les variations de la masse du sang chez l'homme. — M. Gabriel ARTHAUD.

Sur le fractionnement des gaz rares des eaux minérales. Proportions d'élimination. — MM. Ch. MOUREU et Robert BIQUARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1906)

Le cancer de la langue. — « Tout le monde ne peut pas avoir un cancer lingual, il faut être fumeur ou syphilitique ou mieux encore syphilitique et fumeur, si bien que le cancer lingual pourrait s'appeler le cancer des fumeurs syphilitiques. » Ainsi s'exprimait M. Poirier dans sa communication à l'Académie. Cette assertion était, en quelque sorte, un appel à l'opinion de M. Fournier.

M. FOURNIER répond aujourd'hui à cet appel; il déclare avoir entendu avec plaisir cette phrase de M. Poirier, car pour lui la syphilis joue un rôle incontestable dans l'étiologie du cancer buccal et du cancer lingual en particulier. Dans la grande majorité des cas, pour M. Fournier, le cancer lingual n'est qu'un dérivé de la syphilis. L'influence du tabac est un adjuvant de grande puissance. De cette constatation, doivent être tirés deux enseignements: l'un d'ordre chirurgical, très bien mis en lumière par M. Poirier. « Si vous avez un cancer

de la langue, hâtez-vous de vous en débarrasser; » l'autre, d'ordre préventif : « Si vous avez la syphilis, ne fumez pas. »

Nul n'ignore que la syphilis est une porte ouverte à toutes sortes d'infections, ce que Ricord résumait dans cette phrase : « La vérole est un fumier sur lequel germent toutes les pourritures. » La syphilis en effet, est responsable d'une foule de manifestations morbides autres que les accidents spécifiques eux-mêmes. C'est là ce que M. Fournier a appelé les maladies parasyphilitiques; tels le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie buccale qui n'est le plus souvent que le prélude du cancer. L'origine syphilitique du tabes est aujourd'hui partout admise; celle de la paralysie générale l'est également, sauf par quelques rares dissidents; M. Fournier y ajoute aujourd'hui la leucoplasie buccale et le cancer de la langue, le pire de tous les cancers.

La leucoplasie buccale est la règle chez les syphilitiques fumeurs. Sur 184 cas de cancers buccaux relevés par M. Fournier, il y en avait 155 qui étaient atteints de syphilis, soit une proportion de 80 p. 100. Mais, dira-t-on, il n'est pas étonnant que la plupart des cancers buccaux observés par M. Fournier, syphiligraphe, soient des syphilitiques, tous les malades se présentant à lui devant l'être plus ou moins. Voyons alors la statistique de M. Poirier qui n'est pas, que nous sachions, syphiligraphe : sur 32 cas de cancers de la langue, 27 syphilitiques, soit environ 90 p. 100. La syphilis est donc pour le cancer buccal un appel, comme pour le tabes et la paralysie générale. On a dit qu'il fallait plutôt peser les cas que les compter; mais il faut aussi les compter, car le nombre fait loi. D'après les statistiques, le cancer lingual est trop fréquent chez les syphilitiques, pour que la syphilis soit étrangère à son étiologie. En voici les raisons :

1° Le cancer de la langue est une lésion propre au sexe masculin (sur 180 cas, M. Fournier ne compte que 4 femmes).

2° Le cancer de la langue est l'apanage de l'âge mûr ou de la vieillesse. C'est, en effet, une manifestation de la syphilis âgée, très âgée. Ce sont les vétérans de la syphilis qui sont atteints du cancer de la langue.

Quant à l'influence du tabac qui vient se surajouter à celle de la syphilis, elle est non moins incontestable. Il faut donc empêcher (si possible) les syphilitiques de fumer. Le tabac est un bon adjuvant de la syphilis pour produire du cancer buccal. Ce sont deux collaborateurs. Le cancer lingual, d'origine syphilo-nicotique, est donc fréquent.

Si la communication si retentissante de M. Poirier a pu jeter l'alarme et la terreur dans l'esprit des syphilitiques grands fumeurs, elle n'aura pas été sans grande utilité.

Le cancer lingual est rare chez les syphilitiques qui ne fument pas, exceptionnel chez les femmes qui fument peu, extrêmement fréquent, au contraire, chez le grand fumeur, le fumeur enragé, endurci.

M. Fournier cite un certain nombre d'exemples qui viennent à l'appui de cette opinion. Il appelle l'attention sur l'importance qu'il y a à toujours examiner la bouche et la langue d'un syphilitique. On voit rarement le cancer se développer sur une langue saine; il se développe généralement sur une langue qui a été préalablement malade. Ici M. Fournier insiste sur l'importance de la leucoplasie buccale ou linguale comme prélude ou prologue du cancer. Quand survient sur une plaque leucoplasique une petite nodosité, c'est du cancer et il faut intervenir de suite et largement. Quelle relation existe-t-il entre la syphilis et la leucoplasie, entre la leucoplasie et le cancer? Quelle est la filière qui réunit entre eux ces trois états morbides? M. Cornil pourrait peut-être nous renseigner à ce sujet.

Comme M. Poirier, M. Fournier demande qu'en présence d'un cancer lingual chez un syphilitique on ne s'attarde pas à l'épreuve du traitement antisyphilitique toujours illusoire et inutile. On a trop abusé de ce traitement d'épreuve.

On a trop longtemps aussi vécu dans cette idée que, contre toute manifestation syphilitique, le traitement spécifique reprenait ses droits. C'est une grave erreur et nous savons trop bien aujourd'hui l'inefficacité absolue du mercure et de l'iode contre les affections parasyphilitiques, contre le tabes et la paralysie générale. Mais ces accidents que nous ne pouvons plus combattre, il faut les prévenir. L'obligation s'impose à nous médecins de demander au traitement antisyphilitique un rendement plus complet. M. Fournier insiste ici avec énergie sur l'importance d'un traitement antisyphilitique bien dirigé, assez précoce, assez intense, assez prolongé. Ajoutons à cela le conseil aux syphilitiques de ne pas fumer et ce sont là les meilleurs moyens d'éviter le tabes, la paralysie générale et, dans beaucoup de cas, le cancer lingual.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1906)

Absence d'anaphyllaxie au cours des injections de virus rabique et de sérum antirabique. — On sait que le sérum de cheval qui n'est pas toxique pour le lapin normal l'est au contraire si l'animal est anaphyllactisé, c'est-à-dire hypersensibilisé par des injections préalables de sérum. De même un cobaye qui a reçu il y a plusieurs semaines un mélange de toxine et de sérum diphtérique devient très malade et meurt rapidement si on lui injecte du sérum normal de cheval. On a voulu expliquer par là certains accidents graves qui se montreraient parfois à la suite d'injections de sérums thérapeutiques. M. Remlinger inocule à un groupe d'animaux du sérum normal de cheval ou de mouton, du sérum antidiphtérique ou tétanique, puis à un mois de distance, la vaccine à l'aide d'un mélange de sérum antirabique et de virus fixe. Un deuxième groupe est vacciné d'abord et injecté ensuite avec les mêmes sérums. Les accidents d'anaphyllaxie se montrent très rarement et manquent toujours de netteté. On peut tirer de là un argument en faveur de l'innocuité pour l'homme de la vaccination antirabique par les mélanges de virus et de sérum (méthode de A. Marie).

Sur quelques particularités de la circulation veineuse intrahépatique. — MM. Gilbert et M. Villaret ont constaté les résultats suivants à la suite d'injections portales ou sus-hépatiques de masses gélatineuses colorées ou de solutions pulvérulentes fines :

1° L'indépendance veineuse entre les différents lobes du foie signalée par certains auteurs ne leur a paru exister que dans les cas où l'injection est poussée par une des branches de division hilaire du tronc porte;

2° Dans le cas d'injection gélatineuse immédiatement après la mort, soit dans la veine porte, soit dans la veine sus-hépatique, la masse colorée est toujours centrée autour du pôle opposé à celui d'où vient l'injection; ce phénomène semble être une réaction vitale de défense des éléments hépatiques. En effet, il se produit indifféremment que la solution soit poussée par les veines sus-hépatique ou porte. Il n'existe de plus qu'immédiatement après la mort et disparaît plus tard.

Il ne se produit pas enfin dans les injections pulvérulentes très fines et en petite quantité sur l'animal vivant, celles-ci paraissant beaucoup moins gênantes pour le courant sanguin qu'une masse gélatineuse.

Contribution à l'étude de la pancréatectomie chez le chien. — M. L. Sauvé présente un chien sur lequel il a pratiqué, il y a quinze jours, une duodéno-gastro-pancréatectomie suivie de gastro-entérostomie et de cholécystostomie; à la suite d'expériences pratiquées sur dix chiens l'auteur conclut : 1° Qu'il est impossible d'enlever tout le pancréas du chien sans enlever le duodénum; si on n'enlève pas le duodénum, celui-ci se sphacèle; 2° La gastro-duodéno-pancréatomie chez le chien peut être pratiquée en une seule séance en même temps que les opérations complémentaires pour rétablir le cours du chyme et de la bile. Si on emploie une technique rigoureuse, on obtient des survies égales aux plus longues survies des chiens dépancréatisés (sans résection du duodénum) de Mikowski et Pflueger; 3° La question de la glycosurie qui, après pancréatectomie, durerait jusqu'à la mort, est encore, malgré l'opinion couramment reçue, non résolue. Les expériences de Pflueger et un cas de pancréatectomie totale chez l'homme corroborent les faits rapportés par l'auteur.

L'élimination rénale pendant le jour et la nuit. — MM. Achard, Demanche et Faugeron ont comparé l'élimination rénale du jour et de la nuit chez des sujets qui prenaient d'une façon répétée, à six heures du matin et six heures du soir, une même dose de bleu de méthylène. Ils font une distinction entre ceux qui restaient alités nuit et jour et ceux qui se levaient une partie de la journée.

Parmi les sujets constamment alités, quatorze ont éliminé davantage pendant le jour : ils n'avaient ni lésions rénales, ni troubles graves de la circulation générale. Chez huit autres, atteints au contraire (sauf deux), de troubles rénaux et de désordres sérieux de la circulation générale, c'est l'élimination nocturne qui l'a emporté. Enfin, chez une cardiaque avec albuminurie passagère, il y a eu égalité entre le jour et la nuit.

Les sujets qui se levaient le jour, au nombre de neuf, ont tous éliminé davantage la nuit, sauf un qui présente l'égalité. L'écart entre les deux périodes était généralement bien plus grand que chez les sujets constamment couchés.

Il est facile d'expliquer cette prédominance nocturne, chez les sujets qui se levaient le jour, par l'action de l'orthostatisme qui, suivant les recherches de MM. Linossier et Lemoine, facilite l'élimination rénale.

Chez les sujets constamment couchés, la prédominance d'urine résulte peut-être de l'activité plus grande de toutes les fonctions qui facilite l'élimination quand le cœur et les reins sont en bon état. Quant à la prédominance nocturne, elle se produit peut-être parce que, ces organes essentiels fonctionnant mal, l'état de veille les fatigue et le repos nocturne améliore au contraire leur fonctionnement.

Les résultats n'ont pas été modifiés par les changements de régime alimentaire. La digitale, chez un cardiaque, amena une tendance au rétablissement des conditions normales.

Les variations du volume des urines et de leur teneur en chlore n'ont pas toujours suivi celle du bleu, ce qui ne doit pas surprendre, puisque ni l'eau ni le sel n'étaient absorbés par les malades avec la même régularité que le bleu.

Etude sur les constituants colloïdes du sang. Transport électrique des globulines. — M. H. Iscovesco. En faisant des dialyses du sérum, on arrive à avoir des globulines différentes aux différents étages de la dialyse. Mises dans un champ électrique, les émulsions de ces globulines, faites à l'eau distillée, se transportent toujours vers l'électrode négative. Donc, les globulines du sérum ne sont pas amphotises, mais ont une charge constamment électro-positive.

Hypertrophie avec adénomes enkystés multiples des surrénales chez les vieillards et les séniles. — MM. Sabrazès et Husnot décrivent, chez le vieillard, à partir de soixante ans, et aussi chez des sujets plus jeunes, mais porteurs de lésions vasculaires diffuses, témoignant d'une sénilité prématurée, un type *nodulaire enkysté* des glandes surrénales, caractérisé par l'existence, dans les glandes de ces individus, d'adénomes enkystés, siégeant soit dans l'épaisseur de la capsule d'enveloppe, soit au-dessous d'elle, soit même en plein tissu glandulaire, et analogues aux évolutions nodulaires avec cirrhose, observées dans le foie et les reins. Ils sont dus à l'action simultanée de deux processus : l'un, d'hypergenèse de la glande, l'autre de sclérose du mésenchyme.

Physiologie du corps jaune de l'ovaire. — Dans une note préliminaire, MM. Bouin, Ancel et Villemin établissent que : 1° l'application prolongée des rayons X sur l'ovaire de la lapine a pour résultat de provoquer l'atrophie des ovocytes et des follicules de de Graaf et d'empêcher la formation des corps jaunes; 2° dans certaines conditions bien déterminées, l'application des rayons X sur l'ovaire de la lapine n'amène pas l'atrophie de la glande interstitielle de l'ovaire; 3° l'application des rayons X sur l'ovaire provoque l'atrophie du tractus génital tout entier et des mamelons; 4° la glande interstitielle de l'ovaire restant intacte après l'application des rayons X, l'atrophie du tractus génital ne peut être attribuée qu'à l'absence des corps jaunes.

Autres communications :

Transport du bacille dysentérique par les mouches. — M. Auché.

Sur la destinée des microbes normaux du tube digestif chez les insectes à métamorphose. — M. Couvreur.

L'action physiologique de quelques nitriles. — MM. Brissemoret et Combes.

Sur la fasciculation des spermies en voie de développement et la rétraction de leurs faisceaux vers les noyaux de sertol. — M. A. Regaud.

Conditions générales de persistance de précipitation et de redissolution des solutions colloïdales. — MM. V. Henri et A. Mayer.

Recherches sur les complexus colloïdaux d'albuminoides. — M. Mayer.

FORMULAIRE

CONTRE L'ŒDÈME DE LA GLOTTE CHEZ LES ENFANTS

M. Comby conseille :

Pulvérisations fréquentes avec la solution suivante :

Alun	} *āā*	5 grammes.
Tanin.....................	}	
Extrait de ratanhia......	10	—
Eau..........................	500	—

Cinq à six par jour avec un pulvérisateur à main ou à vapeur. — (*Bull. gén. de thérap.*)

ANALYSES

MEDECINE

Fièvre typhoïde bilieuse. (Franz Ehrlich. *Deuts. med. Wochens.*, 18 oct. 1906, n° 42, p. 1704;) — **Sur la cholécystite typhique.** (Khautz. *Wiener klin. Wochens.*, 1er nov. 1906, n° 44, p. 1312.) — La fréquence de l'infection des voies biliaires par le bacille d'Eberth, au cours de la fièvre typhoïde, et le rôle de cette affection dans la pathogénie de la lithiase biliaire sont des faits universellement connus. Mais cette question a pris un regain d'intérêt depuis de nouvelles recherches entreprises en Allemagne, particulièrement depuis celles de Forster et Kayser (*Munch. med. Wochens.*, 1905). Ces auteurs admettent que, dans tous les cas de fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth en circulation dans le sang est éliminé par le foie, et arrive avec la bile dans l'intestin : l'invasion de l'intestin par le bacille d'Eberth ne serait que la conséquence de l'élimination du microbe par la bile. Bien plus, chez les individus qui, pendant des mois après une dothiénentérie, ou même sans avoir eu de diothiénentérie cliniquement appréciable, présentent dans leurs selles du bacille d'Eberth, chez les *porteurs de bacilles*, suivant l'expression allemande, le lieu de pullulation du microbe spécifique serait, non pas l'intestin, mais la vésicule biliaire chroniquement infectée, la bile est en effet un excellent milieu de culture pour ce microbe.

Aussi est-il intéressant de noter les cas où l'infection éberthienne s'est manifestée sous l'aspect clinique d'une inflammation aiguë des voies biliaires. Deux observations nouvelles viennent d'être publiées par Fr. Ehrlich (de Stettin) et par Khautz (de Vienne).

L'observation d'Ehrlich est particulièrement suggestive; elle concerne un homme qui présenta en même temps les symptômes douloureux d'une colique hépatique, d'ictère et de fièvre progressivement croissante qui prit bientôt le caractère oscillant; les autres symptômes étaient : décoloration des matières fécales, tuméfaction de la rate, pouls peu accéléré mais très dépressible, atteinte profonde de l'état général. Le diagnostic hésitait entre angiocholécystite suppurée et fièvre typhoïde bilieuse, lorsque le douzième jour de la maladie, l'ensemencement du sang donna du bacille d'Eberth en culture pure et le séro-diagnostic de Widal se montra positif. La mort survint le seizième jour de la maladie.

L'autopsie montra : hépatite parenchymateuse diffuse, inflammation et dilatation des voies biliaires sans lithiase; au niveau de l'intestin, seulement un peu de tuméfaction des follicules clos, pas d'ulcérations, pas d'adénopathies du mésentère.

L'observation de Khautz concerne une femme qui, en pleine santé, fut prise de frissons, de fièvre et de douleurs dans la région de la vésicule biliaire. Le quatorzième jour de la maladie, date de l'entrée à l'hôpital, la température atteignait 41 degrés; la malade était subictérique, et la vésicule biliaire distendue était nettement sensible. L'incision de la vésicule donna du pus et des petits calculs. La malade guérit.

Le bacille d'Eberth fut isolé du pus à l'état de pureté; le sérum de la malade agglutinait à 1/30.

Ces faits démontrent une fois de plus que si l'infection des voies biliaires est habituellement silencieuse au cours de la septicémie éberthienne, elle peut dans certains cas se manifester par des phénomènes locaux aigus et occuper le premier plan dans le tableau clinique. A. Lemierre.

La vision des tireurs. (Ginestous et Coullaud. *Arch. d'ophtalmol.*, mai 1906.) — Les auteurs tirent de leur consciencieux travail les conclusions suivantes :

I. L'exercice du tir est un acte de vision monoculaire. — II. La précision du tir est compatible avec une diminution considérable, avec l'abolition même complète de l'acuité visuelle d'un œil, avec les amétropies monoculaires, ce qui explique les succès obtenus dans les concours de tir par les borgnes, les amblyopes ex anopsia, les anisométropes. — III. Le tireur choisit généralement l'œil dont l'acuité visuelle est la meilleure pour établir sa ligne de visée. Dans la majorité des cas, les tireurs gauchers ont une acuité visuelle ou une réfraction défectueuse de l'œil droit. Ceux qui tirent les deux yeux ouverts sont la plupart du temps des amblyopes monoculaires, qui n'ont pas besoin de fermer un œil pour le neutraliser. Les gauchers et les tireurs visant les deux yeux ouverts peuvent devenir d'excellents tireurs. — IV. L'acuité visuelle de l'œil directeur, qui établit la visée, doit être en général au minimum de 1/2. — V. La réfraction statique est de peu d'importance pour la précision du tir; il est nécessaire, au contraire, que la réfraction dynamique (puissance positive d'accommodation) soit indemne; car le tireur doit surtout posséder une vision nette et précise du cran de mire et du guidon situé en moyenne à une distance de l'œil de 1m18 dans le fusil Lebel de l'infanterie, de 78cm80 dans la carabine de cavalerie. — VI. Il y a donc avantage pour le tireur à corriger toute myopie supérieure à 1 dioptrie; de même, l'asthénopie accommodative si fréquente chez les hypermétropes, de même que la presbytie, nécessitent le port de verres convexes appropriés pour fixer le guidon. — VII. Au point de vue pratique, il y a lieu, ainsi que le permettent d'ailleurs les règlements en vigueur, d'autoriser les hommes à tirer en fermant l'œil qu'il leur convient de fermer, en laissant les deux yeux ouverts si cela leur plaît, en épaulant à gauche ou à droite suivant leurs préférences. Les conditions d'aptitude physique au service armé doivent exiger une acuité monoculaire minimum de 1/2; l'acuité d'un œil peut être infime, abaissée même à 1/50. Le règlement allemand qui admet la cécité monoculaire presque complète est celui qui concorde le mieux avec les nécessités du tir de guerre moderne, et il y aurait par conséquent avantage à l'adopter en France. L. Babonneix.

Tuberculose primitive de l'estomac. (Ruge. *Treatment*, sept. 1906, vol. X, n° 7, p. 513, et in *Beitr. fur Hilin. der Tub.*, Band III, Heft 2.) — Ruge rapporte l'observation personnelle d'un malade atteint de tuberculose primitive de l'estomac, observation très intéressante car l'affection simula complètement un cancer de l'estomac et l'examen histologique vint seul montrer l'erreur commise. Il s'agit d'un homme de cinquante ans. Les symptômes : douleur stomacale, perte d'appétit, perte des forces, amaigrissement, hypo-chlorhydrie, tuméfaction épigastrique, sont ceux d'un cancer du pylore. On pratiqua successivement une pyloroplastie, puis une gastro-entérostomie. Huit mois après, le malade revient avec une pleurésie gauche, des adénites prévertébrales et inguinales. Il meurt d'épuisement quatre mois après, on trouve une tumeur stomacale volumineuse, ulcérée, d'aspect malin avec des métastases aux côtes, aux ganglions préaortiques, inguinaux, de la péritonite, de la pleurésie, une pachyméningite hémorragique, et une thrombose de la veine iliaque externe droite.

L'examen montre que ces lésions sont d'origine tuberculeuse. Les poumons sont sains. L'auteur discute les voies de propagation de la tuberculose dans le tube digestif. Il pense

que l'infection stomacale était primitive et d'origine alimentaire. LANCE.

CHIRURGIE

Résultats de l'anastomose hypoglosso-faciale pour paralysie faciale. (Alfred S. Taylor et Pierre Clark. *Journ. of the Amer. med. assoc.*, vol. XLVI, nº 12, 24 mars 1906, p. 856-862.) — Les auteurs exposent les résultats très encourageants obtenus par eux dans trois cas déjà anciens, et annoncent quatre nouvelles opérations, trop récentes pour qu'on puisse encore juger les résultats. Depuis 1902, l'hypoglosse a été employé par la plupart des auteurs à la place du spinal, parce qu'il a des relations anatomiques et physiologiques plus intimes avec le facial, et que son territoire musculaire est plus rapproché de celui de ce dernier. La pratique semble donner raison à ces arguments théoriques. La section du nerf choisi et l'anastomose terminale par suture semblerait devoir donner des résultats plus rapides que l'implantation latérale dans une fente du nerf non sectionné, procédé dont les auteurs se sont servis, parce que la régénération serait plus rapide, et la rééducation des centres corticaux serait moins longue parce que le centre moteur n'aurait à diriger qu'un territoire musculaire, tandis qu'il y en a deux avec l'implatation latérale. Mais la section du nerf a l'inconvénient de déterminer une paralysie permanente, et elle n'a pas une supériorité suffisante pour justifier un tel sacrifice. Taylor insiste sur l'importance qu'il y a à envelopper l'anastomose avec de la membrane de Cargile ou toute autre membrane de protections pour éviter l'envahissement de l'anastomose par du tissu conjonctif venu de la périphérie et aussi sur l'importance de l'éducation post-opératoire. On ne peut rien dire de définitif sur l'époque à laquelle il convient d'opérer, certaines opérations devant être exécutées de suite, d'autres, au contraire, pouvant être différées pendant un temps très long. F. GARDNER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LES PANSEMENTS PAR BANDES ADHÉRENTES OU LEUCOPLASTES

La *Gazette des hôpitaux* rapportait l'an dernier (nº 3, 10 janvier 1905, p. 33), une communication de MM. Villard et Cavaillon, à la Société de chirurgie de Lyon, dans laquelle ces auteurs attiraient l'attention sur certains procédés de pansements en usage en Allemagne, et qui à cette époque étaient inconnus en France.

Il s'agissait de bandes adhérentes, spéciales, vulgarisées en Allemagne, par le professeur Unna, sous le nom de *leucoplastes*, et utilisées depuis plusieurs années dans les hôpitaux allemands et suisses. Ces bandes sont enduites sur une de leurs faces d'une pâte à base de caoutchouc et d'oxyde de zinc, et se présentent sous forme de rouleaux de 5 à 10 mètres de long sur une largeur de 1 centimètre et demi et au-dessus jusqu'à 18 et même 30 centimètres.

Nous nous servons depuis une année déjà du leucoplaste et n'avons eu qu'à nous en louer. Il est d'une commodité d'application extrême, son adhérence est parfaite, sa conservation ne laisse rien à désirer. Des échantillons vieux de deux ans se sont montrés aussi frais que ceux de fabrication toute récente. Ajoutons enfin que cet emplâtre n'exerce sur la peau absolument aucune action irritante.

Comme simple moyen de fixation le leucoplaste sert à assujettir pour un temps plus ou moins long toutes sortes de pansements sur des régions mobiles (genou, coude) et peut remplacer très avantageusement le collodion ou les bandelettes adhésives ordinaires pour fixer sur les cors, durillons, l'emplâtre à l'acide salicylique. Nous l'avons souvent employé encore comme MM. Villard et Cavaillon, pour fixer et protéger des pansements de plaies opératoires.

Le leucoplaste constitue encore une bande économique et simple dans une foule de cas de chirurgie, de la face, des yeux ou des oreilles. Les pansements sont simplement fixés au moyen de ces bandelettes propres, légères, et l'on évite ainsi l'enveloppement de toute la tête, au grand soulagement des malades. Il suffit, pour assurer la fixation, que les extrémités des bandelettes adhèrent à la peau sur une longueur de 1 à 2 centimètres et dans la suite il suffit de détacher l'extrémité d'une de ces bandelettes pour se trouver à même de contrôler l'état de la plaie.

La grande chirurgie peut aussi utiliser le leucoplaste. MM. Villard et Cavaillon ont constaté ses avantages sérieux dans le traitement des plaies opératoires aseptiques, des plaies de laparotomie et de hernie. Il est également d'application très simple et très efficace pour les appareils de fractures. Il sert à maintenir les attelles et à fixer le poids pour l'extension continue, on peut encore en tirer bon parti pour le pansement compressif dans certains ulcères de jambes. On applique alors une série de bandelettes imbriquées sur le mollet et s'entrecroisant au-devant de la jambe.

Le leucoplaste rend encore des services très appréciables grâce à son haut degré d'imperméabilité. Grâce à cette propriété il concentre, il intensifie l'activité des diverses substances médicamenteuses qu'il recouvre, notamment la chrysarobine et l'acide pyrogallique dans le traitement du psoriasis et de certains eczemas psoriasiformes. Le leucoplaste, sous forme de grande pièce, ou de petits morceaux, suivant la nature du cas, remplace avec avantage le collodion ou la gélatine dont on se servait jusqu'ici.

Remarquons en passant que le leucoplaste, étant à base d'oxyde de zinc, a pour effet, comme tout composé de ce genre, d'exagérer l'action chimique de l'acide pyrogallique et de mitiger au contraire celle de la chrysarobine.

Dans certaines affections kératoïdes des mains on se sert habituellement, pour le traitement nocturne, de gants de caoutchouc dont l'imperméabilité est trop absolue. On les remplacera avec avantage par des gants de fil recouverts de bandelettes de leucoplaste. On obtiendra de cette façon une imperméabilité relative du plus heureux effet.

Tout récemment on a signalé une utilisation nouvelle par laquelle nous terminerons cette courte note. C'est la facilité que procure le leucoplaste pour recueillir, en vue de l'examen histologique, les squames et les croûtes. Cet emplâtre détache plus complètement les productions morbides à examiner que les emplâtres ordinairement employés. R. SUZOR.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* du 27 oct. 1906.) HENRIJEAN : Action des médicaments cardio-vasculaires et vaso-moteurs. — HERMAN : Sur l'origine de l'anthracose pulmonaire.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 8-9, août-sept. 1906.) GOUGEROT : Lymphosarcoïde (variété nouvelle de sarcoïde). — CERESOLE : Sur une trychophytie du daim transmissible à l'homme. — BOSELLINI : Sur deux cas de pseudo-milium colloïde familial. — PETRINI-GALATZ : Contribution à l'étude clinique et histopathologique de l'épidermolyse bulleuse dystrophique et congénitale.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 10, oct. 1906.) E. LOMBARD : Quatre observations de paralysie de la sixième paire dans le cours d'otites moyennes suppurées aiguës ; contribution à l'étude du syndrome de Gradenigo. — MAHU : Pathogénie de l'empyème maxillaire. — F. LEMAITRE : Du chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans les interventions de courte durée ; son administration à dose minima dans un espace clos et extensible.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — Nov. 1906.) Firmin DERVIEUX : Etude médico-légale de la catastrophe de Courrières. — Emile KOHN-ABREST : Etude chimique et toxicologique de diverses variétés du *Phaseolus lunatus* ou haricot à acide cyanhydrique.

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1906.) RAYMOND : Encéphalite aiguë. — COMBY : Nouveaux cas de scorbut infantile.

Archives de médecine navale. — (N° 10, oct. 1906.) CAZAMIAN : L'amygdale, voie de pénétration du coccobacille pesteux. L'angine pesteuse, particulièrement dans les formes de l'affection dites pulmonaires primitives. — COLOMB : Traitement des épididymites blennorragiques par le compresseur ouaté du docteur Le Méhauté. — THÉMOIN : L'hôpital de Sasebo en temps de paix et en temps de guerre. — KITASATO : La lutte contre la peste au Japon (trad. par M. Thémoin). — SHIGA : Observations sur l'épidémiologie au Japon (trad. par M. Thémoin).

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 11, nov. 1906.) TOURNADOUR : De la conjonctivite printanière ou catarrhe printanier. — ORIELLARD et PIERRE : Prolapsus rectal symptomatique d'un calcul vésical chez un jeune garçon. — RAMBAUD : L'Ecole de médecine de Poitiers à ses débuts [1806-1854 (*suite*)]. — R. MORICHAU-BEAUCHANT : Les signes prémonitoires de la phtisie pulmonaire. — Léon POULIOT : Siège décompléte mode des fesses. Conduite à tenir.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 16, 30 oct. 1906.) A. ROBIN : Traitement d'un cas type d'hypersthénie gastrique chez un épileptique. — BARDET : La pharmacologie et l'hygiène envisagés au point de vue clinique. — (N° 17, 8 nov.) E. ROCHARD : Sarcome du mésentère. — E. THOMAS : A propos du mal de montagnes. — (N° 18, 15 nov.) Albert ROBIN : Traitement des dyspepsies par fermentations anormales. — G. BARDET : De la sédation et de la saturation dans les dyspepsies. — René COÜETOUX : Les essences de plantes en fumigations.

Bulletin médical. — (N° 86, 31 oct. 1906.) GABOURD : Epanchement sanguin sus-dure-mérien par fracture du crâne. — (N° 87, 7 nov.) GRANCHER : La tuberculose ganglio-pulmonaire dans l'école parisienne. — NETTER et RIBADEAU-DUMAS : Origine infectieuse des empoisonnements par les gâteaux à la crème ; intervention d'agents identiques à ceux des infections carnées. — (N° 88, 10 nov.) Gilbert BALLET : Les affections qu'on confond souvent avec la neurasthénie. Nécessité d'un diagnostic précis préalable pour instituer un traitement rationnel. — (N° 89, 14 nov.) CAUSSADE, WICART et MILHIT : Les abcès du cerveau d'origine otique. — (N° 90, 17 nov.) H. JUDET : La fracture du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant. — P. CHAUVEL : Auto-observation de régime végétarien suivi pendant cinq ans. — (N° 91, 21 nov.) KÜSS et LOBSTEIN : L'anthracose pulmonaire et les poussières atmosphériques.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 44, 4 nov. 1906.) DONNADIEU : Du rôle de la dilatation dans les urétrites chroniques et de la meilleure manière de la pratiquer au moyen du dilatateur-laveur de Kollmann. — BUSQUET : De la transmission des maladies infectieuses par les billets de tramways. — DUVERGEY : Phlébites des membres inférieurs consécutives à l'appendicectomie à froid. — (N° 45, 11 nov.) DONNADIEU : Du rôle de la dilatation dans les urétrites chroniques et de la meilleure manière de la pratiquer au moyen du dilatateur-laveur de Kollmann (*fin*). — SABRAZÈS et HUSNOT : Hypertrophie avec adénomes enkystés multiples des capsules surrénales chez les vieillards et les séniles. — ANGLADE et AUBARET. Gliome de la rétine. Exentération sous-conjonctivale. Guérison maintenue deux ans et demi après. Etude histologique du gliome par le procédé d'Anglade. — (N° 46, 18 nov.) SABRAZÈS : Cytologie et pathogénie des kystes spermatiques. — LABOUGLE et BOUTIN : Note au sujet de l'injection sous-cutanée de solutions isotoniques (injections massives sans chlorures, avec le sucre comme excipient ; injections mercuriellles ; injections quiniques).

Gynécologie. — (N° 4, août 1906.) Lucien PICQUÉ : Des éventrations post-opératoires envisagées surtout au point de vue de leur prophylaxie. — Paul HALLOPEAU et Robert LACASSE : Fibrome utérin calcifié. — GAULLIEUR L'HARDY : Les kystes du vagin.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (N° 20, 10 nov. 1906.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Le pansement et la méthode antiseptique en campagne.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 43, 27 oct. 1906.) André FOULATIER : Note sur deux cas de ténosite et d'aponévrosite du tendon du biceps brachial traités avec succès. — (N° 44, 3 nov. 1906.) BOUCHAUD : Paraplégie infantile. Début insidieux, état stationnaire, puis aggravation. — André FOULATIER : Deux cas d'encéphalopathie infantile présentant le syndrome de Little. — (N° 45, 10 nov.) BOUCHAUD : Hémiplégie cérébrale infantile. Réflexes abolis aux membres inférieurs, peu prononcés aux membres supérieurs. — (N° 46, 17 nov.) C. LEPOUTRE : Asystolie d'origine mitrale ayant amené des accidents d'urémie. Guérison par la digitaline.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 44, 1er nov. 1906.) NOEVER : De la localisation des carcinomes gastriques. — (N° 45, 8 nov.) Aug. DEBRAY : Essai critique de la théorie du neurone. — (N° 46, 15 nov.) Alfred BLUMENTHAL : Note sur l'éosninophilie hématique et locale.

Marseille médical. — (N° 21, 1er nov. 1906.) MONTEUX : Un monstre double hétéradelphe. — Léon IMBERT : Le médecin et la loi sur les accidents du travail (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'ataxie tabétique, par le docteur FRENKEL. In-8°, de 324 p., 132 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

Le mariage et les théories malthusiennes. Conséquences au point de vue de l'hygiène publique, par GUIBERT. In-8, 163 p. — Paris, Baillière.

Guide formulaire moderne, par MM. les docteurs RABASSE et DE LA HARPE. In-8, 160 p. — Paris, Maloine.

Traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence et de haute tension basé sur l'étude du chimisme respiratoire, par THIELLÉ. In-8, 140 p. — Rouen, imprimerie Mégard.

Analyse de l'eau artésienne d'Ostende, par GAUTHIER et MOUREU. Une broch., 24 p. — Ostende, imprimerie Van Graefschepe.

Les races flamandes bovine, chevaline et humaine dans leurs rapports avec la marche en terrain plat, par les docteurs BAROUX et SERGEANT. Une broch., 43 p. — Paris, librairie Tallandier.

Vomissements graves de la grossesse, par le docteur ANDÉRODIAS. Une broch., 6 p. — Lyon, Poinat, édit.

N° 137. — SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1906. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A la suite de manifestations qui viennent de se produire à la Faculté de médecine, on annonce que les cours et travaux pratiques seraient suspendus pour une période de huit jours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le docteur Fortineau a été, après concours, institué chef des travaux de bactériologie.

L'IMPOT SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES DEVANT LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — Au cours de la discussion du budget de l'agriculture, le docteur Cazeneuve, député de Lyon, a été amené, à propos de la répression des fraudes, et de l'inspection des pharmacies, à parler de l'impôt projeté sur les spécialités pharmaceutiques.

Dans un excellent discours, il a montré combien cet impôt, qui lui paraît excessivement élevé, est critiquable. M. Cazeneuve pense qu'il serait plus juste d' « imposer non les eaux minérales ou les spécialités pharmaceutiques, mais toutes les marques de fabrique et de spécialisation déposées dans notre pays. On dépose une quantité innombrable de marques devenant la propriété de leurs auteurs. Qu'il s'agisse de produits alimentaires, de produits pharmaceutiques, de parfumerie ou de droguerie, qu'il s'agisse de produits agricoles d'origine spéciale, le dépôt d'une marque, sorte de pavillon qui couvre la marchandise, se pratique journellement.

... La prise de ces marques de fabrique est intéressante pour nos fabricants français, aussi bien pour la consommation en France que pour la consommation à l'étranger. . . . . .

... Croyez-vous que les spécialistes protégés par l'Etat, par vos grands services de la répression de la fraude, ne sentent pas le devoir de payer une contribution? Ce sont les marques de fabrique qu'il faut imposer. Pourquoi frapper les spécialités pharmaceutiques et pas les spécialités de parfumerie? Vous allez frapper le sulfate de quinine d'un droit énorme et voilà une misérable liqueur aux sels de plomb pour teindre les cheveux, qui intoxique le malheureux qui par naïveté veut colorer sa moustache pour se rajeunir de vingt-cinq ans et vous ne frappez pas cette spécialité? (Applaudissements.)

Frapper certaines spécialités est un tort; nous pouvons frapper toutes les marques de fabrique puisque la nouvelle loi sur les fraudes que l'Etat va être chargé d'appliquer protège les spécialités et les marques de fabrique. (Très bien! très bien!)

Il y a là une étude à faire qui vous rapporterait des millions, monsieur le ministre, et qui ne soulèverait en France aucune protestation. Nous sommes aujourd'hui sous un régime démocratique, nous voulons que l'impôt pèse un peu sur les épaules de tout le monde et proportionnellement aux facultés de chacun.

Les pharmaciens ne sont pas contents qu'on frappe leurs spécialités, si on ne frappe pas également la parfumerie et même l'épicerie. En frappant tous les produits déposés, l'impôt pourra être faible et passera inaperçu... »

On ne saurait mieux dire; nous sommes heureux de voir que M. Cazeneuve a employé les mêmes arguments que nous faisions valoir ici même il y a huit jours.

LE BLANC DE CÉRUSE DEVANT LE SÉNAT. — Dans sa séance de jeudi, le Sénat a abordé l'examen d'un contre-projet de M. Gourju, qui stipule une réglementation de la fabrication et de l'emploi des composés de plomb.

MM. Peyrot, Pédebidou et Viviani, ministre du Travail, combattent le contre-projet comme insuffisant, inefficace et peu pratique.

Le contre-projet est repoussé par 156 voix contre 130.

L'article 1er du texte de la Commission est adopté; il est ainsi conçu :

« ARTICLE PREMIER. — Dans les ateliers, chantiers, bâtiments en construction ou en réparation et généralement dans tout lieu de travail où s'exécutent des travaux de peinture en bâtiments, les chefs d'industrie, directeurs ou gérants sont tenus, indépendamment des mesures prescrites en vertu de la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs, de se conformer aux prescriptions suivantes. »

La discussion continue aujourd'hui vendredi.

HOMMAGE AU DOCTEUR HALLOPEAU. — Les amis, collègues et élèves de M. Hallopeau, désireux de lui offrir une médaille à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur, de sa vingt-cinquième année de service à l'hôpital Saint-Louis et de ses nombreux travaux originaux, ont ouvert une souscription.

M. Chaplain a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille avec figure allégorique au revers. Elle sera offerte à M. le docteur Hallopeau dans la salle des conférences à l'hôpital Saint-Louis.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité; un exemplaire sera remis à tout souscripteur de la somme de 25 francs.

Les membres du comité d'initiative sont : MM. Lannelongue, Le Dentu, Pinard, Joffroy, Berger, Gaucher, Balzer, Guinard, Jeanselme, Gastou, Brodier et Fouquet.

Prière d'envoyer les cotisations avec une carte de visite à M. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LA SÉCRÉTION INTERNE DU TESTICULE

ET LA GLANDE INTERSTITIELLE

(ACQUISITIONS RÉCENTES DE LA PHYSIOLOGIE)

Par Hugues ALAMARTINE,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Durant ces dix dernières années, la sécrétion interne du testicule a fait l'objet de toute une série de travaux fort importants. L'hypothèse de Brown-Sequard, qui attribuait au suc testiculaire une action dynamogénique dont elle ne précisait ni l'origine ni les effets, a définitivement vécu. Une nouvelle théorie, fondée à la fois sur des constatations d'histologie normale et pathologique et sur des faits expérimentaux, lui a succédé, faisant des cellules interstitielles une glande a sécrétion interne qui tiendrait sous sa dépendance toute l'évolution de la sexualité.

I

Historique. — En 1869, dans son cours de la Faculté de médecine, Brown-Sequard, émet cette opinion que le testicule, ainsi du reste que les autres glandes de l'économie, possède une sécrétion interne, se déversant dans le courant circulatoire. Il essaye de vérifier cette hypothèse en étudiant la composition du sang qui revient du testicule et en l'injectant à des animaux, il échoue dans ces expériences et jusqu'en 1889, il ne publie plus rien sur la question.

En 1889, Brown-Sequard expose à la Société de biologie, l'ensemble de ses recherches. Partant de cette idée que la castration et l'abus du coït ou de la masturbation amènent une dépression morale et physique très nette et d'autre part que la continence est suivie d'un état d'excitation marquée, il en conclut que le suc testiculaire résorbé possède une action dynamogénique sur le système nerveux. Il injecte du suc testiculaire à des lapins, il se fait à lui-même des injections et il voit se produire un accroissement de la force physique et de la puissance cérébrale. L'activité de la moelle et du cerveau aurait donc des fluctuations fonctionnelles en rapport avec l'activité testiculaire.

Les travaux de Brown-Sequard mirent la question à l'ordre du jour. On se demanda d'abord quel était le principe actif du suc testiculaire. Ce n'était évidemment pas les spermatozoïdes, car le mode de préparation du suc, sa filtration à travers des bougies et le résultat des examens microscopiques levaient tous les doutes à cet égard. Ce n'était pas non plus les cristaux de spermine signalés par Charcot, Neumann et Schiermer et étudiés à nouveau par Poehl, car L. Henry (*The New-York med. Journ.*, 1891), les isole et les trouve sans action physiologique. Schultze (*Semaine méd.*, 24 juin 1891) démontre que la pipérazine est également inactive. Donc, ignorance absolue sur le principe dynamogénique du suc testiculaire. Quant à son mode d'action Grigorescu (de Bucharest) cherche avec l'appareil de d'Arsonval les modifications produites dans la vitesse de transmission de l'influx nerveux par l'injection testiculaire. Chez un homme de quarante-quatre ans, paraplégique, il trouve une vitesse de $8^{m}83$, avec un écartement de 16 millimètres des pointes de l'esthésiomètre à la région plantaire du gros orteil; après quatorze jours de traitement, cette vitesse était devenue $33^{m}4$, l'écartement 4 millimètres.

Vitto Capriati (*Archiv. di nevroglia*, Napoli 1892) recherche l'augmentation de la force musculaire ; et à l'ergographe de Mosso, il trouve une différence de 4.266 kilogrammètres.

Le résultat de tous ces travaux fut de provoquer l'introduction du suc testiculaire en thérapeutique. Ce fut pendant quelque temps une panacée universelle contre toutes sortes de maladies : névroses, affections organiques du système nerveux, maladies générales même. Les résultats furent définitivement très peu encourageants, d'où une grande défaveur pour la théorie de Brown-Sequard. Récemment on a pourtant essayé de remettre en honneur la médication orchitique dans quelques cas particuliers (voyez Thèses Maisonnave, Barot, Dupré).

Parallèlement à ces travaux, le professeur Poncet et ses élèves poursuivaient ceux relatifs aux effets de la castration sur le squelette. En 1879, au Congrès pour l'avancement des sciences, M. Poncet avait démontré qu'un des résultats bien nets de la castration, était l'augmentation de la taille. Sous son inspiration, Pirsches et Briau reprirent et complétèrent ces recherches, qui furent du reste confirmées à l'étranger par Sellheim et revus tout récemment par Richon et Jeandelize. Lortet y apporta la confirmation fournie par l'étude des eunuques.

Tel était, vers 1898, l'ensemble de nos connaissances sur la sécrétion interne du testicule. On voit qu'elles se réduisaient à la simple notion de l'existence de cette sécrétion et son action sur la nutrition en général, le squelette osseux en particulier.

On ignorait :

Quel était l'élément endo-sécréteur du testicule ;
Quel était le produit sécrété ;
Quel était son mode d'action.

Ce sont ces trois points que sont venues élucider les recherches récentes de Plato, Mathieu, Richon et Jeandelize, Ancel et Bouin, Loisel, Ganfini, Felizet et Branca, Mosselman et Rubay, Voinov, Giard, etc.

II

L'élément endo-sécréteur du testicule; glande interstitielle et syncytium sertollien. — Au niveau du testicule on trouve trois sortes d'éléments cellulaires : les cellules interstitielles, le syncytium sertollien, et enfin les cellules de la lignée séminale. A laquelle de ces trois catégories d'éléments est due la sécrétion interne ?

Les travaux d'Ancel et Bouin d'une part, de Loisel de l'autre, tendent à élucider la question.

A. Role des cellules interstitielles. La glande interstitielle. — Vues pour la première fois par Kolliker chez l'homme (1856), puis chez tous les autres mammifères, par Franz Leydyg (1862), les cellules interstitielles ont été le sujet d'une infinité de travaux anatomiques et cytologiques que nous ne ferons que rappeler, renvoyant au mémoire d'Ancel et Bouin dans les *Archives expérimentales de zoologie* (1903) où ils sont exposés dans leur ensemble.

On a émis successivement sur le rôle probable de ces cellules interstitielles, les opinions les plus diverses. Letzerich et Harvay en font des cellules ganglionnaires, Henle des appareils nerveux terminaux. Aujourd'hui, on est unanime pour en faire des éléments glandulaires dont la sécrétion jouerait un rôle trophique local (Leydyg et Plato, Régaud et Sénat) ou constituerait la sécrétion interne du testicule (Ancel et Bouin).

1° *Caractère glandulaire de la cellule interstitielle.* — Voici ce qu'en disent Ancel et Bouin (*Arch. expér. de zoolog.*, 1903) :

« On trouve dans les cellules interstitielles tous les caractères des cellules glandulaires. »

Les noyaux montrent les plissements, les nucléoles doubles, les amitoses caractéristiques des éléments glandulaires. Presque pas de figures de mitoses.

Le cytoplasma présente des caractères plus probants encore. Il passe très nettement par les deux phases de mise en charge et de sécrétion proprement dite de tout protoplasma glandulaire.

2° *Indépendance des glandes interstitielles et séminales.* — Les produits de sécrétion de la glande interstitielle ne peuvent passer que dansles tubes séminifères ou bien dans la circulation générale par les vaisseaux.

C'est la première opinion qui a rallié tous les auteurs, Hansemann (1895), Plato (1896), Beissner (1898), Friedmann (1898), Mathieu (1898).

D'après Ancel et Bouin (1903) ce rôle trophique local est admissible, mais la glande interstitielle possède une indépendance relative vis-à-vis de la glande séminale, au triple point de vue ontogénique, morphologique et fonctionnel.

Cette independance se manifeste dans le testicule jeune où la glande interstitielle acquiert un grand développement et fonctionne alors que la glande génitale est encore embryonnaire [Tourneux (1878), Hansemann (1895), Plato, Friedmann (1898), Regaud et Policard (1901)].

Il y a aussi indépendance topographique. Dans le testicule de l'adulte on trouve des cellules interstitielles loin des tubes séminifères, un peu partout.

Dans les testicules d'individus âgés, elles conservent leur intégrité alors que les éléments sexuels sont en dégénérescence ou ont disparu.

Enfin dans les testicules d'adulte atteint d'affection cachectisante, il se produit toujours une atrophie marquée des éléments séminaux, tandis que les cellules interstitielles restent intactes. Bien plus, Hansemann (1895) et Lubarsch (1896) ont souvent vu une hypertrophie de l'appareil interstitiel dans ces conditions et notamment dans l'anémie pernicieuse. Mathieu (1898) dans un cas a trouvé une spermatogenèse nulle avec des cellules interstitielles très nombreuses.

Ancel et Bouin (1903) confirment le fait.

3° *Étude des testicules cryptorchides.* — L'étude des testicules des cryptorchides fournit un argument décisif à la théorie d'Ancel et Bouin. Avec ces auteurs il faut distinguer deux variétés de cryptorchides : ceux dits de la première espèce, qui présentent tous les caractères des individus entiers, sauf toutefois la fécondité; ceux de la deuxième espèce ou castrats naturels qui ressemblent en tous points au castrat vrai. Or les testicules des premiers contiennent une glande interstitielle, tandis que ceux des deuxièmes n'en ont pas, d'où la conclusion.

a. *Étude des cryptorchides de la première variété.* — L'existence de cryptorchides possédant tous les attributs de la virilité est connue depuis longtemps. Nivard (1894) constate que le cheval cryptorchide a le caractère, les vices et les passions de l'entier. Variot et Bezançon (1892) ont observé des hommes cryptorchides présentant tous les signes de la virilité, sauf toutefois la présence de spermatozoïdes. La castration des animaux cryptorchides de la première variété fait disparaître leurs caractères. Horday (1899) castre un terrier irlandais de seize mois cryptorchide abdominal et supprime du coup ses instincts coureurs et vagabonds.

Or dans tous ces cas de cryptorchidie, l'examen histologique montre la disparition de la glande séminale avec conservation du syncytium et de la glande interstitielle.

Mathieu (1898) chez le cheval, l'âne et le porc, Felizet et Branca (1898), Cunéo et Lecène (1901) chez l'homme, Regaud et Policard (1901) chez les animaux, constatent le fait.

Ancel et Bouin (1903) reprennent la question en étudiant le testicule du porc cryptorchide : la seule évolution subie par les éléments séminaux embryonnaires dans le testicule ectopique est la différenciation des noyaux sertolliens. Le syncytium sertollien est analogue à celui de l'adulte. Les cellules interstitielles existent dans le testicule ectopique aussi développées que dans le testicule normal, leur fonctionnement est également actif; présentant les deux phases de la sécrétion, elles sont bourrées de granulations.

Monod et Arthaud ont, il est vrai, soutenu qu'il est de règle que le testicule ectopique fournisse des spermatozoïdes jusqu'à l'âge de vingt ou trente ans, mais ce fait a été infirmé.

b. *Étude des cryptorchides de la deuxième variété ou castrats naturels.* — Il existe un certain nombre d'observations probantes : Variot et Bezançon (1902) constatent que certains individus, dont les testicules sont profondément cachés dans le ventre, présentent tous les caractères des eunuques. Mathieu (1898) trouve chez un cheval cryptorchide abdominal la glande interstitielle absente et cet animal était semblable à un castrat. Felizet et Branca (1898) à l'examen histologique ne trouvent à peu près que du tissu conjonctif et pas de glande interstitielle. Richon et Jeandelize (1903), à la clinique du professeur Spill-

mann, voient un homme de cinquante-sept ans présentant nettement le type d'un castrat avec un seul testicule gros comme une noisette.

Ancel et Bouin (1903) constatent les mêmes faits avec examen histologique à l'appui chez les porcs, complétant ainsi les recherches de Festal sur le verrat rile (1871).

4° *Étude des testicules ayant subi une sténose expérimentale ou pathologique de leurs voies d'excrétion.* — Ancel et Bouin ont démontré que la sténose des voies spermatiques avait pour résultat la disparition de la glande séminale avec conservation du syncytium sertollien et de la glande interstitielle; or cette sténose s'accompagne de conservation de la virilité : des vétérinaires belges, ayant essayé chez les poulains de substituer à la castration la ligature ou la résection du déférent, ont eu des chevaux semblables aux entiers. L'épididymectomie a donné les mêmes résultats négatifs à Bardenhauer.

a. *Résultat de la ligature du déférent.* — A la suite des expériences déjà anciennes de A. Cooper, Curling (1856) Godard (1857), Brugnone et Gosselin (1857) et celles plus récentes de Brissaud (1880) et de Pruneau (1900), on admettait qu'à la suite de la ligature du déférent il ne se produisait aucune atrophie du testicule, le sperme continuait à être excrété; mais il était résorbé et cette sécrétion récrémentielle avait pour résultat l'exaspération de l'appétit génésique.

Ces résultats sont aujourd'hui complètement infirmés. P. Bouin (1897) observe la disparition des éléments séminaux, mais ne s'occupe pas des cellules interstitielles. Richon et Jeandelize (1903) constatent que la résection du déférent maintient chez le jeune lapin le développement normal des organes génitaux, qu'arrête la castration. Enfin Ancel et Bouin (1903) montrent par des expériences (ligature ou résection d'un centimètre de déférent) chez le cobaye et le lapin que les résultats anciens avaient été faussés parce qu'on n'avait pas attendu assez longtemps avant de sacrifier les animaux. Au bout de cent deux jours, toute la lignée séminale a disparu, tandis que le syncytium et la glande interstitielle subsistent intacts.

b. *Autres causes de sténoses des voies spermatiques.* — Les injections sclérogènes pratiquées au niveau du déférent ou de l'épididyme par Malassez et Terrillon (1880) avec de l'azotate d'argent à 1 p. 100, par Bouin (1897) avec la méthode de Lannelongue, avaient montré l'atrophie rapide des éléments séminaux, mais personne ne s'était occupé de l'état de la glande interstitielle.

Ancel et Bouin (1903), opérant chez le cobaye, montrent que l'injection d'une goutte de chlorure de zinc à 1 p. 20 dans la tête de l'épididyme amène le même résultat que la ligature du déférent, mais plus rapide. En quinze ou vingt jours les cellules séminales ont complètement disparu, sauf quelques noyaux sertolliens. La glande interstitielle est intacte.

Les observations de Hansemann (1895), Lubarsch (1896), Mathieu (1898), Regaud (1901), Ancel et Bouin (1903), montrent que dans l'épididymite tuberculeuse il y a également disparition de la lignée séminale avec persistance des cellules interstitielles. Si par contre la vascularisation disparaît en même temps que les voies excrétrices comme dans certains cas d'épididymite blennorragique, tout le testicule s'atrophie (Hansemann, Ancel et Bouin).

5° *Rôle de la glande interstitielle chez les animaux jeunes et l'embryon.* — Chez les embryons de porcs les cellules interstitielles constituent dans leur ensemble un organe caractéristique de la glande embryonnaire. Elle peut servir à reconnaître le sexe avant l'évolution des cellules sexuelles d'où les conclusions qu'en tirent Ancel et Bouin que l'apparition des caractères sexuels primaires est sous la dépendance de la glande interstitielle.

Chez les porcs cryptorchides jeunes on trouve parfois avec une glande séminale embryonnaire une glande interstitielle très développée, alors le tractus uro-génital et les glandes annexes sont eux-mêmes très développés. L'apparition des caractères sexuels secondaires semblent donc bien sous la dépendance de la glande interstitielle.

6° *Résultats de l'annihilation fonctionnelle de la glande interstitielle.* — Ancel et Bouin ont constaté que chez le vieillard et les animaux âgés la diminution et finalement l'abolition de l'instinct sexuel correspondent à des différences morphologiques constatées dans les cellules interstitielles (disparition des cristalloïdes et de la graisse, pigmentation excessive, ratatinement de la cellule). Ces mêmes auteurs sont arrivés chez le lapin jeune, par la section du déférent accompagnée de celle de l'artère spermatique et des plexus veineux, à produire l'atrophie de la glande interstitielle et alors ils ont vu les caractères sexuels secondaires rester stationnaires et les tertiaires ne pas apparaître du tout. Du reste le résultat de la castration chez les cryptorchides de la première variété qui ne possède qu'une glande interstitielle et pas de glande séminale est en accord avec tous ces faits.

7° *Cas d'insuffisance de la glande interstitielle. Insuffisance diastématique définitive ou temporaire* (Ancel et Bouin). — On rencontre fréquemment des porcs crytporchides dont les caractères sont intermédiaires entre ceux de l'entier et du castrat naturel. Or les testicules de ces animaux sont petits et très légers, à l'examen histologique on constate une desquamation complète de la glande séminale avec les cellules interstitielles rares et peu chargées de granulations. On trouve chez l'homme des cas absolument équivalents : soit congénitalement et alors le squelette est atteint, soit consécutivement à des cas d'orchite, de nature variée, surtout ourlienne (Brissaud). Tous ces individus sont des insuffisants diastématiques définitifs. Ancel et Bouin sont arrivés à produire des cas d'insuffisance diastématique temporaire (*Revue méd. de l'Est*, 1904, p. 634). Ils résèquent à des chiens ou à des lapins de sept à huit semaines le canal déférent en respectant l'artère spermatique et les plexus veineux. Ils arrivent ainsi à retarder l'apparition de la puberté : au huitième mois, l'instinct sexuel n'est pas encore apparu, les organes génitaux externes sont peu développés; à

l'examen histologique on ne trouve ni lignée séminale ni glande interstitielle; à douze mois l'insuffisance génitale tend à disparaître et alors au microscope la lignée séminale commence à se développer et les cellules interstitielles sont très apparentes.

B. Rôle du syncytium sertollien. — La participation du syncytium sertollien à la sécrétion interne du testicule est comprise actuellement de façon très différente. Ancel et Bouin la tiennent pour nulle, se basant à la fois sur des constatations histologiques et sur le caractère d'une expérience qui leur est propre. En effet, d'une part il existe des cas bien constatés de porcs cryptorchides absolument semblables aux entiers et dans le testicule desquels on ne trouve ni glande séminale ni syncytium sertollien. D'autre part si on castre du côté normal un porc cryptorchide abdominal en liant le canal déférent du côté opposé et si, cinq mois après, on examine le testicule laissé, on constate qu'il a subi une hypertrophie notable par rapport à celui d'un cryptorchide abdominal bilatéral. Or cette hypertrophie s'est faite tout entière au-dessus de la glande interstitielle, le syncytium sertollien n'ayant pas bougé.

Au contraire Loisel et avec lui un certain nombre d'auteurs, tout en admettant l'indépendance des fonctions sexuelles et glandulaires, associent le syncytium à la glande interstitielle dans la production de la sécrétion interne. Il se base sur trois séries d'arguments. Au point de vue morphologique les cellules interstitielles ne sont pas originellement distinctes du syncytium. Au point de vue histochimique les produits de sécrétion des glandes interstitielles et du syncytium sont les mêmes; enfin au point de vue physiologique les cellules interstitielles n'existent pas chez des insectes qui ont pourtant des caractères sexuels secondaires très développés, tandis que chez le lapin la glande interstitielle est très volumineuse avec un minimum de différenciation sexuelle. Loisel ajoute que l'hypertrophie compensatrice de la glande interstitielle signalée par Ancel et Bouin après castration unilatérale du porc cryptorchide et ligature du déférent n'a pas été retrouvée par d'autres expérimentateurs.

A ces objections, Ancel et Bouin ont répondu que ce que dit Loisel du développement des cellules interstitielles est vrai chez le poulet et le moineau, faux chez les mammifères, — que les cristaux de Reinke sont propres à la cellule interstitielle, — enfin que leur théorie ne s'applique qu'aux mammifères et que si on n'a pas vu l'hypertrophie compensatrice après ligature du déférent, c'est que l'on n'a pas attendu assez longtemps.

Le résultat de tous les faits et de toutes les expériences que nous venons d'énumérer est que les cellules interstitielles du testicule associées ou non au syncytium fournissent la secrétion interne du testicule, et que cette sécrétion tient sous sa dépendance l'ensemble des caractères sexuels aussi bien chez l'adulte que chez l'animal jeune et l'embryon, réglant ainsi toute l'évolution de la sexualité.

Il y a, pour Ancel et Bouin, trois sortes de caractères sexuels : les caractères sexuels primitifs comprenant les éléments sexuels eux-mêmes ; les caractères secondaires caractérisés par le tractus génital et les glandes annexes; les tertiaires n'apparaissant qu'au moment de la puberté et comprenant des caractères somatiques (squelette et phanères) et physiologiques (instincts sexuels).

Chez l'adulte la secrétion interne du testicule maintient intacts les caractères sexuels ; chez l'animal jeune elle règle l'apparition des caractères sexuels secondaires et tertiaires ; chez l'embryon enfin elle détermine le sexe des cellules sexuelles primitives. « Cette dernière partie de la théorie, dit Branca, si intéressante soit-elle, ne saurait être acceptée sans réserve. Elle n'explique pas pourquoi la glande interstitielle apparaît chez l'embryon mâle et fait défaut chez l'embryon femelle. Elle recule sans le résoudre le problème du déterminisme cytosexuel. »

En ce qui concerne l'action du testicule sur les caractères tertiaires somatiques (squelette et phanères) un certain nombre de travaux sont à signaler. Les recherches du professeur Poncet (1879) et celle de ses élèves, Pirsches (1903) et Briau (1901) que nous avons déjà cités, ont donné les résultats suivants. Chez tous, sauf peut-être les équidés, la castration faite avant la puberté entraîne un hyperaccroissement en volume et en longueur de tout le squelette. Cet allongement porte surtout sur les membres postérieurs et principalement sur le tibia, fait que des recherches toutes récentes de Richon et Jeandelize tendent à infirmer (1905). Il est dû à un défaut de soudure des cartilages épiphysaires bien démontré par la radiographie. Sellheim (1899) en Allemagne a obtenu les mêmes résultats.

Chez l'homme l'observation clinique des eunuques (Godard, Matignon, Pittard) et de leur squelette (Lortet) ainsi que celle des castrats naturels (Papillaud, Meige, Launois et Roy) confirment ces faits.

Pirsches a également étudié le mécanisme interne de cette action sur le squelette. D'une façon générale elle semble liée à un ralentissement de la nutrition (rétention des phosphates démontrée expérimentalement après la castration). L'antagonisme du testicule et du corps thyroïde dans la croissance a depuis longtemps déjà été signalé. Des recherches récentes sembleraient montrer que le développement thyroïdien préside au développement du testicule (voy. Th. de Pirsches et Richon et Jeandelize, Soc. de biol., 14 nov. 1905). L. Dor et Maisonnave, dans le laboratoire de M. Poncet, ont obtenu par l'injection de liquide orchitique une stérilisation relative du cartillage de conjugaison et une réduction de la taille des animaux en expérience. Leriche en tire cette conclusion : « On est porté à se demander si la glande à sécrétion interne invoquée par P. Marie dans la pathogénie de l'achondroplasie ne serait pas la glande génitale. »

Ainsi on pourrait opposer l'achondroplasie ou du moins certains cas d'achondroplasie, maladie due à une hypersécrétion interne du testicule (Poncet et Leriche), au gigantisme dû à l'hypo-fonctionnement de cette même glande (Launois et Roy).

III

Nature de la sécrétion interne du testicule. Le produit sécrété. — La nature des produits constituant la sécrétion interne du testicule est extrêmement discutée. Si nous nous en tenons à ce que la cytologie apprend sur le matériel d'excrétion de la glande interstitielle on y trouve quatre sortes d'éléments : les graisses, les cristalloïdes, les pigments des granulations acidophiles et basophiles, auxquels il faut ajouter des produits solubles, toxalbumines et albuminoïdes que seule la physiologie a pu mettre en évidence.

A. Etude des graisses. — Leydyg a le premier signalé la présence de graisse dans les cellules interstitielles. Pendant longtemps cette graisse a passé pour un produit d'élaboration banale, mais grâce aux recherches de Plato et Friedmann et surtout de Regaud au point de vue cytologique, de Loisel au point de vue chimique, on est à peu près fixé aujourd'hui.

La graisse se présente dans le testicule sous deux états différents, à l'état de graisse noircie par l'acide osmique connue depuis longtemps et à l'état de graisse ne noircissant pas par l'acide osmique mais colorée par la laque cuprique d'hématoxyline (méthode de Weigert-Regaud). Cette dernière est soit sous forme de vésicules polymorphes ou arrondies, soit de grains (Regaud).

Quant à la nature chimique de ces graisses, Loisel y a consacré toute une série de travaux fort intéressants : grâce à une technique spéciale lui permettant de différencier les graisses neutres des lécithines il est arrivé aux conclusions suivantes. Chez le moineau en particulier et les sauropsidés en général les faits sont extrêmement typiques ; l'évolution des graisses est parallèle à l'évolution génitale. Chez l'embryon on trouve des graisses neutres, à la naissance des lécithines ; ces dernières disparaissent peu à peu et durant le premier hiver (phase de repos), on ne trouve pas de graisses. Au début du premier printemps (phase de préspermatogenèse), on voit apparaître des graisses neutres ; pendant le premier printemps et le premier été (spermatogenèse), on trouve des lécithines ; ces dernières disparaissent avant la fin de la spermatogenèse et au premier automne, plus de graisses. On voit donc qu'il y a un véritable cycle évolutif des graisses correspondant aux phases de la spermatogenèse. Ce cycle, Loisel l'a constaté non seulement au niveau des cellules interstitielles mais encore du syncytium sertollien ; c'est, ainsi que nous l'avons déjà vu, un des arguments de sa théorie sur le rôle du syncytium.

Chez les mammifères, l'élaboration des graisses est toujours parallèle à la spermatogenèse, mais l'évaluation de la nature chimique de ces graisses est beaucoup plus difficile à suivre, car graisses neutres et lécithines sont partout intimement mélangées.

Loisel conclut : « On peut affirmer dès maintenant que les graisses élaborées par le testicule ne peuvent être considérées seulement comme un matériel nourricier de l'épithélinm séminal. Elles n'ont pas la signification d'un produit de dégénérescence testiculaire mais bien d'un produit de sécrétion au même titre que le sébum ou le lait. Se formant et fonctionnant d'abord comme glande à sécrétion interne, le testicule fonctionne comme glande à sécrétion externe quand les substances qu'il doit retirer ou transformer viennent à se produire en excès dans l'organisme. La sécrétion morphologique (fonction sexuelle) correspond à des suractivités fonctionnelles dans sa sécrétion interne, elle est même probablement déterminée par elle. »

B. Etude des cristalloïdes. — Les cristalloïdes ont pendant longtemps été considérés comme propres au testicule humain.

Reinke (1890) découvre les cristaux qui portent son nom. Situés dans les cellules interstitielles, ce sont des bâtonnets à extrémité mince, droits ou légèrement recourbés, d'épaisseur variable. Leurs réactions histo-chimiques sont très délicates. Ordinairement la safranine les colore en rouge, la méthode de Bizzozero en violet, la méthode de Fleming en rouge ou jaune. Ils sont soit isolés, soit réunis en groupe, parfois entourés d'une auréole. On les trouve également quelquefois dans le tissu conjonctif, provenant sans doute de cellules interstitielles dégénérées.

O. Lubarsch (1896) voit dans les cellules de l'épithélium séminal des cristaux octaédriques pointus à leur extrémité, longs de 15 à 25 μ en rapport avec les formations du sperme. Lenossekh confirme ces résultats (1897).

En 1898, Mathieu (Th. de Nancy) reprend la question. Pour lui seul, le testicule adulte est susceptible de produire des cristalloïdes et cela dans les deux conditions suivantes : intégrité de la cellule interstitielle, non-accumulation de ses produits de sécrétion. La quantité des cristalloïdes est en raison directe de la production des matériaux nutritifs, et en raison inverse de leur utilisation.

Dans les testicules de certains animaux, notamment du chat bistourné, Mathieu (1898) a trouvé des filaments cristalloïdiens qui seraient des produits de sécrétion des glandes interstitielles, ce qu'Ancel et Bouin (1903) n'admettent pas.

C. Etude des pigments. — Signalés d'abord par Leydyg, ils furent étudiés par Tourneux. Ils se développent au cours de l'évolution. Aussi ne se trouvent-ils en abondance que chez les sujets âgés. La cellule interstitielle a diminué de volume, les graisses et les cristalloïdes ont disparu du cytoplasma. Le pigment les remplit. Plato a soutenu la transformation directe des graisses en pigment.

Récemment, Loisel a étudié les pigments au point de vue chimique. Le testicule du coq élabore normalement deux pigments sans rapport avec la pigmentation générale de l'individu : les pigments clairs ou lipochromes élaborés par les cellules germinatives et des pigments noirs insolubles dans l'alcool, élaborés par les cellules conjonctives hypertrophiées. Ces pigments noirs sont particuliers à la vie fœtale, tandis que les lipochromes persistent pendant toute la vie de l'individu.

D. Etude des granulations. — Ancel et Bouin ont à ce point de vue montré l'existence chez le cheval de deux sortes de cellules, les unes éosinophiles, les autres picrinophiles, ces dernières disparaissant chez les vieux chevaux.

Les diplosomes de Lenhosseck serviraient de centre à la formation de cette fine poussière granuleuse que Prenant (1902) considère comme des formations ergasto-plasmiques.

E. Etude des produits solubles. — Ce sont des toxalbumines et des albuminoïdes. Ils ont été étudiés tout récemment par Loisel. Voici ce que cet auteur en dit : « Les glandes génitales d'oursin, en activité sexuelle, contiennent des poisons, toxalbumines et alcaloïdes qui sont élaborés par ces glandes elles-mêmes et ne proviennent pas d'infections microbiennes. Ces poisons génitaux sont formés en plus grande quantité et sont beaucoup plus actifs dans les ovaires que dans les testicules. »

Salvioli (1902), puis Voinov (1905) ont montré que le testicule est toxique pour les animaux de même espèce ou d'espèces différentes. En injections intraveineuses, il se produit des accidents d'intoxication variable, parfois mortels.

Cette toxicité a été constatée par Voinov chez des animaux très jeunes, où seule la glande interstitielle existait. C'est donc cette glande qui est la partie toxique du testicule.

Ancel et Bouin font remarquer que du reste le matériel de sécrétion varie avec l'espèce animale considérée.

IV

Mode d'action de la sécrétion interne du testicule. — En définitive la sécrétion interne du testicule agit suivant une double modalité. Se déversant à la fois du côté du tube séminipare et du côté des vaisseaux, elle aboutit d'une part aux éléments séminaux, d'autre part à l'organisme tout entier par l'intermédiaire de la circulation. Ces deux modes d'action sont du reste dissociables et relativement indépendants, comme l'ont montré Ancel et Bouin.

A. Mode d'action locale. Rôle trophique de la glande interstitielle par rapport a l'épithélium séminal. — En 1895, Hansemann et Friedmann, le premier chez les animaux hibernants, le second chez la grenouille, ont vu les cellules interstitielles subir une évolution cyclique parallèle à l'évolution de la lignée séminale. L'hiver, quand le testicule est au repos, la glande ne présente pas de cellules interstitielles nettement caractérisées. Au printemps, les cellules interstitielles reparaissent.

Lenhosseck (1897) frappé de ce fait que les cristalloïdes n'existent plus après la période de fécondité, admet qu'ils passent dans le tube séminipare. Plato (1897) croyant voir un rapport inverse entre la graisse des cellules interstitielles et celle de l'épithélium séminal, attribue à la première l'origine de la seconde. Il admet que la graisse passe à l'état de dissolution à travers la paroi propre du tube, ou bien à l'état nature sous forme de corpuscules graisseux à travers des pores très fins qui de distance en distance trouent cette même paroi. Entre temps, Bardeleben (1897) croit voir les cellules interstitielles émigrer dans le canalicule séminipare et s'y fixer sous forme de cellule de Sartolli. Mathieu (1898) attribue à la cellule interstitielle le rôle de détruire le canalicule séminipare dont la fonction est terminée.

Mais ce passage de la graisse de la cellule interstitielle à la cellule séminale n'est rien moins que démontré. Beissner (1898) n'a pu retrouver les pores de Plato. Friedmann (1898) a vu la graisse apparaître en premier lieu dans le tube séminipare. Branca a montré que graisse et cristalloïde se trouvent aussi bien dans les cellules interstitielles des testicules féconds que dans ceux qui ne le sont pas. Regaud, revenant de son opinion première (1900) affirme avec Policard (1901) l'indépendance relative de la fonction sécrétoire et de la fonction spermatogénique. Tout récemment, il a vu chez la taupe les cellules interstitielles persister pendant la période d'inactivité génésique, mais « cette persistance n'implique pas la continuation intégrale ou atténuée de la fonction glandulaire ». Les recherches de Loisel sur le cycle des graisses neutres et des lécithines ont déjà été exposées.

Voinov (1905), en se plaçant à un autre point de vue, a obtenu quelques résultats intéressants. D'expériences avec des sérums spermo-toxiques de coq, il conclut que la fonction locale de la glande interstitielle se borne à un rôle de défense génitale. « Elle absorbe les toxines du sang et les empêche d'atteindre les éléments séminaux. Les spermatozoïdes, éléments fort sensibles, impressionnés par les moindres modifications du milieu nutritif, ont besoin d'une défense semblable pour garder intacte leur activité fécondante. »

Ces expériences réussissant avec des testicules très jeunes où seule la glande interstitielle est bien développée on peut en conclure que c'est bien à elle qu'est due cette action de défense.

En définitive, au sujet de cette action locale de la sécrétion interne du testicule, on peut dire avec Branca : « Que la glande interstitielle participe à la nutrition ou à la défense de la lignée séminale le fait est possible : il ne nous paraît nullement démontré. »

B. Mode d'action sur l'organisme tout entier. — On n'est pas encore bien fixé sur le mécanisme de cette action.

La première hypothèse que l'on a émise à ce sujet, c'est que les produits de sécrétion de la glande interstitielle se déversent dans le système circulatoire : artères, veines ou lymphatiques ; l'orientation péri-vasculaire d'un certain nombre de cellules interstitielles, les observations déjà anciennes (1890) de Reinke, vérifiées depuis par un grand nombre d'histologistes, montrant les graisses et les cristalloïdes se diffusant dans le tissu conjonctif autour des vaisseaux, semblaient des arguments suffisants.

Mais le professeur Giard (1903) a mis en évidence ou rappelé toute une série de faits positifs qui viennent à l'encontre de cette hypothèse. C'est tout d'abord l'existence d'individus homéomorphes, mais

cette existence n'est rien moins que démontrée. D'autre part, on trouve chez certains lépidoptères le curieux cas de gynandromorphie suivant : ces insectes sont divisés en deux parties par un plan médian sagittal avec un côté mâle et l'autre femelle. Mais Ancel et Bouin répondent que leur théorie ne s'applique qu'aux mammifères et que du reste beaucoup de lépidoptères n'ont pas de glande interstitielle. Oudemans a montré que chez ces animaux la castration n'avait aucun effet sur les caractères sexuels, lorsque les cellules interstitielles manquaient.

Plus sérieuse est l'objection tirée de l'observation de Röhrig sur les cervidés où la castration unilatérale amène la chute des bois d'un seul côté, celui opposé à l'opération. Mais Hauchecorne a remarqué que cette atrophie unilatérale d'un bois pouvait être déterminée par toute espèce d'autres causes, notamment un traumatisme d'un membre inférieur, et Wirkung a montré que cette action unilatérale de la castration n'était pas constante.

Quoi qu'il en soit de ce mode d'action non encore élucidé de la sécrétion interne du testicule, il n'en reste pas moins vrai que deux points semblent définitivement acquis à la physiologie à la suite des recherches récentes : cette sécrétion tient sous sa dépendance l'apparition et le maintien de l'ensemble des caractères sexuels, et, d'autre part, elle est due non pas au testicule tout entier, comme le croyait Brown-Séquard, mais seulement aux cellules interstitielles, associées ou non au syncytium sertollien.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

(jusqu'au 1er janvier 1906).

ANCEL et BOUIN. Recherches sur les cellules interstitielles du testicule des mammifères, *Arch. de zool. expérim.*, 1903; — Sur les cellules interstitielles du testicule des mammifères et leur signification, Soc. de biol., 10 nov. 1903; — Sur la signification de la glande interstitielle du testicule embryonnaire, Soc. de biol., 14 déc. 1903; — Histogénèse de la glande interstitielle du testicule chez le porc. Soc. de biol., 19 déc. 1903; — La glande interstitielle, son rôle dans l'organisme, Soc. de biol., 14 déc. 1903; — Sur l'existence de deux sortes de cellules interstitielles dans le testicule du cheval, Soc. de biol., 12 janv. 1904; — La glande interstitielle du testicule, Soc. de biol., 12 janv. 1904; — Sur la glande interstitielle du testicule des mammifères (réponse à M. Loisel), Soc. de biol., 23 janv. 1904; — Tractus génital du porc cryptorchide, Soc. de biol., 9 fév. 1904; — Sur la ligature des canaux déférents chez les animaux jeunes, Soc. de biol.. 12 janv. 1904; — Sur l'hypertrophie compensatrice de la glande interstitielle du testicule, Soc. de biol., 23 janv. 1904; — La glande interstitielle chez les vieillards, les animaux âgés et les infantiles expérimentaux, Soc. de biol., 23 janv. 1904; — Sur le déterminisme des caractères sexuels secondaires et de l'instinct sexuel, Soc. de biol., 24 fév. 1904; — Insuffisance de la glande de sécrétion interne du testicule, *Revue méd. de l'Est*, 1904, n° 22; — La glande interstitielle du testicule et la défense de l'organisme, Soc. de biol., 13 mars 1905; — Recherches sur la signification physiologique de la glande interstitielle du testicule chez les mammifères, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1904, p. 1013-1059. — ARSONVAL (D'). *Arch. physiol. norm. et pathol.*, 1891; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1892.

ATHANASOFF. *Recherches histologiques sur l'atrophie de la prostate consécutive à la castration, à la vasectomie et à l'infection sclérogène épididymaire*, Th. de Nancy, 1898.

BARDELEBEN (VON). Die Zwischenzellen des Süngethierhodens, *Anatomischer Anzeiger*, 1897, nos 19 et 20. — BAROT (Jacques). L'*opothérapie orchidienne*, Th. de Paris, 1904-1905. — BEISSNER. Die Zwischensubstanz des Hodens und ihre Bedeutung, *Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1898, Bd. VII. — BECKER. Uber das Knochensystem eines Castraten, *Arch. f. Anat.*, Leipzig 1899. — BOUIN. *Phénomènes cytologiques anormaux dans l'histogénie et l'atrophie expérimentale du tube séminifère*, Th. de Nancy, 1897. — BOULEY. *Dict. de méd., de chir. et d'hygiène vétér.*, 1857, II, p. 90. — BRIAU. De l'influence de la castration testiculaire et ovarienne sur le développement du squelette, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 15 avril 1905. — BRANCA. La cellule interstitielle du testicule, *Presse méd.*. 12 août 1905. — BRISSAUD. Etude anatomo-pathologique sur les effets de la ligature du canal déférent, *Arch. de physiol.*, 1880. — BROWN-SEQUARD. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1889-1890-1891; — *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1889-1890-1891; — *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1892. — BROWN-SEQUARD et D'ARSONVAL. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1891; *Arch. physiol. norm. et paihol.*, 1892.

CUNÉO et LECÈNE. Note sur les cellules interstitielles dans le testicule ectopique de l'adulte, *Revue de chir.*, 1901. — CURLING. *Traité des maladies du testicule et du cordon* (trad. de Gosselin, 1857).

DUPRÉ. *Les caractères cliniques de l'isuffisance testiculaire*, Th. de Paris, 1904-1905. — DOR. L'opothérapie orchitique. *Presse méd.*, 1904.

EBNER (VON). Untersuchunge über den Bau der Samenkanälchen Leipzig, *Institut. f. Physiol. und Histol.*, in Gratz, 1871.

FÉLIZET et BRANCA. Histologie du testicule ectopique, *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1898, n° 5; — Sur les cellules interstitielles du testicule ectopique, Soc. de biol., 1901; — Recherches sur le testicule ectopique, *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1902, n° 4. — FESTAL. Sur la castration du verrat, *Recueil de méd. vétér. prat.*, 1851, t. VIII, série 3. — FLOREDRUS. Recherche clinique sur les relations existant entre la prostate et les testicules, *Semaine méd.*, 1897. — FRIEDMANN. Beiträge zur Kenntnis der Anatomie und Physiologie der mänslichen Geschlechtsorgane, *Arch. f. mik. Anat.*, 1898, Bd. LII.

JULIN (Ch.). La castration parasitaire, *Revue gén. des sc.*, 26 avril 1894.

GANFINI. La structura e lo sviluppo delle cellule interstiziale del testiculo, *Morat. Zool.*, an. XII, 1901. — GIARD (Alf.). Comment la castration agit-elle sur les caractères sexuels secondaires, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 9 janv. 1903. — GODARD. Recherches sur les monorchides et les cryptorchides, Soc. de biol., 1856-1857. — GUINARD. Art. CASTRATION, *Dict. de physiol.* de Ch. Richet, t. II, p. 76. — GODARD. Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme, Soc. de biol., 1860. — GRIFFITHS. The results upon the testicle of ligature on division of the vas deferent, *The Lancet*, avril 1895. — GRIGORESCU. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1892; — *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1892.

HANSEMANN. Ueber die sogenannten Zwichenzellen des Hodens und deren Bedeutung bei pathologischen Veranderungen, *Arch. f. pathol. Anat.*, 1895, Bd. CXLII, p. 538. — HOFMEISTER. Untersuchungen über der Zwichensubstanz des Hodens, *Centralbl. f. die medicin. Wissenchaften*, 1872, n° 30, p. 497. — HORDAY. Cas de cryptorchidie abdominale chez le chien, *Veterinary Record*, 1899.

LERICHE. De l'achondroplasie, *Gaz. des hôpit.*, 1904. — LENHOSSECK. Beiträge zur Kenntniss der Zwichenzellen des Hodens, *Arch. f. Anat. and Physiol. opth. Anat.*, 1897; — Uber die Centralköper der Zwichenzellen des Hodens, *Bibliog. anat.*, 1899, t. VII, 52. — LOISEL (Gustave). Sur l'ori-

gine du testicule et sur sa nature glandulaire, Soc. de biol., 18 janv., 26 juillet 1902. — Sur la spermatogenèse chez le moineau, *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1902 ; — Essai sur la technique microchimique comparée des lécithines et des graisses neutres, Soc. de biol., 6 juin 1903; — Association des anatomistes (Ve Congrès de Liège, 1903); — Les graisses du testicule de quelques sauropsidés, Soc. de biol., 24 juin 1903; — Les graisses du testicule chez quelques mammifères, Soc. de biol., 18 juillet 1903 ; — Les poisons des glandes génitales, Soc. de biol., 14 nov. 1903; — Les pigments élaborés par le testicule du poulet, Soc. de biol., 5 mars 1904; — Les caractères sexuels secondaires et le fonctionnement du testicule chez la grenouille, Soc. de biol., 12 mars 1904 ; — Sur l'origine et la double signification des cellules interstitielles du testicule, Soc. de biol., 12 mars 1904 ; — Recherches comparatives sur les toxalbumines contenues dans les divers tissus de la grenouille, Soc. de biol., 28 mai 1904 ; — Recherches sur les graisses et les lécithines dans le testicule de cobayes et leur évolution, Soc. de biol., 9 déc. 1905; — Les phénomènes de la sécrétion dans les glandes génitales, *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1904, 1905, 1906. — Lortet. Allongement des membres inférieurs chez un eunuque, *Arch. anthr. crim.*, Lyon 1896; Soc. de méd. de Lyon, 6 mars 1896. — Launois et Roy. *Etude biologique sur les géants*, Paris 1904; — Anorchide hypermacroskéle, Soc. de biol., 10 janv. 1905; — Gigantisme et castration, Soc. de pathol. comparée, 9 déc. 1902; *Revue intern. de méd. et de chir.*, 10 déc. 1902. — Lubarsch. Ueber Kristalloïdbildungen in den interstitiellen Zellen des Menschlichenhodens, *Arch. f. mik. Anat.*, 1896, Bd. XLVII.

Maisonnave. *Contribution à l'étude de l'opothérapie orchitique*, Th. de Lyon 1903-1904. — Mathieu. *De la cellule interstitielle du testicule et de ses produits de sécrétion cristalloïde*, Th. de Nancy, 1898. — Malas-sez et Terrillon. Recherches expérimentales sur l'anatomie pathologique de l'épididymite consécutive à l'inflammation du canal déférent, *Arch. de physiol.*, 1880. — Matignon. Les eunuques du palais impérial, *Bull. de la Soc. anthrop.*, 7 mai 1896, p. 323. — Meige (Henry). Sur le gigantisme, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1902, p. 442. — Mosselman et Rubay. Cryptorchidie et spermatogenèse chez le cheval, *Ann. de méd. vétérin.*, Bruxelles 1902.

Pittard. La castration chez l'homme et les modifications qu'elle apporte, *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 8 juin 1903. — Pirsche. *De l'action du testicule sur le squelette*, Th. de Lyon, 1903. — Plato. Die interstitiellen Zellen des Hodens und ihre physiologische Bedeutung, *Arch. f. mik. Anat.*, Bd. XLVIII, 1896; — Zur Kenntniss der Anatomie und Physiologie des gechlechts Organe, *Arch. f. mik. Anat.*, Bd. L. 1897. — Poncet. Congrès pour l'avanc. des sciences, 1879. — Poncet et Leriche. Acad. de méd., 1903, et *Rev. de chir.*, 1903. — Pruneau. Note sur la sécrétion interne du testicule, *Recueil de méd. vétérin.*, 8e série, t. VII, no 12, 1900.

Oudemans. Fulter aus castrirten raupen, *Zool. Jahr.*, Bd. XII, 1898.

Rabaud. La sécrétion interne du testicule, *Arch. gén. de méd.*, 1904. — Regaud (A.). Les glandes génitales, in Prof. Renaut. *Traité histol.*, p. 1663, 1899; — Etude sur la structure des tubes séminifères et sur la spermatogenèse chez les mammifères, *Arch. anat. microsp.*, 1901 ; — Indépendance relative de la fonction spermatogénique de l'épithélium séminal, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1901; — Les graisses du testicule, *Comptes rendus de l'Assoc. des anatomistes*, p. 178, 1903. — Regaud et Policard. Etude comparative du testicule du porc normal, impubère et ectopique au point de vue des cellules interstitielles, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1901.

Richon et Jeandelize. Remarques à propos d'un castrat naturel, Soc. de biol., 14 nov. 1903; — Effets de la castration et la thyroïdectomie combinée chez le jeune lapin, Soc. de biol., 14 nov. 1903; — Influence de la castration et de l'ovariotomie sur le développement des organes génitaux externes des jeunes lapins, Soc. de biol., 14 déc. 1903; — Influence de la résection du canal déférent. Rôle des cellules interstitielles et pathogénie de l'infantilisme, Soc. de biol., 4 déc. 1903; — Allongement général des os longs chez le lapin par la castration, Soc. de biol., 13 mars 1905. — Remarques sur la tête osseuse des lupus adultes castrés dans le jeune âge, Soc. de biol., 1905. — Röhrig (A.). Korrelationen zwischen gevissen Organen der Cerviden und den Geveihen derselben, Zool. Congress zu Berlin, 1901.

Senat. *Contribution à l'étude du tissu conjonctif du testicule*, Th. de Lyon, 1900.

Tournade. *Etude sur les modifications du testicule corrélative à l'interuption du canal déférent*, Th. de Lyon, 1903-1904. — Tourneux. Des cellules interstitielles du testicule, *Journ. anat. et physiol.*, 1879, p. 305-328.

Variot et Besancon. Indépendance de la spermatogenèse et de la sécrétion testiculaire proprement dite, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1892 ; — Influence de la sécrétion testiculaire sur le développement. Indépendance de cette fonction et de la spermatogenèse dans certains cas, *Gaz. méd. de Paris*, 1892. — Sellheim (H.). Castration und Knochenwachsthum, *Beitr. zür Geb. und Gyn.*, 1899. — Vitto Capriati. *Annali di nevroglia*, Napoli 1892. — Voinov (D.). Sur le rôle probable de la glande interstitielle, Soc. de biol., 4 mars 1905 ; — La fonction de défense de la glande interstitielle est limitée à la protection de la glande et de la fonction génitale, Soc. de biol., 15 avril 1905.

Wirkung (G.). Der Kastration und andere Einflusse auf die Geweihbildung der Hirsche und Gehörnbildung der Rehböke, *Deuts. Jägzeit*, t. XXVII, 1897.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

Extrait de jusquiame	} *ââ* 0g02
— de belladone	
— de chanvre indien ...	
Menthol	0g05
Alcool de menthe	5 grammes.
Eau chloroformée	50 —
Julep gommeux	100 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures. (Enriquez et Grenet.)

Traité des maladies familiales et des maladies congénitales, par le docteur E. Apert, médecin des hôpitaux de Paris, préface de M. le professeur Dieulafoy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 364 p. avec 95 fig. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. André Riche, Boulloche, Klippel, Milian, Dalché, Michaux, Lapointe, Faure, Reynier, Brindeau.

MM. Milian et Dalché ont accepté.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Maurice Gérard, Tramblin, Swynghedauw, Hannart, Paquet, Bricout, Leconte, Andres, Deremaux, comme internes titulaires.

MM. Brohan, Legrand, Lheureux et Cannac, comme internes provisoires.

— Le concours de l'externat par les nominations de MM. Pierret, Jules Leclercq, Boissart, Veaudeau, Vernier, Monnier, Pepy, Pelissier, Paul Lefebvre, Ruyssen, Roland, Guersant, Dubus, Durand, Gaston Lefebvre, Herbaux, Bocquillon, Bezu, Toulotte, Boda.

Le nombre insuffisant des candidats n'a pas permis d'attribuer les quatre dernières places mises au concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Ainsi que nous l'avons annoncé samedi, les cours et travaux pratiques resteront suspendus jusqu'au 10 décembre. Le service des examens continue à fonctionner.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION (PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE). — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 17 décembre pour quinze places d'agrégé des Facultés de médecine comprend :

1° *Juges titulaires.* — MM. les professeurs Debove, Cornil, Dieulafoy, Brissaud, Hutinel, de la Faculté de médecine de Paris; Moussous, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Combemale, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Arloing, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Carrieu, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

2° *Juges suppléants.* — MM. Joffroy, Robin, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Teissier, Claude, professeurs agrégés près la Faculté de médecine de Paris.

Liste des candidats. — Les candidats sont au nombre de 79. Ce sont : MM. Apert, Armand-Delille, Aubertin, Auclair, Babonneix, Bériel, Bernard, Bertin, Bonnamour, Bousquet, Breton, Cade, Camus, Carles, Carrier, Castaigne, Caussel, Clerc, Crouzon, Cruchet, Dalous, Detot, Ferrand, Galtier, Gandy, Garnier, Gaultier, Gellé, Grenier, Griffon, Guillain, Halbron, Hauser, Herscher, Josué, Jousset, Lagriffoul, Laignel-Lavastine, Laubry, Leenhardt, Lépine, Lereboullet, Leri, Lesieur, Lesné, Leven, Lœper, Lortat-Jacob, Marie, Martin, Mayet, Mercklen, Micheleau, Milian, Mouriquaud, Nattan-Larrier, Nobécourt, Pagniez, Pallasse, Pauly, Péhu, Piery, Porot, Ramond, Rathery, Ravaut, Raviard, Ribière, Rimbaud, Rosenthal, Sainton, Salager, Salomon, Sicard, Simon, Sorel, Vansteenberghe, Vitry, Voisin.

— MM. Herscher, Garnier concourent pour toutes les Facultés; MM. Bertin, Pauly, Dalous, Sorel concourent pour toutes les Facultés de province; MM. Carles, Cruchet, Galtier, Micheleau concourent pour la Faculté de Bordeaux; MM. Breton, Gellé, Raviart, Vansteenberghe concourent pour la Faculté de Lille; MM. Bériel, Bonnamour, Cade, Carrier, Lépine, Lesieur, Martin, Mayet, Mouriquand, Pallasse, Péhu, Piery, Porot concourent pour la Faculté de Lyon; MM. Bousquet, Caussel, Lagriffoul, Rimbaud, Salager, Leenhardt concourent pour la Faculté de Montpellier.

Tous les autres candidats sont inscrits pour la Faculté de Paris.

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES. — Le groupe médical parlementaire a obtenu du ministre de l'Instruction publique que l'application du décret du 25 juillet 1906 au sujet de la création du certificat d'études médicales supérieures fût suspendue *sine die*.

GROUPE PHARMACEUTIQUE PARLEMENTAIRE. — Ce groupe vient de se constituer. Le bureau est composé de MM. Cazeneuve, président; César-Duval, Limouzain-Laplanche et Bachimont, vice-présidents; Schmidt, secrétaire. Dans sa première réunion, le groupe s'est occupé du projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques et a décidé de faire une démarche à ce sujet auprès de M. le ministre des Finances.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1654.*)

UN CAS D'ENCÉPHALITE AIGUE PRIMITIVE

Par le docteur L. MURAT.

Dans un important travail sur l'encéphalite aiguë primitive paru en 1904 dans les colonnes de ce journal, MM. Raymond et Cestan décrivaient plusieurs cas de cette affection et faisaient suivre ces observations des réflexions suivantes : « En France, on paraît, exception faite pour les travaux de l'école lyonnaise, en particulier la thèse de M. Murat sur l'encéphalite aiguë primitive (1897), refuser au cerveau la possibilité de s'enflammer au même titre que la moelle. Il en est tout autrement à l'étranger, car, depuis les recherches de Wernicke sur la polio-encéphalite aiguë hémorragique et de Strumpell sur l'encéphalite aiguë, on a souvent publié des observations d'encéphalite aiguë primitive consécutive à l'alcoolisme ou à une maladie infectieuse, en particulier la grippe. » « Ainsi, il faut conclure que la clinique, l'histologie et la pathologie générale enfin permettent d'écrire, correspondant au chapitre myélite inflammatoire, le chapitre encéphalite aiguë inflammatoire (1). »

Dans une récente et remarquable leçon de clinique, où sont exposées plusieurs observations nouvelles, et qui vient de paraître dans les *Archives de médecine des enfants* (2), M. Raymond écrit de même : « Jusqu'ici, dans nos Facultés, le dogme de l'obstruction vasculaire régna trop exclusif sur la pathogénie du ramollissement cérébral. Je suis heureux que la clinique de la Salpêtrière m'ait fourni, en 1901 et en 1904, l'occasion de recueillir et de publier des faits incontestables de ramollissement inflammatoire, suivant l'expression ancienne, d'encéphalite aiguë dégénérative, suivant le terme que nous adoptons. Depuis longtemps, en France, pareilles expressions n'avaient été prononcées dans une chaire. Je me félicite de pouvoir les faire revivre à l'honneur de nos premiers anatomo-pathologistes. »

Nous sommes heureux de voir partagées par ces éminents cliniciens les idées que nous avons exposées dans notre travail de 1897, relativement à l'existence de l'encéphalite aiguë primitive, distincte des formes abcédées.

Dans une monographie de l'encéphalite aiguë que nous publierons prochainement, nous avons pu réunir le nombre relativement élevé d'une centaine de cas déjà publiés à ce jour. Presque tous sont tirés de la littérature médicale étrangère. En France, nous en avons la conviction, les diagnostics d'encéphalite aiguë iront aussi se multipliant aux dépens du méningisme, des méningites curables, des maladies infectieuses dites « à forme cérébrale », ainsi que de certaines lésions dégénératives, ramollissements aigus ou subaigus, etc., étudiées par M. Raymond.

(1) Raymond et Cestan. L'encéphalite aiguë hémorragique, *Gaz. des hôpit.*, 26 juillet 1904, p. 829.

(2) Raymond. L'encéphalite aiguë. Leçon de la Salpêtrière et *Arch. de méd. des enfants*, nov. 1906.

Nous allons fournir ici une observation nouvelle d'encéphalite aiguë primitive. Cette observation est purement clinique, car la maladie a évolué vers la guérison.

Observation. — M. G..., premier chauffeur à bord du paquebot-poste *La Marsa*, âgé de trente-quatre ans, jouissant d'une bonne santé habituelle et sans aucun antécédent névropathique, contracta en juin 1902 une fièvre typhoïde. La maladie dura quatre mois et demi. L'état fut très grave pendant un mois et demi. Je constatai une hyperthermie persistante, du délire, des symptômes ataxo-adynamiques, une grande faiblesse du cœur qui fut combattue avec succès par les injections bi-quotidiennes de sérum caféiné.

La convalescence fut lente. Néanmoins le malade put reprendre à la fin de 1902 son service de premier chauffeur, sur un petit navire, le *Touareg*. Maigreur persistante et santé très frêle sans interruption toutefois de travail jusqu'en 1906, à part une quinzaine de repos à l'automne de 1905 pour traitement d'un érysipèle de la face.

En janvier 1906, une épidémie de grippe, sans gravité du reste, se déclare à bord du *Touareg* dans le port de Philippeville, où règne à ce moment, comme en France, cette affection saisonnière.

Le 10 janvier, lendemain du départ du navire, M. G... quitte son travail à minuit et va se coucher sans présenter aucun symptôme anormal.

A quatre heures du matin, il se lève pour reprendre son quart et se sent des frissons et du vertige en descendant dans les machines. Il souffre de mal de tête et, a des envies de vomir. Il remonte à sa cabine, se couche et à l'arrivée à Marseille, dans la matinée, constate qu'il ne peut même pas s'habiller ni se tenir debout. Il continue à frissonner violemment.

Après ce début tout à fait brusque de l'affection, on observe, à une heure de l'après-midi, un peu de délire, de l'agitation, une température de 39 degrés, avec persistance des symptômes de début. Le malade est brisé et présente des douleurs articulaires. On parle à la famille de « transport au cerveau » et le diagnostic paraît avoir été : méningite d'origine grippale.

Pendant la durée de la maladie, qui s'est terminée par la guérison, l'élévation thermique a été la suivante :

Du 10 janvier au 20 janvier, fièvre continue qui se tient de de 39 degrés à 39°7 matin et soir.

Du 20 janvier au 11 février, la courbe thermique montre, avec des maxima élevés, une défervescence complète à d'autres heures, presque quotidiennement. L'abaissement de température existe le plus souvent le soir comme dans le cas que j'ai publié en 1897.

Les températures minima oscillent de 36°4 à 37°2. Les températures maxima se tiennent journellement à 39°4, 39°9, 38°7, 39°5, 39°8, 39°3, 38°9, 39 degrés, 39°6.

La température reste ensuite normale du 10 février au 15 février.

Du 15 au 21, les minima journaliers sont 38°, 38°1, 36°5, 38°8, 36°1, 38 degrés ; les maxima 38°5, 39°4, 39°4, 39°2, 36°8, 39°8.

La température redevient normale jusqu'au 23 où l'on observe pour la dernière fois de la fièvre (39°2).

Dans cette période aiguë du 10 janvier au 23 février, on a constaté, avec des périodes de rémission et d'exacerbation, qui correspondent aux minima et maxima du tracé thermométrique, les symptômes suivants :

De l'insomnie, de la céphalalgie non frontale, mais bien bipariétale et occipitale. La nuque est fort douloureuse, ce qui est en rapport avec la raideur des muscles en ce point.

Le mal de tête a duré très longtemps, presque jusqu'à la fin de l'état fébrile. Par moments, la douleur présentait un caractère très aigu; dans d'autres, elle cessait à peu près entièrement. Les périodes de bien-être et les périodes de souffrance ont assez fréquemment alterné par vingt-quatre, trente-six heures, etc. Le malade cherchait à sortir, à s'échapper de sa chambre, parfois il délirait à haute voix toute la nuit. Après avoir eu un peu de délire les premiers jours, il y avait eu amélioration de ce symptôme. Celui-ci était réapparu dans la suite et était resté très marqué pendant une quinzaine de jours.

La raideur de la nuque, caractéristique de l'encéphalite ou de la méningite, a été un symptôme des plus manifestes et des plus persistants. Elle nous fit porter jusqu'à la guérison un pronostic des plus sombres, car, même dans l'encéphalite que nous soupçonnions, le pronostic, pour n'être point funeste comme dans la méningite, n'en reste pas moins très grave. La guérison de l'encéphalite, d'après notre statistique basée sur l'ensemble des observations publiées, ne survient en effet que dans un tiers des cas.

La tête était figée et le cou raide dès les premiers jours. Les mouvements communiqués aux muscles de la nuque étaient très douloureux et très limités, à peu près impossibles à produire.

Pas de strabisme ni de trismus, mais un peu de dysphagie : les cachets passent difficilement.

Les vomissements sont fréquents, plus marqués quand le malade est couché sur le côté gauche. Ils ont tous les caractères de vomissements cérébraux. Ils se produisent sans efforts, sans nausées, à l'occasion d'un simple mouvement ou changement de position. Ils sont surtout marqués pendant une quinzaine de jours, vers le milieu de la maladie.

La constipation a été persistante. Durant toute la période aiguë, le malade n'a eu de selles que par lavements. Pas de rétention d'urine.

Le malade prend le plus souvent la position en chien de fusil sur le côté droit. Il y a fréquemment de l'apathie, un peu de somnolence, les réponses sont lentes à venir en même temps que les mots sont difficiles à prononcer.

Pas de convulsions ni de paralysies.

Malgré les vomissements, l'appétit n'a pas disparu pendant le cours de la maladie.

Dès le premier jour de celle-ci, on a noté des bourdonnements et de la surdité à l'oreille gauche, qui ont ensuite persisté jusqu'à la convalescence et n'ont pas encore complètement disparu. A cette oreille, on n'a jamais constaté d'écoulement ni de douleur.

Le mieux définitif a paru vers le 25 février. Le malade, soigné jusque-là à Marseille, a pu être transporté à la campagne le 4 mars. La faiblesse générale, surtout la faiblesse des jambes, qui confinait à la paraplégie, a duré longtemps. Le malade avait de la difficulté à se tenir debout. M. G... a repris au mois d'avril son service sur le même navire où il exerce présentement les fonctions assez pénibles de troisième mécanicien.

La ponction lombaire n'a pu être accomplie pendant la maladie par suite du refus de la famille. Trop souvent, du reste, ce moyen de diagnostic ne peut donner de résultats précis au point de vue qui nous occupe, comme l'a exposé M. Raymond.

Pour nous, le diagnostic n'est pas douteux :

Il s'agit d'une encéphalite aiguë dont l'étiologie est la grippe ayant agi sur un encéphale déjà affaibli, lieu de moindre résistance, où sommeillaient encore les reliquats morbides d'une longue et grave fièvre typhoïde. C'est aussi le diagnostic porté par notre confrère, M. le docteur Lop, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, qui a vu avec nous à plusieurs reprises le malade.

La fièvre, le terrain sur lequel a évolué la maladie excluent le diagnostic commode, mais toujours obscur, de méningisme. Celui-ci, du reste, sert à désigner le plus souvent, à notre avis, les symptômes d'encéphalites aiguës manifestes qui guérissent.

On pourrait invoquer la méningite, mais la guérison, les localisations de la céphalalgie, la pathogénie : bacille de Pfeiffer, dont la localisation fréquente et, jusqu'à un certain point, de prédilection sur l'encéphale, a été mise en lumière par de nombreux auteurs à l'étranger, la forme irrégulière et prolongée de l'affection, à répétition en quelque sorte, bref la similitude étiologique, symptomatique et d'évolution avec les cas que nous avons cités dans notre travail de 1897, tout cela oblige à porter le diagnostic d'encéphalite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 26 novembre 1906)

Culture de la cellule artificielle. — M. Stéphane Leduc place dans un tube contenant une solution aqueuse à 2 p. 100 environ de ferrocyanure de potassium, 1 à 10 p. 100 de chlorure de sodium, ou d'autres sels, de 1 à 4 p. 100 de gélatine, un granule composé de sulfate de cuivre de 1 à 2 millimètres de diamètre, formé d'environ 2 parties de saccharose, 1 partie de sulfate de cuivre.

Or le granule ainsi semé dans un terrain de culture semble se développer en un temps qui varie de quelques heures à quelques jours poussant des ramifications de formes diverses. Le granule s'entoure d'une membrane de ferrocyanure et la croissance s'effectue énergiquement horizontalement et verticalement; lorsque les tiges atteignent la limite supérieure du liquide, elles poussent en feuilles, à la surface, comme les plantes aquatiques.

Ainsi se trouvent réalisées, dit M. Leduc, par des forces physiques des fonctions considérées jusqu'ici comme la caractéristique de la vie, savoir : 1° *la nutrition par intussusception*; 2° *l'organisation*, la petite graine initiale se différencie, s'organise en tiges, feuilles, organes terminaux ; il existe nécessairement un appareil circulatoire, puisque la substance membranogène, le sulfate de cuivre s'élève dans les tiges qui peuvent avoir moins de 1 millimètre de diamètre jusqu'à 0m30 de hauteur ; enfin 3° *la croissance*, puisqu'une petite graine donne naissance à une forme compliquée qui a plusieurs centaines de fois son volume.

Les produits de croissance des graines artificielles sont sensibles à toutes les actions chimiques et physiques. Le dé-

veloppement est arrêté par de nombreux poisons; la direction de la croissance est déterminée par les différences de pression osmotique et de température, il existe de l'osmotropisme et du thermotropisme.

Recherches expérimentales sur les troubles thermiques dans les cas de privation absolue de sommeil. — M. Vaschide. Il résulte des expériences de M. Vaschide que la privation du sommeil provoque un abaissement constant et sensible de la température; cet abaissement est plus notoire pour la température périphérique qui peut baisser de 1°3, il est moindre pour la température rectale. Cette diminution est moindre quand le sujet s'adonne à des travaux musculaires ou intellectuels. Si on prolonge la privation du sommeil, on arrive à des états de fièvre.

Le premier effet physiologique du sommeil est donc d'entretenir l'équilibre thermique de l'organisme.

Recherches expérimentales sur les lésions des centres nerveux, consécutives à l'insolation. — M. Marinesco. Les expériences faites sur des chiens, des chats, des lapins, des cobayes, exposés au soleil en juillet et en août, pendant une heure, confirment celles de MM. Laveran et Régnard qui ont admis que la cause de la mort par le coup de chaleur s'expliquait par des troubles d'innervation consécutifs à l'élévation de température du milieu intérieur.

Contribution à l'étude de l'audition des poissons, par M. Marage. — Les poissons n'entendent pas les vibrations des voyelles synthétiques transmises *dans l'intérieur du liquide* avec une énergie capable d'impressionner des sourds-muets regardés comme sourds complets.

Il est donc peu probable qu'ils entendent la voix ordinaire, les vibrations passant très difficilement de l'air dans l'eau.

Autres communications :

Perfectionnement apporté à l'endiomètre; sa transformation en grisoumètre. Recherche et dosage du formène et de l'oxyde de carbone, par M. N. Gréhant.

La vicianine, nouveau glucose cyanhydrique contenu dans les graines de vesce, par M. Gabriel Bertrand.

Rôle physiologique de la tache jaune de la macula, par M. Polack.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 30 novembre 1906)

Atrophie ostéo-musculaire consécutive à une lésion du squelette datant de la première enfance. — MM. Achard et Demanche présentent un malade de vingt-huit ans, atteint d'une atrophie musculaire et osseuse du membre inférieur droit à la suite d'une lésion tuberculeuse survenue dans la première enfance et siégeant à la partie inférieure de la diaphyse du fémur. Comme d'habitude, en pareil cas, c'est surtout la largeur des os qui est diminuée, leur longueur étant à peu près normale. Il n'y a pas de troubles sensitifs ni vasculaires, ni d'altérations cutanées. La marche est facile et la claudication très légère.

On sait que les os soustraits à l'action nerveuse, après résection du sciatique chez les jeunes animaux, se développent moins bien, sont moins lourds, plus minces et plus fragiles que sur les membres sains. Chez l'homme, dans les cas analogues à celui de MM. Achard et Demanche, il n'y a pas toujours de signes de névrite périphérique, et la topographie des lésions ostéo-musculaires indique l'intervention des centres nerveux. On a, d'ailleurs, dans les autopsies, rencontré des lésions atrophiques dans la corne antérieure de la moelle, voire même dans l'hémisphère cérébral correspondant.

Chez ce malade, on remarque que les os atrophiés ont des crêtes, des saillies et des dépressions à peu près semblables à celles du côté sain. Au contraire, dans certains cas de paralysie infantile, avec destruction étendue des muscles, les os perdent leurs reliefs et leurs empreintes. C'est qu'alors ils sont plongés dans une masse graisseuse et soustraits à l'action musculaire, tandis que chez le malade présenté, les muscles agissent, et par les pressions et les tractions qu'ils exercent sur les os, leur donnent un modelé qui n'est guère différent de l'état normal.

Sous-maxillarite suppurée. — M. Achard cite un cas de sous-maxillarite suppurée bilatérale, chez une femme de soixante-dix-neuf ans, très cachectique. Elle était atteinte de congestion pulmonaire, s'alimentait très peu, avait la langue rôtie, lorsque se développa l'inflammation glandulaire. La mort survint en peu de jours. Le foyer contenait le staphylocoque doré.

Contracture généralisée, due à une compression de la moelle cervicale, très améliorée à la suite de la radiothérapie. — M. J. Babinski. L'enfant, âgé de treize ans, qu'il présente, a été victime le 26 mars dernier d'un accident d'automobile. Tamponné et jeté à terre, il fut immédiatement atteint d'une paralysie des membres supérieur et inférieur gauches. M. Babinski le vit pour la première fois, deux mois après, le 26 juin, et il constatait une raideur de la colonne cervicale qui était fléchie en avant et presque impossible à étendre, une paralysie du membre supérieur gauche avec amyotrophie et raideur partielle, une contracture en extension et adduction du membre inférieur gauche avec épilepsie spinale et phénomène des orteils, une légère diminution de la sensibilité thermique à droite et de la thermo-asymétrie, le côté droit étant un peu plus froid que le gauche.

Petit à petit, le côté droit du corps, dont la motilité était intacte au début, se contracture à son tour, et au commencement d'octobre, la contracture est généralisée à la plupart des muscles du cou, du tronc, des membres inférieurs et des membres supérieurs, le tronc est en extension, les membres inférieurs absolument rigides, en extension et en adduction, sont parfois agités de mouvements spasmodiques involontaires amenant une flexion des jambes sur les cuisses, et des cuisses sur le bassin; le malade est dans l'impossibilité de porter les aliments à sa bouche; des deux côtés il y a de la trépidation réflexe, de l'extension et de l'abduction réflexe des orteils; de plus, il existe des troubles sphinctériens.

M. Babinski porte le diagnostic de compression de la moelle cervicale due, soit à une fracture ou une luxation vertébrale, soit à une hémorragie ou à une pachyméningite d'origine traumatique, et il se demande si une intervention chirurgicale pourrait être utile. Pour préciser le diagnostic, l'auteur fait faire, le 10 octobre, une radiographie de la colonne cervicale qui, en raison de l'attitude vicieuse de la tête, est très imparfaite; quelques jours après, nouvelle radiographie aussi imparfaite que la première. Le 19 octobre, il constate que le cou est moins rigide et que l'enfant peut manger tout seul. Il suppose alors que les rayons X ont exercé une action curative et il fait renouveler plusieurs jours ces applications. Le der-

nier cliché radiographique, bien plus net que les premiers, lui montre qu'il n'y a pas de lésion osseuse appréciable. De plus, l'état de l'enfant a continué à s'améliorer d'une manière surprenante. Aujourd'hui, quarante jours après la première séance, le membre supérieur droit est tout à fait normal, la raideur du cou et celle du tronc ont presque complètement disparu, il n'y a plus de troubles sphinctériens, et l'enfant peut faire quelques pas sans aucun appui.

S'agit-il d'une simple coïncidence entre l'usage des rayons X et l'amélioration ? Cela est possible, mais l'auteur est plutôt porté à croire à une relation de cause à effet ; c'est presque immédiatement après la première application que l'état du malade, qui jusqu'alors n'avait fait qu'empirer, a commencé à s'améliorer; de plus, cette amélioration a été, selon M. Babinski, insolite par sa rapidité, et il n'a pas souvenir d'avoir vu des troubles liés à une compression de la moelle se modifier spontanément d'une pareille façon. Il pense que les rayons X ont exercé une action résolutive sur l'hémorragie ou la pachyméningite présumée.

L'auteur a observé, il y a quatre ans, une malade atteinte de parésie des membres inférieurs, avec épilepsie spinale et extension des orteils, liée selon toute vraisemblance à une pachyméningite pottique ; il se souvient maintenant que la malade s'est rétablie complètement quelque temps après avoir été soumise à la radiographie, et il sait qu'elle est aujourd'hui en parfaite santé.

N'y aurait-il pas eu, là aussi, une action thérapeutique ?

Des recherches méthodiques devront être faites à ce sujet.

Doit-on pratiquer le drainage des voies biliaires au cas de prurit rebelle consécutif à une rétention prolongée de la bile ? — M. Le Gendre rapporte l'observation d'un malade de son service qui, après avoir subi l'opération de Talma, fut pris d'un prurit intense, généralisé, rebelle, qui ne céda à aucun traitement. Le malade ne dormant plus, ne mangeant plus, se cachectisait d'une façon rapide. M. Le Gendre pria M. Hartmann de tenter le drainage des voies biliaires, opération qu'accepta volontiers le malade. M. Hartmann ne put la mener à bien, car dès le début de l'opération, une hémorragie veineuse locale, des plus intenses et des plus difficiles à arrêter, l'obligea à y renoncer. Malgré cela, et rien que sous l'influence de cette saignée très abondante, le malade guérit tout à fait et dans un laps de temps relativement court.

Partant de cette observation curieuse, M. Le Gendre se demande : 1° si, au cas de prurit rebelle par rétention de la bile, on peut être autorisé à tenter le drainage des voies biliaires ; 2° quelle peut être l'explication de la guérison rapide des accidents à la suite d'une saignée locale très abondante.

Goitre exophtalmique consécutif à une morsure de chien enragé. — M. Remlinger communique l'observation d'un soldat turc, âgé de vingt-neuf ans, qui, brusquement assailli par un chien enragé et vivement émotionné, se mit à présenter, quatre ou cinq jours après l'accident, de l'hypertrophie du corps thyroïde et tous les symptômes de la maladie de Basedow. Cet homme, d'un tempérament très calme, n'avait aucun antécédent héréditaire ou personnel névropathique. La recherche des stigmates hystériques ou neurasthéniques eut un résultat tout à fait négatif. Il semble donc qu'une violente émotion puisse, à elle seule, c'est-à-dire indépendamment de toute prédisposition nerveuse, amener le goitre exophtalmique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 28 novembre 1906)

Fractures du cou de pied. — M. Demoulin nous donne une étude complète de la fracture de Dupuytren. Il commente le mémoire de ce chirurgien paru en 1803. Il peut y avoir un certain intérêt à remonter parfois en arrière et à se rendre compte du chemin parcouru. La communication de M. Demoulin est intéressante à ce point de vue, car elle montre qu'en ce qui concerne cette fracture la distance qui sépare Dupuytren, de M. Chaput n'est pas considérable, bien que dans le mémoire de Dupuytren, le mot de fracture bi-malléolaire ne soit pas prononcé.

Ce qui, pour Dupuytren, caractérise le type clinique auquel on a donné son nom, c'est l'abduction dans la grande majorité des cas. Il y a arrachement du ligament latéral interne et souvent aussi de la malléole. Enumérant les complications de cette fracture, Dupuytren prononce le nom de luxation. Il a décrit aussi les fractures sus-malléolaires ; il a parfaitement indiqué tous les déplacements, toutes les attitudes du pied dans ces fractures, tous les faits signalés par M. Chaput rentrent donc dans les faits décrits par Dupuytren en 1803.

La radiographie est arrivée qui a permis de mieux apprécier les lésions de ces fractures. M. Demoulin entre ici dans des considérations d'anatomie pathologique très détaillées sur la fracture de Dupuytren. Comme ses collègues, il a souvent observé, longtemps après des fractures de Dupuytren consolidées sans déviation, de la gêne de la marche. Il y a, croit M. Demoulin, des lésions que nous ne pouvons diagnostiquer, des lésions de l'articulation calcanéo-astragalienne. C'est à ces lésions que sont dus ces troubles fonctionnels apparaissant longtemps après la guérison apparente de ces fractures de Dupuytren.

A quel traitement faut-il recourir dans les cas de fractures de Dupuytren vicieusement consolidées ? Les indications à remplir sont différentes suivant les cas. Il en est dans lesquels une simple ostéotomie suffira pour corriger les déformations et les troubles consécutifs. Dans d'autres cas, il faudra aller jusqu'à l'arthrotomie et aux résections plus ou moins étendues suivant les cas.

M. Kirmisson reconnaît, ainsi que nous en faisions l'observation dans notre dernier compte rendu, que les immenses progrès de la chirurgie viscérale avaient quelque peu détourné l'attention des chirurgiens du traitement des fractures. L'apparition de la radiographie a brusquement rappelé notre attention sur elles. Mais il ne faut pas oublier qu'elle ne nous donne pas toujours l'image parfaite de la réalité, qu'elle ne ne nous donne que des ombres parfois difficiles à interpréter. De là des exagérations, des interprétations erronées qui font croire à des malades parfaitement guéris et consolidés que leur fracture a été mal remise, d'après la radiographie, et qu'ils seraient en droit de poursuivre le chirurgien qui les a soignés. Nous obtenons, en effet, souvent des résultats fonctionnels parfaits ; les muscles ont recouvré toute leur puissance, les articulations leur mobilité, alors même que la radiographie montre qu'il reste une certaine déformation osseuse. Tous les chirurgiens connaissent bien ces faits aujourd'hui, quelques-uns même à leurs dépens.

M. Kirmisson qui a été longtemps chargé de la consultation orthopédique du Bureau central, a pu observer un grand

nombre de ces complications secondaires, éloignées, des fractures.

Sur une statistique de 80 malades, venus à la consultation d'orthopédie pour suites de fractures, M. Kirmisson a relevé 10 cas de fractures compliquées avec déviations du pied ou ankyloses; 22 cas de fractures non compliquées, mais avec des raccourcissements de 2, 3, 5, 8 et même 12 centimètres; 6 de ces malades avaient une déviation de la jambe et le pied en varus, 3 le pied en valgus et avec équinisme. Chez 3 malades, il y avait ankylose complète du pied; chez 2 des ulcérations; il y avait 1 cas de pseudarthrose; 4 cas de fractures bimalléolaires avec gonflement, ostéite; 15 cas de fractures de Dupuytren avec déviation caractéristique du pied en dehors, le coup de hache; M Kirmisson signale aussi des ankyloses tibio-tarsiennes, des pseudarthroses. Deux malades avaient subi des opérations ostéoplastiques avec des résultats franchement mauvais. La simple énumération de ces accidents fâcheux montre que les fractures du cou-de-pied méritent toute l'attention des chirurgiens.

Toutefois, s'empresse d'ajouter M. Kirmisson, ce serait une erreur de croire que les résultats du traitement de ces fractures sont à la disposition des chirurgiens et qu'on doive incriminer la conduite du chirurgien dans tous les cas où ces résultats sont défectueux. Les ostéo-périostites du cal avec hyperostoses, les orteils en griffes, les ulcérations du pied sont autant d'accidents qui se produisent spontanément, surtout chez les personnes âgées et dont on ne peut nullement prévenir l'apparition. Il y a aussi les cas de réveil du rhumatisme par le traumatisme.

En résumé, quel que soit le soin apporté par le chirurgien au traitement d'une fracture, il y a des cas où nos efforts restent vains, où la consolidation ne peut être obtenue, où surviennent enfin des complications éloignées qu'il était impossible d'éviter. Il reste dans tous ces faits des points dont la pathogénie est encore bien obscure et qui demandent à être élucidés.

M. Félizet fait observer, avec juste raison, que, dans l'esprit du public, une fracture, une cassure, comme on dit, n'est que l'affaire d'un bon appareil et de quelque temps d'immobilité, qu'il ne doit pas survenir de complications, que s'il en survient, c'est la faute du chirurgien. On considère aussi, dans le monde, une fracture comme si peu de chose qu'on refuse le chloroforme souvent proposé par le chirurgien pour la réduction de la fracture. Or, dans la fracture de Dupuytren, le chloroforme est nécessaire. Il y a bien des préjugés qu'il faudrait faire disparaître de l'esprit du public en matière de fractures.

M. Reynier reconnaît avec M. Kirmisson que le traitement des fractures a été un peu trop délaissé par les chirurgiens. Les chefs de service ont trop de tendance à abandonner ce traitement à des élèves, sans doute instruits et habiles, mais encore inexpérimentés.

M. Chaput a eu raison de rappeler l'attention de ses collègues sur ces faits; nous devons, dit M. Reynier, surveiller nos appareils à fractures. En effet, les déviations secondaires dont on a tant parlé surviennent, dans la grande majorité des cas, sur des malades qu'on a fait marcher trop tôt, avec une correction incomplète. Par correction complète M. Reynier entend un état tel que le pied soit remis exactement dans l'axe de la jambe, que le pied pourra se fléchir et s'étendre, qu'il n'y ait ni de déplacement en avant, ni de déplacement en arrière. Quand il y a une parfaite rectitude de l'axe de la jambe, il y a de grandes chances que le malade marche bien, même si la radiographie montre que la réduction n'a pas été parfaite. La radiographie, d'ailleurs, ne doit être qu'un moyen adjuvant de l'examen clinique. Les seuls renseignements donnés par elle peuvent être pleins d'erreurs. Il est bien rare aussi que la radiographie ait été prise avec toutes les précautions voulues, au point de vue de l'exactitude de son interprétation. Dans un certain nombre de cas, cette rectitude du membre, sur laquelle insiste M. Reynier, est bien difficile à obtenir.

Plus vite et plus facilement on réduira une fracture, plus facilement on obtiendra la consolidation. M. Reynier est d'avis qu'il faut appliquer le plâtre le plus rapidement possible. Mais pour l'application de ce plâtre, il faut des aides expérimentés; le chirurgien ne doit avoir à ne s'occuper que de la coaptation, pendant qu'un aide fait la contre-extension, et qu'un autre applique les bandes plâtrées. Si l'on n'arrive pas à une parfaite réduction, il faut recourir au chloroforme pour obtenir la résolution musculaire. Telles sont les règles que suit et que conseille M. Reynier.

M. Sieur revient sur les conditions anatomiques de ces fractures du cou de pied. Il insiste, avec raison, sur l'importance de ces fragments osseux qui ont été arrachés, avec les ligaments, de leur point d'implantation sur le tibia. On ne peut agir directement sur ces fragments osseux qui sont autant d'obstacles à une bonne consolidation, et qui peuvent devenir le point de départ d'accidents ou de déviations ultérieurs. Les troubles amyotrophiques dont on a déjà parlé, peuvent contribuer aussi à compromettre la solidité du cal.

Pour M. Reynier, un moyen d'obtenir une bonne réduction et de la maintenir, est, dans les cas de fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, de recourir à la traction continue à l'aide de l'appareil de Hennequin et de laisser longtemps les malades sans marcher.

Epithéliome du plancher de la bouche. — M. Morestin présente un malade qu'il a opéré en janvier 1903 d'un énorme épithélioma par l'ablation du maxillaire inférieur, de la totalité de la langue et du plancher de la bouche. Ce malade ne présente aucune récidive.

Actinomycose. — M. Guinard présente un jeune homme atteint d'actinomycose. C'est un sellier qui met des clous dans sa bouche et qui y met aussi des crins provenant de poils de vaches pour rembourrer des coussins de voiture. On conçoit ainsi la production de l'actinomycose.

Corps étranger bronchique. Rétrécissement infranchissable congénital de l'œsophage. Guérison par la bronchoscopie et l'œsophagoscopie. — M. Guisez présente :

1° Un enfant de cinq ans et demi à qui il a extrait il y a quelques jours un *noyau de datte dans la bronche gauche* par la bronchoscopie supérieure. C'est le septième corps étranger que l'auteur enlève par cette méthode ;

2° Il montre un malade qu'il a opéré il y a trois mois pour un *rétrécissement infranchissable et congénital de l'œsophage.* L'œsophagoscopie fit voir une large poche dans l'œsophage, et une sorte de valvule obstruant presque complètement la lumière de ce conduit qui depuis l'enfance avait empêché tout aliment solide, et le malade âgé de dix-huit ans n'avait jamais pu absorber que du lait. Il y a quatre ans, il dut être gastrostomisé dans un accès de dysphagie intense. Grâce à un œsophagotome de forme spéciale M. Guisez a pu sectionner cette valvule, et le malade mange actuellement de tout et a gagné cinq kilos depuis l'opération.

Traitement préparatoire pour la staphylorraphie ou l'uranoplastie. — M. Sébileau fait connaître un procédé prothétique très ingénieux pour préparer les voies afin de pratiquer ultérieurement l'uranoplastie. C'est un appareil destiné à rapprocher l'un de l'autre, les deux côtés du palais, de façon à pouvoir les suturer

Lithiase biliaire. — M. Thiéry présente quatre-vingt-dix calculs qu'il a retirés de la vésicule biliaire d'un malade par la cholécystostomie.

Sphacèle musculaire consécutif à la ligature des vaisseaux. — M. Guinard rapporte l'histoire d'un jeune homme qui se donna un coup de couteau sur la face interne de la cuisse ; hémorragie formidable ; il est amené exsangue à l'hôpital. M. Guinard pratique la ligature de la veine et de l'artère fémorales. Il se fait un gonflement consécutif du mollet ; abcès, incision, et, par l'incision, sort le jambier postérieur en totalité, sphacelé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 1er décembre 1906)

Sur le bacille de Ruediger faussement dénommé « bacille pseudo-diphtérique ». — En 1903, Ruediger a cité des observations d'angines qui furent aggravées par des inoculations de sérum antidiphtérique. C'étaient surtout les scarlatineux ou les rubéoleux qui présentaient ces angines et, à l'examen bactériologique, Ruediger trouva un bacille qu'il dénomma pseudo-diphtérique. Ce bacille tuait les cobayes sans donner de lésions des capsules surrénales. Le sérum antidiphtérique n'empêchait pas la mort de l'animal ; mais, avec ce microbe, Ruediger put préparer un sérum actif vis-à-vis de son microbe.

Alice Hamilton reprend le travail de son maître et, après de nombreuses expériences, avec de nombreux détails, confirme et développe ses idées.

N'ayant jamais rencontré pareil microbe malgré de nombreux examens, M. L. Martin résolut d'écrire à miss Hamilton pour lui demander quelques échantillons de ce bacille. Très obligeamment, miss Hamilton lui envoya six échantillons du bacille dénommé pseudo-diphtérique qui tuait le cobaye malgré le sérum antidiphtérique.

Son étonnement fut grand lorsqu'il trouva que les six échantillons ne prenaient pas le Gram et que, morphologiquement, ils ressemblaient à des coli et non pas à des pseudo-diphtériques, ils poussaient sur sérum, mais donnaient de petites colonies dans les premières vingt-quatre heures, et lorsqu'on les examinait au microscope, plusieurs articles étaient placés bout à bout, leurs grands axes sur une même ligne droite, ce qu'on ne trouve jamais dans la diphtérie. Enfin et surtout, ces bacilles ne restaient pas colorés après le lavage à l'alcool lorsqu'on pratiquait la méthode de Gram.

Craignant une erreur dans l'envoi, M. Martin demanda à miss Hamilton si le bacille coliforme était bien le pseudo-diphtérique décrit par elle et par Ruediger. Une lettre lui confirma que le bacille ne prenait pas le Gram et, qu'en Amérique, cette propriété n'était pas regardée comme nécessaire pour définir un pseudo-diphtérique. Sur ses instances, miss Hamilton a bien voulu indiquer dans un deuxième mémoire que ce bacille ne prenait pas le Gram, ce qui ne l'a pas empêchée d'intituler son travail : « Further studies on virulent pseudo-diphteria bacilli » (*Journ. of inf. Dis.*, t. III, 2 mars 1906, p. 242).

Dans son cours à la Faculté de médecine, le professeur Roger (1), en se basant sur les résultats obtenus par Alice Hamilton, avait conclu :

« Ces résultats qui peuvent expliquer certains détails de la méthode sérothérapique appliquée à la diphtérie, soulèvent un problème d'une importance capitale.

Il n'est plus possible actuellement d'affirmer aussi facilement qu'on le faisait il y a quelques années la nature diphtérique d'une angine. Sans doute, le plus souvent, la culture sur sérum suffit ; surtout quand il s'agit simplement d'ajouter un nouvel élément d'appréciation à un diagnostic clinique. Mais dans les cas douteux, l'examen bactériologique ne paraît pas plus certain que l'inspection de la gorge. »

On voit par là toute l'importance qu'aurait eue le travail de miss Hamilton, si ses conclusions avaient été exactes.

Fort heureusement, le bacille Ruediger-Hamilton n'est pas un bacille pseudo-diphtérique et ne peut, en aucun cas, être confondu avec un bacille diphtérique, ce qui permet d'affirmer à nouveau que la sérothérapie antidiphtérique, aussi bien que le diagnostic bactériologique de la diphtérie, gardent toute leur valeur.

Pour ne pas compliquer la question, il serait à souhaiter que ce bacille fût désormais dénommé « bacille de Ruediger ».

A propos de la pancréatectomie expérimentale chez le chien. — MM. Lesné et Dreyfus ont dépancréatisé 19 chiens dont 11 avec glycosurie persistant jusqu'à la fin de l'animal qui survient habituellement par éventration ou consomption, c'est-à-dire par le fait du diabète lui-même. Ils ont pu éviter le sphacèle du duodénum en procédant par traction et par arrachement. Pour obtenir une glycosurie durant jusqu'à la mort il est nécessaire que l'extirpation du pancréas soit totale et ce résultat peut être obtenu sans enlever le duodénum.

Dépenses en albuminoïdes pendant la grossesse chez le cobaye. — Le docteur Mourel, qui avait déjà étudié dans une note précédente les dépenses totales évaluées en calories pendant la grossesse chez cet animal, expose dans deux nouvelles notes qui se complètent, les observations qu'il a faites pendant ces mêmes expériences à propos des substances albuminoïdes. Ses principales conclusions sont les suivantes :

1° De même que pour l'ensemble des aliments évalués en calories, les substances albuminoïdes ingérées vont en diminuant, de commencement de la grossesse à la fin ;

2° Au début de la grossesse les quantités ingérées de ces substances dépassent sensiblement celles qui correspondent à la ration d'entretien, tandis qu'elles arrivent à être égales à ces dernières vers la fin ;

3° Les albuminoïdes qui dépassent la ration d'entretien ingérés dans les premiers temps de la grossesse, sont mis en réserve par l'animal, et c'est probablement ces albuminoïdes qui ont participé un certain temps à la vie de la mère qui doivent constituer les fœtus.

Etude sur les constituants colloïdes du sang. Le pigment du sérum. — Pour M. Iscovesco, le sérum sanguin privé de sels et de globulines a été étudié dans un champ électrique. Il contient un pigment électronégatif. Or on sait que l'hémoglobine est électropositive. Le pigment du sérum doit donc être rangé à côté des pigments biliaires et urinaires qui sont eux aussi électronégatifs.

(1) *Alimentation et digestion*, p. 231.

Autres communications :

Un nouveau cas de filaria loa mâle. — M. Billet.

Spectres d'absorption ultra-violet de l'ovalbumine et de la sérum-albumine cristallisées. — M. Dhéré.

Sur les complexes colloïdaux. — M. A. Gautier.

Sur l'activité cytopoiétique du sang et des organes régénérés au cours des régénérations viscérales. — M. P. Carnot.

Du cycle myéthéménal de la température dans les cas d'activité nocturne et de sommeil diurne. — MM. Toulouse et Piéron.

Polymorphisme des bactéries dans l'urée. — MM. Péhu et Rajat.

Fonctions chimiques purgatives. — M. Brissemoret.

Purification du chloroforme en vue des dosages d'indoxyle. — MM. Maillard et Ranc.

Considérations sur la morphologie du rudiment squelettique chez les monstres ectroméliens. — M. Salmon.

A propos de la pathogénie de l'anthracose pulmonaire. — M. Basset.

Dosage de l'alcool dans les mélanges de vapeur d'alcool et d'air. — M. Nicloux.

L'autolyse aseptique du foie dans le sérum sanguin. — M. Launoy.

Deuxième note sur l'élimination du bromure de potassium. — MM. Féré et Tixier.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Montpellier médical. — (N° 41, 14 oct. 1906.) Galavielle et Rimbaud : Les injections préventives de cerveau normal du mouton jouissent-elles de propriétés immunisantes par rapport au virus fixe et au virus des rues ? — Vires : Recherches expérimentales personnelles sur la pathogénie de l'épilepsie. — (N° 42, 21 oct.) Lagriffoul et Marquès : Traitement des leucémies par les rayons X. — Vires : Recherches expérimentales personnelles sur la pathogénie de l'épilepsie (*suite*). — (N° 43, 28 oct.) Astruc : Sur les fils chirurgicaux. Coefficients de traction et d'élasticité. Fils chirurgicaux aseptiques. — Lagriffoul et Marquès : Traitement des leucémies par les rayons X (*suite*). — A. Imbert : Statistique du service d'électrothérapie, radiographie, photographie à l'hôpital suburbain (1905-1906).

Nord médical. — (N° 289, 15-29 oct. 1906.) Lemoine : Maladie de Reichmann. — Doumer : Courants à haute fréquence et tension artérielle. — (N° 290, 1er-9 nov.) L. Caudron : Traitement de l'incontinence d'urine nocturne dite essentielle, infantile. — M. Gallois : L'appareil simple pour lavages viscéraux du docteur Hugo Ehrenfest (de Saint-Louis).

Pédiâtrie pratique. — (N° 21, 1er nov. 1906.) E. Ausset : Sur un cas de maladie de Little. — Ed. Cordier : Quelques mois de fonctionnement de l'Institut pour enfants prématurés ou débiles. — (N° 22, 15 nov.) Bidon : Un cas remarquable d'anesthésie hystérique. — Clément Delfosse : Diphtérie laryngée de longue durée. — Ausset : La question du lait.

Presse médicale. — (N° 87, 31 oct. 1906.) Louis Bazy : Inondation péritonéale au cours de l'avortement tubaire. — A. Martinet : Quelques préparations à base d'hamamelis virginica. — (N° 88, 3 nov.) Debove : La nature du cancer et de la cachexie cancéreuse. — J.-L. Faure : Technique de l'amputation du sein. — P. Hartenberg : La névrose d'angoisse. — (N° 89, 7 nov.) Girard-Mangin (Mme) et H. Roger : Recherches expérimentales sur les poisons cancéreux. — (N° 90, 10 nov.) Emile Forgue : Technique de la cure opératoire de l'ectopie testiculaire. — J.-J. Matignon : Les effets des gros projectiles de la marine. Souvenirs de la bataille de Tsoushima — Maurice Letulle : Les hémorragies de l'appendice vermiforme (histo-pathologie générale). — (N° 91, 14 nov.) Gilbert : Contribution à l'étude de la colique hépatique. La colique vésiculaire. — Guibé : De la résection totale des saphènes variqueuses. — (N° 92, 17 nov.) Albarran : Leçon d'ouverture de la clinique des voies urinaires. — Pinard : Ignace-Philippe Semmelweiss (1818-1865). — Déjerine : A propos de la localisation de l'aphasie motrice. — Josué : L'artério-sclérose, anatomie pathologique et pathogénie. — Antonio Ceci : Amputations cinéplastiques des membres supérieurs. — (N° 93, 21 nov.) H. Vallée : La vaccination antituberculeuse des bovidés selon le procédé de von Behring d'après les expériences de Melun. — E. Bonnaire : De l'action du collargol dans l'infection puerpérale.

Province médicale. — (N° 44, 3 nov. 1906.) Poncel : Importance chirurgicale du coefficient acétonurique chez les diabétiques. — A. Pic : Epilepsie et tuberculose. — Vignard et Mouriquand : Tuberculose diaphysaire des grands os à forme de spina ventosa. — (N° 45, 10 nov.) Patella (de Sienne) : Les leucocytes non granuleux du sang. — Albertin et A. Jambon (de Lyon) : De la ligature de l'urètre au cours d'une intervention abdominale. — (N° 46, 17 nov.) Jaboulay : Constriction permanente de la mâchoire inférieure consécutive à une fracture du malaire. La résection du condyle dans l'ankylose et dans le prognathisme maxillaire. — Manquat : Quelques réflexions à propos des idées régnantes sur le traitement de la syphilis. — Mayet : Le pouls veineux.

Revue de chirurgie. — (N° 11, 10 nov. 1906.) Ch. Féré : Note sur la fréquence de l'apophyse sus-épitrochléenne (2 fig.). — De Vlaccos : Du pied varus congénital (pathogénie et traitement). — L. Tixier : Indications opératoires des traumatismes anciens du crâne (*à suivre*). — L. Gratschoff : La cure radicale des hernies inguinales (*fin*). —

BAUDET et KENDIRDJY : De la vaso-vésiculectomie dans les cas de tuberculose génitale (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1906.) GILBERT et LEREBOULLET : Contribution à l'étude de la diathèse d'auto-infection. Du diabète pancréatique par auto-infection (4 fig.). — LAIGNEL-LAVASTINE et R. VOISIN : La neuronophagie. — G. RAVIART, J. PRIVAT DE FORTUNIÉ et M. LORTHIOIS : Symptômes oculaires de la paralysie générale, leur valeur diagnostique aux diverses périodes de cette affection (*suite*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LE BLANC DE CÉRUSE DEVANT LE SÉNAT. — Le Sénat a continué vendredi la discussion du projet sur le blanc de céruse.

La première partie de l'article 2, qui interdit l'emploi de la céruse dans les peintures intérieures, est adoptée à mains levées. La seconde partie, relative à certains travaux extérieurs, est repoussée par 159 voix, contre 121.

L'article 3 a trois paragraphes. Le premier dit qu'un règlement d'administration publique pourra étendre l'interdiction aux travaux extérieurs non visés à l'article précédent. Le second paragraphe dit que l'interdiction totale ou partielle des autres produits à base de plomb, employés dans la peinture pourra être également prononcée par un règlement d'administration publique. Le troisième dit que les fabricants atteints par la loi auront droit à une indemnité.

M. Le Chevalier combat les deux premiers paragraphes.

M. Viviani, ministre du Travail, demande, au contraire, le maintien des deux premiers paragraphes de l'article 3, mais ceux-ci sont repoussés par 168 voix, contre 112.

Le projet est renvoyé à la Commission.

La discussion reprendra mardi.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asiles cliniques, asile de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche), sera ouvert le lundi 7 janvier 1907, à une heure précise, à l'Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 10 au samedi 22 décembre 1906 inclusivement.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le professeur Dieulafoy a repris ses leçons à l'amphithéâtre Trousseau, le samedi 24 novembre 1906, à dix heures et demie du matin, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades tous les matins à neuf heures (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Enseignement complémentaire (démonstrations cliniques et exercices pratiques). — Sémiologie : MM. les docteurs Crouzon et Nattan-Larrier, chefs de clinique, le mercredi et le samedi, à cinq heures, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne.

Anatomie pathologique et bactériologie : MM. les docteurs Gouraud, Lœper et René Gaultier, chefs de laboratoire, le jeudi, après la visite, au laboratoire de la Clinique.

Laryngologie, rhinologie, otologie : M. le docteur Bonnier, le lundi, après la visite.

Electrothérapie, radiologie : M. le docteur Lacaille, le vendredi après la visite.

Dermatologie : M. le docteur Déhu, le mardi après la visite.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (Service de M. le professeur GRANCHER, M. le professeur agrégé H. MÉRY, chargé de cours.) — CONFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES DE PERFECTIONNEMENT. — Une série de trente conférences théoriques et pratiques sur les maladies de l'appareil respiratoire, du cœur et du système nerveux chez l'enfant sera faite pendant les mois de décembre 1906 et janvier 1907 à l'hôpital des Enfants-Malades, par MM. P. ARMAND-DELILLE et L. BABONNEIX, chefs de clinique médicale infantile de la Faculté.

Afin de permettre l'examen individuel des malades, le nombre des élèves sera limité à quinze.

Les conférences auront lieu les mardis, mercredis et vendredis à quatre heures. La première conférence aura lieu le mardi 4 décembre, à quatre heures, à la salle des cours de la clinique.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — I. *Appareil respiratoire.* — 1. Pneumonie. — 2. Broncho-pneumonies aiguës. — 3. Broncho-pneumonies chroniques et dilatation bronchique. — 4. Tuberculose pulmonaire. — 5. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire par la méthode du professeur Grancher. — 6. Adénopathie trachéo-bronchique. — 7. Bronchites aiguës. — 8. Coqueluche. — 9. Pleurésie séro-fibrineuse. — 10. Pleurésie purulente. — 11. Pleurésies enkystées.

II. *Cœur.* — 12. Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — 13. Affections valvulaires chroniques. — 14. Péricardites. Symphyse du péricarde d'origine rhumatismale. — 15. Symphyse du péricarde d'origine tuberculeuse. — 16. Affections congénitales du cœur. Maladie de Roger. Maladie bleue.

III. *Système nerveux.* — 17. Chorée. — 18. Méningites aiguës. — 19. Méningite tuberculeuse. — 20. Diagnostic des méningites par les méthodes de laboratoire. — 21. Encéphalopathies infantiles. — 22. Maladie de Little. — 23. Tumeurs cérébrales. — 24. Paralysie infantile. — 25. Polynévrites infectieuses. — 26. Myopathies. — 27. Idiotie. Myxœdème. — 28. Epilepsie. — 29. Hystérie. — 30. Visite du service des enfants arriérés, à Bicêtre et à la fondation Vallée.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. P. Armand-Delille, chef de clinique, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


FAC-SIMILE
AK
30 CENTIGR.

Nº 139. — JEUDI 6 DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 6 DÉCEMBRE 1906. — Nº 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. André Riche, Boulloche, Klippel, Milian, Dalché, Michaux, Lapointe, Faure, Reynier, Brindeau. MM. Boulloche et Reynier n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sur la demande de l'Association corporative des étudiants en médecine, le ministre de l'Instruction publique, après avis du doyen, a décidé la réouverture des travaux de dissection et des travaux pratiques.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Après quarante-six ans de service dans l'enseignement supérieur, M. le professeur Masse quitte l'Université et prend sa retraite.

A cette occasion ses amis et la rédaction de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, qu'il dirige avec tant de distinction, ont décidé de lui offrir un banquet qui aura lieu le 20 décembre.

Nous ne doutons pas que ce jour-là les amis ne soient nombreux autour du maître aimé et respecté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — *Concours de prosectorat.* — On été nommés : prosecteur, M. Netter; aide d'anatomie, M. Bouvier.

— Un concours pour une place de chef de clinique médicale aura lieu à l'Ecole de médecine de Reims le lundi 7 janvier 1907, à huit heures et demie du matin.

Les candidats sont priés de s'inscrire à l'Ecole de médecine avant le 12 décembre 1906.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE. — Le jury est ainsi composé : MM. Alfred Fournier, Gaucher, Hudelo, Le Pileur, Le Blond, Verchère, Jacquet, et MM. les docteurs Navarre et Brousse, conseillers municipaux.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le Conseil municipal de Paris vient d'accorder une subvention de 2000 francs pour le Congrès de médecine qui doit se réunir à Paris en octobre 1907.

LE BLANC DE CÉRUSE DEVANT LE SÉNAT. — Le Sénat a adopté hier malgré l'opposition du gouvernement et par 163 voix contre 109 le principe de l'indemnité aux fabricants de céruse lésés par l'interdiction.

LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER vient de reprendre ses séances, elle a élu son bureau pour 1906-1907, il est ainsi composé : M. le professeur A. Imbert, président; H. Jeanbrau, vice-président, et M. Jacquemet, secrétaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN. — La société vient de renouveler son bureau pour 1906-1907.

Ont été élus : Président, M, le médecin principal Véron; vice-président, M. le docteur Emile Delabost; trésorier, M. le docteur Payenneville.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-major de première classe Brissé-Saint-Macary est détaché au cabinet de M. le sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Guerre.

— MUTATIONS. — MM. les médecins-majors de première classe Folie-Desjardins, du 12e d'artillerie à l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé; — Ferraton, de l'hospice mixte de Nice à l'hôpital militaire de Versailles; — Bernard, professeur agrégé à l'École d'application du service de santé militaire au 16e d'artillerie; — Ferrier, des hôpitaux de la division d'Oran aux salles militaires de l'hospice mixte de Nice; — Ohier, du 67e d'infanterie au 12e d'artillerie; — Escot, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire à Lyon, aux salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers; — Licht, du 16e d'artillerie aux hôpitaux de la division d'Oran; — Keim, du 142e au 92e d'infanterie; — Bonnet, professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé militaire à Paris, à l'hôpital militaire du Dey à Alger.

HOTEL-DIEU. — CONFÉRENCES GRATUITES DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur Pichevin commencera le mardi 11 décembre à cinq heures, une série de conférences gynécologiques avec présentation et examen de malades et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure à l'amphithéâtre Cloquet à l'Hôtel-Dieu.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

LA MALADIE D'HALLOPEAU

(*Pyodermite végétante*).

Par M. le professeur GAUCHER (1).

Messieurs,

Je désire, pour commencer le cours de cette année, vous faire connaître une maladie spéciale, une entité morbide nouvelle, dont nous avons un exemple dans nos salles et que, pour rendre hommage au doyen des médecins de l'hôpital Saint-Louis, nous devons légitimement appeler la maladie d'Hallopeau. Je n'ai d'ailleurs pas le mérite d'avoir trouvé cette dénomination qui a été proposée au Congrès international de 1904 par un dermatologiste allemand, le docteur Ledermann (de Berlin).

Cette affection qui a été découverte, individualisée et décrite pour la première fois par notre éminent maître le docteur Hallopeau, avait reçu de lui le nom de *dermatite pustuleuse chronique en foyers, à progression excentrique*.

Voici quels sont les caractères de cette maladie :

C'est une pyodermite, constituée par des pustules miliaires, qui se développent excentriquement, pour former des plaques circulaires ou polycycliques, très prurigineuses. Ces pustules deviennent végétantes, ou au moins, le derme sous-jacent s'hypertrophie pour produire une sorte de saillie papuleuse, à la place de chaque pustule.

Au centre de chacune des plaques, les pustules guérissent et laissent une macule pigmentaire lente à s'effacer, mais d'autres pustules se développent incessamment à la périphérie, par auto-inoculations successives.

Les lésions peuvent envahir ainsi une grande partie de la surface cutanée; mais elles ont des sièges d'élection qui sont : les régions inguinale, génito-crurale et génito-anale, les régions pubienne et ombilicale, la région axillaire, la face, les doigts. Des auto-inoculations accidentelles peuvent, d'ailleurs, produire des pustules semblables sur tous les points du corps. Le cuir chevelu peut être envahi et l'hypertrophie végétante qui succède à l'éruption pustuleuse prend ici une forme remarquable et même étrange, qui rappelle la configuration des circonvolutions cérébrales.

Les lésions suppuratives peuvent également se développer sur la muqueuse buccale où elles sont particulièrement rebelles.

Tels sont, en résumé et synthétiquement, l'aspect, le mode d'extension et la distribution de la maladie d'Hallopeau. Vous allez retrouver, sur le malade que je vais vous présenter et dont je vais vous rapporter l'observation détaillée, la plupart des caractères et les caractères les plus importants de cette dermatite pustuleuse.

Ce malade, âgé de trente-six ans, qui nous a été adressé par le docteur Créquy, est entré dans le service de la clinique le 26 septembre 1906.

Il a eu un chancre syphilitique il y a seize ans, et depuis lors à diverses reprises des maux de gorge, pour lesquels il a pris du sirop de Gibert.

Ce sont tous ses antécédents, qui, d'ailleurs, n'ont aucun rapport avec l'affection actuelle.

Cette affection date du 14 juillet dernier. Notre malade aurait eu, à cette époque, un eczéma interfessier avec un furoncle sur la fesse gauche. Consécutivement s'est développée une adénite inguinale externe gauche suppurée, qu'on a dû inciser et qui n'est pas encore cicatrisée à l'heure actuelle. Peu après, le malade eut quelques folliculites suppurées des aînes pour lesquelles il fut rasé et traité par des applications de teinture d'iode. Le rasoir écorcha les pustulettes et c'est huit jours après, que l'éruption s'étendit.

Des vésico-pustules envahirent les aînes, la région pubienne, la racine des cuisses, le bas-ventre, le tour de l'ombilic, la partie inférieure du dos. Bientôt confluentes, elles formèrent les larges placards qu'on voit encore à l'heure actuelle. Puis l'éruption, remontant latéralement, occupa les deux creux axillaires et d'une façon plus discrète toute la poitrine.

A ce moment, le malade, tourmenté par les démangeaisons, inocule en se grattant son creux poplité gauche, et la commissure labiale du même côté. En ce dernier point, il avait eu, raconte-t-il, une légère coupure faite par son coiffeur. En somme, ces deux dernières localisations semblent bien le résultat d'une inoculation par grattage.

Au moment de l'entrée du malade dans nos salles, on constate, dans les régions précédemment signalées, des placards très étendus, surélevés, à contours polycycliques. Chacun de ces placards est formé par des éléments isolés, papuleux, confluents.

Ces placards d'aspect lichénoïde sont entourés de vésico-pustules, confluentes à la périphérie du placard, tantôt contenant un liquide purulent, tantôt recouvertes d'une croûtelle peu épaisse, d'un brun jaunâtre, qui en tombant ne laisse pas d'ulcération. Sur la peau saine, qui entoure les placards, on trouve d'autres vésico-pustules plus jeunes, presque toutes remplies de pus et disséminées.

Le centre du placard, papuleux, dur à la palpation, représente donc un stade postérieur à l'ouverture de la pustule et à la chute de la croûte. L'aspect surélevé, tendu, tient à la prolifération hypertrophique du derme.

Certains des éléments centraux présentent une légère ombilication, centrée par un poil. Il est donc vraisemblable qu'au moins certaines pustules sont des suppurations périfolliculaires.

Suivant les points, l'aspect est un peu variable. Dans les plis de flexion, aisselles, aines, rainure interfessière, creux poplité, l'hypertrophie végétante du derme est bien plus marquée et le placard résultant de la fusion des pustules, une fois les croûtes tombées, prend un aspect papulo-tuberculeux. Les lésions intermédiaires aux placards sont toutes plus jeunes, uniquement croûteuses; il en est ainsi de deux pustules d'auto-inoculation de la commissure labiale gauche. Ces pustules sont entourées d'une aréole érythémateuse reposant sur un fond induré. Il n'y a aucune lésion des muqueuses.

Le malade a un état général très satisfaisant. Il n'a aucun trouble viscéral, en particulier aucun signe nerveux. La fièvre est nulle. Outre l'éruption, on ne constate que la cicatrice de l'adénite incisée, qui est fistuleuse, et laisse sourdre un pus analogue à celui des pustules. Le malade est traité par les pansements

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. MALLOIZEL, interne du service.

humides et les pulvérisations résorcinées. Il prend de plus un bain quotidien prolongé.

Sous l'influence de ce traitement, le malade est nettement amélioré. Dès le *4 octobre*, on constate l'affaissement du centre des placards qui conservent leur teinte rouge foncé. Les croûtes de la périphérie tombent. En revanche, il s'est produit de nouvelles pustules isolées sur la poitrine et aussi à la périphérie des anciens placards. La progression excentrique est très nette.

Le *20 octobre*, l'amélioration continue, il n'y a guère de nouveaux éléments; les deux pustules de la commissure ont conflué, et forment actuellement une large exulcération à bords polycycliques et saillants, entourant un fond recouvert d'une croûte jaunâtre, humide. Chaque exulcération a gagné en largeur, la lésion semble plus envahissante que sur le corps.

L'affaissement des placards primitifs s'accentue, mais ceux-ci restent pigmentés. Le bubon suppure encore un peu.

Le *30 octobre*, la cicatrisation est très avancée. Sur l'abdomen, il n'y a plus que des cicatrices. Celles-ci sont planes, à peine papuleuses; leur coloration, d'abord rouge foncé, est maintenant un peu fauve, un peu cuivrée. Le centre de certains éléments devient blanc, nettement cicatriciel. Souvent, au centre on trouve un poil. Çà et là, sur les cuisses, sur la poitrine et le dos, sous le genou droit, quelques pustules sont encore excoriées et recouvertes d'une croûtelle. Au-dessous d'elles, l'hypertrophie du derme fait nettement saillie. Les pustules de la face ne sont pas guéries, elles s'étendent toujours excentriquement sans qu'il y ait de nouvel élément; leurs bords sont hypertrophiques, leur fond déprimé et croûteux. Sur le dos, existe encore un placard en pleine activité. L'adénite est complètement guérie. Le malade a conservé un excellent état général et demande à sortir.

Recherches de laboratoire. — Le contenu de deux pustules a fourni des cultures pures de staphylocoque doré. Dans le frottis, on voyait de nombreux phagocytes englobant les microbes et quelques macrophages. Il n'y avait pas d'éosinophiles.

Vous avez vu que dans notre observation, les lésions sont uniquement cutanées; le cuir chevelu et les muqueuses sont indemnes, il n'en était pas de même dans les observations antérieures que je vais vous résumer. La première est celle de MM. Hallopeau et Monod (1889). C'est elle qui a servi de type à la description de la maladie.

Elle concerne une femme de quarante-neuf ans, entrée d'abord en septembre 1886 dans le service de Quinquaud pour une éruption remontant à trois semaines. Cette éruption était constituée par des vésico-pustules, bientôt croûteuses, siégeant à la paume de la main gauche et sur la face dorsale des doigts. Ces pustules se réunissent bientôt pour former des vastes placards exulcérés. En même temps, l'éruption siège dans les plis inguinaux, sur les grandes lèvres, où elle présente une grande analogie d'aspect avec des syphilides papulo-tuberculeuses, sur la nuque.

L'éruption occupe aussi les muqueuses. La langue est creusée de sillons d'aspect villeux, limitant des parties hypertrophiques ressemblant aux circonvolutions cérébrales. On trouve une ulcération sur la face interne de la joue gauche. Traitée par des applications locales d'iodoforme, la malade sort guérie, le 7 novembre.

Au bout de deux mois, se produit une suppuration de l'extrémité de l'index droit qui amène la chûte de la première phalange. En juin, l'éruption reparaît à la nuque et à la vulve, s'étendant progressivement, occupe le cuir chevelu, les lèvres. Elle guérit en deux mois.

En janvier 1888, nouvelle récidive débutant par la nuque. La malade entre dans le service de M. Hallopeau. L'état général est bon; les lésions sont les suivantes :

1° Une grande plaque de la nuque mesurant 7 centimètres sur 10, limitée par un rebord polycyclique, formée par un groupement de pustules, les unes croûteuses, les autres guéries, secondairement papulo-tuberculeuses. Ces lésions ont débuté par un seul bouton;

2° Des pustules disséminées sur le cuir chevelu, déterminant une alopécie peu marquée;

3° Sur les lèvres, des exulcérations fissuraires, avec excoriations recouvertes de croûtes; rhagade sur la commissure gauche, s'étendant sur la surface muqueuse de la joue où l'on trouve une surface mamelonnée, creusée de sillons. La langue est dans le même état qu'au séjour précédent;

4° Une plaque débutant au-dessus du pubis, occupant la vulve, les aines, la racine des cuisses et l'anus.

Les jours suivants des pustules apparaissent autour des lésions précédentes.

Voici quelle est l'évolution des lésions ; le phénomène initial est l'apparition d'une vésico-pustule miliaire, à liquide purulent presque d'emblée; une aréole rouge l'entoure, reposant sur un derme infiltré. Tout autour, se forment d'autres pustulettes qui, par progression excentrique, forment une plaque qui s'accroît graduellement. Les pustules initiales s'ouvrent et font place à des croûtes peu épaisses; quand celles-ci tombent, sans ulcération sous-jacente, elles laissent une surface d'un rouge sombre, ridée, qu'entoure un cercle de pustulettes.

Sur certains points, l'inflammation paraît dépasser la limite du derme et occasionner des phlegmons sous-cutanés.

Ces lésions guérissent progressivement, mais apparaissent constamment autour des placards primitifs de nouvelles pustules. Successivement on voit se former de nouvelles plaques dans l'aisselle droite, sur la main gauche, puis sous le sein droit et sur le cuir chevelu.

Le 27 août 1888, la malade sortait guérie de toutes ses plaques, sauf des lésions buccales, par un traitement uniquement local (iodoforme).

Il n'y avait pas de cicatrices; mais seulement des plaques pigmentées avec légère induration dermique et une légère alopécie.

En octobre, la malade revient pour une nouvelle récidive cutanée. Les lésions buccales persistent. En février 1889, l'état de la malade était très satisfaisant.

L'inoculation à la malade du pus d'une pustule sous la peau n'a rien produit. L'examen bactériologique a montré la présence du staphylocoque blanc.

En résumé, d'après cette observation, on a affaire à une pyodermite pustuleuse se développant excentriquement autour des lésions primitives. Il existe une hypertrophie du derme surtout dans les endroits où il y a du tissu cellulaire lâche, muqueuses,

plis inguinaux, axillaires, vulve, où les lésions rappellent la syphilide hypertrophique. Il y a continuité entre les lésions muqueuses et cutanées. Il n'y a aucune symétrie, mais l'affection paraît se localiser de préférence aux points de pression. La guérison est progressive, et sans aucune cicatrice, sauf une induration dermique pigmentée. La rechute s'observe fréquemment. Enfin, le traitement local a une influence manifeste et l'état général reste bon.

A part quelques reliquats permanents, sclérose linguale, alopécie, rétrécissement de la narine, il ne reste rien de l'affection pyodermique.

Rappelons que dans l'observation de M. Hallopeau on ne connaît pas le point de départ de la maladie; à la première récidive, il y a eu cependant un panaris. Dans les suivantes, les lésions anciennes n'étaient pas complètement guéries.

Voici maintenant, beaucoup plus résumées, les autres observations connues de cette affection rare :

1° *Observation de MM. Fournier et Feulard* (Congrès de Paris, 1889). — Elle concerne un garde champêtre de cinquante ans, dont la maladie a débuté il y a un an, sans lésions locales. Les lésions ont trois sièges d'élection.

a. *La région génito-crurale*, où on constate une plaque analogue à celle de notre malade avec saillies rouge-brun papulo-pustuleuses. Dans les régions d'humidité naturelle, l'aspect est végétant, condylomateux; les lésions déforment les aines et le scrotum. La verge est prise sauf une partie de sa face antérieure en forme de fer à cheval. Autour de l'anus, on trouve des végétations condylomateuses d'aspect syphiloïde;

b. *La face*, à gauche, sur la joue, les lèvres, la région sous-maxillaire, on a un aspect qui rappelle l'eczéma sycosiforme;

c. *La cavité buccale*; les lésions s'y continuent avec celles des lèvres, présentent un aspect leucoplasique végétant, occupent la langue, les joues, le voile, les piliers, la luette.

Ce malade a été revu en 1891-1892, par M. Hallopeau. Il présentait à ce moment, sur le cuir chevelu, des végétations énormes avec alopécie, rappelant les circonvolutions cérébrales.

2° *Observation de Ledermann* (Congrès de Berlin, 1904, p. 545). — Elle concerne une femme de trente-cinq ans, qui n'a comme antécédents morbides qu'une affection cutanée de l'oreille droite (eczéma) en 1891. La maladie a débuté par l'aile du nez en novembre 1902, sous forme de folliculites d'aspect bizarre, traitées d'abord comme lupus par l'appareil de Finsen. La muqueuse nasale est secondairement envahie. En même temps se développent des lésions péri-ombilicales qu'on traite par la radiothérapie. L'extension se fait bientôt aux oreilles, aux doigts (novembre 1903). Voici, maintenant, le point intéressant de cette observation :

En novembre, se produit une première poussée thermique, puis le 17 décembre, la température monte à 38°3, s'accompagnant de céphalée, de troubles gastro-intestinaux. A ce moment, survient une éruption généralisée symétrique, avec grosse infiltration douloureuse des bras et des jambes. Il y a des métrorragies répétées avec anémie consécutive. La fièvre dure quatorze jours. Le 31 août, l'état général est devenu très bon, la malade a engraissé de 10 kilos. Il ne reste que des cicatrices pigmentées hypertrophiques avec hypertrophie des ongles.

Durant l'évolution, Ledermann aurait noté quelques bulles autour des pustules. Il distingue l'affection de l'impétigo herpétiforme de Kaposi et la rapproche de la maladie d'Hallopeau. Pour lui, la maladie est d'abord locale, puis sanguine. La généralisation se fait par la voie sanguine et par auto-inoculation.

3° *Observation d'Hallopeau et Le Damany* (1895). — Le malade avait eu antérieurement de la diarrhée chronique. L'éruption occupait surtout la face et le nez. On trouvait des bulles autour des pustules, Dans le pus de ces dernières, on a décelé le bacterium coli;

4° *Observation de Brocq et Wickham.* — Décrite sous le nom de dermatite herpétiforme végétante, cette observation est douteuse; successivement on a observé une poussée bulleuse, puis un aspect analogue à la pyodermite extensive, puis une nouvelle poussée bulleuse;

5° *Observation d'Halsund.* — Je n'ai pu en retrouver le texte. Elle présente un intérêt parce que le début s'est fait par une affection suppurée d'un doigt consécutive à un traumatisme.

Voilà les documents que nous possédons actuellement sur cette curieuse affection; d'après les observations précédentes nous pouvons en tracer la nosographie.

Son *étiologie* est inconnue; vous savez cependant que la maladie peut succéder à une plaie infectée, à un panaris (cas de Halsund, de Hallopeau), à un furoncle avec adénite suppurée (cas personnel).

Au sujet *de sa distribution*, vous connaissez déjà les sièges principaux et l'aspect des lésions; je vous rappelle les pustules, les placards à développement excentrique. L'éruption est asymétrique, parfois pseudo-symétrique, en ce sens qu'elle occupe les plis de flexion. Les aines et la région génito-anale, les aisselles, l'ombilic, les doigts, la face sont les points les plus fréquemment touchés. Les muqueuses, la langue, les joues, le cuir chevelu peuvent être atteints.

L'*évolution* ressort des observations relatées. C'est une affection cutanée locale, s'accompagnant d'un état général satisfaisant. Les microbes cultivent dans le derme, se propagent par les lymphatiques ou les espaces conjonctifs de proche en proche, et provoquent les vésico-pustules. Souvent le follicule pileux paraît le siège initial de l'inflammation cutanée. Cela explique la progression excentrique des foyers, analogue, dans une certaine mesure, à ce qui se passe dans la furonculose et aussi dans l'impetigo. Les germes peuvent sommeiller dans la peau, d'où la fréquence des rechutes. Ce fait rappelle aussi la production successive de furoncles au même point avec des phases de guérison temporaire.

Secondairement, il y a peut-être infection sanguine, c'est douteux malgré le cas de Ledermann; il y a surtout auto-inoculation par grattage comme dans l'impétigo, l'ecthyma.

Le caractère hypertrophique des lésions n'a rien non plus de spécifique. Il varie suivant les cas et les régions; c'est ce qui a lieu aussi pour les syphilides.

Quant à la *nature* de l'affection, c'est une pyodermite à germes probablement variés. On y a trouvé le staphylocoque blanc ou doré, le bacterium coli; fait important, on n'y a jamais trouvé le streptocoque comme dans la maladie de Neumann.

Le *diagnostic* de la maladie peut se faire avec de multiples affections, étant donnée la diversité d'as-

pect des lésions suivant les cas et suivant les régions.

Nous signalerons d'abord le pemphigus végétant de Neumann, qui consiste en une éruption *bulleuse*, à progression excentrique, siégeant dans les mêmes lieux d'élection que la maladie d'Hallopeau. Mais tandis que cette dernière est une affection *locale*, *bénigne*, la maladie de Neumann est une affection *générale* et *mortelle*. Dans un cas personnel, l'agent pathogène était le *streptocoque*.

Voici deux malades atteints d'une autre affection, le *pemphigus prurigineux* qu'on désigne habituellement aujourd'hui sous le nom de maladie de Dühring. Ici encore la lésion primitive est une bulle. L'éruption, très prurigineuse, se fait par poussées successives; les éléments sont disséminés sans ordre; quand la bulle crève, elle laisse une petite excoriation, puis une croûtelle; la prolifération du derme est insignifiante; il peut y avoir de légères végétations, comme chez l'un de ces malades, mais elles sont peu marquées et n'occupent pas toutes les bulles.

Nous savons qu'il peut y avoir dans la maladie d'Hallopeau des poussées bulleuses secondaires à la pyodermite; encore une fois, les deux lésions sont différentes; la poussée bulleuse se fait en une fois, la poussée de pustules est continue.

Les *iodides*, les *bromides bullo-pustuleuses végétantes*, rencontrées quelquefois, n'ont pas la localisation de la pyodermite extensive. Elles ne sont jamais groupées.

L'*impétigo herpétiforme*, dont je vous parle d'après les descriptions de Kaposi, car je n'en ai jamais vu, est une affection qui survient chez les femmes enceintes, débute par le bas-ventre, s'étend aux aines, à l'ombilic, aux seins, aux aisselles. Les lésions sont pustuleuses et croûteuses, elles ont un développement excentrique.

On a signalé des lésions exulcéreuses et pustuleuses de la langue, du palais, du pharynx. Il y a donc une grande ressemblance entre cette affection et celle qui nous occupe. Mais l'impétigo herpétiforme est une maladie fébrile et toujours mortelle.

Les syphilides *pustulo-ulcéreuses végétantes* ressemblent tellement à la maladie de Hallopeau, que presque toujours on a soigné, au début, les malades atteints de pyodermite végétante par le traitement mercuriel. Il y a pourtant des différences essentielles entre les lésions de la syphilis et celles de cette dernière. Voici un malade atteint de syphilides varioliformes, forme rare de la syphilis, où l'hypertrophie dermique est très manifeste. Les lésions ici sont isolées, mais vous savez combien il est fréquent de trouver chez les syphilitiques des placards hypertrophiques dans la région génito-anale. Regardez ces lésions, elles sont croûteuses; mais quand la croûte tombe, elle laisse *une ulcération;* quand cette ulcération se répare, elle laisse *une cicatrice*. Les syphilides sont ulcéreuses, plus tard cicatricielles. Ces caractères les distinguent des lésions de la pyodermite végétante.

Chez ce dernier malade, vous voyez des *folliculites simples*, *furonculeuses* des cuisses. L'hypertrophie du derme est peu marquée; les lésions sont disséminées, non groupées; elles ont une localisation presque exclusivement péripilaire; elles guérissent assez facilement sans extension notable.

Enfin, certaines toxi-tuberculides, *tuberculoses cutanées nodulaires ou papuleuses*, rappellent de loin l'aspect de la pyodermite; mais les papules sont plus isolées, et contrairement à celles de la maladie d'Hallopeau, qui siègent du côté de la flexion, on les observe du côté de l'extension. Ainsi au genou on les trouvera en avant, tandis que les pustules de la pyodermite se développent dans le creux poplité.

Le *pronostic* de la maladie d'Hallopeau est favorable. C'est une affection extensive, mais locale, elle atteint peu la santé générale. N'était la fréquence des récidives, la difficulté qu'on a à traiter certaines lésions locales rebelles, surtout les lésions des muqueuses, on pourrait la considérer comme bénigne.

Le *traitement* qui a favorablement modifié les lésions dans la plupart des cas, est le traitement antiseptique local. Les bains prolongés journaliers, les pulvérisations de résorcine en solution à 1/100, les applications d'iodoforme, d'aristol, de poudre salicylée à 2 p. 100 nous semblent la médication de choix.

Telle est, Messieurs, cette maladie nouvelle, que je tenais à vous faire connaître; en terminant, je m'excuserai de vous avoir cité tant de documents : on n'en a jamais trop, quand il s'agit d'une affection rare, et peu connue, comme celle dont nous devons la connaissance à M. Hallopeau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1906)

Pneumonie et ferments métalliques. — Sous ce titre M. Robin fait une importante communication qui mérite l'attention des praticiens.

Il n'existe actuellement, nous fait observer M. Robin, aucun traitement de la pneumonie. On en est encore réduit à cette illusion thérapeutique qu'on appelle l'expectation armée. Tous les essais de thérapeutique étiologique sont restés sans succès, Toutes les méthodes dites de jugulation directe ont également échoué. A l'heure actuelle, le traitement de la pneumonie se réduit à la médication du symptôme dominant.

Devant cette succession de faillites, M. Robin s'est demandé si l'on ne trouverait pas dans l'étude des échanges organiques, au cours de cette affection, un élément directeur de la thérapeutique. Il s'est livré à de nombreuses recherches dans cette direction et il est ainsi arrivé à constituer un traitement rationnel de la pneumonie basé sur l'emploi, au moment de la défervescence, des ferments métalliques agissant dans le même sens que l'effort curateur spontané de la pneumonie et accroissant les actes d'hydratation oxydo-réductrice.

Au moment de la défervescence de la pneumonie, il se produit des décharges d'urée et d'acide urique qui précèdent souvent la chute de la température, en même temps qu'augmente le coefficient d'utilisation de l'azote.

Ces phénomènes, loin de coïncider avec une augmentation parallèle de décharges respiratoires, marchent de pair avec une diminution de ceux-ci. Ils n'exigent donc pas la consommation d'une plus grande quantité d'oxygène.

La crise pneumonique spontanée a donc, pour l'une de ses conditions immédiates, sinon pour cause, non des actes d'oxydation directe, mais bien des actes d'hydratation oxydo-réductrice qui expriment le mode réactionnel de défense de l'organisme à l'encontre de l'agression pneumococcique.

Les ferments métalliques qui augmentent l'azote total, l'urée, l'acide urique, le coefficient d'utilisation azotée, tout en diminuant la consommation de l'oxygène, et qui, par conséquent, accroissent non les oxydations directes, mais les actes d'hydratation oxydo-réductrice, agissent donc dans le même sens que l'effort curateur spontané de la nature dans la pneumonie et peuvent servir à le provoquer, à l'accroître ou peut-être à le suppléer.

L'observatiou a démontré qu'ils n'avaient pas d'action sur la lésion pneumonique elle-même. Ils n'ont d'effet que sur l'élément toxi-infectieux et superposent aux réactions vitales et personnelles de l'organisme, une activité parallèle qui se traduit par une disparition plus rapide des symptômes généraux corrélatifs de cette toxi-infection.

Le traitement de la pneumonie par les ferments métalliques réclame des adjuvants qui sont : la saignée suivant les cas, puis le calomel à dose fractionnée, administré une seule fois, l'alcool à doses modérées, le bichlorhydrate de quinine à petites doses qu'on associe au pyramidon à partir du quatrième jour de la maladie; enfin, le vésicatoire à partir du cinquième jour.

Sur 53 cas traités par la méthode précédente, dont 26 cas très graves, la mortalité n'a été que de 6 cas, soit 11,32 p. 100.

Les ferments métalliques s'emploient en injections hypodermiques profondes, à la dose de 10 centimètres cubes, ou en injections intra-veineuses de 5 centimètres cubes dans les cas très graves. La nature du métal paraît indifférente.

Remarquons que, dans sa thérapeutique de la pneumonie, M. Robin est resté fidèle au vésicatoire.

Le reste de la séance est occupé par la suite de la discussion sur le paludisme. MM. Laveran et Kermorgant prennent successivement la parole.

Mardi prochain, séance annuelle.

Après la proclamation des prix décernés en 1906, M. Jaccoud, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de Nocard.

ANALYSES

MEDECINE

Les anévrismes de l'aorte d'origine rhumatismale. (Jean Feytaud. Th. de Paris, 1906; Bonvalot-Jouve, édit.) — S'insurgeant contre la théorie chaque jour grandissante qui fait ressortir l'anévrisme aortique à la syphilis l'auteur soutient que d'autres causes doivent avoir aussi définitivement leur place dans l'étiologie de cette redoutable affection. Pour lui les anévrismes aortiques d'origine rhumatismale ne sont pas rares et au cours de ses recherches il a recueilli un certain nombre d'observations dans lesquelles le rhumatisme articulaire aigu a précédé de quelques mois ou de quelques années l'apparition d'un anévrisme chez des individus indemmes de syphilis. Ces observations remontent à une époque où le rôle de la syphilis étant insoupçonné on ne recherchait pas systématiquement celle-ci, l'auteur ne s'appuie que sur les cas publiés dans ces dernières années et on peut ainsi résumer avec lui les conclusions qu'il tire de leur étude :

Les anévrismes de l'aorte d'origine rhumatismale appartiennent surtout à la seconde enfance et à l'adolescence; ils siègent généralement sur la portion ascendante et se développent surtout à droite et en avant. Le plus souvent les malades ont eu plusieurs attaques de rhumatisme, d'abord localisées aux articulations, puis atteignant l'endocarde et le péricarde; avec des poussées nouvelles apparaissent l'aortite, la dilatation et en dernier lieu l'anévrisme. A chaque crise rhumatismale correspond une étape de la lésion aortique; elle peut subir une régression entre deux crises, mais cette régression sera seulement provisoire et dès que reparaîtra le rhumatisme il provoquera une progression de l'ectasie. Si l'on ajoute à ces caractères l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons d'expliquer les accidents aortiques par une autre cause et l'action bienfaisante dans certains cas du traitement spécifique par le salicylate de soude on doit conclure, d'après l'auteur, à l'origine rhumatismale certaine de ces anévrismes de l'aorte.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Sur un cas de paludisme contracté à Marseille. (Soulié. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1906.) — Il s'agit d'un cas de paludisme observé à Marseille chez un ouvrier travaillant sur le port. Ici, le paludisme ne peut avoir été transmis par l'air ni par l'eau : il ne peut avoir été communiqué que par un *anopheles* infecté dans un pays à paludisme et transporté à Marseille par un bateau qui en provenait. Ce transport à distance démontre une fois de plus la similitude de propagation du paludisme et de la fièvre jaune; il prouve que la transmission du paludisme par les moustiques transportés par les navires est pratiquement réalisable, et qu'on doit en tenir compte pour instituer le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de cette maladie.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Elephantiasis nervorum du cuir chevelu, une des manifestations de la maladie de von Recklinghausen. (H. F. Helmholtz et Harvey Cushing. *The Amer. Journ. of the med. sc.*, 1906, vol. CXXXII, n° 3, p. 355-378.) — Dans un cas peu prononcé où le malade, un garçon peu développé de dix-neuf ans, se plaignait de ce que son cuir chevelu tombait, où, en en effet, la maladie ne se traduisait que par une chute disgracieuse de l'oreille gauche avec formation d'un gros bourrelet mollasse au-dessus, et par des taches de pigmentation brunes sur d'autres parties du corps, Cushing corrigea la déformation par la résection du bourrelet sus-auriculaire contenant un neurofibrome et celle d'un croissant de peau mesurant environ environ 15 centimètres dans sa plus grande largeur. Il obtint un résultat esthétique parfait, mais naturellement toutes réserves sont à faire au point de vue de la récidive possible. Au point de vue opératoire, il faut signaler que l'incision de la peau donna lieu à une hémorragie formidable que seule une suture continue serrée put arrêter, les pinces déchirant le tissu friable par leur propre poids. Le malade perdit assez de sang pour rester anémique pendant assez longtemps, Malgré tout, la neurofibromatose faciale dont 35 cas sont ici résumés, cause de telles difformités que l'on comprend que l'on recoure même à des opérations aussi sérieuses pour essayer de les corriger.

F. GARDNER.

Contribution à l'étude de la scoliose. (Max Böhm. *Boston med. and surg. Journ.*, 1906, vol. CLIV, n° 5, p. 99.) — L'auteur présente trois observations très intéressantes de scoliose recueillies dans la même semaine; cliniquement il s'agissait d'une scoliose lombaire et de deux scolioses dorsales de l'adolescence ne présentant rien de particulier. Mais ayant radiographié les malades couchés sur le dos, il obtint toute la colonne vertébrale en trois épreuves superposées pour chaque malade. Il constata que sur la radiographie des trois malades existait dans la région lombo-sacrée une malformation, d'apparence congénitale, consistant dans la présence d'une sixième vertèbre lombaire plus ou moins développée et asymétrique. Étudiant le musée d'anatomie du Harvard College il se rendit compte que cette anomalie congénitale existe, mais tant que la vertèbre surnuméraire reste symétrique il n'y a pas de déviation du rachis, dès qu'elle devient asymétrique la déviation apparaît. Un cas analogue est figuré dans le livre de Breuss et Kolisko et reproduit par Schulthess.

Il ne semble pas douteux qu'il faille établir un rapport de causalité entre la présence de la vertèbre supplémentaire et la production de la scoliose.

Quelle peut être la valeur de cette anomalie?

Elle s'explique fort bien par le développement.

Chez l'embryon le nombre des vertèbres primitives est plus élevé que celui de l'individu complètement développé. Un certain nombre de ces vertèbres primitives disparaissent, et cette disparition est surtout active, d'après Rosemberg, aux régions lombaire inférieure et dorsale inférieure, n'est-ce pas en ces régions aussi que naissent la plupart des scolioses des adolescents?

Max Böhm conclut en faisant remarquer qu'il ne prétend par présenter une explication exclusive de la scoliose, mais une étiologie d'un certain nombre de cas, étiologie que l'étude radiographique permettra de contrôler.

En tout cas il pense que ces scolioses par anomalies congénitales sont peut-être très fréquentes, puisqu'il a eu l'occasion d'en observer trois cas dans la même semaine.

M. LANCE.

Examen immédiat de la muqueuse utérine et des nodules myomateux après hystéromyomectomie pour éliminer les dégénérescences malignes. (Thomas S. Cullen. *Journ. of the Amer. med. assoc.*, vol. XLVI, n° 10, p. 695-697, 10 mars 1906.) — En examinant la statistique des nombreux cas de fibromes observés au John Hopkin's Hospital, Cullen a été sur-

pris par le nombre de cas où les fibromes étaient associés au cancer soit du col ou du corps, et par les fréquences des pièces où le sarcome commençait à se développer aux dépens d'un myome. Il publiera cette statistique plus tard. Il rapporte un cas où après une hytérectomie sus-vaginale pour fibromes interstitiels et sous-péritonéaux supposés simples, un sarcome se développa moins de deux ans après, et où l'examen de la pièce primitive qui avait été conservée montra qu'un examen soigneux aurait pu faire craindre cette évolution. Cullen est un partisan déterminé de l'opération sus-vaginale, qui est plus facile, laisse un meilleur plancher pelvien, expose moins les uretères et la vessie, mais il insiste sur un examen *soigneux et immédiat* pendant l'opération de toute la pièce enlevée de la muqueuse aussi bien que des nodules qu'il faut examiner un par un.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Sur la « régénération autogène » des racines postérieures. (LUGARO. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, août 1906, p. 337.) — Les expériences de l'auteur (résection sur des chiens des racines postérieures et des ganglions) montrent qu'au bout de cent jours, on ne voit rien qui puisse correspondre à la prétendue régénération autogène des racines postérieures, qui était l'un des arguments les plus impressionnants que Bethe eût émis contre la théorie du neurone.

L. ALQUIER.

Sur la reproduction des cellules nerveuses. (CIACCIO. *Revue neurol.*, 15 oct. 1906, p. 876.) — Ce que divers auteurs ont décrit comme des figures de kariokynèse dans les cellules nerveuses, a été par d'autres, rapporté à des phénomènes dégénératifs du noyau. Ciaccio décrit et figure ce qu'il considère comme des exemples de reproduction des cellules nerveuses.

L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES NOTIONS NOUVELLES SUR L'USAGE DE LA STYPTICINE EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Depuis nos derniers travaux (1) sur l'action hémostatique et sédative de la stypticine dans les affections utéro-annexielles, nous avons traité par ce remède un grand nombre de cas gynécologiques dont plusieurs méritent d'être signalés au praticien.

Sans répéter ici ce que les précédents auteurs ont déjà dit sur les applications de la stypticine, nous voudrions attirer l'attention sur certains points restés encore obscurs dans cette intéressante question.

Malgré sa grande fréquence, *la congestion utérine primitive* est mal connue des praticiens. Ils ne lui attribuent pas une individualité morbide, et comme les anciens gynécologues, Récamier (2), Scanzoni (3), de Sinety (4), ils en font une phase de la métrite chronique. Des recherches récentes, celles de Siredey (5), celles surtout de Doléris (6) et de Richelot (7) ont cependant démontré qu'on rencontre très souvent dans la pratique, des manifestations congestives aiguës et chroniques de l'utérus, ne reconnaissant en rien une cause infectieuse, et qui sont en réalité, des troubles physiologiques d'origine diathésique.

Le docteur Pierra (8) insiste sur ce fait qu'on ne découvre jamais d'infection à l'origine de cette maladie et qu'elle évolue toujours chez des femmes arthritiques ou neuro-arthritiques.

(1) M. NIGOUL. *Concours médical* des 27 janvier, 24 février et 17 mars 1906.
(2) RÉCAMIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XVII.
(3) SCANZONI. *De la métrite chronique*, Paris 1866.
(4) DE SINETY. *Traité pratique de gynécologie*. Paris 1884.
(5) SIREDEY. La neurasthénie utérine, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1898.
(6) DOLÉRIS. *Métrites et fausses métrites*, Paris 1902.
(7) RICHELOT. Soc. d'obstétr. et de gynécol., 1899 et 1900.
(8) PIERRA. *La gynécologie*, juin 1904.

Elle serait dans la plupart des cas entretenue par la constipation et représenterait, suivant l'expression de Richelot, « un trouble neuro-vasculaire ».

Cette affection douloureuse et hémorragipare nous a paru susceptible du traitement sédatif et vasoconstricteur par la stypticine, et nous en avons recueilli 7 observations, dont nous citerons seulement les deux suivantes, très résumées :

OBSERVATION I. — Corsetière, vingt-sept ans. Mariée sans enfants, sujette à des migraines, à des palpitations nerveuses. Constipation habituelle, état névropathique.

Règles régulières mais fort douloureuses. En même temps ménorragies abondantes qui durent neuf à dix jours.

Examen. — Utérus gros, mou ; légère sécrétion muqueuse sans purulence. Légère antéflexion, rien aux annexes.

Traitement. — Quatre tablettes de stypticine à 0g05 par vingt-quatre heures, pendant la semaine qui précède les règles, et 5 tablettes à ce moment. Les menstrues ont été beaucoup moins douloureuses et l'hémorragie non profuse a duré six jours. Le mois suivant même médication et résultats analogues. La période cataméniale n'a pas dépassé quatre jours. Au troisième mois, la stypticine fut encore ordonnée à raison de 3 tablettes avant les règles et 4 seulement à cette période. Les menstrues ont été absolument normales. L'amélioration s'est maintenue depuis.

OBS. II. — Boulangère, trente-six ans. Deux enfants en bonne santé. Diathèse arthritique dans la famille. Névralgies diverses, constipation, varices à la jambe gauche. Règles peu douloureuses mais fort abondantes. Elles durent jusqu'à douze et quatorze jours. Il existe parfois aussi des métrorragies qui apparaissent insidieusement et durent deux à trois jours (véritable apparence de métrite hémorragique).

Examen. — Utérus gros, un peu mou, pas douloureux à la pression, rien aux annexes.

Traitement. — Quatre tablettes de stypticine pendant les huit jours qui précèdent les règles et 6 tablettes à ce moment. L'hémorragie cataméniale s'est amendée et dès le premier mois du traitement sa durée ne dépasse pas sept jours. Il n'y a plus de métrorragies. Les deux mois suivants même traitement. Les règles sont devenues normales. L'utérus est moins volumineux, il a une consistance plus ferme. Les varices du membre inférieur gauche ont en partie rétrocédé sous l'influence du remède.

Nous ne citerons pas d'autres observations de ce genre. Il nous suffira seulement de faire remarquer qu'on a grand tort dans la pratique de prendre pour des métrites parenchymateuses ou des métrites hémorragiques, les simples cas de congestion utérine se manifestant par un utérus volumineux et des hémorragies profuses. On a grand tort en effet, parce que dans le premier cas, on institue une thérapeutique inefficace, et que dans le second, on est amené à conseiller le curetage qui n'est pas indiqué et qui d'ailleurs est toujours sans effets, tandis que l'hygiène de l'arthritique, la kinésithérapie, l'hydrothérapie, les dilatations, et surtout l'usage d'un vasoconstricteur tel que la stypticine, doivent nécessairement avoir raison de cette maladie.

Dans nos 7 observations en effet, ce remède a montré une action hémostatique puissante et non seulement passasagère, mais définitive.

Il existe encore deux affections très communes et dans lesquelles le chlorhydrate de cotarnine nous a paru avoir des effets remarquables. Nous voulons parler des *rétroversions utérines* et de la *dysménorrhée* congestive.

On sait que presque toujours, à part les cas de rétroversions primitives signalées par Richelot, la métrite est la cause prochaine de l'utérus rétroversé.

L'hémorragie et la dysménorrhée sont les symptômes habituels de cette déviation. Il était donc indiqué d'utiliser contre eux les propriétés sédatives et vaso-constrictives de la stypticine. Nous avons à ce sujet un grand nombre d'observations. Les unes sont personnelles, les autres nous ont été communiquées par M. le docteur Bruyère, médecin gynécologiste de l'hôpital Rothschild. De même que cet observateur, nous ordonnons alors le médicament pendant les huit ou dix jours qui précèdent la période cataméniale et nous augmen-

tons les doses dès que les règles ont apparu. Nous avons obtenu par ce moyen les résultats suivants :

Obs. III. — Femme de vingt-neuf ans. Deux grossesses à terme. Accouchements normaux. Actuellement les règles sont très douloureuses pendant les deux ou trois premiers jours. Elles sont profuses et durent neuf à dix jours en moyenne. Elles sont irrégulières et reviennent souvent avant l'époque à laquelle la malade les attend. Il existe aussi de la leucorrhée et des douleurs lombaires.

Examen. — L'utérus est volumineux, en rétroversion manifeste, col utérin violacé sans ulcérations. Le contact de l'index est douloureux dans le cul-de-sac latéral gauche, sans que nous puissions délimiter nettement les annexes.

Traitement. — Pendant les dix jours qui précèdent l'époque présumée des règles nous ordonnons quatre tablettes de stypticine. Les menstrues sont arrivées avec peu de douleurs. Il existait seulement quelques contractions expulsives le premier jour, et ces contractions sont moins prolongées et surtout beaucoup moins pénibles que d'habitude. Nous donnons six tablettes et l'hémorragie se restreint nettement, elle n'a plus l'abondance des mois précédents, et cesse au bout de cinq jours. Les douleurs lombaires ont paru diminuer. A ce moment, nous avons laissé le traitement interne pour procéder au massage utérin. Pendant le reste du mois, il n'y a pas eu le moindre écoulement sanguin.

Le mois suivant, nouveau traitement à la stypticine. Les règles ont été normales. Nous avons repris les massages et depuis lors les menstrues se sont régularisées, et il n'y a pas eu d'hémorragie.

Cette observation et plusieurs autres semblables nous autorisent à préconiser nettement l'usage de la stypticine dans tous les cas de ménorragies symptomatiques d'utérus métritique rétroversé. Mais ce que les auteurs ayant conclu de la même manière n'ont pas, à notre avis, fait assez remarquer, c'est que le médicament détermine non seulement des résultats immédiats, mais aussi des effets éloignés. Presque toujours en effet, après être parvenus à calmer une hémorragie habituelle, nous avons constaté que, par la suite, ce symptôme ne se reproduisait pas, et sans que nous eussions ordonné des doses nouvelles. Il est vrai que dans ce cas l'action décongestive des massages s'ajoute inévitablement à celle du remède.

C'est encore dans la *dysménorrhée* des femmes et des jeunes filles que la stypticine fournit de brillants résultats.

Le plus souvent, en faisant prendre quatre tablettes de stypticine pendant une semaine, avant l'époque des règles, et cinq à six tablettes dès leur apparition, nous parvenons à éloigner les crises douloureuses qui parfois sont d'une extrême violence chez les jeunes filles nerveuses dont l'utérus est antéfléchi. Cette action analgésique du remède n'est pas discutable; elle acquiert même une très réelle importance dans les cas si nombreux de dysménorrhée congestive. Dans cette variété clinique, la stypticine nous a paru de beaucoup supérieure à l'hamamélis et à l'hydrastis.

Ainsi, deux propriétés fondamentales donnent au chlorhydrate de cotarnine, une place importante en gynécologie médicale. D'une part, son pouvoir hémostatique direct, immédiat et prolongé; d'autre part, ses propriétés sédatives. Il efface les métrorragies, il régularise les menstrues, il est nettement antidysménorrhéique. Mais nous conseillons toujours de ne pas attendre pour la prescrire la venue des règles, et de l'ordonner pendant les huit ou dix jours qui précèdent. Sans doute, la stypticine employée d'une autre manière exercerait encore ses propriétés cliniques, mais en suivant cette recommandation, le médecin sera certain d'obtenir des résultats tout à fait énergiques. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Mais ce qu'ils n'ont pas dit les auteurs, c'est que la stypticine, à côté d'effets immédiats, détermine encore des résultats éloignés et durables sans doses nouvelles; et ils n'ont pas non plus attiré l'attention sur les propriétés décongestives remarquables de ce remède dans les cas si communs de congestion utérine primitive.

Nous avons cru nécessaire de mettre le praticien au courant de ces notions nouvelles et de lui donner de plus amples renseignements sur un médicament destiné par ses qualités thérapeutiques, et son action constante, à remplacer l'hydrastis, l'hamamelis et le viburnum.

Il est juste d'ajouter encore que la stypticine prescrite à la dose de quatre, cinq et six tablettes par jour, c'est-à-dire vingt, vingt-cinq et trente centigrammes de substance active n'a jamais déterminé chez nos malades ni troubles secondaires sur l'estomac et sur le rein, ni phénomènes toxiques.

Dr M. Nigoul,
Médecin en chef du dispensaire
de la préfecture de la Seine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 DÉCEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gaucher, Teissier et Claude; — (2e série) : MM. Roger, Legry et Balthazard; — M. Proust, suppléant.

Mardi 11 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Marion ; — (2e série) : MM. Pozzi, Faure et Auvray; — (2e partie) : MM. Joffroy, Renon et Carnot; — M. Launois, suppléant.

Mercredi 12 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Cunéo et Proust.

2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca ; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

3e (2e partie, oral) : MM. Brissaud, Roger et Legry; — M. Richaud, suppléant.

Jeudi 13 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Gouget et Maillard.

3e (2e partie, oral) : MM. Raymond, Hutinel et Jeanselme.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Dupré et Méry; — (2e série) : MM. Gilbert, Thoinot et Langlois ; — M. Marion, suppléant.

Vendredi 14 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu; — (2e série) : MM. Second, Mauclaire et Proust; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 15 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Brindeau ; — M. Langlois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 12 décembre 1906, à une heure. — M. Née. L'état actuel de la question du favus humain. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Teissier et Claude.) — M. Roginsky. Contribution à l'étude du tricocéphale, son rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, de l'appendicite et de l'anémie. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Teissier et Claude.)

Jeudi 13 décembre 1906, à une heure. — M. Flourens. Contribution à l'étude des leucocytoses infectieuses. (MM. Dieulafoy, président; Joffroy, Desgrez et Renon.) — M. Viel. Contribution à l'étude de la nutrition dans les états mélancoliques. Elimination de l'urée et de l'acide phosphorique. (MM. Joffroy, président; Dieulafoy, Desgrez et Renon.) — M. Blanche. Contribution à l'étude des affections de l'estomac. Cytodiagnostic du cancer de l'estomac. (MM. Chantemesse, président; Budin, Demelin et Carnot.) — M. Genouy. De la nécessité d'une direction dans l'allaitement au sein. (MM. Budin, président; Chantemesse, Demelin et Carnot.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FAISCEAU PYRAMIDAL [1]

DÉFINITION. — Le faisceau pyramidal peut-être défini *anatomiquement* un cordon de fibres blanches (c'est-à-dire de fibres à myéline) reliant l'écorce rolandique aux cornes antérieures de la moelle. *Morphologiquement*, il est constitué par l'ensemble des prolongements cylindraxiles émanés des grandes cellules pyramidales. *Physiologiquement*, il transmet aux cellules des cornes antérieures de la moelle, et à leurs homologues de la protubérance et du bulbe, l'action cérébrale, il représente le faisceau moteur volontaire, la voie motrice centrale.

Pour étudier le faisceau pyramidal, nous avons à notre disposition deux méthodes : l'une, *anatomo-clinique*, elle se fonde sur l'étude des dégénérescences secondaires que l'on observe à la suite d'une lésion interrompant, en un point quelconque de son trajet, le faisceau moteur central (Türck, Charcot, Bouchard); l'autre, *embryologique* (Flechsig) basée sur ces deux principes, qui ont d'ailleurs été très contestés : α. toutes les fibres nerveuses qui ont les mêmes origines et la même terminaison, c'est-à-dire les mêmes connexions anatomiques prennent, à la même époque, leur gaine de myéline; β. les systèmes de conductilité se myélinisent dans un ordre déterminé et invariable.

ÉTUDE ANATOMIQUE. — **Etendue.** — Né de l'écorce rolandique, le faisceau pyramidal traverse successivement le centre ovale, la capsule interne, le pédoncule cérébral, la protubérance et le bulbe. Là, chacun des deux faisceaux pyramidaux se divise en trois faisceaux, un *croisé*, qui passe de l'autre côté de la ligne médiane (décussation du faisceau pyramidal), et continue son trajet dans le cordon latéral; un *direct* qui descend dans le cordon antérieur; un *homolatéral* (voir plus loin).

Pour les classiques, le faisceau pyramidal direct s'arrête à la partie inférieure de la moelle dorsale, le faisceau pyramidal croisé, à la quatrième lombaire. Pour MM. Déjerine et Thomas, les deux faisceaux descendraient beaucoup plus bas, puisque, dans un cas, ils ont vu arriver le direct jusqu'à l'origine de la quatrième sacrée, et le croisé, à l'extrémité supérieure du filium terminale.

Etude anatomique par régions. — I. ORIGINE. — 1. *Pour les classiques*, lobule paracentral et tiers supérieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes (membres inférieurs); tiers moyen des mêmes circonvolutions (membres supérieurs); tiers inférieur (face). 2. *MM. Déjerine* et *Flechsig* ajoutent : le premier, la partie antérieure du lobe pariétal et la partie postérieure des premières et deuxièmes circonvolutions frontales, le second, la partie de la circonvolution frontale interne voisine du lobule paracentral. 3. *D'après les plus récents travaux*, la pariétale ascendante ne ferait plus partie de la zone motrice qui, sur la face externe de l'hémisphère, ne comprendrait que la frontale ascendante (v. Déjerine, L'aphasie motrice, *Presse méd.*, 18 juillet 1906, n° 57).

La *topographie* de l'écorce rolandique présente une extrême importance chirurgicale. La *ligne sylvienne* unit le fond de l'angle naso-frontal et le lambda, juste au-dessus du trou auditif; *ligne rolandique*, son extrémité supérieure est à un travers de doigt en arrière du milieu de la ligne sagittale; pour déterminer l'extrémité inférieure, on élèvera de la dépression préauriculaire, une perpendiculaire sur l'arcade zygomatique, et l'on comptera, sur cette ligue, à partir du tragus, 7 centimètres (v. Poirier, *Anatomie médico-chirurgicale*).

II. CENTRE OVALE. — Les fibres émanées de ces régions traversent le centre ovale pour aller converger vers le centre ovale : elles apparaissent sur les deux coupes frontale et pariétale de Pitres. Sur ces coupes, elle forment un éventail à base supéro-externe, à sommet inféro-interne, étendu, en hauteur, tout le long de la scissure de Rolando : en largeur, elles occupent le diamètre transversal des deux circonvolutions rolandiques. Le plan de cet éventail est notablement incliné sur le plan frontal. Les fibres qui le constituent croisent obliquement les fibres transversales du corps calleux, longitudinalement, les faisceaux d'association (faisceau longitudinal supérieur) et se divisent en trois faisceaux qui sont, sur la coupe frontale : le faisceau frontal supérieur, le faisceau frontal moyen, et le faisceau frontal inférieur ou géniculé; sur la coupe pariétale, les faisceaux pariétal supérieur, pariétal moyen, pariétal inférieur ou géniculé. (*A suivre.*)

[1] V. en plus des classiques (POIRIER, TESTUT) : CESTAN, Th. de Paris, 1899 ; — MARIE et GUILLAIN. Le faisceau pyramidal homolatéral, *Revue de méd.*, oct. 1903 ; — *Idem.* Existe-t-il en clinique des localisations de la capsule interne? *Semaine méd.*, 25 juin 1902 ; — *Idem.* Faisceau pyramidal direct et faisceau en croissant, *Semaine méd.*, 21 janv. 1903.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le jury de l'internat est définitivement composé de MM. André Riche, Boulloche, Klippel, Milian, Dalché, Michaux, Lapointe, Faure, Reynier, Brindeau.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MUTATIONS. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Patris de Broë, des hôpitaux de la division d'Alger au 67e d'infanterie; — Biscons, du 8e cuirassiers au 142e d'infanterie; — Albouze, du 163e d'infanterie au 6e génie; — Daussat, du 22e dragons à l'Ecole d'application du service de santé militaire (surveillant); — Folly, des hôpitaux de la division d'Alger au 22e dragons; — Navas, du 91e au 163e d'infanterie; — Consergue, de la direction du service de santé du 13e corps d'armée à l'Ecole supérieure de guerre; — Vidal, du 81e d'infanterie aux hôpitaux de la division d'Alger; — Neumann, du 6e génie au 8e cuirassiers; — Vennein, du 60e d'infanterie aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

MM. les médecins aides-majors de première classe Massip, des hôpitaux de la division de Constantine au 35e d'infanterie; — Garnaud, des hôpitaux de la division d'Oran au 41e d'infanterie; — Forget, du 4e tirailleurs algériens au 146e d'infanterie; — Saint-Martin, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie au 48e d'infanterie; — Pierre, du 27e au 151e d'infanterie; — Domage, du 4e chasseurs au 60e d'infanterie; — Vennat, du 10e hussards au 67e d'infanterie; — Prat, du 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique au 124e d'infanterie; — Pietremont, du 4e zouaves au 13e dragons; — Jouve, du 13e chasseurs à cheval aux hôpitaux de la division de Constantine; — Epaulard, du 2e hussards au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Mandoul, du 18e bataillons de chasseurs à pied au 4e zouaves; — Pinchon, du 7e dragons aux hôpitaux de la division d'Oran; — Grenier, du 10e bataillon de chasseurs à pied au 4e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lannes-Dehors, de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains au 7e dragons; — Gary, du 13e dragons au 18e bataillon de chasseurs à pied; — Pouchet, de l'hôpital militaire du camp de Châlons au 10e hussards; — Sailly, des salles militaires de l'hospice mixte de Langres à l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE TERRITORIALE. — L'Assemblée générale de l'Union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu samedi 15 décembre, à quatre heures et demie, au Cercle militaire. Elle sera suivie d'un banquet sous la présidence effective de M. le sous-secrétaire d'État au ministère de la Guerre, banquet auquel seront invités les médecins-inspecteurs membres du Comité d'honneur.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — L'Association corporative organise le 10 décembre 1906, à huit heures et demie du soir, salle des Sociétés savantes, une grande réunion conférence, sous la présidence du docteur Gairal, président de l'union des syndicats médicaux, avec le concours assuré des médecins des hôpitaux, de médecins praticiens des villes et des campagnes, et d'étudiants pour :

1° Protester contre le certificat d'études médicales supérieures;

2° Demander la réforme de l'enseignement en un sens pratique, l'organisation de l'enseignement à l'hôpital, la nomination d'une commission composée de médecins praticiens et d'étudiants en aussi grand nombre que de professeurs de la Faculté.

Les médecins praticiens et les étudiants en médecine sont instamment priés d'assister à cette réunion.

HOTEL-DIEU. — COURS DE CLINIQUE ANNEXE DE LA FACULTÉ. — M. le docteur Guinard a commencé ses leçons le jeudi 29 novembre et les continuera tous les jeudis à dix heures et demie.

Les mercredis et vendredis, examen des malades nouveaux par les élèves.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE. — M. le docteur Maygrier, professeur agrégé, commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), le jeudi 13 décembre 1906 à dix heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

LA TRACHÉOCÈLE

(Tumeur gazeuse du cou.)

Par MM. les docteurs A. GUINARD,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,

et GUILLAUME-LOUIS,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Par trachéocèle de Heister, thyréocèle de Heidenreich, laryngocèle ventriculaire de Virchow, on entend des tumeurs gazeuses du cou, molles, sonores à la percussion, souvent réductibles à la pression et dans l'inspiration, généralement indolores et en connexion avec la trachée.

Cette affection ainsi comprise est assez rare. Elle a néanmoins fait déjà l'objet de plusieurs travaux dont deux surtout sont importants : un mémoire de L.-H. Petit publié en 1889 dans la *Revue de chirurgie* et la thèse de Koutnik (Paris 1896). Ayant eu l'occasion d'observer récemment une trachéocèle, l'idée nous est venue d'essayer de résumer cette question.

Notre malade est une femme de trente-cinq ans qui vient le 5 juillet 1905 à l'hôpital Saint-Louis (pavillon du docteur Guinard) pour une tuméfaction du creux sus-claviculaire droit.

Le 15 février dernier, après une violente crise nerveuse accompagnée de perte de connaissance, la malade s'aperçut qu'elle portait à cette région une grosseur qui avait apparu brusquement. Elle interrogea alors un médecin qui ne fit pas de diagnostic précis, n'établit pas de traitement et laissa les choses en l'état.

Sans qu'il se soit manifesté de troubles fonctionnels quelconques, sans qu'il y ait eu de phénomène évolutif particulier, la malade arrive à l'époque actuelle. On constate, au niveau du creux sus-claviculaire droit, près des attaches du sterno-mastoïdien, une tuméfaction ayant le volume d'une mandarine et débordant la clavicule de deux travers de doigt et demi. La peau est normale et sans adhérences avec la tumeur. En palpant celle-ci, on sent qu'elle forme une masse diffuse et mollasse. On n'arrive pas à la réduire par la pression, mais lorsqu'on fait respirer fortement la malade on se rend compte que son volume est variable, diminuant à l'inspiration et surtout augmentant à l'expiration. L'effort, par occlusion glottique, n'a aucune influence sur les dimensions de la tumeur qui ne suit pas, non plus, les mouvements de déglutition. La percussion note de la sonorité et l'articulation ne révèle rien de spécial. Les symptômes fonctionnels sont nuls; il n'y a aucune douleur; la malade se plaint d'être un peu gênée, et encore y a-t-il là plutôt une question d'esthétique.

L'état général est satisfaisant : l'interrogatoire nous apprend que Mme Y... est d'une excellente santé habituelle. Elle a encore sa mère, bien portante. Son père est mort il y a deux ans. Une tante, au dire de la malade, porterait dans le creux sus-claviculaire gauche une tuméfaction en tous points analogue à celle que nous observons. Mme Y... elle-même est une névropathe, sujette à de fréquentes crises nerveuses. Elle a un facies spécial avec regard fixe et hostile, du tremblement des doigts, mais on ne note pas de tachycardie.

La malade ne chante pas, ne crie pas habituellement. Elle n'a jamais eu de suffocation, de crises d'asthme, jamais de troubles respiratoires. Sa respiration actuellement est facile, et l'auscultation la montre très normale. Le siège de cette tumeur, sa consistance, la sonorité à la percussion nous font porter le diagnostic de trachéocèle et M. Guinard pratique l'opération le 12 juillet 1905.

Par une incision longitudinale parallèle au sterno-mastoïdien, on tombe sur une paroi mince et transparente, dont le pédicule contourne le paquet vasculo-nerveux du cou. La veine jugulaire interne apparaît volumineuse et gonflée.

La tumeur a tout à fait l'apparence d'une « vessie natatoire de poisson ». En voulant la suivre jusqu'à son attache qui paraît trachéale, on crève la poche. Il s'écoule un liquide citrin (4 à 5 cuillerées) en même temps que s'échappent des gaz. On met une ligature sur le pédicule et on enlève la poche.

Réunion sans drainage. Pansement aseptique. Suites opératoires très simples et la malade quitte l'hôpital le 22 juillet, absolument guérie.

Cette observation est à rapprocher d'un autre cas, communiqué par l'un de nous (M. Guinard) à la Société de chirurgie de Paris dans sa séance du 28 mars 1900 :

Mme X..., âgée de trente-deux ans, habite la province et vient à Paris, chez ses parents, en novembre 1899. Elle consulte le docteur Pescher qui me l'amène pour une tumeur du cou augmentant de volume depuis six mois. A première vue, cette tumeur, qui a les dimensions d'une mandarine, ressemble à un ganglion tuberculeux du cou. Elle siège à droite dans le triangle sus-claviculaire. La peau est normale et sans adhérences avec la tumeur qui semble sortir de la profondeur entre le trapèze et le sterno-mastoïdien pour venir déborder en bas la région, en passant au-devant de la clavicule.

Je m'attendais à trouver à la palpation la consistance d'une masse ganglionnaire : mais je fus aussitôt frappé de ce fait que la tumeur était nettement fluctuante et semblait être constituée par une poche à moitié pleine. En l'examinant alors de plus près, je trouvai qu'elle était sonore à la percussion dans ses deux tiers supérieurs. Il y avait, en somme, du liquide et des gaz dans la poche, et, fait étrange, on n'arrivait pas à produire de bruit hydro-aérique, ou bruit de glou-glou, en secouant et en malaxant la tumeur. Dans la profondeur, la masse semble plutôt reposer en bas vers la clavicule, qu'elle déborde en avant. A ce niveau, elle est sous-cutanée et très superficielle. Pour trouver la fluctuation dans la partie inférieure de la tumeur, il fallait fixer et immobiliser cette tumeur dans ses deux tiers supérieurs : la palpation sans cette précaution ne donnait pas de sensation de résistance ni de fluctuation. De plus, malgré toutes les pressions possibles, on ne constatait à aucun moment qu'elle diminuât de volume et qu'il y eût même un semblant de réduction : et inversement il n'y avait ni augmentation de tension, ni accroissement de volume de la tumeur pendant que la malade faisait des efforts d'expiration. Il s'agissait, en somme, d'une tumeur hydro-aérique du cou, sans communication avec les voies aériennes.

L'interrogatoire nous montre que Mme X... est d'une excellente santé habituelle. Elle a encore son père et sa mère, ainsi que son grand-père et sa grand'mère maternels. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Elle a eu deux enfants : l'un, qui est mort, aurait dix ans, l'autre a douze ans. Elle vit daus son ménage et ne fait pas d'efforts habituellement : elle ne chante pas et ne crie pas. Elle n'a jamais eu aucun trouble du côté de la voix, même depuis l'apparition de sa tumeur. Elle n'a jamais eu de suffocation, jamais de crises d'asthme, jamais de troubles respiratoires.

Le seul antécédent qui nous intéresse est le suivant : elle a souvent des accès de migraine très violents, au cours desquels elle vomit en faisant des efforts extraordinaires. Il n'y a assurément pas d'autre cause possible à incriminer. Elle nous raconte qu'il y a deux ans environ, pendant un de ces accès de migraine où elle faisait des efforts « à vomir le sang », elle dit tout à coup à son mari : « Quelque chose vient de craquer à l'intérieur. » Quelques jours après, une coiffeuse, en la parant, lui fit remarquer qu'elle avait « une boule au cou ». Cette « boule » était dure et mobile sous la peau ; elle paraissait plus dure et plus tendue pendant les vomissements de la migraine. Elle est restée grosse comme un petit œuf pendant dix-huit mois. Mais depuis six mois, elle est plus molle et elle augmente progressivement de volume ; c'est ce qui a déterminé la malade à venir consulter un médecin à Paris, où nous la trouvons dans l'état décrit plus haut.

Le 29 décembre 1899, je pratique l'ablation de cette tumeur. La malade étant chloroformée, la tête très renversée

avec un billot sous les épaules, je fais une incision de 8 centimètres, parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien droit, jusqu'à la clavicule. La poche est si mince que je la crève et qu'il s'en échappe bruyamment des gaz d'abord et ensuite un verre à bordeaux environ de liquide citrin, comme du liquide d'hydrocèle. La poche se décolle facilement des parties voisines et je l'extrais très aisément comme *une vessie natatoire de poisson.* Elle n'est reliée à la profondeur que par un tractus fibreux très mince et long de 4 à 5 centimètres qui se dirige en haut et en dedans « du côté de la trachée ».

Il reste une loge tapissée en arrière par l'omo-hyoïdien, en dedans par la jugulaire interne qui est énorme et dénudée sur 5 ou 6 centimètres de sa longueur; en arrière, on voit le trapèze et en dedans et en avant le sterno-mastoïdien. Je laisse un drain dans cette cavité, et en huit jours tout était terminé.

Dans les deux observations précédentes, dans les rares cas de trachéocèle relatés dans le travail de Petit et dans la thèse de Koutnik, dans les observations de M. Lemaître (XIX[e] session du Congrès pour l'avancement des sciences), et de M. Pantaloni (*Arch. prov. de chir.*, sept. 1897, p. 525-544), l'*effort* est la cause occasionnelle de la tumeur gazeuse du cou. « Son influence dans le développement de ces tumeurs est admise par tous les auteurs qui, depuis Plater, c'est-à-dire depuis le commencement du XVII[e] siècle, ont écrit sur les trachéocèles. » Quel que soit le mécanisme de cet effort (accouchement, défécation, cris, chant, etc.), c'est donc lui qu'on trouve incriminé le plus souvent comme occasion de la trachéocèle. En pareilles circonstances, il y a occlusion glottique et l'air expiré, difficilement expulsé au dehors, distend graduellement les parois trachéales. Que celles-ci soient faibles en un point, elles se laissent déprimer et font hernie. « La muqueuse trachéale, décollée, disait déjà Peschaud, soit en vertu de son élacticité propre et de celle du tissu qui la double, le mouvement de propulsion que lui imprime le fluide aérien : elle lui forme une poche, l'emprisonne et la hernie est constituée. » Il se produit ici quelque chose de comparable à la *hernie de faiblesse* : une paroi faible cédant devant un effort dont elle ne peut faire les frais.

Il faut donc de toute nécessité, ici, pour que l'effort ait sa pleine action, que la paroi trachéale soit moins résistante en un point, et Koutnik, dans une des conclusions de sa thèse, a précisément montré l'importance d'une cause prédisposante, congénitale ou acquise.

Pour Eldrige, les lésions congénitales seraient les plus fréquentes : « Il existerait une fistule borgne ou incomplète, interne, congénitale, du cou, due, comme les fistules externes du cou, à la persistance des fentes branchiales ou au défaut d'union des arcs brachiaux sur la ligne médiane. Peu à peu, sous l'influence de la toux ou d'un autre effort, le canal s'élargirait, le fond de la fistule deviendrait une cavité arrondie plus ou moins grande, et formerait à l'extérieur, une tumeur aérienne. » On ne saurait admettre sans réserve cette hypothèse d'Eldrige :

D'abord rien n'est moins démontré que l'existence des fistules trachéales congénitales. Déjà Guimau (cité par Petit, Thèse de Paris, 1886) les révoquait en doute : dans un grand nombre de fistules branchiales du cou, cet auteur avait trouvé des cas dans lesquels une fistule borgne interne s'ouvrait dans le pharynx mais il n'avait jamais relevé la même disposition pour le larynx ou la trachée. On outre, rien ne peut être moins certain que l'origine branchiale de ces fistules, puisqu'il est maintenant démontré que les arcs branchiaux ne prennent aucune part au développement de la trachée.

Une autre prédisposition aux trachéocèles peut être trouvée dans les arrêts de développement, qui, affaiblissant congénitalement la paroi trachéale, sont de vraies amorces aux hernies de la muqueuse.

Enfin M. Tillaux a décrit des points faibles normaux dans la trachée, qu'une tension aérienne plus forte agisse en ces points, et la trachéocèle est constituée.

A côté de ces dispositions congénitales, certaines *lésions pathologiques acquises* constituent un second groupe de causes prédisposantes des trachéocèles. L'*ectasie paralytique de la trachée* a été rangée dans ce cadre par Beusch (1). Cette affection, dans le cas observé par cet auteur, permettait à la partie membraneuse de la trachée paralysée de se distendre sous l'influence de l'effort. Il apparaissait alors une tumeur aérienne qui disparaissait aussitôt. L'observation a été rapportée très complètement par L.-H. Petit (loc. cit., p. 219), en la lisant, on ne comprend pas très bien la cause même de cette hémiparalysie trachéale, et il est regrettable que l'auteur n'ait pas cru devoir faire jouer, dans la production de la trachéocèle, un rôle plus grand à un abcès survenu antérieurement au cou de son malade. L'ouverture de collections purulentes dans la trachée a été souvent signalée en effet comme prédisposition aux tumeurs aériennes, et Petit rapporte des cas intéressants de Béhier (2) et de Détis (3). Il y a là une double explication pathogénique possible, ou bien l'abcès s'étant vidé dans les voies aériennes, l'air prend la place du pus dans la poche qui devient un kyste aérien (c'est à cette hypothèse que s'arrêtent Petit et Béhier), ou bien, ce qui est plus probable et plus simple, l'ouverture de l'abcès dans les voies aériennes a altéré primitivement la trachée. Sa paroi, devenue moins résistante ultérieurement, cède sous l'influence d'un effort quelconque, le plus souvent la toux. La muqueuse fait hernie, la trachéocèle est constituée.

Enfin, les *glandes muqueuses trachéales* peuvent quelquefois être dilatées; il y a une hypertrophie glandulaire que Rokitansky a observée chez certains sujets. Vienne un effort de toux ou un catarrhe chronique, il se produit, comme dit Forster, « des diverticules muqueux qui passent par une fente trachéale. » D'après Virchow, il existerait même de véritables trachectasies kystiques. « Elles se développent dans cette partie du conduit aérien qui est un peu au-dessus et en arrière de la fourchette sternale. Les dilatations partent, la plupart, de la paroi postérieure qui est la moins protégée, parce qu'elle ne contient pas d'anneaux cartilagineux et que le tissu élastique n'est que peu développé. » Sous l'influence d'un effort quelconque, les trachectasies augmenteront facilement de volume et deviendront des trachéocèles.

Voilà ainsi un premier groupe pathogénique des trachéocèles : celles qui se *produisent sous l'influence d'un effort agissant sur une paroi trachéale affaiblie.* Nous proposons de les appeler les *trachéocèles de faiblesse.*

Mais à côté de ces trachéocèles, il en existe d'au-

(1) Beusch. *Breslauer Aerztl. Zeits.*, 1880, p. 226.
(2) Béhier. Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 12 avril 1854, p. 220.
(3) Détis. Th. de Paris, 1882, p. 53.

tres, où l'on trouve bien un effort comme cause occasionnelle, mais où il n'y a aucune prédisposition congénitale. La muqueuse ne s'est pas dilatée, elle s'est rompue; il y a là une distinction très nette à faire, et que depuis longtemps avaient reconnue Larrey, Heidenreich, Devalz, Peschaud. Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Guinard à la Société de chirurgie en 1900, M. Delbet admettait ces deux groupes pathogéniques de trachéocèles; les unes dues à la dilatation de diverticules préexistants à la hernie de la muqueuse trachéale: ce sont celles dont nous avons parlé; les autres, dues à des ruptures de la trachée : ce sont celles qu'il nous faut maintenant examiner. Elles sont rares d'ailleurs. Etudier leurs causes, cela revient à étudier les causes des ruptures trachéales.

La trachée se rompt à l'occasion d'un effort, qui, comme dit M. Delbet, « intervient non pas pour produire l'accident mais pour l'activer. » La rupture est préparée par une altération de la paroi, une ulcération qui est souvent *tuberculeuse*. L.-H. Petit rapporte une observation de Hutchinson (1) où la bacillose fut ainsi la lésion initiale qui produisit la tuberculose. M. Delbet, à la Société de chirurgie (séance du 28 mars 1900), en a donné aussi une observation intéressante :

« Il s'agissait, dit M. Delbet, d'un malade phtisique à un haut degré, qui présentait des lésions non seulement du poumon, mais aussi du larynx. Lorsque je le vis, sa trachéocèle était déjà ancienne. et présentait des caractères très curieux.

Quand le malade était tranquille, il ne présentait, en apparence, rien d'anormal du côté du cou. Mais dès qu'il faisait un effort, la tumeur paraissait et il pouvait la produire à volonté en augmentant la pression dans ses voies aériennes. Il se prêtait malaisément à cet exercice qui lui causait d'assez vives douleurs. Mais il le fit pour moi et j'eus l'impression que la tumeur pouvait grossir à l'infini. A chaque nouvel effort, on la voyait augmenter de volume. Elle était diffuse, sans limites précises; c'était en quelque sorte, le cou tout entier qui se gonflait. Et cependant, il ne s'agissait pas d'emphysème. Nulle part, on ne pouvait produire la crépitation caractéristique de l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire. Je crois bien qu'au début, lorsque la perforation trachéale ou laryngienne s'était faite, il s'était produit de l'emphysème. Puis, peu à peu, le tissu cellulaire intermusculaire s'était laissé refouler, il s'était tassé, et une véritable poche s'était formée secondairement. Je ne puis affirmer qu'il ne restait pas dans cette cavité des tractus, des travées conjonctives, car je n'ai fait ni opération, ni autopsie; il est même probable qu'il restait des cloisons plus ou moins irrégulières; mais ce que je puis affirmer, c'est que l'air pénétrait dans une poche et ne s'infiltrait pas bulle à bulle dans les cellules du tissu conjonctif normal, car, encore une fois, il n'y avait aucune crépitation emphysémateuse. Il ne semble pas douteux que cette perforation laryngo-trachéale s'était produite à la faveur d'une ulcération tuberculeuse. »

La *syphilis* peut, de même, altérer les cartilages de la trachée, et favoriser leur rupture. Chez un de ses malades, Peschaud avait admis cette origine spécifique.

Les *traumatismes* amenant des ruptures trachéales sont très rares : nous en connaissons une observation de M. Giraud (1), dans laquelle une plaie par instrument tranchant divisa la trachée en même temps que les parties molles du cou. Le chirurgien fit la suture des parties molles, mais la plaie de la trachée restant ouverte, donna lieu à l'issue de l'air qui, sous l'influence d'une bronchite, produisit une tumeur gazeuse en ce point. Il semblerait qu'à la suite de ces plaies trachéales les parties molles se cicatrisant plus vite que la trachée, les trachéocèles devraient survenir assez souvent. Petit, dans ses recherches fort étendues, n'a pas trouvé d'autre exemple que le précédent. Il existe bien de nombreux faits d'emphysème mais non de tumeur gazeuse kystique.

Enfin, l'*effort seul*, sans altération préalable d'aucune sorte de la trachée, peut-il être considéré comme cause de la rupture trachéale?

Depaul admettait que l'effort violent fait par les accouchées suffisait à lui seul à rompre la trachée en un point, parce qu'il y a en même temps occlusion de l'orifice supérieur des voies respiratoires. Il en serait de même pour la toux chez les coquelucheux ou les asthmatiques.

Mais cette hypothèse est en contradiction avec cette observation simple et banale que les accouchées, les coquelucheux ou les asthmatiques sont légion, et que les trachéocèles sont très rares; il faut donc nécessairement admettre pour eux une cause particulière prédisposant à la rupture du conduit trachéal.

L.-H. Petit (2) rapporte deux cas, l'un de Fletcher Fugalls, l'autre de Nopp Wolfenden, dans lesquels la tumeur aérienne n'aurait eu pour cause que des efforts répétés. Malheureusement, dans le premier cas, le malade était atteint de bronchite chronique et d'emphysème, dans le second, il y avait eu antérieurement des vomissements répétés et nombreux. Peut-on affirmer que la paroi trachéo-œsophagienne n'ait pas été altérée par ces vomissements ou que la bronchite chronique n'ait pas ulcéré la trachée?

La question a été remise à l'ordre du jour dans la discussion qui a suivi la communication de l'un de nous à la Société de chirurgie. Il y avait eu un effort de vomissement marquant nettement le début du mal, mais il n'y avait rien dans l'histoire de la malade qui puisse donner à penser à une faiblesse de la paroi trachéale par une maladie antérieure quelconque.

Et M. Guinard concluait : « Je pense qu'il faut mettre ce fait à côté de ces cas de pneumothorax par effort que M. Galliard a si bien étudiés en en relevant 37 observations chez des sujets jeunes absolument sains. La trachée chez ma malade a pu céder en un point sous l'effort, comme les vésicules pulmonaires des « conscrits » de Galliard. »

Il restait cependant à expliquer l'enkystement de l'épanchement gazeux, et, comme l'a dit M. Quénu, à démontrer la formation d'une membrane conjonctive, ce qui n'est pas prouvé et semble contraire aux lois de la pathologie générale.

Il nous paraît maintenant à nous, que cette première observation peut être rapprochée de celles que cite Virchow.

Plusieurs autopsies ont, en effet, prouvé à Virchow que le kyste aérien « fait d'abord saillie comme

(1) Hutchinson. *Med. Times and Gaz.*, London 1861, t. I, p. 329.

(1) Giraud. Trachéocèle traumatique, *Revue de chir.*, janv. 1887, p. 54.
(2) Petit. Loc. cit., p. 223.

une hernie, mais plus tard se pédiculise, et son pédicule, en s'étranglant, produit l'atrésie de l'orifice. Ce mode de formation, ajoute Virchow, explique fort bien la production des aérocèles pédiculées dont il est possible de sentir le sac, qui sont ou non symétriques, réductibles ou irréductibles ». Dans le cas communiqué à la Société de chirurgie par l'un de nous, on trouve de même un filament qui unit la tumeur à la trachée. Ce filament n'était sans doute rien autre que ce pédicule rencontré par Virchow, et d'ailleurs l'examen histologique très complet, comme nous le verrons tout à l'heure, avait montré que la paroi de la trachéocèle n'aurait su être assimilée à une membrane adventice. Il faut donc, avec M. Delbet, ranger le cas dans le premier groupe pathogénique : les trachéocèles de faiblesse. Au reste, M. Guinard, ne voyant que le fait, ne tenait pas à la théorie et dans la discussion, se rangea à l'avis de la majorité à la Société de chirurgie.

Ainsi, on peut dire, en conclusion, que l'effort seul ne saurait amener des ruptures trachéales. Pour que la trachée se rompe, il faut que sa paroi soit préalablement altérée par une lésion pathologique quelconque, par une ulcération qui est souvent tuberculeuse. Ce sont là les causes du second groupe pathogénique de trachéocèles. Nous proposons de les appeler *trachéocèles de force*, nom qui servira simplement à rappeler que là, la trachée s'est rompue.

II

L'anatomie pathologique des trachéocèles est encore mal connue. On a eu rarement l'occasion de faire des examens complets, et les lésions histologiques sont peu fixées.

Il importe, ici encore, de faire une distinction entre les trachéocèles de faiblesse et les trachéocèles de force. Dans le premier cas, en effet, on trouvera dans la poche une constitution qui rappellera la muqueuse trachéale, ou montrera qu'il y a eu hernie. Dans le second, on a affaire à une membrane de néo-formation, sans aucun rapport avec le revêtement muqueux de la trachée.

a. Trachéocèles de faiblesse. — Nous avons vu, à l'étiologie que Rokitansky avait trouvé des hypertrophies glandulaires, qui pourraient être le premier stade des trachéocèles : elles seraient à ces tumeurs aériennes ce que les ampoules sont aux hémorroïdes.

Dans deux cas, Rokitansky « voit une dilatation considérable de la trachée avec écartement des anneaux et enfoncement de la muqueuse vers sa face externe, mais sans hernie proprement dite. Dans un troisième, les lésions ont été trouvées chez un homme de trente-neuf ans, mort de phtisie pulmonaire, ayant par conséquent beaucoup toussé.

De la paroi postérieure de la trachée, à environ un pouce au-dessous du larynx, à droite et le long des extrémités des anneaux cartilagineux, pendent quatre poches kystiques entourées de quelques ganglions lymphatiques tuméfiés. La première poche la plus élevée a le volume d'un pois ; la deuxième, celui d'une cerise ; la troisième, d'un pois ; la quatrième ou inférieure, d'une cerise. Elles étaient distendues par un mucus épais et vitreux qui, par la pression, s'écoula dans le canal de la trachée ». Ces kystes glandulaires, en se développant, constitueraient la trachéocèle.

Le *contenu* de la poche est constitué par de l'air, mélangé souvent à un peu de liquide jaunâtre. Dans deux observations de Béhier et de Eldridge, le jet d'air sorti après ponction de la poche, fut assez puissant pour éteindre une bougie dans un cas et une allumette dans l'autre. Chez la première malade de M. Guinard, la trachéocèle contenait des gaz et environ un verre à bordeaux de liquide citrin comme du liquide d'hydrocèle. Chez la seconde, la poche renferme surtout des gaz et environ une cuillerée à soupe de liquide clair.

Quels sont les rapports de la trachéocèle avec les organes voisins ? Comment est-elle en communication avec les voies aériennes ? Autant de points en litige et sur lesquels nous n'insisterons pas.

L'*examen histologique* n'a pas été pratiqué souvent.

En 1890, Baracz (in thèse de Koutnik) a publié un cas de trachéocèle médiane : tumeur sphérique, grosse comme une noix. Histologiquement, la surface externe du sac extirpé était lisse et composée de tissu conjonctif, contenant, par places, quelques fibres musculaires lisses. La surface externe, également lisse, était tapissée d'un épithélium cylindrique.

Dans le premier cas de M. Guinard, la poche kystique a été examinée par M. Gombault : « La membrane vue sur des coupes a une épaisseur variable suivant les points, mais à peu près partout on distingue deux couches :

1° Une couche dense ayant beaucoup d'analogie comme structure avec le derme et formée par des faisceaux fibreux très cohérents. Cette couche présente à peu près partout la même épaisseur ; partout aussi elle est plus mince que la seconde couche ; du côté de la surface, elle est limitée par un bord net ;

2° Une couche, fibreuse comme la précédente, mais dans laquelle les faisceaux fibreux sont plus lâchement unis. Ces faisceaux s'écartent d'autant plus que l'on s'éloigne de la première couche et entourent par place des amas cellulo-adipeux. Cette seconde couche renferme des vaisseaux et, de loin en loin, des amas de cellules migratrices ; son épaisseur est très variable. Elle n'est pas limitée par un bord net.

A la surface de la première couche, existe un revêtement formé de cellules disposées en une seule rangée. Ces cellules sont plus larges que hautes et ne prennent jamais la forme cubique ou cylindrique. Elles ont un gros noyau bien coloré. Bien que le revêtement ne soit pas présent absolument sur toute la surface, la grande régularité qu'il affecte sur des étendues relativement importantes, permet de le considérer comme étant continu.

La surface revêtue d'épithélium est plissée, et ces plis sont sans doute d'origine purement mécanique ; mais elle présente en outre quelques expansions papilliformes qui ne s'expliquent plus de la même façon parce qu'elles sont trop volumineuses. On peut en compter deux ou trois sur une étendue d'un centimètre. Ces expansions sont, comme le reste de la paroi, constituées par un axe fibro-vasculaire et une couche superficielle plus dense revêtue d'épithélium. »

Dans le second cas dont nous avons rapporté l'observation au début de ce travail, nous avons confié l'examen histologique au docteur Paisseau, ancien interne des hôpitaux. Voici la note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre, et pour laquelle nous ne saurions trop le remercier ;

La membrane présente deux couches distinctes :

1° Une couche superficielle, dense, de structure régulière, constituée de fibres élastiques et de fibres conjonctives parallèles à la surface. En se rapprochant du bord libre, les fibres élastiques deviennent plus nombreuses, se tassent davantage les unes contre les autres et la couche devient de plus en plus dense. Le tissu plus lâche vers la profondeur contient quelques fibres musculaires lisses irrégulièrement disposées.

L'épaisseur de la couche n'est pas uniforme; elle présente des épaississements réguliers qui diminuent peu à peu de hauteur en s'amincissant par leurs extrémités. Il existe des plissements mécaniques, mais on rencontre, en outre, des expansions papilliformes de volume variable, généralement terminées par une extrémité arrondie, quelquefois aplatie, leurs dimensions sont à peu près équivalentes au sommet et à la base; leur structure ne diffère pas du reste de la couche. Cette couche se termine par un bord net où l'on peut rencontrer quelques noyaux légèrement aplatis par tassement. Il n'existe pas de revêtement épithélial visible sur cette zone qui représente le derme;

2° Au-dessous, une couche d'épaisseur plus considérable, de structure beaucoup moins homogène et régulière, formée de faisceaux conjonctifs assez irrégulièrement disposés. On y rencontre des vaisseaux et de nombreux tubes glandulaires. Il existe dans cette zone et dans la profondeur de la couche dermique des cellules migratrices isolées et un assez grand nombre d'amas volumineux irrégulièrement répartis.

b. Trachéocèles de force. — Lorsque l'air sorti, après rupture de la trachée, fournit une trachéocèle, il ne s'infiltre pas dans le tissu cellulaire. « L'air, en vertu de sa forte tension, dit Peschaud, s'épanche dans les aréoles les plus voisines du tissu péritrachéal; grâce à la toxicité de ce tissu, les grandes cellules spacieuses augmentent encore de volume, repoussent à la périphérie les cellules avoisinantes qui, en se tassant, constituent une trame plus serrée; cette sorte de néomembrane formée par la répétition des efforts, acquiert bientôt de la consistance, se réduit à une vaste poche qui vient doubler les aponévroses la limitant de toutes parts. » Les parois de cette poche s'épaississent de plus en plus, au fur et à mesure que l'air y pénètre par la rupture trachéale restée ouverte et permanente. Cet air fortement condensé, au moment où il rompt la trachée, agit donc vis-à-vis du tissu cellulaire comme il a agi vis-à-vis de la muqueuse aérienne : il brise ses aréoles et repousse ses débris à la périphérie, comme il l'a fait des tuniques trachéales.

MM. Chauffard et Lœderich ont rapporté dans la *Semaine médicale* du 17 mai 1905 une observation intéressante de tumeur gazeuse du cou, qu'ils expliquaient de la façon précédente; après un diagnostic très bien discuté, ils concluaient chez leur malade « à une perforation, de nature vraisemblablement tuberculeuse, d'un point mal déterminé de l'appareil respiratoire (partie inférieure de la trachée au sommet du poumon), ayant laissé l'air s'épancher lentement dans le tissu cellulaire du creux sous-claviculaire, où il a formé une poche enkystée d'emphysème, poche limitée par les aponévroses de la région; secondairement, cette poche a envoyé sous la clavicule une expansion qui s'est étalée sous les muscles grand et petit pectoral, dont les insertions ont arrêté et limité son développement ».

De fait, ces trachéocèles peuvent prendre de grandes proportions, lorsque la plaie trachéale est ouverte et permanente.

Lorsque, au contraire, la rupture de la trachée est étroite, la tumeur gazeuse diminue peu à peu. L'effort primitif ne se renouvelant pas, la fissure s'obture et la trachéocèle tend à disparaître.

III

Symptômes. — La présence des trachéocèles se traduit par un ensemble de signes, tant physiques que fonctionnels, qui permettent assez facilement de faire le diagnostic. Nous nous contenterons de les rappeler ici, puisque leur étude détaillée a été bien faite par Petit et Koutnik.

Signes physiques. — Situées, tantôt sur la ligne médiane, tantôt dans le creux sus-claviculaire droit ou gauche, ces tumeurs ont une forme arrondie, plus ou moins régulière. La peau qui les recouvre est, en général, saine. Parfois on observe une légère dilatation des veines sous-cutanées, comme dans un cas de M. Broca, quelques varicosités, comme dans un autre de M. Lannelongue.

Les trachéocèles ont un volume très variable, suivant leur nature. Les trachéocèles de faiblesse ne sont pas souvent très considérables : leurs dimensions varient entre celles d'un œuf de pigeon et d'une mandarine. Ici, il y a hernie de la muqueuse trachéale et la tumeur ne peut jamais être volumineuse. Les trachéocèles de force, au contraire, sont quelquefois très grosses : dans le cas de MM. Chauffard et Lœderich, il y avait une double tuméfaction sus et sous-claviculaire. L'une et l'autre de ces tumeurs, hernie trachéale ou rupture, *lorsqu'elles communiquent avec les voies aériennes*, sont influencées, dans leur volume, par les mouvements respiratoires. Elles sont réductibles par l'inspiration large, la flexion forcée de la tête et cette réduction s'accompagne parfois d'un bruit particulier : sorte de craquement semblable à celui d'un ressort mou qu'on détend (Passaquay), frottement ou claquement sec analogue à celui d'une soupape retombant sur l'orifice qu'elle obture (Peschaud), bruit rappelant la rentrée de l'intestin dans le ventre quand on réduit une hernie (Verneuil). Au contraire l'expiration forcée et l'extension de la tête augmentent les dimensions de la tumeur. La compression avec la main peut réduire les trachéocèles, lorsque la communication avec la trachée est permanente.

La plupart de ces tumeurs gazeuses ont une consistance molle et élastique, elles sont quelquefois fluctuantes : c'était le cas dans la première observation de M. Guinard, où on avait la sensation d'une poche à moitié pleine. Pour trouver la fluctuation dans les parties inférieures de la tumeur, il fallait en immobiliser les deux tiers supérieurs.

Enfin, et c'est là un caractère très important, les trachéocèles sont *sonores à la percussion*. Ce signe n'est pas constant (Gayet, Heidenreich, Wolfenden ont signalé une matité complète), mais lorsqu'il existe, il commande le diagnostic.

Signes fonctionnels. — Les trachéocèles, et c'est encore un de leurs signes caractéristiques, sont complètement indolentes. Ce sont de ces « tumeurs qu'on peut manier hardiment », mais elles peuvent troubler la phonation, la respiration et la déglutition.

La voix est altérée, surtout lorsque la communication est permanente entre la tumeur et la trachée. Elle peut alors éprouver diverses modifications, depuis l'affaiblissement jusqu'à l'aphasie (Behr, Leriche, Faucon). La poche et son orifice font subir à l'air expiré des changements qui expliqueraient suffisamment, pour Peschaud, ces troubles phonatoires.

Les troubles respiratoires, nuls dans certains cas, étaient au contraire très accentués en d'autres. Peschaud et Lederrhose ont noté des accès de suffocation; Leriche, Verneuil, Derati, Détis une dyspnée intense.

Quelques observateurs ont signalé de la dysphagie, mais c'est là un phénomène rare, et qu'on ne trouve que quand la trachéocèle se développe dans la profondeur.

Les *phénomènes généraux* sont absolument nuls. Ceux qui existent trouvent plutôt leur raison d'être dans la cause de la trachéocèle.

Le *diagnostic absolu* des trachéocèles est établi par le groupement symptomatique que nous venons de rappeler brièvement : une tumeur du cou mollasse ou fluctuante, indolore et sonore à la percussion, est une aérocèle. Mais dans certains cas, on se heurte à des difficultés et quelques affections ont donné le change. Il sera bon de savoir les différencier.

Les inflammations aiguës, abcès ou phlegmons, ne peuvent être confondues avec les trachéocèles : le diagnostic ne peut être délicat qu'avec les affections à marche chronique.

Les masses ganglionnaires du cou ont souvent la forme et le volume des trachéocèles, mais elles sont dures, et même lorsqu'elles sont ramollies, elles n'ont pas la consistance élastique de la tumeur gazeuse. En tous cas, elles ne sont jamais sonores à la percussion.

Les tumeurs superficielles de la région sous-hyoïdienne sont faciles à éliminer par leur mobilité sur les parties profondes et leur consistance tout autre.

La hernie du poumon ou pneumocèle occupant la région sus-claviculaire forme une tumeur piriforme, à petite extrémité supérieure, sonore à la percussion, expansible par la toux et les efforts et réductible. Mais la sensation du poumon hernié au toucher est plus molle, plus élastique; il y a une crépitation qu'on ne perçoit pas en malaxant la trachéocèle. De plus il survient bientôt des troubles pulmonaires dont l'aérocèle est exempte (1).

L'emphysème sous-cutané du cou apparaît après une blessure avec ouverture de la peau ou de la trachée ou du larynx, après rupture d'un tubercule sous-pleural. Il consiste en une tuméfaction mal limitée; il suit une marche rapidement envahissante ou promptement décroissante, il présente une crépitation particulière : tous ces signes n'existent point dans les aérocèles.

Les goitres, et en particulier les goitres anévrismatiques, pourraient aussi être confondus avec les trachéocèles, mais ils n'en ont ni la sonorité ni la réductibilité. Leur forme est souvent interrompue par des bosselures, et leur surface parcourue par de très gros vaisseaux : on ne voit rien de semblable dans les aérocèles.

Certains anévrismes artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire présentent quelques caractères communs aux trachéocèles, mais les autres phénomènes particuliers aux anévrismes artério-veineux feront éviter l'erreur de diagnostic.

Enfin la laryngocèle, autre tumeur gazeuse d'origine laryngienne, est le plus souvent de petit volume, siège tantôt sur la ligne médiane, s'accompagne de troubles très accentués de la phonation. En outre, l'examen laryngoscopique pourrait trancher les difficultés.

(1) Debienne. *De la hernie du poumon.* Th. de Paris, 1897.

IV

Le **pronostic** des trachéocèles est éminemment variable. Dans les trachéocèles de faiblesse, les unes, produites par un effort de toux ou pendant l'accouchement, tendent à régresser assez rapidement. Les autres, causées par un effort considérable et répété ensuite, ne peuvent guérir spontanément. Le diverticule muqueux hernié n'atteint pas de grandes proportions, mais la poche ne diminue pas dans ses dimensions. Quelquefois, comme dans les cas de Virchow et de M. Guinard, s'isolant de la trachée à laquelle elle ne reste plus unie que par un filament, elle reste indéfiniment stationnaire.

Dans les trachéocèles de force, le pronostic dépend de la cause qui a produit la rupture trachéale. Bénin quand il s'agit d'une petite ulcération tuberculeuse (Hutchinson), ou d'une plaie étroite d'instrument tranchant (Giraud), il peut être grave lorsque la perforation des voies aériennes résulte d'une ulcération de nature maligne (Verneuil et Daremberg) ou s'accompagne d'une altération profonde des organes voisins.

V

Traitement. — Les trachéocèles, comme toutes les tumeurs gazeuses du cou, ont été longtemps considérées comme des *noli me tangere*. Actuellement, il ne saurait plus être question d'abstention chirurgicale, et nous sommes loin du temps où Gayet pouvait écrire : « Toute intervention est pire que le mal. »

Dans la plupart des trachéocèles, l'ablation pure et simple est indiquée, et cela surtout lorsque la tumeur est bien limitée et ne semble avoir aucune tendance à la régression. Les moyens médicaux, conseillés autrefois, depuis l'iodure de potassium jusqu'à la teinture d'iode, ne sont d'aucune efficacité. Mieux vaudrait une entière abstention thérapeutique, ou un traitement s'adressant à la cause, comme dans les cas de tuberculose ou de syphilis. La compression, très en honneur autrefois, n'est plus guère usitée aujourd'hui. Opérer est la conduite adoptée depuis quelques années par tous les chirurgiens, et cette intervention, qu'il est inutile de décrire, est en général d'une très grande simplicité. Il faut seulement s'attendre à crever la poche en la séparant des tissus voisins. La minceur extrême de ses parois rend ce petit incident presque inévitable, mais cela ne gêne en rien l'ablation totale jusqu'au pédicule qu'on étreint avec un catgut comme s'il s'agissait d'un sac herniaire.

FORMULAIRE

Dans la pommade au calomel, que vient de recommander Metchnikoff à titre de préventif du chancre syphilitique, on aura tout intérêt à substituer la diadermine à la vaseline, puis l'absorption du composé mercuriel est plus rapide. On formulera donc :

Calomel.................. 10 grammes.
Diadermine............... 30 —

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1906)

Rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires. — M. QUÉNU vient de soulever une question, sinon nouvelle, tout au moins peu connue et non décrite dans les traités de chirurgie. Il s'agit du diagnostic d'une rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires et de la conduite chirurgicale à tenir dans ces cas. C'est à propos d'une observation présentée à la Société par M. Duval, que M. Quénu, chargé d'un rapport, a traité cette importante question de chirurgie des voies biliaires.

Dans le cas de M. Duval, il s'agit d'une femme de cinquante-six ans qui, souffrant de crises abdominales violentes, entra le 6 juillet à l'hôpital Cochin. Entre le 6 et le 28 juillet, elle eut une succession de crises violentes avec des températures de 39 et 40 degrés. M. Duval diagnostiqua une angiocolite aiguë et fit une large ouverture du cholédoque; il ouvrit également la vésicule biliaire et ne trouva aucun calcul; il draina; après cette intervention, il y eut une détente complète, la température tomba. Mais cinq jours après, elle reparut et il sortit de la bile par le drain, puis dans un effort brusque d'expectoration il sortit une membrane hydatique sphacelée, puis une collection d'hydatides flétries. La fièvre tomba définitivement et la malade guérit complétement.

La rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires, dit M. Quénu, constitue une complication d'une extrême gravité. Il suffit, pour donner une idée de cette gravité, de citer la thèse de Berthold dans laquelle sont relatées treize observations avec 12 autopsies. M. Quénu passe en revue toutes les observations qu'il a pu recueillir; il en est quelques-unes dans lesquelles l'élimination spontanée d'hydatides par les garde-robes a été suivie de guérisons ou tout au moins d'améliorations notables.

A ces faits, M. Quénu ajoute une observation personnelle. Quels sont les accidents? quels sont les moyens de faire la diagnose? C'est là ce que M. Quénu s'applique à rechercher. Le kyste, qui se rompt ainsi dans les voies biliaires, n'est pas toujours suppuré. Dans un petit nombre de cas, la mort est survenue subitement, presque brusquement. Tel, un cas de Chauffard et Rathery. Il s'agissait d'un malade du service de M. Chauffard qui est transféré, en chirurgie, chez M. Schwartz, avec cette note : kyste hydatique du foie bien toléré. Le malade devait être opéré le lendemain par M. Schwartz quand, la veille au soir, il est mort en vingt minutes, après des accidents très graves. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une rupture du kyste dans les voies biliaires. Il y eut donc, dans ce cas, une véritable intoxication aiguë. Dans la grande majorité des cas, comme dans le cas de M. Duval, il s'agit d'angiocolites aiguës résultant de cette rupture de kystes. La malade de M. Duval présenta les premiers accidents le 6 juillet et fut opérée le 30. Les accidents mirent donc plusieurs jours à évoluer. La marche fut la même dans un cas de M. Legendre. Il y a deux cas de Millard dans lesquels la mort survint quarante ou quarante-cinq jours après le début des accidents.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic de la rupture du kyste est possible, selon M. Quénu. L'action des hydatides sur les voies biliaires est beaucoup plus dangereuse que celle des calculs. Si on a fait préalablement le diagnostic de kyste hydatique et si l'on voit survenir les accidents symptomatiques d'angiocolite, on peut affirmer qu'il s'agit de la rupture du kyste dans les voies biliaires. La brusquerie des accidents, la rapidité de leur marche permettent de faire le diagnostic et de fixer la nécessité d'une intervention chirurgicale. Dans ces cas à marche rapide, on doit plutôt songer à la présence d'hydatides qu'à celle de calculs dans les voies biliaires.

C'est la première fois, fait observer M. Quénu, que cette importante question est traitée à la Société de chirurgie.

Le traitement doit être d'abord prophylactique; M. Quénu veut dire par là qu'une fois un kyste hydatique reconnu, le mieux est de l'opérer le plus tôt possible. Le traitement chirurgical des complications varie selon que la vésicule biliaire seule ou que les canaux biliaires sont en cause. Quand il y a communication entre le kyste et les voies biliaires, le chirurgien doit à la fois intervenir sur le kyste et sur les voies biliaires.

Sur les voies biliaires, dans bien des cas, une cholécystotomie suffit comme traitement. Très rares sont les cas où il y aura lieu de préférer la cholécystectomie; dans d'autres, cas, c'est à la cholédocotomie qu'il faudra avoir recours. M. Quénu cite un certain nombre d'observations qui viennent à l'appui des règles qu'il vient de poser, et dans lesquelles les opérations ont dû porter soit sur la vésicule, soit sur le cholédoque, soit sur les deux à la fois. Il rappelle, entre autres observations, celle qu'a récemment communiquée M. Terrier à la suite de la communication faite par M. Duval. Il cite aussi une observation personnelle dans laquelle il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui entre dans le service de M. Chauffard.

M. Chauffard l'envoie dans le service de M. Quénu avec ce diagnostic : « Angiocolite de cause discutable. » Ce malade fut pris brusquement au matin de coliques abdominales violentes, avec angoisse, fièvre. Cet accident disparaît très rapidement. Le lendemain réapparition des mêmes accidents avec frisson, fièvre, ictère intense. On diagnostique un calcul probable du cholédoque. M. Quénu fait, lui, le diagnostic de rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires. Il fait une ponction, il sort des hydatides. Il ouvre le kyste, y reconnaît l'orifice de communication avec les voies biliaires, tamponne la cavité kystique et explore les voies biliaires. La vésicule est dilatée. Elle contient un liquide clair, le cholédoque est incisé, il contient des hydatides; le kyste est marsupialisé. Le malade est mort le soir. A l'autopsie, on reconnaît qu'il y a une double perforation dans la poche kystique.

Quels sont les résultats des opérations faites, dans ces cas, sur la vésicule biliaire? Sur 8 cas, 6 guérisons et 2 morts. Dans les 2 cas de mort, il y avait manifestement de l'angiocolite.

En dehors des opérations pratiquées sur la vésicule, on compte 8 opérations pratiquées sur les canaux avec 5 guérisons et 3 morts.

Dans bien des cas, l'intervention pourra se borner à la vésicule biliaire.

Mais quand il y a angiocolite, il ne faut pas hésiter à ouvrir largement le canal cholédoque, et, au besoin, les autres canaux.

Cette importante communication de M. Quénu deviendra le point de départ d'une discussion.

Cancer du côlon transverse. — M. BAZY fait connaître la conduite qu'il a suivie dans un cas de cancer du côlon transverse. Il fit, avec M. Launois, quatre interventions successives sur une femme de cinquante-six ans, manifestement atteinte d'un cancer du côlon transverse. Dans un premier temps, M. Bazy extériorisa la tumeur et disposa en canon de fusil les deux bouts de l'intestin. Dans un second temps, il pratiqua l'ablation de la tumeur. Dans un troisième temps, il fit disparaître l'éperon; il avait alors un anus contre nature médian et sous-ombilical; il ne lui restait plus qu'à fermer la fistule, ce qu'il fit dans un quatrième temps. Il a semblé à M. Bazy que cette intervention en quatre temps chez une malade cachectique était moins grave que l'opération en un seul temps. Jusqu'ici, le résultat obtenu est satisfaisant.

Nous arrivons aux présentations :

Orchidopexie. — Un malade, opéré le 10 mars 1903 pour une ectopie testiculaire avec hernie inguinale, nous est présenté par M. WALTHER. Cette orchidopexie pratiquée il y a trois ans a donné un résultat qui s'est maintenu très satisfaisant.

Torticolis congénital. — M. BERGER présente une jeune fille qui était atteinte d'un torticolis congénital et qui avait été opérée une première fois par la section à ciel ouvert, du sterno-cléido-mastoïdien. Il y eut récidive et M. Berger a obtenu une guérison parfaite et définitive par la ténotomie sous-cutanée. La cicatrice résultant de la première opération est très apparente, tandis que la trace de l'intervention de M. Berger est invisible.

Appareil de marche. — M. Delbet présente un malade chez lequel il a pratiqué un eostéotomie, pour un genu valgum, et qui est muni d'un appareil de marche.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LE FORMIATE BASIQUE DE QUININE

L'escare est la préoccupation ordinaire du médecin en pays palustre, car elle est la conséquence trop fréquente et trop grave d'une médication hypodermique souvent nécessaire, toujours désirable.

L'antisepsie et l'asepsie, le choix de la région, du tissu, la dilution même considérable des solutions sont évidemment des facteurs ayant leur importance, mais aucun ne peut mettre à l'abri certains des accidents.

Le choix du sel employé a été discuté; les sels dits neutres sont solubles, mais dangereux par leur acidité; des publications récentes nombreuses préconisent un sel basique, le formiate de quinine, assez en vogue actuellement en Algérie, comme nous l'apprend le docteur Niclot, médecin-major de première classe, dans un intéressant article qu'il vient de publier dans le *Caducée* (1906, p. 302).

Cette question a déjà été étudiée par un certain nombre d'auteurs, MM. Hirtz, Claisse, Lemoine, Lacroix, Fontoynont (1).

Les avantages du formiate basique de quinine seraient, à efficacité thérapeutique égale, l'absence de douleurs, d'accidents locaux. Les inconvénients : la nécessité du bain-marie à cause de la solubilité moindre, mais suffisante. Ne s'entend-on point, d'ailleurs, pour utiliser, seulement étendues, les solutions de chlorhydrate neutre (2)?

Les recherches de laboratoire et de clinique de M. Niclot ont été faites avec le formiate de quinine que M. Lacroix prépare sous le nom de Quinoforme (3).

Les expériences que M. Niclot a faites chez le lapin, en essayant comparativement le chlorhydrate neutre de quinine et le Quinoforme lui ont montré que les deux sels ont une action de même nature, mais où le caractère vulnérant est bien plus considérable avec le chlorhydrate neutre.

Les observations cliniques rapportées par notre confrère sont plus probantes encore.

Il cite quelques essais thérapeutiques faits en dehors du service hospitalier, avec l'aide du médecin aide-major Marland.

Huit malades atteints de paludisme chronique ou d'accès à types quotidien et tierce, ont reçu des injections de 0g50 ou de 1 gramme de Quinoforme en solution à 1/10.

Deux atteintes de fièvre d'accès ont été ramenées à l'apyrexie.

Une quotidienne, injectée cinq heures avant l'accès matutinal, n'a pas cédé au formiate, et qui a cédé au bichlorhydrate, donné, il est vrai, par surcroît, le lendemain, dans les mêmes conditions.

Les piqûres ont toutes été pratiquées dans le flanc, sauf une à la fesse : on note une fois un léger empâtement, quatre fois de la douleur, également légère, se développant plusieurs heures après la piqûre, et se prolongeant plusieurs jours.

Deux malades ont reçu dans chaque flanc 0g50 de chaque sel : un de ces malades reste entièrement indolore; le second souffre et a une petite escare au côté piqué au chlorhydrate neutre.

L'élimination du formiate, recherchée trois fois par la colorimétrie et le réactif iodo-induré, a paru rapide, et la teinte brune, maxima, apparaît entre la deuxième et la quatrième heure.

Ces données cliniques sont encore sommaires.

Si l'efficacité du Quinoforme mérite de nouveaux essais pour être péremptoirement établie, en revanche, la tolérance des tissus humains, semble beaucoup plus grande que pour le chlorhydrate neutre.

L'absorption et l'élimination du Quinoforme semble aussi très rapides. L. GAYARD.

(1) *Caducée*, 20 janv., 3 fév., 4 août 1906.

(2) Cf. Malafosse. *Arch de méd. et de pharm. milit.*, mars 1906, p. 218 et suiv : Des accidents locaux, etc.

(3) Le formiate *basique* de quinine a été dénommé *Quinoforme*, afin de ne pas le confondre avec le formiate *neutre*, qui donne des solutions aqueuses très acides et douloureuses.

Le principe actif de la valériane est le bornéol soluble ou neurène, lequel s'ordonne en solution contenant par cuillerée à café 0g10 de bornéol. Trois à cinq cuillerées à café par jour.

Les valérianates sont inactifs. Certains doivent leur peu d'activité à ce qu'ils contiennent de l'extrait alcoolique de valériane, lequel renferme des traces de neurène.

La solution de neurène a ce précieux avantage d'être sans goût et sans odeur.

Les sueurs des phtisiques sont supprimées en quarante-huit heures par le gayaforme qui se donne à la dose de 0g50 en cachets ou en granulé. Deux à quatre doses par jour.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LIMITES DES CONSIGNATIONS POUR EXAMENS DE DOCTORAT. — Le registre des consignations pour les examens ci-après désignés est ouvert au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures, depuis le 1er octobre 1906. Il sera clos aux dates ci-dessous indiquées.

1er Examen. — Le registre des consignations sera clos le 26 février 1907, à trois heures. MM. les candidats entrés en deuxième année au mois d'octobre 1906, ne seront admis à consigner que les 22, 23, 25, 26 février 1907.

2e Examen. — Le registre des consignations sera clos le 26 janvier 1907, à trois heures. MM. les candidats qui n'auront point subi le deuxième examen avant la clôture du registre des inscriptions de janvier 1907, ne pourront prendre la dixième inscription qu'en vertu d'une autorisation spéciale de la commission scolaire. Par suite, ils ne seront admis à prendre part aux travaux pratiques de chimie pathologique et de médecine opératoire que sur leur demande et si le service le permet.

Les candidats ajournés avant le 17 février 1907, pourront se présenter de nouveau dans une session qui aura lieu du 6 au 11 mai 1907. Pour cette dernière session, le registre des consignations sera ouvert les 22 et 23 avril 1907. Toutefois, MM. les candidats seront soumis, selon les cas, aux délais d'ajournement fixés par le décret du 24 juillet 1899.

3e Examen (première partie). — Le registre de consignations sera clos le 29 janvier 1907, à trois heures.

3e Examen (deuxième partie). — Le registre des consignations sera clos le 12 mars 1907, à trois heures.

4e Examen. — Le registre des consignations sera clos le 30 avril 1907, à trois heures.

5e Examen (première partie). — Le registre des consignations sera clos le 28 mai 1907, à trois heures.

5e Examen (deuxième partie). — Le registre des consignations sera clos le 25 juin 1907, à trois heures.

Thèse. — Le registre des consignations sera clos le 25 juin 1907, à trois heures.

L'évaluation des incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps, par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculte de médecine de Paris. In-16 cart., avec 63 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 11 DÉCEMBRE 1906. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — M. Achard va de Tenon à Necker, M. Thoinot va de Saint-Antoine à Laënnec, M. Launois va de Tenon à Lariboisière, M. Boulloche va de Dubois à Bretonneau, M. Triboulet va de Debrousse à Saint-Antoine, M. Aviragnet va de Sainte-Périne à Dubois, MM. Lamy et Legris vont à Tenon, M. Teissier va à Aubervilliers, M. Hudelo va à Bichat, M. Bruhl à Sainte-Périne, MM. Jules Renault et Bezançon au bastion 27, M. Gouget va à Debrousse.

LE STAGE HOSPITALIER AU CONSEIL GÉNÉRAL. — M. le docteur Marcel Durand vient de soulever devant le Conseil général de la Seine la question du stage hospitalier. Il a montré les conséquences très fâcheuses pour les malades de la mauvaise répartition des étudiants dans les services hospitaliers, et déposé la motion suivante qui a été adoptée malgré l'opposition de M. le directeur de l'Assistance publique :

« Que l'art. 2 du décret du 20 novembre 1903, répartissant les stagiaires par groupe de vingt dans les services affectés à l'enseignement, soit rapporté ;

Que le nombre des services destinés à recevoir des stagiaires soit augmenté de façon que chaque service ne puisse recevoir plus de dix stagiaires. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté, dans sa dernière assemblée, a décidé à l'unanimité, que la chaire d'oto-rhino-laryngologie à créer, devait être une chaire clinique pourvue d'un service hospitalier, et qu'il y avait lieu de réserver les droits des agrégés. Cette dernière partie du vote à l'unanimité, moins troix voix.

L'IMPOT SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — M. le professeur Cazeneuve, député de Lyon, après avoir brillamment combattu à la tribune le projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques contre lequel nous nous sommes élevés à différentes reprises, vient de déposer un amendement important aux articles de la loi de finances qui visent cet objet. C'est un véritable contre-projet qui, dans la pensée de son auteur, doit rappeler plus de 25 millions et qui trouve sa justification dans l'application même de la loi du 1er août 1905 pour la répression des fraudes. Cette loi protège les marques de fabrique et d'origine. En retour, l'Etat exige une taxe dont le taux minime et le caractère très général ne peuvent soulever, d'après lui, de grandes objections.

Voici le texte de la proposition :

Un impôt ad valorem est établi sur tous les produits ou marchandises revêtus d'une marque de fabrique ou de commerce, déposée ou non, et définie par l'article premier de la loi du 23 juin 1857.

Cet impôt est basé sur le prix de vente au détail, prix dont l'inscription sur les étiquettes en caractères apparents est obligatoire, conformément aux tarifs ci-après :

Produit dont le prix de vente ne dépasse pas 1 franc	0,005
Produit dont le prix de vente dépasse 1 franc...	0,01

(Par franc ou fraction de franc.)

Sont exemptés de cet impôt les médicaments simples ou composés que le pharmacien doit revêtir d'une étiquette, conformément aux prescriptions de la loi de germinal an XI, et dont il ne réclame pas la propriété exclusive ou la supériorité par voie d'annonces, de prospectus, d'étiquettes de marque déposée ou encore par voie de dénomination particulière.

Les constestations qui pourraient s'élever au sujet de l'application des définitions qui précèdent seront déférées aux commissaires experts institués par les lois des 27 juillet 1882 et 7 mai 1881.

Les produits destinés à l'exportation ne sont pas assujettis aux dispositions du présent article.

Le paiement de l'impôt est attesté par l'apposition, sur les produits ou marchandises visés dans l'article précédent, de vignettes timbrées fournies par l'administration. L'apposition en est faite par les soins des fabricants ou des importateurs, et dans les huit jours de la promulgation de la loi, par les soins des commerçants chez qui se trouveront les produits.

Un règlement d'administration publique précisera les conditions dans lesquelles cette apposition aura lieu suivant la nature ou la forme des produits ou marchandises mis en vente.

La circulation, la vente ou la mise en vente des produits sans vignettes ou avec des vignettes dont la valeur ne correspond pas aux prix marqués, ou encore avec des vignettes qui ne seraient pas apposées dans les conditions prescrites par le règlement d'administration publique, sont punies d'une amende de 100 à 1 000 francs, indépendamment de la confiscation des objets saisis et du remboursement des droits fraudés.

Le service d'inspection organisé en vue de l'application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, et le service d'inspection pharmaceutique seront chargés simultanément d'assurer l'exécution des dispositions relatives à l'impôt prévu par l'article 32.

QUELQUES
NOTES PRATIQUES SUR L'ANESTHÉSIE
PAR MON APPAREIL

Par A. RICARD,
Agrégé, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'usage de cet appareil s'est tellement répandu qu'il est superflu de revenir sur les avantages incontestables qu'il présente sur les autres procédés d'anesthésie. Sa vulgarisation si rapide est la preuve indiscutable qu'il a tenu ses promesses du début. Il est donc inutile d'insister sur ses mérites, il s'agit, maintenant que l'expérience s'est prononcée, d'en régler minutieusement la technique et de mettre au point chaque détail. Sans avoir la prétention d'imposer ma manière de procéder, je suis cependant autorisé à faire connaître ce que je crois être la meilleure façon d'utiliser l'appareil. J'y ai depuis deux ans apporté une constante attention, je ne me suis désintéressé d'aucune anesthésie, et mes cas atteignent ou dépassent deux mille.

Ce sont les renseignements tirés de cette pratique déjà longue que j'expose dans cette courte note.

Avant de décrire le fonctionnement de l'appareil, je crois bon de passer en revue certains de ses organes essentiels.

1° Les *soupapes* sont au nombre de deux : inspiration et expiration. Le premier est un petit clapet qui se soulève par l'effort de l'inspiration, c'est une simple lamelle d'aluminium, de poids insignifiant, se mouvant par une petite articulation à charnière.

La soupape d'expiration, plus large, placée sur le masque, est une cupule qui, guidée par une tige centrale, se coulisse entre quatre montants métalliques.

On peut dire, qu'en fait, ni l'une ni l'autre de ces soupapes ne se dérèglent jamais. Il est bien évident qu'une violence extérieure peut les fausser et en arrêter le fonctionnement. C'est le sort commun de tous les instruments, il n'est pas de bon bistouri qui ne puisse s'ébrécher. Mais hors ces cas accidentels, il faut reconnaître que les soupapes fonctionnent toujours. Ce qui arrive à dire que, lorsque les soupapes ne fonctionnent pas, c'est que l'appareil est mal appliqué ou que le malade respire mal.

Le jeu des soupapes détermine un bruit dont le son parle à l'oreille comme le son de l'appareil Mors parle à l'oreille du télégraphiste. Un anesthésiste exercé « entend » si son malade dort bien. Le chirurgien, qui ne peut regarder et suivre des yeux l'anesthésie, la suit de l'oreille, avec une grande facilité.

L'amplitude, la fréquence de la respiration sont enregistrées avec fidélité, et l'anesthésiste, en surveillant les soupapes de son appareil, surveille en réalité le malade; c'est le malade lui-même qui le renseigne, à chaque instant, sur la façon dont il respire.

Cette surveillance d'ailleurs ne nécessite qu'une simple attention, elle est pour l'anesthésiste l'obligation de ne jamais se désintéresser de l'anesthésie. Y a-t-il un procédé d'anesthésie qui puisse relever de cette obligation?

Pour que les soupapes puissent fonctionner normalement, il faut que l'appareil soit bien horizontalement placé sur sa base, comme un verre sur une table, mais il faut aussi que la *soupape d'expiration* retombe par son propre poids. Sa position la plus favorable serait donc la verticalité.

Mon premier appareil comportait la soupape à soulèvement vertical, le malade étant dans la position horizontale. Mais si la nature de l'opération (opération sur le rein, sur l'utérus) exigeait une position latérale, ou l'inclinaison de Trendelenburg, alors le fonctionnement de la soupape d'expiration devenait plus défectueux, nécessitait certains artifices d'inclinaison du masque.

C'est pour cette raison que M. Calvet (de Valence) imagina une soupape interchangeable qu'on pouvait utiliser suivant les différentes attitudes du patient.

Cette soupape avait un défaut, c'est que, quelque minime que fût le temps du changement, il y avait une interruption dans l'anesthésie. Interruption contraire au principe essentiel de l'appareil, c'est-à-dire à l'absolue continuité de l'absorption des vapeurs chloroformiques.

Pour remédier à ce léger inconvénient, j'ai fait faire chez M. Collin, le constructeur de mon appareil, une soupape montée sur un pied en Y, et inclinée à 45 degrés sur l'horizon — soupape dont le pied est mobile et permet, sans enlever le masque, de faire varier la direction de la soupape dans le sens de son bon fonctionnement. C'est cette soupape qui est représentée dans les figures ci-après. On voit qu'elle fonctionne aussi bien dans la position horizontale que dans la position inclinée de la malade.

On me pardonnera d'insister; mais la soupape est l'âme de l'appareil, c'est le guide de l'anesthésiste. La voir et l'entendre, savoir apprécier le rythme de ses cliquetis, c'est là le secret d'une bonne anesthésie.

Toutes ces choses d'ailleurs se comprennent à la simple vue de l'appareil, mieux que par la meilleure description.

On doit donc admettre en principe, que les soupapes sont toujours prêtes à bien fonctionner et si elles ne fonctionnent pas au cours d'une anesthésie, c'est que, ou le malade ne respire pas bien, ou qu'il y a un défaut dans l'utilisation de l'appareil et en particulier dans l'application du masque.

2° Il existe plusieurs modèles de *masques*, petits, moyens ou grands. Il en est de rigides avec un bourrelet pneumatique. Il en est de souples avec ou sans bourrelet. Tous sont bons, à condition de *vouloir* bien les appliquer. Quelques-uns de mes collègues préfèrent le masque rigide bordé d'un bourrelet pneumatique. J'avoue que mes préférences vont au masque souple pourvu du même bourrelet.

Il faut en effet, tellement sont variables les saillies et les méplats de la face, que le masque se modèle sur les sinuosités si dissemblables d'un malade à

l'autre. Un masque souple susceptible de s'étaler ou de se rétrécir, de s'infléchir en creux, ou de se relever en bosse, est seul capable d'épouser toutes les irrégularités d'un profil humain. Or il est indispensable, il est nécessaire que l'application du masque soit rigoureusement hermétique. Pour cela, il suffit de le vouloir, et d'être persuadé qu'aucun masque ne s'appliquera jamais tout seul, si le chloroformisateur ne s'emploie pas à le bien appliquer.

Si je ne craignais pas de renfermer la technique de l'anesthésie dans une formule par trop simpliste, je dirais de bien appliquer le masque, et bien surveiller les soupapes, ce sont là les deux vertus principales du bon anesthésiste.

3° Une pièce intermédiaire réunit l'appareil au masque. C'est un simple tube de caoutchouc. A ce tube on ne doit demander qu'une qualité, c'est celle de ne point se couder. Il faut donc un caoutchouc à parois rigides, qui se courbe mais ne s'infléchisse jamais angulairement.

Certains de mes collègues ont adopté l'usage d'un tube armé d'anneaux métalliques comme ceux des trompettes d'automobiles. Ce tube a l'inconvénient d'être trop lourd et de ne plus être logeable dans la boîte de l'appareil.

Il est préférable d'avoir un simple tube en caoutchouc à parois épaisses et résistantes. Si par l'usage, le caoutchouc s'est trop assoupli et est devenu flasque, il est facile de remédier provisoirement à cette tendance à l'inflexion, en insinuant à l'intérieur du tube une spirale de fil métallique, ou plus simplement encore d'enrouler extérieurement près des points d'inflexion (c'est-à-dire près du masque ou près de l'appareil) quelques tours de spire d'un fil métallique.

En résumé, le masque doit être hermétiquement appliqué ; le tuyau de caoutchouc qui le relie à l'appareil ne doit jamais être infléchi, ni coudé ; les soupapes doivent régulièremeut fonctionner.

Avant d'entrer dans la description du fonctionnement de l'appareil (1), je n'ai plus à faire remarquer qu'une seule chose, c'est que cet appareil consiste en une chambre d'aspiration où se brasse le mélange d'air et de vapeurs de chloroforme. L'air pénètre par quatre orifices situés sur le couvercle. Les vapeurs de chloroforme pénètrent par le fond de la chambre d'aspiration, dont le plancher descend, ouvrant ainsi une fente circulaire par où s'engagent les vapeurs chloroformiques.

L'anesthésiste doit être assis, l'œil à hauteur de la figure du malade et de l'appareil, de façon à avoir une surveillance facile et constante (fig. 1).

Il verse dans le verre, la quantité voulue de chloroforme, s'assure que le plancher de la chambre d'aspiration est bien remonté, que les quatre orifices d'air sont bien ouverts.

Il place alors, sur la figure du malade, le masque et constate qu'il est bien appliqué, que l'air ne s'échappe pas sur les côtés du nez, que la commissure labiale ne déborde pas sur les côtés du masque, que la barbe ne laisse pas filtrer l'air, en un mot que le masque s'applique hermétiquement. Il doit bien empaumer le masque d'une main, le pouce d'un côté, les quatre doigts de l'autre, et l'appuyer constamment, l'écraser en quelque sorte sur la face.

L'autre main tiendra le masque avec le pouce, les autres doigts venant accrocher le maxillaire et soulever le menton, rendant ainsi solidaires le masque et le malade.

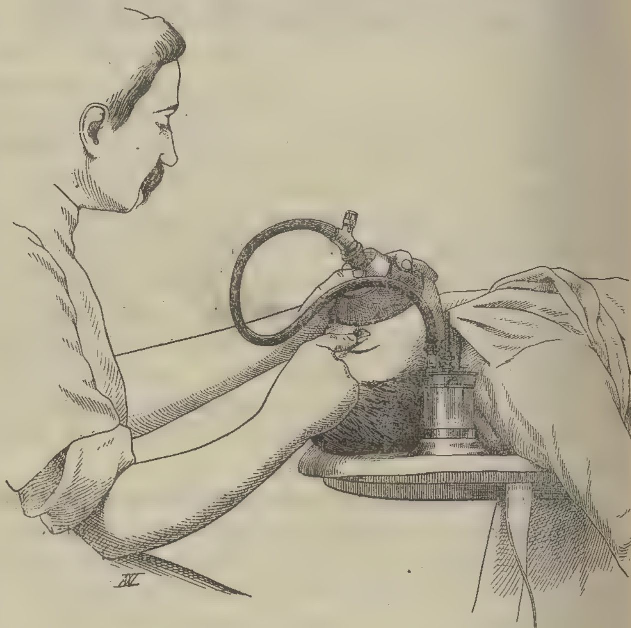


Fig. 1. — *Malade en position horizontale.*

Pendant tout ce premier temps d'apposition du masque, le malade ne respire que de l'air pur par les quatre trous d'air largement ouverts. Le malade s'habitue à l'appareil et n'a et ne doit avoir aucune appréhension ; le chloroformisateur lui, vérifie le fonctionnement de ses soupapes. Il ne doit pas commencer l'anesthésie tant qu'il n'a pas fait cette vérification. Il lui suffit toujours à ce moment de modifier la position du masque, la façon dont il le tient, la pression qu'il lui donne sur la face, pour voir tout d'un coup les soupapes fonctionner ; l'aide a, en ce moment, la bonne position, il doit la reconnaître, et ne plus la quitter. Il faut évidemment bien moins de temps pour faire cette vérification qu'il n'est nécessaire pour l'écrire. Avec un peu d'habitude, un bon anesthésiste place son masque et vérifie son appareil instantanément, sans tâtonnement.

Ce n'est qu'après avoir fait fonctionner ainsi l'appareil *à blanc*, que l'anesthésiste est autorisé à laisser pénétrer les vapeurs de chloroforme.

Pour commencer la période d'anesthésie, le chloroformisateur fait tourner d'un tour l'écrou molleté qui se visse sur la tige centrale de l'appareil, une flèche indicatrice sert de point de repère. Quand elle a été progressivement tournée, et qu'elle est revenue à son point de départ, la vis a exécuté un tour complet et le plancher de la chambre d'aspiration s'est abaissé, dégageant une rainure circulaire d'un millimètre de hauteur, par laquelle arrivent les vapeurs de chloroforme. Dans l'anesthésie normale, habituelle, jamais le disque ne doit être abaissé davantage.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 16, p. 183.

Il ne faut pas arriver à cet abaissement d'un seul coup, mais bien au contraire très lentement et très progressivement de façon à habituer ainsi le malade au mélange chloroformé. En moyenne, cet unique tour de vis demande une minute à une minute et demie. C'est de sa lenteur et de sa régularité que dépend l'absence d'excitation.

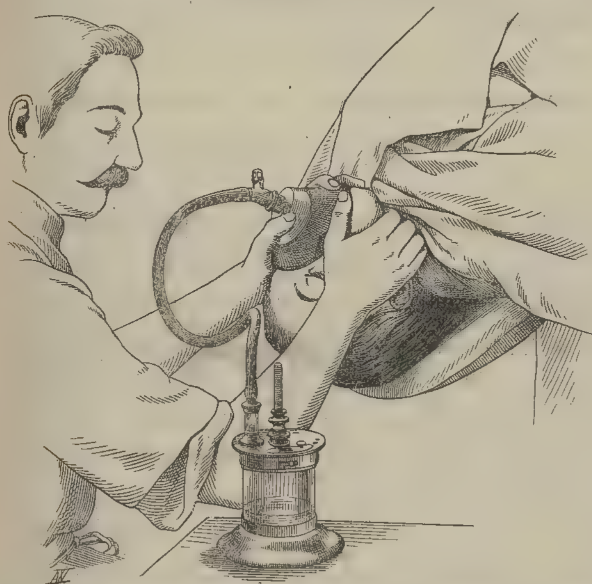


Fig. 2. — *Malade en position inclinée de Trendelenburg.*

A partir de ce moment, le chloroformisateur pousse lentement l'obturateur placé sur le couvercle, et oblitère ainsi très lentement et très progressivement les orifices, qui constituent de véritables prises d'air. D'une façon habituelle, ces quatre orifices doivent être oblitérés en six ou huit minutes, c'est-à-dire qu'il faut obturer chaque orifice en une minute et demie à deux minutes. Sans doute ce ne sont pas là des règles absolues, et l'anesthésie ne peut s'obtenir mathématiquement. Il y a trop de différences individuelles qui rendent ces prescriptions illusoires. Mais dans l'immense majorité des cas, l'anesthésie s'obtient en suivant ces données, ou en s'en rapprochant le plus possible.

L'œil toujours sur les soupapes, l'oreille attentive, le chloroformisateur reconnaît l'action du chloroforme qui se traduit par de petits mouvements insignifiants du malade, mouvements souvent localisés aux mains et aux doigts; souvent même ces légers mouvements n'existent pas, et la classique période d'excitation ne se traduit que par une respiration trop lente parfois, trop rapide et trop bruyante dans d'autres, le plus souvent irrégulière et saccadée. Inutile d'explorer la conjonctive, tant que l'anesthésie n'est pas parfaite, la respiration n'a pas ce calme qu'indiquera le cliquetis régulier des soupapes.

L'exploration de la cornée, dont le réflexe n'a pas besoin d'être complètement aboli, le rythme régulier de la respiration montrent que l'anesthésie est obtenue.

Il va de soi que si le sommeil anesthésique survient, ce qui est fréquent chez les femmes et les enfants, avant l'oblitération complète du troisième ou du quatrième orifice, il est inutile de pousser plus loin l'obturateur et d'oblitérer tous les orifices.

Le malade est endormi. Dès ce moment, que l'opération commence ou ne commence pas, le chloroformisateur aborde la deuxième période de l'anesthésie : la *période d'entretien*.

La dose du chloroforme qui avait été nécessaire pour obtenir l'anesthésie devient dès lors excessive, il faut, avec la même lenteur et avec la même sage progression, revenir en arrière, découvrir un demi, un, deux, trois ou quatre orifices. Dans cette marche arrière qui donne de plus en plus d'air, le chloroformisateur ne doit s'arrêter qu'au premier signe de réveil : léger mouvement de sensibilité, perçu par le chirurgien, léger mouvement d'un doigt vu par le chloroformisateur, réapparition vive de la sensibilité conjonctivale, et surtout et avant tout, trouble dans le rythme respiratoire qui s'accélère et devient irrégulier.

Alors oblitérer à nouveau la moitié d'un orifice, ou un orifice tout entier, et en moins de vingt ou trente secondes, presque instantanément, l'anesthésie se rétablit complète.

Dès lors l'anesthésiste est à la dose limite, minima, et s'il conduit bien son anesthésie, c'est sur cet orifice que se passera tout l'acte anesthésique; suivant l'indication il sera ouvert ou fermé, mais ce sera tout, l'opération dure-t-elle une heure ou deux. Le chloroformisateur n'a qu'à écouter son malade respirer pour savoir qu'il est suffisamment anesthésié. Mais il doit toujours être guidé par le désir de donner le minimum de chloroforme, et si l'anesthésie profonde continue, il devra découvrir progressivement les orifices d'air pour ne pas donner inutilement une dose excessive d'anesthésique.

Une règle générale préside à la direction d'une bonne chloroformisation. Ne jamais procéder par à-coup, ne jamais descendre le disque brusquement, ne jamais obstruer un orifice d'un seul coup, à plus forte raison ne jamais oblitérer deux, trois ou quatre orifices d'un coup, ni ne les ouvrir de la même façon, à moins que par maladresse, inattention, on ait poussé trop loin l'anesthésie, ce qui est une faute dont est responsable l'anéthésiste. Une chloroformisation bien menée doit être lentement progressive jusqu'à l'anesthésie obtenue, lentement dégressive, jusqu'au seuil du réveil. Dans tous les cas, elle doit être régulièrement continuée. C'est cette régularité et cette progressivité lente dans les doses qui donnent des anesthésies parfaites, sans excitation, sans secousses, sans vomissements, sans alerte d'aucune sorte, avec un réveil rapide, suivant de quelques minutes l'acte opératoire.

Avoir vu ces anesthésies se répéter par milliers avec la même régularité, c'est plus qu'il n'en faut pour se convaincre de l'excellence de cet appareil.

Dans certains cas, la marche normale de l'appareil doit être modifiée. Chez l'enfant, il suffit de tourner l'écrou molleté d'un quart, d'un demi-tour, tout au plus. Et la dose d'entretien est toujours obtenue avec les quatre orifices ouverts. Mes collègues des hôpi-

taux d'enfants savent combien il faut peu de chloroforme pour endormir leurs petits malades.

Par contre, les alcooliques et certains malades réfractaires ne sauraient être anesthésiés par la méthode normale. Pour eux, il faut modifier la technique de la façon suivante :

Dès que le chloroformisateur voit que, malgré ses précautions, survient une période d'excitation qu'il ne peut éviter, et qui va s'accentuant, il convient de forcer vivement les doses, comme on le fait avec la compresse : c'est-à-dire oblitérer presque d'un coup les quatre orifices, et si la sédation ne vient pas de suite, abaisser encore le disque d'un ou de deux tours de vis. Très rapidement alors, le malade est sidéré, une respiration ronflante et sonore indique que l'anesthésie complète est subitement obtenue.

L'anesthésiste doit alors ouvrir un ou deux orifices d'air, remonter le disque à la hauteur normale (1 millimètre), et chercher la dose d'entretien qui chez certains alcooliques nécessite l'oblitération constante des quatre prises d'air.

Mais les mêmes règles générales président, encore dans ces cas, à l'administration de l'anesthésique : revenir toujours à la dose minima de chloroforme aussitôt que l'anesthésie vraie a été obtenue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 3 décembre 1906)

L'anthracose pulmonaire physiologique d'origine intestinale. — MM. Calmette, Vansteenberghe et Grysez. Depuis les travaux publiés par M. Calmette sur l'anthracose pulmonaire d'origine intestinale et sur la pénétration des poussières minérales et des microbes à travers les parois du tube digestif, un certain nombre d'auteurs ont confirmé ces résultats, d'autres, comme récemment Küss et Lobstein, ont déclaré ne pouvoir souscrire aux conclusions de M. Calmette.

Des expériences que M. Calmette vient d'exposer à l'Académie, il résulte que :

1° Les poussières colorées de dimensions suffisamment fines, introduites dans les voies digestives, traversent la paroi intestinale et, chez le cobaye adulte, sont rapidement transportées par les voies lymphatiques et sanguines jusqu'au poumon qui les retient plus ou moins longtemps dans son parenchyme;

2° Que l'ingestion de ces poussées colorées provoque chez le cobaye, déjà six heures après, l'apparition de taches anthracosiques constituées par des dépôts de granulations noires, surtout abondantes sous la plèvre viscérale ;

3° Que l'inhalation plus ou moins prolongée de ces mêmes poussières peut entraîner leur accumulation dans le pharynx, les bronches et les alvéoles, et produire des lésions anthracosiques différentes par leur aspect de celles qu'on obtient par l'ingestion.

4° Qu'en conséquence, à côté de l'anthracose d'origine respiratoire et purement mécanique, dont M. Calmette et ses collaborateurs n'ont jamais songé à nier l'existence, il faut admettre la réalité de l'anthracose physiologique d'origine intestinale.

Trypanosomiase. — M. Laveran fait connaître à l'Académie qu'une mission organisée par la Société de géographie de Paris vient de partir pour le Congo français à fin d'y étudier la maladie du sommeil.

Les membres de cette mission sont : MM. les docteurs Martin et Lebœuf, des troupes coloniales; M. Roubaud, agrégé des sciences naturelles, et M. Weiss, naturaliste.

Autres communications :

Prophylaxie du cancer glandulaire de la prostate. — M. Guépin.

Production en médecine des effets statiques par les résonnateurs à haute fréquence. — M. Guilleminot.

Chambre respiratoire calorimétrique. — M. Letulle et Mlle Pompilian.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 7 décembre 1906)

Syndrome radiculaire du membre supérieur d'origine pottique. — L. Lortat-Jacob et Laignel Lavastine. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, hospitalisée dans le service du professeur Landouzy. Avec les apparences de la santé elle se plaint d'avoir des douleurs intolérables et permanentes dans la région intervertébro- capulaire droite et dans une partie du bras et de l'avant-bras droits. Ces douleurs existent depuis quatorze mois, sont rebelles à tout traitement. Le bras ne présente qu'un léger degré de parésie ; il n'y a pas d'atrophie musculaire, pas d'inégalité pupillaire et on ne peut penser à la paralysie du plexus brachial.

L'inspection ne relève sur la colonne vertébrale aucune déformation appréciable. Seule la pression de la région intervertébro-scapulaire droite réveille les douleurs. L'exploration de la sensibilité montre une hypoesthésie occupant le domaine des racines cervicales inférieures, il y a même une bande manifeste d'anesthésie au bras représentant le trajet de la sixième cervicale. La ponction lombaire n'a pas révélé de lymphocytose. L'intensité des phénomènes radiculaires, l'absence totale d'hystérie, de syphilis et de toute autre cause de compression fait admettre qu'il s'agit d'une altération des sixième, septième et huitième cervicales par pachyméningite tuberculeuse, et la délimitation exacte de la région anesthésique, grâce à la recherche de la topographie radiculaire, pourrait permettre, au cas où la douleur resterait aussi intense et aussi persistante, d'indiquer la région précise où pourrait porter l'intervention chirurgicale.

Syndrome de Brown-Séquard par lésion de la moelle cervicale. — M. Ferrand présente un malade atteint de syndrome de Brown-Séquard cliniquement incomplet. L'hémiplégie motrice n'est pas absolue, mais l'anesthésie croisée est complète pour tous les modes de la sensibilité. De plus, il y a des troubles oculaires, iriens, une paralysie du muscle de Muller et de toute l'innervation sympathique de l'œil, en sorte que la fente palpébrale est rétrécie, ce qui simule le ptosis. La lésion qui explique tous ces phénomènes est une hémisection incomplète de la moelle cervicale, au niveau du centre cilio-spinal, produite par un coup de couteau.

Sur un syndrome d'hyposystolie hépatique chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Léon Pouliot (de Poitiers). Les éléments principaux de ce syndrome sont au nombre de trois :

L'augmentation de poids, un point douloureux épigastrique, des vomissements.

L'*augmentation anormale du poids* qui s'accompagne ou non d'œdèmes cliniquement appréciables, est due à la rétention chlorurée. Le *point douloureux épigastrique* n'est pas d'origine stomacale; il est dû à la stase hépatique, que l'on constate d'ailleurs au palper, et qui cause aussi par contre-coup les troubles gastrique et les *vomissements*. Ceux-ci se produisent en dehors des quintes de toux et en l'absence de toute lésion de l'estomac.

Accessoirement, il peut y avoir de la dyspnée et des troubles de l'élimination urinaire. Le cœur droit est dilaté; on entend parfois un souffle d'insuffisance tricuspidienne.

Grands et petits symptômes ressortissent à l'insuffisance cardiaque avec participation presque exclusive du foie. Il s'agit donc bien d'une crise d'hyposystolie.

Mais c'est là une conception analytique; en fait le tableau clinique est très différent de la grande asystolie hépatique de Hanot, que l'on sait d'ailleurs être l'aboutissant des scléroses pulmonaires.

C'est d'ailleurs surtout dans les tuberculoses fibreuses avec emphysème étendu, ou exceptionnellement dans les phtisies rapides que l'on observe le plus couramment notre syndrome. Après plusieurs crises frustes, on voit en général l'hyposystolie faire place à l'asystolie définitive; aussi le pronostic est-il très sombre, Par les cardiotoniques et en particulier la digitale, et par l'institution du régime lacté ou déchloruré, on arrive assez vite à arrêter vomissements et hépatalgie épigastrique en même temps que le malade reprend son poids normal.

Myxœdème acquis de l'adulte avec régression sexuelle à l'état prépubère. Infantilisme réversif de l'adulte. Dysthyroïdie et dysorchidie. — M. Gandy présente deux malades atteints d'un type particulier d'infantilisme qu'on peut, pour le distinguer de l'infantilisme ordinaire, qualifier de réversif. Ces deux hommes ont eu jadis, comme en témoigne leur photographie d'alors, les traits virils, la moustache développée, leurs fonctions sexuelles étaient normales, etc. Actuellement à quarante-six ans pour l'un, trente-trois ans pour l'autre, ces deux sujets ont des organes génitaux très atrophiés dans leur totalité : verge, scrotum, testicules, prostate; l'impuissance est chez eux absolue; les caractères sexuels secondaires (moustache, barbe, poils, axillaire, pubien, etc.), ont également disparu : bref ces deux individus sont redevenus comme à l'état prépubère. Ce sont de véritables infantiles, au point de vue sexuel du moins, car ni le squelette ni l'intelligence n'ont été modifiés.

Cet état est apparu respectivement à l'âge de vingt-neuf et trente-six ans; il a débuté sous forme de myxœdème, franc chez l'un, fruste chez l'autre. L'état myxœdémateux a disparu, laissant cette régression sexuelle et ces caractères d'infantilisme réversif.

Les faits de ce genre sont assez rares. Plusieurs fois, comme chez l'un de ces malades, la syphilis est signalée dans les antécédents. Au point de vue pathogénique il s'agit avant tout d'un trouble thyroïdien, mais il est possible que secondairement la dysorchidie joue un rôle dans la genèse de cet état.

Paraplégie par myélite traumatique. — M. Henri Lamy. Un individu vigoureux de trente-huit ans, porteur aux Halles, fait un jour une chute sur les genoux, en portant sur le dos une chute de 80 kilogs. Dans cette chute, le tronc entraîné par la charge est violemment porté en arrière. Le sujet éprouva pendant quelques instants de violentes douleurs accompagnées de crampes dans les membres inférieurs, puis il put se relever et marcher. Mais à partir de ce moment se développa progressivement une paralysie qui prit le caractère spasmodique et qui en l'espace de quelques mois devint très prononcée (clonus du pied et de la rotule, signe de Babinski bilatéral, réflexes tendineux violents, démarche spasmodique). Cette observation offre un double intérêt. Au point de vue pratique, il s'agit d'un accident du travail. La paraplégie spasmodique figure d'ailleurs dans les affections spinales post-traumatiques. Mais cet individu a eu des chancres sur la verge il y a quinze ans; on pourrait donc invoquer la syphilis en réduisant le rôle des traumatismes à celui de cause déterminante. Toutefois il y a une négation importante au diagnostic des syphilis médullaires, c'est l'absence de lymphocytose rachidienne.

Au point de vue théorique, si l'on accepte le diagnostic de myélite post-traumatique, il faut admettre que la moelle ait été soumise à une véritable élongation pendant l'extension forcée du rachis produite par la chute. Il ne saurait être question en effet, ni de compression, ni de contusion médullaire, et seule l'hypothèse d'élongation radiculaire paraît défendable. Cette hypothèse demanderait à être vérifiée par des recherches cadavériques, mais il est logique d'admettre que dans l'hyperextension du tronc les racines lombaires et surtout le tronc lombo-sacré exercent une traction sur la moelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1906)

Recherches sur les voies de la circulation veineuse intra-hépatique à l'aide des injections de masses gélatineuses colorées. — Pour MM. Brissaud et Bauer, la technique qui paraît donner les meilleurs résultats pour l'étude des voies de la circulation veineuse intra-hépatique, à l'aide des injections gélatineuses colorées, consiste à pratiquer les injections *chez l'animal vivant à sang incoagulable.* Ce procédé est de beaucoup préférable à l'emploi des injections de substances pulvérulentes.

A l'aide le leur technique MM. Brissaud et Bauer ont pu nier, dans un travail d'ensemble paru en avril dernier, l'indépendance vasculaire des lobes hépatiques, supposée par quelques auteurs. Le fait a été récemment confirmé par MM. Gilbert et Villaret.

D'autre part, les nombreuses injections gélatineuses, que MM. Brissaud et Bauer ont pratiquées sur l'animal vivant à sang incoagulable, leur ont fait voir que la masse, injectée en un point quelconque que du système veineux, avait tendance, sauf dans quelques cas particuliers, à se localiser principalement dans les voies sus-hépatiques.

Il ne s'agit là d'un phénomène agonique, ni d'une réaction de défense, car, lorsque l'injection est faite dans de bonnes conditions, même dans un foie isolé, pris sur un lapin sacrifié depuis près de vingt-quatre heures, on observe la même localisation.

Etude sur les constituants colloïdes du sang. — Le transport éléctrique du sérum. — Pour M. Iscovesco, on constate, en mettant du sérum longuement dialysé dans un champ électrique, qu'il contient deux sérum-albumines, différents quant au signe de leur charge électrique.

L'irrétractilité du caillot et sa production expérimentale par action directe sur les hématoblastes. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez, poursuivant leurs recherches sur les plaquettes, ont réussi à produire chez le cobaye, par injections répétées et massives d'hématoblastes isolés de lapin, un sérum anti-hématoblastique dont ils étudient aujourd'hui l'action sur la rétraction du caillot.

En recueillant du sang de lapin dans ce sérum anti-hématoblastique, on voit se former un caillot qui demeure, pendant quarante-huit heures et plus, absolument irrétractile. L'activité de ce sérum est telle qu'on peut obtenir l'irrétractilité avec une partie de sérum pour neuf parties de sang. Même expérience, faite avec un sérum normal ou avec un sérum hémolytique, ne donne pas d'irrétractilité.

L'injection au lapin de quantités relativement faibles de sérum anti-hématoblastique permet de reproduire le phénomène in vivo : le sang recueilli pendant les heures qui suivent l'injection, donne en effet un caillot qui demeure complètement irrétractile. On note pendant cette même période une disparition presque totale des hématoblastes du sang circulant. Ultérieurement rétractilité et hématoblastes reparaissent.

C'est donc la reproduction expérimentale rigoureuse de l'irrétractilité du caillot telle qu'on l'observe dans certaines formes de purpura, dans la variole hémorragique, l'anémie pernicieuse, etc., et en même temps une nouvelle démonstration de la relation étroite de cet état du caillot avec les modifications qualitatives et quantitatives des hématoblastes.

Corps thyroïde et tempérament. — MM. Léopold Lévy et Henri de Rothschild rapportent l'histoire d'une jeune fille de dix-sept ans qui, sous l'influence de 175 cachets de corps thyroïde, voit son tempérament changer complètement. En même temps qu'elle a légèrement fondu, s'est élancée, a le visage dégonflé, les traits précisés, les yeux brillants, plus d'expression, il se produit une transformation cérébrale surprenante. Elle, qui causait peu, était plutôt triste, constamment fatiguée, somnolente, peu appliquée, présente maintenant une sorte d'excitation, avec gaîté, rires explosifs, parfois fou rire. Elle est devenue causeuse, a une application au tra-

vail inusitée ; elle ne désire plus se coucher. Son sommeil moins long est un peu agité. Le pouls a oscillé entre 90 et 110.

Les auteurs montrent la ressemblance entre l'état actuel de la jeune fille et ce qu'on appelle le nervosisme. Certains états du nervosisme seraient dus à une hyperthyroïdation légère, spontanée, continue, avec paroxysmes. Ils montrent les changements de tempérament dus au corps thyroïde que produisent la grossesse, les menstrues, la ménopause, certaines infections, certaines médications.

Ils signalent l'instabilité thyroïdienne de certains sujets.

Hypertoxicité du sérum et hypertoxicité des urines dans un cas de coma diabétique. Importance de l'intoxication acide. — MM. Thiroloix et G. Rosenthal ont injecté aux animaux le sérum et les urines d'un malade atteint de coma diabétique. Le lapin a succombé à l'injection intraveineuse de 4 centimètres cubes de sérum par kilogramme. Mais le même sérum alcalinisé n'était plus toxique à 11 centimètres cubes par kilogramme. Le cobaye a supporté sans accident immédiat l'injection intrapéritonéale de 65 centimètres cubes d'urine par kilogramme (40 centimètres cubes pour 610 grammes). Ces résultats vérifient et complètent ceux obtenus précédemment par Roque, Devic et Hugounencq (*Revue de médecine*, 1892).

Les albuminoïdes du lait et la caséification. — Pour M. Couvreur : 1° Dans la coagulation du lait apparaissent des acides albuminoïdes; 2° comme les labs, des microbes tels que : colibacille, fermentation lactique, microbes de la présure, déterminent la coagulation avec formation de protéoses et même, parfois, de peptones. La protéose du lait peu frais doit avoir une origine microbienne; 3° la protéose se trouvant dans le lait peu frais avant la coagulation, il est peu probable que cette protéose provienne d'un dédoublement du caséinogène.

Action du nitrite d'amyle sur les muscles bronchiques. — Pour M. Doyon, le nitrite d'amyle détermine le relâchement des muscles bronchiques.

La coagulation du sang dans les états hémorragipares. — M. P.-Emile Weil a trouvé de façon constante dans 10 cas d'états hémorragipares primitifs ou secondaires, aigus ou chroniques, fébriles ou non, un retard notable de la coagulation, qui s'accomplit après sédimentation du cœur. Le retard étant désormais beaucoup moins marqué que dans l'hémophilie, ne s'observe habituellement que sur le sang veineux; mais on peut souvent le voir en miniature sur le sang digital. Diverses altérations du caillot, parfois mou, peu ou pas rétractile, accompagnent l'anomalie. L'adjonction de chlorure de calcium, de sérum frais, hâte la coagulation in vitro, mais le chlorure agit de façon plus marquée que le sérum frais, à l'inverse de ce qu'on voit dans les états hémophiliques. L'injection de sérum arrête souvent, diminue toujours les hémorragies chez l'homme, en même temps qu'elle arrête partiellement, mais jamais complètement, la vie de coagulation. Le sérum des purpuriques ne contient pas, semble-t-il, de substances anticoagulantes, le retard de coagulation résulte de lésions complexes du fibrinogène, des ferments thrombiques et des sels de chaux, qui mériteraient une étude chimique parallèle. Toujours est-il que le retard de coagulation est assez notable pour que généralement on puisse préparer du plasma par centrifugation, dont les caractères se montrent très analogues à ceux du sang total.

Autres communications :

Un cas de filaria loa, avec œdèmes intermittents, microfilaires dans le sang, l'urine de la salive; éosinophilie marquée. — MM. J. Livon et Pénaud.

Rapport entre les échanges phosphorés et les modifications du squelette chez les mâles castrés. — M. Saggio.

Limite de sensibilité dn dosage de l'indoscyte par la méthode de sulfonation. — MM. Maillard et Ranc.

Le cycle thermique mycthéménal chez les veilleuses dans leur service de nuit. — MM. Toulouse et Piéron.

Relations entre les variétés de parasites susceptibles de produire le muguet; variétés cliniques de ce dernier. — MM. Rajat et Péhu.

Passage de l'émulsine dans le suc pancréatique et dans la bile. — M. Stodel.

Sur les complexes colloïdaux d'albuminoïdes. — M. Mayer.

Au sujet de deux tumeurs de la base de la langue. — MM. Jacques et Hoche.

ANALYSES

LE BILAN ACTUEL DE LA VACCINATION ET DE LA SÉROTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

Il y a un an, à la dernière séance du *Congrès de la tuberculose*, Behring annonçait solennellement qu'il comptait être bientôt en mesure de combattre efficacement la maladie si redoutée, et qu'il possédait déjà un moyen d'assurer la *vaccination antituberculeuse du bétail*. Malheureusement, les affirmations de l'illustre savant n'ont pas été confirmées, et M. Moussu, qui vient de consacrer à ce sujet un article du *Recueil de médecine vétérinaire* (15 nov. 1906, p. 741), n'hésite pas à déclarer que la *méthode actuelle de bovovaccination antituberculeuse reste sans valeur pratique*. Contrairement à ce que l'on a dit et écrit, la retentissante expérience de contrôle connue sous le nom d'expérience de Melun ne nous donne en aucune façon la preuve de l'efficacité de la bovovaccination. On sait qu'elle a consisté à inoculer du bovovaccin à de jeunes animaux sains, puis à diviser ces animaux en trois lots : le premier, pour subir l'inoculation d'épreuve par la voie intraveineuse, le second, pour subir la même inoculation par la voie sous-cutanée, et, enfin, le troisième, pour subir la seule épreuve d'une importance réellement capitale pour la pratique : la contamination prolongée par cohabitation avec des sujets atteints de tuberculose ouverte. Or, chez les animaux des premier et deuxième lots, sacrifiés au bout de six mois, il a été facile de mettre en évidence des bacilles dans les ganglions thoraciques. *Il s'agissait là, évidemment, de bacilles de l'inoculation d'épreuve, qui, six mois après la vaccination, n'avaient pas encore été résorbés.* Or, comme l'effet des vaccinations s'affaiblit d'habitude au fur et à mesure que l'on s'éloigne du moment de la vaccination, il est loisible d'admettre que les bacilles pourront rester en vie latente jusqu'au moment où une dépression quelconque de l'organisme facilitera leur évolution. Quant aux animaux du troisième lot, une cohabitation d'un an les a rendus *tous* tuberculeux, c'est-à-dire que le résultat pratique du vaccin de Behring est nul. *La vaccination pratique du bétail contre la tuberculose n'est vraiment pas encore trouvée.* Et cette conclusion s'applique aussi bien aux recherches de Behring qu'à celle d'Arloing, de Koch et Schültze, de Lignières et de M. Moussu lui-même.

Quant à la *sérothérapie antituberculeuse*, elle s'est adressée d'abord au sérum d'animaux considérés comme réfractaires. Mais, à proprement parler, il n'y a pas d'animal absolument réfractaire à la tuberculose. Aussi a-t-on rapidement abandonné cette voie pour utiliser la tuberculine. On espérait que les injections de tuberculine, faites à doses progressivement croissantes à des animaux sains, ferait apparaître dans leurs humeurs un pouvoir antitoxique marqué, capable d'être utilisé dans le traitement de la tuberculose. Mais l'échec fut complet et absolu. On n'eut pas plus de succès en inoculant à des sujets d'expérience des bacilles aviaires ou des bacilles atténués, dégraissés, avirulents ou virulents de mammifères. MM. Lannelongue, Achard et Gaillard pensent avoir obtenu avec l'âne un sérum d'une certaine activité, mais leurs recherches ne paraissent pas avoir donné de résultats définitifs. M. Moussu, en cultivant le bacille de Koch *in vivo*, a cru également obtenir un sérum doué d'activité antituberculeuse, mais ses espérances ne se sont pas encore réalisées. On peut donc dire que, tant en ce qui concerne la sérothérapie que la vaccination, le traitement de la tuberculose reste encore à trouver.

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Oreille et encéphale. Etude d'anatomie chirurgicale (1), par R. Pérez.

Cet ouvrage est un grand atlas avec texte, qui intéressera au plus haut point tous ceux qui s'appliquent à la chirurgie otique et cranienne. Comme l'indique le titre de l'ouvrage, l'auteur ne fait pas de ses divers chapitres un exposé sèchement anatomique. Il mêle à ses descriptions, toutes les fois qu'il le peut, des réflexions cliniques et des déductions chirurgicales. Son texte, qui comprend 100 pages, est divisé en deux parties : étude descriptive de l'os temporal et de ses diverses parties. A propos de la portion squameuse, l'auteur décrit les petits canaux émissaires squameux sus et sous-zygomatiques qui sont les vestiges du foramen jugulare spurium et témoignent de la situation primitive un peu variable de ce trou. Il insiste sur la variabilité de la situation de la crête sus-mastoïdienne, qui est loin d'indiquer extérieurement la limite inférieure de l'étage moyen du cerveau. A propos de la mastoïde, M. Perez décrit les nombreux groupes de cellules mastoïdiennes, et montre comment anatomiquement, par la bulle ou le groupe sinuso-jugulaire, s'expliquent les troubles encéphaliques, cliniquement dénoncés par Moure, de la mastoïdite de Bezold, qui n'est point toujours la banale mastoïdite de la pointe fusant dans le cou. L'auteur donne une nouvelle topographie superficielle de la mastoïde qui a l'avantage d'attribuer au sinus latéral le trajet oblique qu'il a dans sa portion sigmoïde et d'établir combien est restreinte la zone de trépanation antrale. Il insiste beaucoup sur la situation variable du sinus.

Dans l'étude du rocher, il décrit longuement l'oreille interne, dont la chirurgie est récente, montre combien les vestibulites et les cochléites se compliquent facilement de méningite et indique en passant les épreuves cliniques de Stein utilisées pour explorer l'état de l'oreille interne.

Dans l'étude du plancher tympanique il consacre un petit chapitre à l'os de Piet, qui existe à l'état de bulle tympanique chez les animaux inférieurs et s'excave quand se forme le volumineux golfe de la jugulaire qu'il limite; il ferme la cavité tympanale en dedans de l'os tympanal dont il est distinct et contribue à former le golfe de la jugulaire, le canal carotidien et une partie du massif du facial. Pérez aurait vu une fois des sutures dentelées indiquer ses limites sur un rocher humain, et il a retrouvé son massif d'ossification dans la description déjà ancienne de Rambaud et Renaut.

Il étudie ensuite longuement la caisse du tympan et ses osselets, le canal de Fallope et le canal sinuso-jugulaire.

Dans sa seconde partie, M. Pérez étudie la topographie cranio-cérébrale en rapport avec l'otologie : méninges, dont l'exploration par la ponction lombaire est recommandée, cerveau, cervelet, avec les localisations nécessaires pour l'interprétation des lésions, et consacre un chapitre spécial au traitement des abcès encéphaliques.

De son atlas je ne saurais dire tout le bien que je pense. Il compte 22 planches, dont quelques-unes contiennent plusieurs figures. Toutes ces figures sont de véritables œuvres d'art. Nous ne sommes point habitués en France à ces jouissances d'art données par les livres scientifiques édités luxueusement en Amérique. Un tel souci de l'art, s'il fait l'éloge de l'auteur, fait aussi celui de l'imprimeur Coni, qui publie l'ouvrage. Il eût été dommage de gâter les figures par des annotations et l'auteur, respectueux de l'exactitude scientifique comme de l'esthétique, a mis en regard des calques linéaires portant toutes les indications de détails. Je ne puis mentionner toutes les figures ni tout ce qu'on peut retirer de leur étude attentive. Une planche est consacrée à la variabilité de direction et de situation de la crête sus-mastoïdienne, une autre aux variations de profondeur de la portion sigmoïde du sinus latéral. De nombreuses coupes frontales passant par les conduits auditifs, interne ou externe, horizontales passant par l'épine de Henle ou à son voisinage, sagittales passant par la mastoïde, permettent d'étudier les cavités du rocher dans tous les sens. D'autres coupes sont faites sur des rochers antrotomisés ou évidés pour montrer les rapports de ces cavités chirurgicales. D'autres montrent après résection de la paroi osseuse les rapports avec le cerveau, cervelet et sinus. Le chirurgien et l'anatomiste pourront étudier avec profit les coupes de tête entières, frontales ou sagittales, latérales. Elles sont de toute beauté et du suprême intérêt.

En un mot, ce livre est un ouvrage de fond que beaucoup pourront consulter avec fruit et je souhaite qu'il trouve auprès des anatomistes, des chirurgiens et des auristes, et auprès de ceux qui aiment la beauté dans l'exactitude, le succès qu'il mérite. Chevrier.

(1) In-8. — Buenos-Aires, Coni, édit.

FORMULAIRE

GARGARISME AU CYANURE MERCURIEL (Parent).

Cyanure de mercure....	5 décigrammes.
Décoction de guimauve.	500 grammes.

Faites dissoudre; à employer contre les ulcérations syphilitiques de la cavité buccale. Gargariser cinq ou six fois par jour (ne pas avaler). [*Nouveaux remèdes.*]

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1906.) Concetti : Appendicite avec symptômes à gauche. — Araoz Alfaro : Lutte sociale contre le rachitisme. — Decherf : Etat hygométrique du choléra infantile. — Mario Flamini : Septicémie des nouveau-nés avec ictère.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, n° 21, 22 nov. 1906.) Pierre Janet : Les symptômes principaux de l'hystérie (*suite* des nos 17, p. 459; 18, p. 502; 19, p. 531; 20, p. 563). — Max Böhm : Etiologie de l'affection dénommée scoliose habituelle de l'épine dorsale (avec 33 fig. et radiographies). — George G. Sears : Ponction exploratrice du péricarde, avec la relation de trois observations récentes.

Medizinische Blatter. — (N° 46, 17 nov. 1906.) Brühl : Traitement de la tuberculose du larynx dans les sanatoriums. — Piket : Action de la réguline sur l'activité de l'intestin.

Medical Record. — (Vol. LXX, n° 19, 10 nov. 1906.) Pottenger : Plaidoyer pour un traitement plus rationnel de la tuberculose. — Robert Richardson : La neurasthénie. — John Shoemaker : L'électricité dans le traitement des maladies. — Bastedo : Paralysie gastrique post-opératoire; dilatation aiguë de l'estomac. — W. C. Abbott : Importance capitale de la conception des vaso-moteurs et utilisation de leur fonction pour réaliser de meilleurs effets thérapeutiques. — Albert Bardes : Syphilis des fosses nasales. — Eugène Eising : Endartérite oblitérante localisée aux vaisseaux de la cuisse avec gangrène du pied. — Spivak : Emploi de l'oxygène dans l'asphyxie des nouveau-nés. — (N° 20, 17 nov.) Clarence King : Chorée héréditaire. — Silvio von Ruch : Moyens de défense naturels de l'homme contre la tuberculose. — Taylor : Plaidoyer pour l'intervention chirurgicale précoce dans les infections pelviennes. — Charles Lester Leonard : Résultats de la radiothérapie. — Wilhers : Relation d'un cas de fièvre cérébro-spinale. — Dudley Morgan : Quand faut-il employer les médicaments dans la pneumonie?

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 20 nov. 1906.) Cloetta : Sur l'action cumulative de la digitale. — Hamburger : Sur l'action superficielle du choc de la percussion. - Lichtenberg : Contribution expérimentale à la question de l'apparition de la pneumonie après la narcose. — Schmieden : Sur la cirrhose du pancréas. —

Blum : Sur l'importance diagnostique de l'angine ulcéreuse typhoïdique. — Goett : Sur les résultats remarquables de l'examen du sang chez les nerveux. — Weber : Les chambres d'isolement des petits hôpitaux. — Lameris : Ankylose congénitale des articulations des doigts. — Goldflam : Un cas d'ankylose congénitale et familiale des doigts. — Franze : Sur la technique de l'orthodiagraphie. — Jung : Les idées de Freud sur l'hystérie. — Riehl : Spirales de l'asthme macroscopique.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 46, 18 nov. 1906.) Bela von Imredy : Diagnostic précoce des maladies de l'estomac. — Schwartz : Pourquoi abstinence et non tempérance ?

Revue de la tuberculose. — (N° 5, oct 1906.) P. Carnot : L'obésité, les adiposes locales et les stéatoses viscérales tuberculeuses. — P. Laurens : La tuberculose des fosses nasales.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. — (Déc. 1906.) Broca et Dupont : Kystes uniloculaires des mâchoires, dents incluses, carie pénétrante. — Vieillard et Le Mée : Oblitération congénitale de l'œsophage. — Armand-Delille et Genévrier : Un cas de tétanos consécutif à des engelures ulcérées.

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1906.) Ch. Sauvineau : La mydriase hydrique n'existe pas. — Noïca : A propos d'un cas d'aphasie tactile. — Alfred Gordon : Preuves anatomiques de la valeur du réflexe paradoxal.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 DÉCEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gaucher, Teissier et Legry ; — (2e série) : MM. Roger, Claude et Marcel Labbé ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 18 décembre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, Albarran et Faure ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Thoinot et Carnot ; — M. Dupré, suppléant.

Mercredi 19 décembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Sébileau et Cunéo.

2e : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Retterer, Legueu et Potocki ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Legry ; — M. André Broca, suppléant.

Jeudi 20 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Thiéry et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Raymond, Thiroloix et Maillard.

2e : MM. Retterer, Langlois et Desgrez.

3e (1re partie, oral) : MM. Budin, Launois et Morestin.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez ; — M. Dupré, suppléant.

Vendredi 21 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 22 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Poirier et Faure.

2e : MM. Gley, Launois et André Broca.

3e (2e partie, oral) : MM. Raymond, Thiroloix et Carnot.

4e : MM. Robin, Gilbert-Ballet et Langlois ; — M. Vaquez, suppléant.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bourses de doctorat. — L'article 5 de l'arrêté du 15 février 1900 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

« Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de soixante-quinze points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de quatre-vingts points au moins audit certificat. »

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

THÉRAPEUTIQUE

L'UTILITÉ DES ALCALINS DANS L'ALIMENTATION INFANTILE

Depuis déjà longtemps, on sait que la réaction générale des liquides et tissus de l'organisme est une réaction alcaline. Seuls, le suc gastrique, la sueur et l'urine possèdent une réaction acide. Et encore, est-il vrai d'ajouter que la sueur et l'urine sont, en quelque sorte, des liquides excrémentiels, contribuant par suite à débarrasser l'économie de ses déchets. En réalité, il n'existe donc qu'un seul liquide à réaction acide : le suc gastrique.

Normalement la réaction alcaline de l'organisme est maintenue constante grâce aux sels introduits avec les aliments et, parmi eux, les sels de potasse et de soude sont les plus importants. Tandis que les sels de potasse se fixent de préférence sur les éléments solides, les sels de soude restent en solution dans les liquides de l'organisme et, sous la forme de carbonate et de bicarbonate de soude, assurent l'alcalinité du milieu intérieur dont nous venons de parler. L'utilité de cette réaction et de sa constance sont aujourd'hui choses connues et expliquées. On sait, en effet, que l'alcalinité maintient les albumines en solution, fluidifie le sang, facilite par suite les oxydations, et vient enfin neutraliser les corps à réaction acide introduits dans notre économie ou provenant soit de combustion incomplète, soit de fermentations anormales.

Il est inutile d'insister sur les merveilleux résultats obtenus par les alcalins dans cette classe si nombreuse des maladies causées, comme l'a démontré Bouchard, par un ralentissement de la nutrition.

Nous allons avoir une nouvelle preuve de leur utilité en examinant rapidement ce qui se passe en général dans l'alimentation des enfants du premier âge. Pour cela, à un point de vue très particulier, comparons l'allaitement naturel et l'allaitement artificiel, c'est-à-dire le lait de femme et le lait de vache.

Dans l'allaitement au sein, l'enfant prend un aliment préparé pour lui, de digestion facile, dans lequel le rôle des microbes est nul. Au contraire, dans l'allaitement artificiel, on donne un aliment de composition toute différente du précédent, renfermant entre autres le double d'albuminoïde, et qui, pis est, d'une matière albuminoïde de digestion difficile. Tandis que la caséine du lait de femme se coagule en petits flocons, que les diastases protéolytiques liquéfient avec facilité, la caséine du lait de vache se coagule en magma de gros flocons que les sucs digestifs n'arrivent qu'imparfaitement à solubiliser.

Examinons maintenant la réaction des deux laits considérés : l'un, le lait de femme, possède au tournesol une réaction alcaline que l'on peut évaluer environ à 0 gr. 300 de soude par litre ; à la phtaléine il présente une réaction très légèrement acide, voisine de 0 gr. 150 d'acidité en acide lactique par litre. Au contraire, le lait de vache est neutre au tournesol, et présente à la phtaléine, aussitôt après la traite, une réaction très nettement acide égale au moins à 1 gr. 500 d'acide lactique par litre (soit dix fois plus que le lait de femme). Et il est nécessaire d'ajouter que nous considérons ici le lait de vache fraîchement trait. Or, on sait qu'après la traite, le lait toujours ensemencé de ferments apportés par l'air, les récipients, etc., ne tarde pas à se modifier.

Parmi ces ferments, les bactéries lactiques sont les plus communes, et sous leur influence le lait voit très rapidement son acidité augmenter, une partie du lactose se transformant en acide lactique. Cette transformation lente aux basses températures est rapide en été ou à la chaleur des appartements et, en moins d'un jour, l'acidité passe avec facilité à 3 et 4 grammes d'acide lactique par litre.

On peut entrevoir les multiples inconvénients de ce qui précède, surtout dans les grandes villes où, quelle que soit la saison, la distribution du lait n'a lieu qu'une fois par jour en général.

Tout ce que nous venons de dire nous mène à comprendre les bons résultats obtenus par l'addition au lait de vache d'une petite quantité de bicarbonate sodique. L'action bienfaisante de ce sel, dans le cas qui nous intéresse, est, hâtons-nous de le dire, depuis longtemps connue.

Nous pouvons lire, en effet, dans le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de Trousseau et Pidoux, le passage suivant :

« Dans le service de nourrices et d'enfants à la mamelle que l'un de nous dirigeait à l'hôpital Necker, nous avions l'habitude de faire mettre, dans tout le lait que l'on donnait aux enfants, 0 gr. 50 de bicarbonate de soude par litre. Cette précaution a deux avantages : celui d'abord d'empêcher le lait de se caillebotter, ce qui arrive facilement dans l'espace qui s'écoule entre la distribution du jour et celle du lendemain, et celui, ensuite, de neutraliser en partie la quantité considérable d'acides qui se développent dans le canal alimentaire des enfants, qui sont soumis chez eux, et, quelquefois même, à l'hôpital, à un détestable régime. Grâce à ces soins, la diarrhée si fatale aux petits enfants, surtout dans les établissements où ils sont réunis en grand nombre, se rencontrait moins souvent qu'ailleurs à l'hôpital Necker. »

Donc, pour nous résumer : les alcalins sodiques ajoutés au lait de vache amèneront la réaction de ce produit à l'alcalinité au tournesol du lait de femme ; ils permettront la conservation du lait d'un jour à l'autre ; grâce à eux la digestion, souvent si imparfaite du lait de vache, deviendra presque normale, et les multiples inconvénients de l'allaitement artificiel disparaîtront en grande partie.

L'addition de bicarbonate alcalin, qui en apparence paraît donc très simple, n'est pas sans présenter quelques difficultés dans la pratique, surtout entre des mains mercenaires. Aussi deux moyens devront être utilisés de préférence : l'emploi de l'*eau de Vichy* ou celui des *Comprimés-Vichy-Etat* si connus aujourd'hui.

Les *Comprimés-Vichy*, par leur faible volume et leur dosage rigoureux, atteindront on ne peut mieux le but. Indépendamment des bicarbonates alcalins, ils contiennent, comme l'eau de Vichy-Etat qui sert à les préparer, une petite proportion d'autres sels minéraux qui auront leur effet salutaire.

LA MÉDICATION CHOLAGOGUE. LES GRAINS DE VALS

La médication cholagogue, si en honneur dans la médecine traditionnelle de nos ancêtres, puis un peu délaissée par les cliniciens du XIXe siècle, a repris une vogue nouvelle pendant ces dernières années.

Cette faveur, à notre avis méritée, est due à l'introduction de nouveaux agents importés d'Amérique et qui, chose bizarre, ont été surtout préconisés au début par les médecins homœopathes.

Parmi ces substances, les unes sont déjà populaires en France, telles que la *podophylle* et le *Cascara sagrada ;* les autres ne sont connues et appréciées que par quelques rares praticiens, telle est la *Bourdaine* ou *Rhamnus Frangula*, dont l'action sur la sécrétion biliaire n'a été signalée que pendant ces dernières années.

Il importait d'associer ces diverses substances, dont les unes sont franchement purgatives et les autres simplement cholagogues ; c'est ce qui a été fait dans la préparation prescrite journellement par les médecins sous le nom de *Grains de Vals.*

Le produit utilisé dans la préparation de ces *Grains* est retiré de deux *Rhamnus* purgatifs : le *Cascara sagrada (Rhamnus prushiana)* et la *Bourdaine* ou *Frangule (Rhamnus frangula).*

Ces plantes sont traitées d'après la méthode du professeur T.-L. Phipson, publiée par lui dans le *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles* de Bruxelles.

Le produit obtenu se présente sous la forme d'une substance jaunâtre, cristalline, définie, et est employé à la dose de 25 milligrammes par pilule.

Le Podophyllin, *entièrement soluble dans l'alcool*, est retiré du *Podophyllum Peltatum* d'Amérique par un traitement à l'alcool bouillant et par un procédé spécial (le Codex indiquant le traitement à l'alcool froid). La dose est de 15 milligrammes par pilule.

Cette formule montre tous les avantages que la médecine peut retirer de l'association des purgatifs et des cholagogues ; elle explique aussi le succès obtenu par ce précieux instrument thérapeutique dans les nombreuses affections de l'estomac, du foie et de l'intestin, justiciables de la médication laxative et dépurative.

N° 142. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. JEUDI 13 DÉCEMBRE 1906. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

PRIX NOBEL. — Lundi soir, la distribution solennelle des prix Nobel a eu lieu à Stockholm. Le roi de Suède a remis à chacun des lauréats présentés ou représentés un diplôme, une médaille d'or et un chèque de 191 480 francs, montant du prix.

Aux prix de médecine qui sont attribués, comme nous l'avons déjà annoncé, aux professeurs Golgi (de Pavie) et Ramon y Cajal (de Madrid), il faut ajouter : prix de chimie, M. Henri Moissan (de Paris); prix de physique, le professeur John Thomson (de Cambridge); prix de poésie, M. Giosué Carducci (de Bologne); prix de la paix, M. Th. Roosevelt, président des Etats-Unis d'Amérique.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — A la suite de la réunion organisée lundi soir par l'Association corporative des étudiants en médecine, pour discuter au sujet du certificat d'études médicales supérieures et de la réforme des études, l'ordre du jour a été voté par acclamation :

« Les médecins praticiens et les étudiants en médecine, réunis au nembre de mille environ à l'hôtel des Sociétés savantes le 10 décembre 1906, sous la présidence du docteur Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux de France, assisté des docteurs Reymond, Piètre, sénateurs; Dubuisson, député; Marcel Durand, conseiller général de la Seine, se déclarent résolus à poursuivre énergiquement la campagne engagée pour obtenir :

1° La suppression pure et simple du décret du 25 juillet 1906 instituant le certificat d'études médicales supérieures;

2° La nomination d'une commission de réforme des études médicales composée par moitié de médecins praticiens et d'étudiants membres de groupements médicaux et moitié de professeurs de facultés de médecine; félicitent le docteur Marcel Durand de son heureuse initiative au Conseil général de la Seine et s'unissent à lui pour demander la liberté absolue du stagiaire de choisir son stage parmi tous les services des hôpitaux de Paris.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux.* — Le bureau qui vient d'être renouvelé pour 1907 est ainsi composé : président : M. le docteur L. Hirigoyen; vice-président : M. le docteur Courtin; secrétaire : M. le docteur W. Dubreuilh.

— LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Péhu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 11 décembre 1906, la chaire de médecine légale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la mutualité aux personnes dont les noms suivent :

Mention honorable. — M. le docteur Rossi (d'Embrun).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Charles (de Pitou), et Maugue de Martres (de Veyres).

Médaille d'argent. — M. de Nidergang trésorier, de la Société de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin français à Belfort.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — A la suite des examens qui ont eu lieu les 19 et 20 novembre courant, ont été proposés à M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. les docteurs Alombert-Goget, Beck, Cans, Chaunac, Chappat, Cholet, Délézinier, Drevon, Even, Galangau, Galen, Jaubert, Laporte, Leuthreau, Longpretz, Maire, Meynet, Paupe, Péraldi, Pilleboue, Porte, Pravaz, Quincieu, Roque d'Obcastel, Solari, Suzanne.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE. — On signale à Mende, une épidémie de fièvre typhoïde atteignant à la fois la population civile et la garnison.

LA LUTTE CONTRE L'ABSINTHE. — M. Breton vient de déposer sur le bureau de la Chambre un projet de loi ayant pour objet l'interdiction de la fabrication et de la vente des essences et liqueurs à base d'absinthe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Paul Breuils (de Marseille), Jacques Charasse (de Lyon), Guillain, médecin-major en retraite; Labadie de Lalande (de Beaurech).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur Lejars, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, a commencé et continuera tous les mercredis, à dix heures et demie, des leçons cliniques.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 22 décembre 1906, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 7 janvier 1907.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PLEURÉSIES HÉMORRAGIQUES AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

SYPHILIS OU BACILLE D'EBERTH?

Par L. BÉRIEL,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon, Préparateur à la Faculté.

Les recherches récentes, et plus particulièrement celles de ces six dernières années, nous ont bien fait connaître les pleurésies survenant au cours de la fièvre typhoïde, à son déclin ou pendant sa convalescence. Tous les auteurs ont insisté sur la variabilité de la nature du liquide, au cas de pleurésie avec épanchement, tantôt séro-fibrineux. tantôt hémorragique (1), ou enfin purulent, il montre souvent, chez un même malade, ces divers aspects successifs, au cours de son évolution. Le cas le plus démonstratif à cet égard est celui de M. Chantemesse (2), dans lequel le liquide, d'abord hémorragique, devint ensuite purulent pour se montrer à nouveau sanguinolent avant de disparaître.

La fréquence considérable du caractère hématique n'est plus à remarquer; elle est connue depuis longtemps. Sur les deux cas par exemple que citait M. Achard dans une leçon clinique (3), deux fois le fait fut constaté. Sur les trois observations présentées par MM. Widal et Merklen (4), le liquide s'est montré primitivement ou secondairement hémorragique dans deux cas. Ce sont là simplement des exemples de cette éventualité que signalait déjà M. Dieulafoy dans son étude des pleurésies hémorragiques (5).

Ce caractère n'apporte aucune modification à la symptomatologie, ni à l'évolution du processus. Il semble cependant qu'il doive faire naître un doute de plus, dans beaucoup de cas, sur la possibilité d'une étiologie associée dans la production de la pleurésie.

Nous avons appris à connaître l'association fréquente d'infections diverses avec la fièvre typhoïde, et particulièrement l'association de la tuberculose. L'antagonisme du bacille d'Eberth et du bacille de Koch doit être complètement rejeté (Arloing et Dumarest); de nombreux faits cliniques ont prouvé l'existence de pleurésie tuberculeuse à l'occasion de dothiénentérie (Josserand, Descos, J. Courmont, etc.).

MM. Barjon et Lesieur (6) viennent de rapporter une intéressante observation de pleurésie typhique de nature éberthienne, appuyée sur des recherches précises de laboratoire; ils ont à nouveau insisté, à son propos, sur la difficulté qu'il y a même après les examens cytologiques, bactériologiques, etc., à préciser la nature de ces épanchements. Ils sont dus comme l'on sait, soit au bacille d'Eberth, soit à des microbes associés, dont le bacille de Koch est le plus important.

Ceci nous engage à publier l'observation suivante : les conditions dans lesquelles le malade a pu être observé, en dehors d'un service hospitalier et sans la possibilité d'examens complets par les méthodes de laboratoire, ne nous permettent point d'en tirer des conclusions absolues. Mais telle qu'elle est cette relation clinique peut présenter quelque intérêt, elle montre la possibilité d'entrevoir l'association d'atteintes syphilitiques et éberthiennes, et ensuite au moins la discussion.

Observation. — M. C..., vingt-quatre ans, industriel, voyage beaucoup (1).

Très bonne santé habituelle. Un peu d'éthylisme professionnel.

En février 1903, accident primitif traité immédiatement. Le malade prit pendant trois mois et demi des pilules de Dupuytren, puis cessa à peu près tout traitement bien qu'il eût encore fréquemment des accidents du côté de la bouche; c'est d'ailleurs un grand fumeur.

Les premiers malaises de la dothiénentérie ont débuté vers le 25 octobre : à cette époque, il voyageait depuis trois semaines dans le Midi de la France. Revenu chez lui le 29, il est vu par le médecin de sa famille le même jour; le 31, est posé le diagnostic de fièvre typhoïde, et les bains sont aussitôt institués.

Le *27 novembre*, on constate une *pleurésie gauche* très nette, mais avec probablement peu de liquide; il n'y a pas de déplacement du cœur, la dyspnée est assez vive. On interroge alors à nouveau les antécédents héréditaires et personnels du malade, on ne peut trouver aucun indice de tuberculose. Lui-même est un jeune homme très vigoureux.

Les bains sont supprimés et on applique un topique.

Le *10 décembre*, on est amené à faire une ponction; depuis quelques jours la température a pris un type à grandes oscillations, on craint la suppuration. D'autre part, les signes physiques sont ceux d'un épanchement des plus nets, mais peu abondant. Rien aux sommets, pas d'expectoration.

La *ponction* permet de retirer 200 grammes d'un liquide absolument hémorragique; c'est presque du sang pur.

Le *17 décembre*, les signes physiques persistent, mais sont moins étendus. Par une deuxième ponction, on ne retire que 20 centimètres cubes de liquide toujours hématique.

Quelques jours après, la température tombait; le malade devint complètement apyrétique pendant deux jours, puis il se fit une rechute typique qui dura deux semaines; au cours de celle-ci la résorption de l'épanchement se fit progressivement, même assez vite, comme si le malade n'était pas en puissance de dothiénentérie.

Diverses notes furent prises au cours de la maladie concernant les urines, le pouls, etc.

Urines. — Vingt examens furent faits en raison de l'albumine. Celle-ci exista en quantité notable au début, puis disparut totalement au bout du cinquième jour. Elle reparut, en petite quantité d'ailleurs, au moment de la rechute, mais non au moment de la pleurésie.

(1) Il est manifeste, ainsi que l'a indiqué M. Widal, que le caractère sanguinolent est souvent dû à la ponction elle-même, en raison de la petite quantité de liquide habituelle. Cependant il est incontestable que nombre de pleurésies typhiques sont d'elles-mêmes hémorragiques.

(2) Chantemesse.

(3) Achard. Pleurésies typhoïdiques, *Semaine méd*,, 19 oct. 1898, p. 417.

(4) Widal et P. Merklen. *Compte rendu de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1900, p. 925.

(5) Dieulafoy. *Gaz. hebd.*, 1887.

(6) Barjon et Lesieur. Pleurésie éberthienne au cours de la fièvre typhoïde, *Lyon méd.*, 1906, vol. CVII, p. 861.

(1) Malade observé par notre maître, M. le professeur agrégé Devic.

Jamais de sucre.

La diurèse a été très abondante pendant toute la période où les bains ont été appliqués.

Diarrhée. — Elle exista seulement au début, et fut très légère. Pendant toute la durée de la fièvre, il y eut au contraire une constipation assez opiniâtre.

Pouls. — Un peu accéléré pendant toute la durée de la période fébrile. A varié de 100 à 110. Peu dicrote, régulier.

Dès que la température est devenue normale, le malade a eu pendant plusieurs semaines une tachycardie des plus marquées. Pendant le mois de février 1904, le malade avait au repos, en dehors de toute influence émotive, plus de 100 au pouls.

Bains. — Les bains ont été donnés régulièrement de 20 à 24 degrés pendant la fièvre, à 30 degrés pendant la rechute. Ils ont toujours été bien supportés, il n'y a pas eu d'incidents, sauf une dyspnée très vive au moment où la pleurésie apparut. Ces bains, de quinze minutes de durée, ont toujours été bien supportés. Les quelques bains donnés pendant la rechute, au moment où persistait encore la pleurésie, sur son déclin, n'ont même pas fait tousser le malade.

Les *taches rosées* ont été apparentes pendant toute la maladie, très nettes, mais plus abondantes encore pendant la rechute.

Le malade fut revu à plusieurs reprises dans les mois qui suivirent sa guérison. En février, les signes de pleurésie avaient complètement disparu; la radioscopie, faite par le docteur Destot, permit de constater qu'il n'y avait aucune différence entre les deux bases, toutes deux très claires. Dix-huit mois après, en septembre 1905, la guérison complète s'était maintenue; il n'y avait jamais eu de toux; l'augmentation de poids était considérable.

Le malade n'a avoué la syphilis qu'au moment où il a été guéri, de sorte qu'aucune médication spécifique n'a été instituée pendant le cours de la maladie.

Pleurésie syphilitique ou pleurésie éberthienne? Ainsi pourrait être formulée l'interrogation qui vient à l'esprit devant cette observation.

I. L'absence de recherches bactériologiques, de l'examen de l'agglutination, etc,, ne peut permettre des conclusions précises. Rappelons cependant que même la constatation du bacille d'Eberth n'empêche pas de soupçonner une cause différente pour la pleurésie. Les cas de Kelsch (1), de Charrin et Roger (2), Josserand et Courmont (3) en sont la preuve. Dans celui de Charrin et Roger il s'agissait d'un épanchement hémorragique contenant de l'Eberth, avec des lésions tuberculeuses des poumons.

L'aspect clinique est cependant, dans notre cas, celui que l'on observe habituellement dans ces pleurésies typhoïdiques : épanchement gauche, pas très abondant, apparaissant dans la période du déclin et prolongeant le cycle thermique; guérison spontanée et durable. Mais ces caractères ne sont pas, loin de là, pathognomoniques des épanchements éberthiens.

Il convient de noter d'ailleurs que l'atteinte pleurale, chez notre malade, a chevauché sur les divers épisodes de la fièvre typhoïde, alors qu'au contraire d'autres manifestations (taches rosées, albuminurie) ont évolué parallèlement à la fièvre et à sa rechute.

II. D'autre part, ce malade est syphilitique : la contagion n'est pas très éloignée (huit mois); certes il ne présente plus, au moment même de sa maladie, d'accidents vénériens évidents, mais il a eu, il y a peu de temps, des lésions buccales de longue durée.

A vrai dire, les réactions pleurales précoces de la syphilis (1) évoluent souvent sous forme de pleurésie sèche, ou quelquefois avec un épanchement sérofibrineux et les pleurésies hémorragiques, quoique certaines, sont au total assez rares. Elles s'accompagnent généralement d'accidents cutanés ou muqueux concomitants. Dans le cas rapporté par M. Dieulafoy (2), un jeune homme de vingt ans, porteur d'une pleurésie sèche, « était en pleine éruption de roséole syphilitique. » Mêmes signes chez la malade de MM. Chantemesse et Widal (3) : c'est la « pleurésie syphilitique du stade roséolique ».

Quant aux pleurésies tardives, elles s'associent généralement à des lésions pulmonaires et les observations en sont exceptionnelles, tout au moins celles qui déterminent un épanchement appréciable. Nous rappellerons simplement le cas de Balzer (4) et celui de M. Dieulafoy (5) : tous présentèrent un liquide sanguinolent.

On dut donc hésiter, dans notre observation entre la pleurésie syphilitique et une pleurésie sans doute éberthienne; on ne peut avec toute certitude éliminer le bacille de Koch : les observations récentes et les recherches déjà citées de Josserand, Courmont, etc., nous engagent à être prudents dans la détermination de la nature de tels épanchements. Les probabilités cependant (antécédent, évolution à longne distance) plaident contre la pleurésie tuberculeuse. Ce cas n'est qu'une preuve nouvelle de la complexité des pleurésies au cours de la fièvre typhoïde, étudiées au point de vue de leur nature.

(1) Kelsch. *Semaine méd.*, 1892.
(2) Charrin et Roger. Soc. méd. des hôpit., 17 avril 1891.
(3) Josserand et Courmont. Fièvre paratyphoïde compliquée de pleurésie tuberculeuse, *Lyon méd.*, 1906, vol. CVI, p. 1135.

(1) Chantemesse et Widal. Soc. méd. des hôpit., 10 avril 1890; — Rochon. Th. de Paris, 1893; — Dieulafoy. *Manuel de pathol. int.*, 1894 et 1904; — Ravaut. Th. de Paris, 1901.
(2) Dieulafoy. *Manuel de pathol. int.*, 1904, I, p. 612.
(3) Chantemesse et Widal. Loc. cit.
(4) Balzer. In Th. de Jacquin.
(5) Dieulafoy. Loc. cit., p. 616.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1906)

M. Motet, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés en 1906.

Il termine son rapport par un hommage rendu à chacun des membres disparus : Magnin, Colin, Josias, Brouardel, Bunder, et il souhaite la bienvenue aux nouveaux élus : MM. Widal et Kaufmann.

La parole est donnée ensuite à M. Jaccoud, secrétaire perpétuel, qui prononce avec son talent habituel et le secours seul de sa merveilleuse mémoire l'éloge de Nocard. Il rappelle ses nombreux travaux, ses importantes découvertes, les services immenses qu'il a rendus à son pays.

PRIX DÉCERNÉS EN 1906

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Pathogénie des œdèmes pulmonaires.* — Le prix n'est pas décerné.

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (800 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Paul Gauchery (de Paris), dont nous avions le regret d'annoncer la mort, il y a quelques jours.

Prix Apostoli (600 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention honorable à M. le docteur E.-Albert Weill (de Paris).

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de 24 000 francs de rente). — L'Académie accorde à titre d'encouragement : 1500 francs à M. le docteur A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, et M. C. Guérin, chef de laboratoire audit Institut; 1 500 francs à M. H. Vallée, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort; 500 francs à M. le docteur Paul Halbron (de Paris); 500 francs à M. le docteur Paul Juillerat, chef de bureau à la Préfecture de la Seine. Des mentions très honorables sont accordées à : MM. les docteurs Carl. Spengler (de Davos, Suisse); A. Chuquet, médecin consultant, à Cannes; J. Dupuy, directeur de la IVe circonscription sanitaire maritime, à Saint-Nazaire; Ch. Lesieur (de Lyon); Paul Radiguer (de Paris); Albert-C. Tartarin, médecin consultant, à Menton, et Ch. Vigné, médecin sanitaire au Havre.

Prix Baillarger (2000 francs). — Prix non décerné.

Prix Barbier (2 000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde des mentions honorables avec une somme de 500 francs à M. J.-V. Detroye, médecin vétérinaire de la ville de Limoges; MM. les docteurs L. Bérard et M. Patel, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lyon, et Bruno-Galli-Valerio, professeur à l'Ecole de médecine de Lausanne.

Prix Charles Boullard (1 200 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Roger Mignot, médecin de la maison nationale de Charenton; E. Schrameck, chef de laboratoire d'ophtalmologie à la clinique des maladies mentales, et M. L. Parrot, interne à la maison nationale de Charenton.

Prix Mathieu Bourceret (1200 francs). — Le prix est décerné à Mlle Anna Drzerwina, docteur ès sciences naturelles à Paris.

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Maurice Nicloux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Campbell-Dupierris (2 300 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs J. Castaigne et F. Rathery (de Paris).

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *Etudier les dégagements gazeux fournis par les principales sources du groupe sulfureux des Pyrénées.* — L'Académie décerne le prix à M. Charles Moureu, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Paris

Prix Marie Chevallier (6 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs L. Nattan-Larrier (de Paris), et Louis et Paul Murat (d'Antibes).

Prix Chevillon (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Cavaillon, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *De l'encéphalite aiguë.* — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Dopter, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. et Oberthür (de Paris).

Prix Clarens (400 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Pierre Couteaud, médecin en chef de la marine, sous-directeur du service de santé à Cherbourg, et Henri Girard, médecin principal de la marine, sous-directeur de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux. Elle accorde, en outre, des mentions très honorables à MM. les docteurs Le Moal, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, et Armand Laurent (de Rouen).

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *Des résultats obtenus dans le traitement du cancer par l'application des rayons X.* — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs A. Béclère, médecin des hôpitaux, J. Belot et G. Haret (de Paris).

Prix Desportes (1 300 francs). — Le prix est partagé également entre : MM. les docteurs Félix Dévé, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rouen; Ducroquet (de Paris), André Pressat, médecin de la Compagnie du canal de Suez, à Port-Saïd; A. Zimmern (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Lafay et Léon Lehmann (de Paris), A. Monteuuis (de Dunkerque), Spire, médecin, major des troupes coloniales, et Paul Vaudet (de Paris).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1906, à MM. les stagiaires : Une récompense de 500 francs à M. Chiray et une somme de 1 500 francs pour sa mission; une récompense de 500 francs à M. Ameuille et une somme de 1 500 francs pour sa mission; et 1 500 francs à M. Lemaître pour sa mission.

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs J. Castaigne et F. Rathery (de Paris).

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1 328 francs 3 p. 100. L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Maurice de Fleury (de Paris). Elle accorde en outre : une mention très honorable à M. le docteur Rabaud (de Paris). Des mentions honorables à : MM. les docteurs A. Gaussel, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, et André Léri (de Paris).

Prix Herpin [de Metz] (1 200 francs). — Question : *Traitement abortif, soit à leur début, soit dans la période d'incubation, des maladies causées par les trypanosomes.* — Le prix n'est pas décerné.

Prix Hugo (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur F. Brunet, médecin de première classe de la marine, à Brest. Elle accorde des mentions honorables à : MM. les docteurs J. Barbot (de Mende), Cabanès (de Paris), Paul Delaunay (du Mans), Léon Gautier (de Genève), Léon Mac-Auliffe (de Paris), et Jules Regnault, médecin de la marine.

Prix Itard (2 400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur J. Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix Laborie (5 000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie partage le prix entre : MM. les docteurs E. Ausset, professeur agrégé de l'Université de Lille; G.-H. Lemoine, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et J. Simonin, médecin-major de première classe, agrégé libre du Val-de-Grâce; une mention est accordée à M. le docteur Régnier, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

Prix Laval (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à Mlle Lingois, étudiante en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Dromard et Levassort (de Paris). Elle accorde en outre une première mention à M. le docteur Armand Laurent (de Rouen); une deuxième mention à M. le docteur P. Chavigny, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Robert Leroux (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur E. Brumpt, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Nativelle (300 francs). — Le prix est décerné à M. H. Hérissey, docteur ès sciences, pharmacien de l'hôpital Bretonneau.

Prix Orfila (2000 francs). — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.* L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Okinczyc, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Des néoplasies thyroïdiennes, anatomie pathologique et pathogénie.* Pas de mémoire présenté.

Prix Pourat (700 francs). — Question : *Des ferments solubles qui entrent en jeu dans les maladies.* Pas de mémoire présenté.

Prix Saint-Léger (1 500 francs). — Pas de mémoire présenté.

Prix Saintour (4400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Rémy (de Dijon). Des mentions très honorables sont accordées à : MM. les docteurs J. Castaigne (de Paris); Paul Dalché, médecin de l'hôpital de la Pitié; M. Deguy et A. Guillaumin (de Paris) et Charles Perrier (de Nimes).

Prix Stanski (1400 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Roussel, médecin-major de deuxième classe au 14e régiment de chasseurs à cheval, à Dôle, et Job, médecin-major de deuxième classe au 1er escadron du train des équipages militaires, à Lille.

Prix Tarnier (3000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie décerne : un prix de 500 francs à MM. les docteurs D. Simon, médecin-major de première classe à l'hôpital mixte de Rouen, et H. Perrin, médecin-major de deuxième classe au 74e d'infanterie, à Rouen; un prix de 200 francs à M. le docteur Jules Delobel (de Noyon, Oise). Des mentions sont accordées à : MM. les docteurs A. Billet, médecin-major de première classe, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire de Marseille; C. Legrand, médecin-major au 3e régiment de dragons, à Nantes; Paul Mantel (de Saint-Omer), J.-B. Pitance (de Saint-Moreil) et Jean Toy (de Toulouse).

Services des eaux minérales, des épidémies et de la vaccine. — (Pour ces récompenses, voir *Gazette des hôpitaux*, 1906, n° 20, p. 230, et n° 28, p. 325.)

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Rappels de médailles d'or à* : MM. Cannet, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; Delage, inspecteur départemental du Rhône, à Lyon; Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Eure, à Evreux.

2° *Médaille de vermeil à* : M. le docteur A. Alexandre, à Arques (Pas-de-Calais).

3° *Rappels de médailles de vermeil à* : MM. les docteurs Bauzon, à Chalon-sur-Saône; Bouju, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Courtade, médecin de la protection de l'enfance, à Outarville; Denizet, médecin de la protection de l'enfance, à Château-Landon; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse, et Metton-Lepouzé, inspecteur départemental de la Seine-Inférieure, à Rouen.

M. Cambillard, inspecteur départemental de la Dordogne, à Périgueux.

4° *Médailles d'argent à* : MM. les docteurs E. Beluze (de Paris); Gagnière (de Lyon-Montchat); Ginestous (de Bordeaux); Heurteau, médecin de la protection de l'enfance, à Fay-aux-Loges; Houssay médecin de la protection de l'enfance, à Pontlevoy; Mantel (de Saint-Omer); Vivien, médecin de la protection de l'enfance, à Vienne; Wehlin (de Clamart).

MM. Morel de Villiers, maire de Villiers-le-Duc; Rodier, lieutenant-gouverneur de la Cochinchine, à Saïgon.

5° *Rappels de médailles d'argent à* : MM. les docteurs Frémicourt, médecin de la protection de l'enfance, à Jaulgonne; E. Mazoyer (de Villefort).

MM. Grèges, inspecteur départemental de la Vendée, à la Roche-sur-Yon; Marois, inspecteur départemental de l'Yonne, à Auxerre.

6° *Médailles de bronze à* : MM. les docteurs Bourdet, médecin de la protection de l'enfance, à Nogent-sur-Marne; Courgey (d'Ivry); Flour (de Bray-sur-Somme); Maumené (de Paris); Merveilleux, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales; Monory (de Paris); Truffet (de Seyssel).

MM. Beaudoin, sous-chef de bureau à la préfecture de police, à Paris; J. Berny, inspecteur départemental de Seine-et-Marne, à Melun; Blanc, inspecteur départemental d'Indre-et-Loire, à Tours.

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin.

En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Louis Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Depierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, Barron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Reboulleau, Ricord, Roger, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie ne médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1907

(Les concours seront clos fin février 1907. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie des capsules surrénales.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix du baron Barbier. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements

pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Louis Boggio. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 10 500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Rapports de la menstruation et de l'ovulation.*

Prix Chevillon. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La syphilis spinale.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'évolution et du pronostic des tumeurs épithéliomateuses de l'ovaire.*

Prix Desportes. — 1 300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *De l'état mental des dipsomanes.*

Prix Vulfranc-Gerdy. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France ; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les canditats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1907. — Le candidat nommé entrera en fonction le 1er mai 1908. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1907, pathologie externe.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1 328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Prix Jacquemier. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 3 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *La radiothérapie des néoplasmes.*

Prix Mège. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — *Étiologie et pathogénie des phlébites.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Monbinne. — 1 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Moubinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ». — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie : ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les leucémies.*

Prix Pourat. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *L'innervation sensitive, motrice et vasculaire du larynx. Étude expérimentale.*

Prix Philippe Ricord. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Tarnier. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1908

(Les Concours seront clos fin février 1908.)

Prix de l'Académie. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des relations étiologiques et cliniques entre les maladies infectieuses et les néoplasmes.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1697.)

Prix Amussat. — 1 000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des

concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Apostoli. — 600 fr. *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1698.)

Prix Baillarger. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Barbier. — 2 000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1698.)

Prix Charles Boullard. — 1 200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Henri Buignet. — 1 500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Campbell-Dupierris. — 2 300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Du décollement placentaire au cours des deux derniers mois de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.*

Prix Chevillon. — 1 500 fr. *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'homicide en pathologie mentale.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Daudet. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les sarcomes mélaniques.*

Prix Desportes. — 1 300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Ernest Godard. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Theodore Herpin (de Genève). — 3 000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Laborie. — 5 000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Laval. — 1 000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Lefèvre. — 1 800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Jules Lefort. — 600 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation (*étude chimique des eaux minérales et potables*). — L'Académie aura la plus grande latitude pour décerner cette récompense et sera seule juge de son attribution. — Ce prix ne pourra être divisé : si, dans une période, aucun travail n'était jugé digne du prix, la somme de 300 francs serait reportée sur la période suivante, ce qui en doublerait la valeur ; mais, dans ce cas, l'Académie pourrait, sur la proposition de la Commission du prix, diviser le montant de la somme, même en fractions inégales, de façon à distribuer deux prix.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

Prix Adolphe Monbinne. — 1 500 fr. *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Anna Morin. — 2000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

Prix Nativelle. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Orfila. — 4 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.*

Prix Oulmont. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Sang et organes hématopoiétiques dans l'anémie pernicieuse.*

Prix Pourat. — 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des modifications de pressions qui surviennent dans les cavités cardiaques pendant la pause ventriculaire et des causes qui déterminent ces modifications.*

Prix Rebouleau. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie.

Prix Henri Roger. — 2 500 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. — Pour ce prix, il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature ; seront exclus du concours les ouvrages des médecins étrangers et les traductions. Dans le cas où il n'y aurait pas eu lieu de le décerner, la somme de 2 500 francs serait reportée à la fin de la période suivante de cinq années, afin de constituer soit un prix unique de 5 000 francs, soit deux prix d'une valeur inégale.

Prix Saint-Lager. — 1 500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saintour. — 4 400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1 400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Tarnier. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

Prix Tremblay. — 7 200 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix doit être décerné à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que le catarrhe de la vessie, affection de la prostate ; plus particulièrement ces deux cas. — Si le prix n'était pas donné, l'Académie pourrait le remettre à la période suivante, ce qui en doublerait la valeur.

Prix Vernois. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1909

(Les Concours seront clos fin février 1909.)

Prix de l'Académie. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie des œdèmes pulmonaires.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1698.)

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1698.)

Prix Barbier. — 2 000 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1698.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Henri Buignet. — 1 500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

Prix Capuron. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Radioactivité des eaux minérales.*

Prix Marie Chevallier. — 6 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1 500 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'anorexie hystérique.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

Prix du XIII[e] Congrès international de médecine de Paris de 1900. — 3 400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

Prix Daudet. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la sérotherapie dans le traitement des tumeurs cancéreuses.*

PRIX DESPORTES. — 1300 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — (Voir plus haut, p. 1699.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire des eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste sera close le 31 octobre 1909. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1[er] mai 1910. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut. p. 1699.)

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX ITARD. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1700.)

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

PRIX DU BARON PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les tumeurs du corps thyroïde, anatomie pathologique et pathogénie.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

PRIX TARNIER. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* — (Voir plus haut, p. 1699.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1906)

La dysenterie dans l'armée. Son étiologie. Sa prophylaxie. — M. BARTHÉLEMY relate une épidémie de dysenterie qu'il a observée dans deux bataillons du 104[e] d'infanterie au cours d'une période de tir effectuée au camp de Maisons-Laffitte en juillet et août 1906. Il y eut 31 cas et un décès. Le premier cas s'est déclaré cinq jours après l'arrivée au camp; le deuxième cas a suivi à cinq jours de distance; les autres se sont succédé à des intervalles irréguliers.

M. Barthélemy cherche les causes de cette épidémie dans l'application défectueuse ou incomplète des mesures prophylactiques; en effet si l'eau destinée à la boisson était stérilisée par un appareil Vaillard-Desmaroux, les bornes-fontaines fournissaient en même temps de l'eau à la ville pour les soins de propreté des hommes, pour les cuisines, pour le lavage; or, cette eau était manifestement polluée, ainsi que le démontrait une analyse bactériologique faite quatorze jours avant l'arrivée des troupes au camp.

De plus, si des tinettes Goux étaient installées dans le camp, en nombre suffisant, la matière absorbante était représentée non par la terre meuble qui manquait, mais par des tortillons de paille qui ne pouvaient en aucune façon remplir le même but. Ces latrines ne pouvaient donc qu'être difficilement bien tenues.

M. VINCENT élimine dans cette épidémie l'origine hydrique puisque les atteintes n'ont pas apparu brusquement d'une façon massive. Le premier cas cependant peut avoir été déterminé par une eau de mauvaise qualité, celle de l'eau de Maisons-Laffitte par exemple. Mais pour les autres cas qui se sont déclarés dans les compagnies les plus rapprochées des latrines et des cuisines, il incrimine les souillures des chaussures des hommes circulant au voisinage des latrines; il pense également à la contamination des aliments dans les cuisines par les mouches, cet intermédiaire vivant et aérien.

M. DOPTER, répondant à des questions de M. Barthélemy, rappelle que l'existence du bacille dysentérique dans l'eau est incertaine ou très éphémère; qu'il n'a jamais trouvé ce bacille dans l'intestin de sujets sains vivant au contact permanent de dysentériques, que du reste on ne le trouve pas chez tous les malades atteints de cette affection. Il insiste sur ce fait que ce germe persiste d'un mois à six semaines dans les selles des convalescents et que beaucoup de sujets atteints de diarrhée légère ont en réalité des dysenteries avortées : deux causes de dissémination de la dysenterie.

M. BORY montre que la dysenterie, autrefois endémique au camp de Châlons, a totalement disparu ces dernières années à la suite des mesures prophylactiques visant l'eau, le sol, les latrines.

Les puits ont été désinfectés; les terrains occupés par les troupes une année sont gazonnés pendant deux années consécutives; les feuillées ont été remplacées par des tinettes Goux.

M. CAVALIER-BÉNÉZET qui a vu le camp de Maisons-Laffitte quinze jours après le départ du régiment de M. Barthélemy, remarque que les locaux les plus mal tenus n'ont pas présenté de cas de dysenterie.

M. DEBRIE a observé une épidémie de dysentérie à la Vachette, près de Briançon, dans un cantonnement alpin; les habitants qui vivaient dans les mêmes conditions hygiéniques n'ont présenté aucun cas de cette affection. L'état militaire ne créerait-il pas une réceptivité spéciale?

M. LAFEUILLE montre que pour certaines de ces épidémies il faut incriminer l'eau consommée dans les bars qui avoisinent les camps et dont la clientèle est à peu près exclusivement militaire.

Valeur des procédés actuels de prophylaxie contre la scarlatine. — M. LE GOÏC étudiant la valeur des procédés de prophylaxie employés actuellement fait remarquer que la désinfection d'une chambre contanimée par l'acide sulfureux est souvent avec ténacité dans certaines chambres. Peut-être le formol sera-t-il plus efficace.

M. ROUYER montre combien il est fréquent de voir la scarlatine apportée au corps par des permissionnaires. Les renseignements sur l'état sanitaire des localitées éloignées manquent ou ne sont fournies que trop tardivement à l'autorité militaire. Ne serait-il pas plus simple de demander aux médecins civils d'avertir l'autorité militaire qui à son tour préviendrait immédiatement et directement l'autorité militaire intéressée; c'est-à-dire le médecin?

Adénopathie suppurée du mésentère associée ou consécutive à la perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite. — M. TOUSSAINT discute des observations personnelles où à l'opération il rencontra des ganglions suppurés du mésentère. Il montre qu'il ne faut pas abandonner à elle-même cette polyadénite dans un cas où la mort survint dix-huit jours après la suture d'une perforation intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde, un ganglion suppuré du mésentère s'était rompu dans la cavité abdominale et avait donné lieu à une péritonite généralisée. Le chirurgien doit donc dans toute intervention analogue sur l'intestin explorer avec soin l'éventail mésentérique et pratiquer l'extirpation de toute masse ganglionnaire suppurée ou non.

La discussion de ces trois questions est remise à la séance du 3 janvier 1907.

Présentation de malades : **Appendicite compliquée de phlébite du membre inférieur gauche. Embolie cardio-pulmonaire. Laparotomie. Guérison.** — Par M. TOUSSAINT.

Ordre du jour de la séance du 20 décembre (trois heures) : **Prophylaxie de la syphilis dans l'armée.**

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FAISCEAU PYRAMIDAL [1]

III. Capsule interne. — 1. *Théorie classique.* — Le faisceau pyramidal converge vers le genou et le segment postérieur (lenticulo-optique) de la capsule, où il apparaît nettement sur la coupe de Flechsig, plus ou moins modifiée par MM. Ballet, Brissaud, Déjerine.

Le *segment antérieur* étant occupé, d'avant en arrière, par les faisceaux : α. intellectuel; β. de l'aphasie, le *genou* est réservé à cette partie du faisceau pyramidal qui est destinée aux noyaux bulbo-protubérantiels (*faisceau géniculé*); le *bras postérieur*, d'avant en arrière : α. aux fibres motrices centrales des membres : 1. supérieurs; 2. inférieurs; β. au faisceau de l'hémichorée (Raymond) et de l'hémiathétose (Oulmont); γ. au carrefour sensitif (Charcot), situé dans le segment rétro-lenticulaire. Les fibres géniculées seraient mélangées : α. à des fibres cortico-protubérantielles antérieures (ancien faisceau frontal); β. à des fibres unissant la couche optique au noyau lenticulaire; γ. à la partie initiale du pédoncule antérieur de la couche optique. Quant aux fibres du faisceau pyramidal proprement dit, elles seraient mélangées à des fibres cortico-protubérantielles antérieures. — Ainsi, d'après la théorie classique, les fibres motrices de la face, des membres supérieurs et des membres inférieurs occupent, dans la capsule interne, une place déterminée, de telle sorte qu'une lésion limitée d'un territoire capsulaire peut produire, selon les cas, une monoplégie faciale, brachiale ou crurale.

2. *Théories actuelles.* — α. On n'admet plus aujourd'hui l'existence d'une foule de faisceaux : faisceau intellectuel, faisceau de l'aphasie, faisceau de l'hémichorée et de l'hémiathétose; β. D'après MM. Marie et Guillain (loco citato, p. 211), ou peut affirmer « qu'une lésion quelconque, si petite soit-elle, intéressant le segment postérieur de la capsule interne amène toujours, en clinique, le syndrome hémiplégie, et que jamais, à une lésion capsulaire limitée, ne correspond une paralysie limitée à un membre ». De même, aux lésions du genou ne correspondent jamais des monoplégies faciales pures. De plus, les lésions limitées du segment postérieur de la capsule interne déterminent, au-dessous d'elles, une dégénérescence non limitée, mais occupant toute l'aire du faisceau moteur. « Toutes les fibres motrices sont donc en corrélation intime les unes avec les autres, » et... « il n'y a pas possibilité, chez l'homme, d'individualiser dans le segment postérieur de la capsule interne des faisceaux pour l'innervation du bras, de la main, des doigts, de la jambe, du pied » (Marie et Guillain). On voit combien cette conclusion diffère de l'opinion classique.

IV. Pédoncule cérébral. — Le faisceau pyramidal occupe les 3/5 moyens, le faisceau géniculé, le 5e interne du *pied* du pédoncule, dont le 5e externe est occupé par des fibres cortico-protubérantielles antérieures. Le *locus niger* sépare les fibres motrices, qui sont immédiatement au-dessous de la pie-mère recouvrant la face antérieure du pédoncule, du ruban de Reil (voie sensitive centrale), en dehors, et du noyau rouge, en dedans. Le faisceau pyramidal est traversé par les fibres radiculaires de la troisième paire (v. schémas classiques), de telle sorte qu'une lésion portant à la fois sur celui-là et sur celles-ci, se traduira, cliniquement, par une hémiplégie, à type central, du côté opposé à la lésion, et une paralysie périphérique de la troisième paire (*syndrome de Weber*). Parfois, l'hémiplégie est remplacée par de l'hémitremblement (*syndrome de Benedikt*).

V. Protubérance. — Les faisceaux pyramidaux en occupent la partie antérieure, de chaque côté de la ligne médiane. Leur volume y décroît de haut en bas. En ce qui concerne leurs rapports, il faut distinguer deux cas : α. *Partie supérieure de la protubérance* : le faisceau pyramidal est dissocié par les fibres transversales d'origine cérébelleuse; superficielles, prépyramidales (stratum superficiale pontis); moyennes, latéro-pyramidales (stratum complexum); profondes, rétro-pyramidales (stratum profundum). Il répond : en arrière, au ruban de Reil; en dedans, au raphé médian; en dehors, au trijumeau; β. *Partie inférieure de la protubérance.* Il répond : en avant, aux noyaux du pont; en arrière, au ruban de Reil; en dedans, au raphé médian; en dehors, à la sixième, et, plus loin, à la septième paire. Il se compose : α. de fibres pyramidales proprement dites; β. de fibres géniculées, qui se décussent au fur et à mesure pour se rendre aux noyaux des nerfs moteurs de la protubérance; γ. de fibres cortico-protubérantielles. Aussi une lésion protubérantielle inférieure peut-elle frapper simultanément : α. les fibres radiculaires des sixième et septième paires (ou leur noyau d'origine); β. le faisceau pyramidal, déterminant ainsi : α. une paralysie à type périphérique des sixième et septième paires du côté de la lésion; β. une hémiplégie centrale du côté opposé (*syndrome de Millard-Gubler*).

VI. Bulbe. — Le faisceau pyramidal occupe la partie antérieure du bulbe, où il forme de chaque côté de la ligne médiane, des masses oblongues, désignées sous le nom de *pyramides*. Pour étudier les rapports du faisceau pyramidal au bulbe, *deux coupes :*

A. A la *partie supérieure*, une coupe passant par la partie moyenne de l'olive montre que le faisceau pyramidal est en rapport : en *avant* avec les fibres arciformes antérieures, au milieu desquelles sont situés les noyaux prépyramidaux; en *arrière*, avec le ruban de Reil et les fibres arciformes internes formant le pédoncule de l'olive; en *dedans*, avec le sillon médian antérieur et le raphé médian; en *dehors*, avec l'olive. Entre l'olive et le faisceau moteur passent les fibres radiculaires du grand hypoglosse.

B. A la *partie inférieure*, les pyramides s'entrecroisent au niveau du collet du bulbe (*décussation des pyramides*) et se diviseut en trois faisceaux : *a.* un petit, situé à la face externe des pyramides et qui continue son chemin tout droit : c'est le *faisceau pyramidal direct*; *b.* un considérable, qui se portant en bas, en arrière et en dehors, *décapite* les cornes antérieures de la moelle, divise ces dernières en tête et base, et va former, dans le cordon latéral, le *faisceau pyramidal croisé*; *c.* un troisième qui descend dans la moelle sans se décusser et met ainsi un côté de l'écorce avec les cornes antérieures du même côté : c'est le *faisceau homolatéral* (Pitres, Rothmann, Déjerine et Thomas). Pour MM. Marie et Guillain, les fibres qui le constituent, peu nombreuses, se rendraient exclusivement aux membres inférieurs. On a attribué aux lésions de ces fibres les troubles observés du côté sain chez les hémiplégiques, explication contestable (Marie et Guillain).

L'entrecroisement des pyramides peut présenter diverses variétés : *a.* développement prépondérant du faisceau pyramidal direct; *b.* entrecroisement total; *c.* entrecroisement nul; *d.* anomalies d'un seul faisceau; *e.* double entrecroisement.

VII. Moelle. — 1° **Théories classiques.** — A. Le faisceau pyramidal *croisé* occupe le cordon latéral : de forme ovalaire à la région cervicale, il devient triangulaire à sommet antéro-interne à la région dorsale, et triangulaire à sommet antéro-externe à la région lombaire. Sa face externe répond : en avant, au faisceau de Gowers, en arrière, au faisceau cérébelleux direct dont les fibres le traversent à la région dorsale; sa face interne est en rapport avec le faisceau latéral profond, son extrémité postérieure s'appuie contre la partie antéro-externe de la corne grise postérieure, son extrémité antérieure ne dépasse pas une ligne transversale menée par le canal de l'épendyme. Les fibres qui le constituent se terminent autour des cellules des cornes antérieures de la moelle. — B. Quant au faisceau *pyramidal direct* (faisceau de Türck), il est situé à la partie interne du cordon antérieur ; de forme rectangulaire à grand axe antéro-postérieur, il répond, en avant, à la pie-mère; en arrière, à la commissure blanche antérieure; en dedans, au sillon médian antérieur ; en dehors, au faisceau fondamental du cordon antéro-latéral, et aux racines antérieures. Il se termine de l'autre côté de la moelle, les fibres qui le constituent passant l'une après l'autre par la commissure blanche antérieure pour aller entourer les grandes cellules radiculaires des cornes antérieures du côté opposé.

Ainsi, pour les classiques (abstraction faite des fibres homolatérales), deux faisceaux pyramidaux médullaires, ayant tous deux la même origine corticale, et distribuée de telle sorte qu'ils apportent aux cornes antérieures l'action motrice émanée de l'hémisphère opposé, le faisceau croisé étant décussé depuis le collet du bulbe, le faisceau direct se décussant au fur et à mesure qu'il descend dans la moelle. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 139, p. 1666.

N° 143. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1906. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 4 fr. 50.	6 mois : 8 fr.	1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — Angers. — M. Divai est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale. M. Giraudeau est nommé préparateur de chimie et M. Lallemand, aide-préparateur. M. Buffard est nommé préparateur d'histoire naturelle. M. Robin est nommé aide de physiologie.

Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Soret et Jabouille.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Sont affectés : M. le médecin-major de deuxième classe Thomas, du 92e d'infanterie, à la direction du service de santé du 13e corps.

MM. les médecins aides-majors de première classe Duchesne, du 105e, au 92e d'infanterie; Piétrement, du 4e zouaves, désigné pour le 13e dragons, au 14e chasseurs; Pheulpin, du 14e chasseurs, au 13e dragons.

— Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin aide-major de première classe Bernard, du 5e d'infanterie coloniale, est désigné pour servir en activité, hors cadres, à la Côte-d'Ivoire, pour permuter avec M. le médecin-major de deuxième classe Brisemur, maintenu au 5e d'infanterie coloniale.

Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie (Ve session). — La Ve session s'ouvrira à Alger le 1er avril 1907, sous la présidence de M. le professeur Queirel (de Marseille), président général [section d'obstétrique], de M. le professeur Boursier (de Bordeaux) [section de gynécologie]; de M. le docteur Guinon (de Paris) [section de pédiatrie].

Prix de la cotisation, membre titulaire : 20 francs; membre associé : 10 francs.

Envoyer les adhésions et communications à M. le professeur J. Rouvier, secrétaire général, 52, rue Daguerre, Alger.

Listes des rapports. — *Obstétrique.* — « Cancer et Grossesse. » Rapporteur, M. Oui (de Lille).

Gynécologie. — « Prolapsus génitaux. » Rapporteur, M. Delagrange (de Marseille).

Pédiatrie.— Médecine.—« Le paludisme chez l'enfant. » Rapporteur, M. Crespin (d'Alger). — « Les splénomégalies chez l'enfant. » Rapporteur, M. Rist (de Paris). — « Les anémies infantiles. » Rapporteur, M. L.-G. Simon (de Paris).

Chirurgie. — « Les tumeurs du rein chez l'enfant. » Rapporteur, M. Mouchet (de Paris). — « Les péritonites aiguës de l'enfant (non compris l'appendicite et la tuberculose). » Rapporteur, M. Nové-Josserand (de Lyon).

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An. — Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 19 au 31 décembre 1906.

Les billets sont valables vingt jours et la validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours moyennant 10 p. 100 du prix du billet. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les eaux artésiennes et médicinales de la source du Parc et la création de la station hydro-minérale d'Ostende, par le docteur Félix. Une broch., 23 p. — Ostende, imprimerie Daveluy.

De l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements rachitiques du bassin, par le docteur Andérodias. Une broch., 15 p. — Bordeaux, imprimerie du Midi.

Traitement de la sciatique par les injections de sérum artificiel, par le docteur Barthélemy. Une broch., 14 p. — Nantes, imprimerie Dugas.

La réforme des études médicales, par Leredde. Broch., 7 p. — Paris, imprimerie L'Hoir.

REVUE GÉNÉRALE

STRIDOR DES NOUVEAU-NÉS

STRIDOR CONGÉNITAL DES NOURRISSONS (1)

Par M. RABÉ,

Ancien interne des hôpitaux, Assistant d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Paris.

Une définition, simple et précise, du stridor des nouveau-nés s'impose, dès le début de cette étude. La pathogénie de cette affection est restée si longtemps incertaine et confuse, l'origine des lésions qui commandent l'éclosion du syndrome, a tellement varié, suivant les auteurs, que nous devons immédiatement indiquer le sens et la portée du terme, stridor des nourrissons. Il faut entendre par cette dénomination, une modalité de la respiration, caractérisée essentiellement par un bruit inspiratoire, sonore et continu, apparaissant aussitôt après la naissance, ou quelques jours après, et liée à l'existence de malformations congénitales du larynx. Le début des accidents, aussitôt après la naissance, le siège laryngé des lésions causales, et surtout la nature congénitale des anomalies laryngées, constituent autant de caractères distinctifs de l'affection que nous venons de définir, autant de signes cardinaux, qui permettent légitimement de délimiter le cadre du stridor des nouveau-nés, et de le séparer des autres variétés étiologiques de respiration stridoreuse.

L'origine laryngée du stridor des nourrissons, n'est pas, en effet, admise par tous les médecins. Les uns attribuent ce syndrome à une compression de la trachée, par le thymus hypertrophié; les autres, à une irritation réflexe, due à la présence soit de végétations adénoïdes, soit de ganglions trachéo-bronchiques enflammés. Certains auteurs ont envisagé ce stridor infantile, comme un trouble d'origine purement nerveuse, et ont invoqué, tantôt un simple trouble dynamique des centres nerveux laryngés, tantôt une lésion matérielle des hémisphères cérébraux. Toutefois, la conception que nous avons adoptée, celle qui rapporte au larynx le siège de l'affection, après avoir été vivement combattue, rallie aujourd'hui, la majorité des pédiatres et des laryngologistes; elle compte, parmi ses défenseurs en France, Variot, Comby, Rocaz, Le March'Hadour, Bruder, Cerf (d'Angers); à l'étranger, Lees, Sutherland, Restlund, Suckling, Massei, Biaggi, Cozzolino. Pour tous ces auteurs, le terme de stridor des nouveau-nés ou des nourrissons, la dénomination de stridor congénital des nourrissons, sont devenus synonymes de stridor d'origine laryngée, de respiration stridoreuse, engendrée par des anomalies congénitales du larynx. Bien plus, Variot désigne ce même stridor laryngé, sous le nom de cornage vestibulaire congénital, indiquant par ces mots, à la fois l'origine laryngée de l'affection et la zone exacte de l'organe, au niveau de laquelle siègent les lésions productrices du trouble respiratoire.

On pourrait reprocher à cette conception organicienne, l'étroitesse et l'exclusivisme de son cadre nosographique. Il existe en effet, d'autres variétés étiologiques de respiration stridoreuse, arbitrairement rejetées de la définition énoncée plus haut; ainsi, les végétations adénoïdes, le coryza et la laryngite spécifiques, l'adénopathie trachéo-bronchique, peuvent, au cours de leur évolution, provoquer l'éclosion d'un stridor symptomatique, dont les traits cliniques se rapprochent de très près du stridor essentiel, c'est-à-dire du stridor laryngé congénital. Nous croyons, cependant, devoir maintenir la classification que nous avons adoptée; elle présente l'avantage de distraire, du groupe complexe et diffus des stridors infantiles, un type bien précisé, dont la substratum anatomique, l'étiologie et la physiologie pathologique, semblent à l'heure actuelle, nettement déterminés, et de ranger dans un cadre différent, un cadre d'attente, les stridors symptomatiques, d'origine acquise, à point de départ extra-laryngé, et de pathogénie insuffisamment élucidée.

L'exposé qui va suivre ne sera qu'une longue justification de ce préambule.

I

Historique. — Le terme de stridor laryngé n'avait pas encore cours, en nosographie, que déjà, le type clinique avait été observé et exactement décrit.

Rilliet et Barthez en 1853, dans leur *Traité des maladies des enfants*, signalent une affection « présentant plusieurs des symptômes de la trachéite de la première enfance et surtout un stertor singulier », et qui, en toute vraisemblance, répond au stridor laryngé, que nous étudions. Ils rapportent plusieurs cas de ce syndrome, et la description de l'un d'eux reproduit assez fidèlement, la symptomatologie caractéristique du stridor laryngé congénital. « Un jeune enfant, racontent Rilliet et Barthez, présenta, dès sa naissance, ce singulier stertor, qui, dans les premiers temps, était presque continu, mais il redoublait toutes les fois que l'enfant s'agitait; il était cependant plus marqué [dans le sommeil, et dans le décubitus horizontal, que dans la position assise.

Le stertor était plus sec qu'humide, il se rapprochait d'un gros ronflement; il avait lieu dans les deux temps, mais surtout dans l'inspiration. Malgré la persistance du stertor qui, très intense pendant les premiers mois, diminua graduellement ensuite, l'enfant était très prospère, il avait bon appétit et digérait bien. Jamais l'auscultation n'a révélé aucun symptôme du côté de la poitrine. Ce n'est guère qu'à l'âge de dix mois que le stertor a diminué, puis

(1) Synonymie. — Spasme laryngé infantile (Goodhart, 1885); — Spasme chronique de la glotte chez les nouveau-nés (Löri, 1890); — Spasme respiratoire infantile (Thomson, 1892); — Stridor laryngé congénital (Suckling, 1890); — Cornage vestibulaire congénital (Variot, Bruder, Le March'Hadour, 1896); — Rétrécissement congénital du larynx (Lévy et Etienne, 1887); — Obstruction laryngée congénitale (Sutherland et L. Lack, 1897); — Respiration stridoreuse des nourrissons (Guilbert, 1900, et Boulard, 1904;) — Stridor thymique des enfants (Hochsinger, 1904); — Cornage thymique (Marfan, 1904).

a disparu. Maintenant, l'enfant est dans un état de santé parfaite et a plus de quatre ans. »

Rilliet et Barthez ne tentent aucune explication pathogénique de ces faits ; mais les traits cliniques essentiels, les caractères évolutifs du stridor laryngé, sont indiqués avec une vive précision.

Krishaber, en 1877, rapporte, dans le *Dictionnaire Dechambre*, à l'article CORNAGE, 4 cas, dans lesquels des enfants tout jeunes présentèrent des crises d'étouffement avec bruit inspiratoire particulier ; une autopsie fut pratiquée dans un des cas, et montra « un épaississement du cartilage cricoïde ». Le syndrome était fixé dans ses caractères majeurs ; la dénomination seule manquait. Le terme de stridor laryngé infantile fut employé, pour la première fois, en 1890, par un médecin anglais, Suckling, et il fit fortune.

Après les travaux de Rilliet et Barthez, de Krishaber, l'étude du stridor des nourrissons échappe, sans raison apparente, à la préoccupation des auteurs français ; par contre, de nombreux cas en sont publiés à l'étranger. En Angleterre, en Allemagne, les documents s'accumulent, quelquefois disparates, et les médecins s'efforcent de pénétrer la physiologie pathologique du stridor.

Morell Mackensie, Lees, les premiers qui aient abordé le problème, sont heureusement inspirés, et fixent au larynx le siège de la lésion causale. Mackensie, en 1880, signale une petitesse marquée du larynx, et, parfois, des brides membraneuses, sur les bords de la glotte, toutes anomalies d'ordre congénital. Mais c'est Lees, qui édifie sur des bases anatomiques précises, la théorie laryngée du stridor des nouveau-nés. En 1883, il présente, à la Société médicale de Londres, le larynx d'un enfant mort de diphtérie à l'âge d'un an. Le petit malade avait présenté, durant toute sa vie, une respiration très bruyante, chaque inspiration était accompagnée d'un bruit de coassement, tandis que l'expiration était à peine modifiée. L'examen laryngoscopique, pratiqué à ce moment, avait montré les anomalies suivantes : enroulement de l'épiglotte, nullement œdématiée, sur elle-même, avec accolement presque complet de ses bords postérieurs sur la ligne médiane, rapprochement des replis ary-épiglottiques, qui se recouvrent l'un l'autre. Les mêmes déformations du vestibule laryngé, persistaient à l'autopsie.

En 1885, Goodhart publie sous le nom de « spasmes laryngés infantiles », plusieurs observations de stridor des nouveau-nés ; c'est encore au larynx, qu'il rapporte la cause des accidents. Les malformations congénitales peuvent jouer un rôle, mais il incrimine surtout la trop grande souplesse de cet organe, chez certains enfants. Enfin, Suckling, le parrain du terme stridor infantile, attribue, après les auteurs précédents, le syndrome à une déformation congénitale du larynx.

Durant la période qui s'étend de 1877 à 1887, une seule observation de stridor parut en France, publiée par Lévy et Etienne (de Nancy), sous la rubrique : rétrécissement congénital du larynx. L'autopsie montra l'existence de graves malformations du larynx : étroitesse de la fente glottique insuffisamment développée, et surtout soudure des faces correspondantes de l'espace interaryténoïdien.

La théorie laryngée du stridor congénital, ainsi étayée sur l'existence de lésions constamment retrouvées, semblait devoir rallier l'unanimité des médecins. Malheureusement, de nombreuses observations furent rapportées, classées à tort sous le nom de stridor congénital, en réalité ressortissant à une étiologie et à un mécanisme différents. Il s'agissait de stridors infantiles, imputables à la présence soit de végétations adénoïdes, soit d'une hypertrophie thymique ; d'autres faits furent confondus avec les spasmes glottiques de l'enfance.

De nouvelles théories virent le jour, basées sur une interprétation erronée, et la physiologie pathologique du stridor des nourrissons, de plus en plus embrouillée, parut bientôt impossible à déchiffrer.

La théorie nerveuse ou neuro-musculaire est, certes, la plus importante, celle qui compte les défenseurs les plus autorisés. Thomson (1892), son principal champion, admet l'hypothèse d'un trouble nerveux, d'origine centrale, une incoordination dans les mouvements des muscles thoraciques inspirateurs et des muscles du larynx ; ce défaut de synchronisme serait lui-même imputable à un arrêt de développement des centres corticaux, analogue à celui qui provoque le bégaiement. Löri, en Hongrie, avait déjà publié en 1890, 12 cas de stridor infantile, et considérait cette affection comme une variété du spasme clonique de la glotte.

Cette hypothèse d'un stridor-névrose est défendue successivement par Mac Bride (1895), Semon (1896), Herzfeld (1897), Stamm (1898) ; elle compte, encore aujourd'hui, des partisans : Guida (1903), Crosby-Greene (1903).

Robertson, en 1891, fait intervenir, non plus le spasme des constricteurs de la glotte, mais la paralysie de ses dilatateurs, les crico-aryténoïdiens postérieurs.

La présence de végétations adénoïdes a été incriminée par Gee, et surtout par Eustache Smith (1895) ; ce dernier remarqua la disparition d'un stridor persistant, à la suite de l'ablation de l'amygdale pharyngée, il généralisa le résultat de son observation, et conclut que la respiration stridoreuse des nourrissons est toujours fonction d'une irritation réflexe, à point de départ adénoïdien. Moure (de Bordeaux) a repris cette thèse (1898), mais en rejetant le rôle du système nerveux, et il envisage le stridor, non plus comme la traduction d'un spasme glottique réflexe, mais comme un trouble respiratoire, d'origine purement mécanique, dû à l'infiltration adénoïdienne du naso-pharynx.

D'autres facteurs étiologiques sont invoqués. Geffrier et Jacknine considèrent l'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques, comme la cause essentielle de l'affection. Kopp, Avellis, et plus récemment Hochsinger se prononcent en faveur d'une origine thymique, par hypertrophie de la glande et compression trachéale secondaire. Bien plus, tout dernièrement, Mensi incrimine l'hypertrophie du corps thyroïde, pour expliquer, dans une observation personnelle, l'origine du stridor.

Cependant, la pathogénie invoquée par Lees, ralliait des partisans de plus en plus nombreux. En 1896, paraît un travail de Refslüng, intéressant par la relation d'une autopsie d'enfant atteint de stridor congénital; l'auteur avait retrouvé les malformations laryngées décrites par Lees. Une nouvelle autopsie confirmative est publiée, l'année suivante, par Sutherland et Lack, dans une étude très richement documentée. Les médecins anglais relatent en même temps, les résultats des examens laryngoscopiques, qu'ils ont pratiqués avec succès, dans 6 cas, et ils signalent avoir constamment retrouvé les anomalies de la zone sus-glottique. Variot qui, en 1896, s'était rattaché à la théorie du spasme glottique essentiel, adopte, en 1898, la théorie laryngée, à la suite d'un nouveau cas qu'il put observer, et qui fut suivi d'autopsie, avec pièces justificatives. Depuis lors, le même auteur est revenu, à maintes reprises, sur la physiologie pathologique du stridor congénital, et il a toujours défendu, avec conviction, les mêmes conclusions.

A partir de l'année 1900, les travaux se multiplient encore. Comby et Guinon rapportent, à la Société de pédiatrie, plusieurs observations favorables à la théorie des malformations congénitales. Quatre thèses paraissent successivement sur le stridor, celles de Guilbert et de Bruder, à Paris (1900 et 1901), de Martin, à Bordeaux (1902), celle de Mathieu, à Nancy (1903); tous ces auteurs incriminent les mêmes anomalies congénitales du larynx. Cerf (d'Angers), dans une revue critique, parue dans les *Archives de médecine des enfants*, isole nettement le stridor congénital, toujours d'origine laryngée, des autres variétés de respiration stridoreuse, à siège extra-laryngé; il revient en 1901, au Congrès de Nantes, sur cette même différenciation. Rocaz, au même Congrès, présente sur le stridor laryngé un rapport intéressant. Nous devons encore citer à titre de documents récents, une présentation de pièces, faite à la Société de médecine de Nancy par Haushalter (juin 1903), la très consciencieuse thèse de Boulard (Paris 1904), et l'article intéressant de Cozzolino, traduit dans les *Archives internationales de laryngologie* (juillet 1905).

Ce chapitre serait incomplet, si nous ne mentionnions pas la conception ingénieuse, édifiée en 1900, par Thomson et Loger Turner, dans le but de compléter l'une par l'autre, les théories nerveuse et mécanique. Thomson conserve son ancienne opinion sur l'origine cérébrale du stridor, qu'il attribue à un arrêt de développement des centres nerveux et à une incoordination motrice secondaire des mouvements respiratoires. Mais, frappé de la fréquence des déformations vestibulaires, il en accepte le rôle étiologique, mais il les considère comme acquises, secondaires aux mouvements inspiratoires mal coordonnés et spasmodiques. Thomson et Turner se sont même efforcés de donner la preuve expérimentale de leur conception. Nous verrons, ultérieurement, que cette nouvelle théorie prête le flanc à des objections fondamentales et qu'elle ne peut prévaloir contre l'opinion de Lees, de Refslünd, de Sutherland et L. Lack.

II

Étiologie. — Il est, dans ce chapitre, un caractère majeur à mettre en relief, c'est la congénitalité du stridor laryngé des nourrissons, l'origine intra-utérine des lésions, qui commandent son apparition. L'importance de cette donnée étiologique doit être, à bon escient, soulignée, car c'est pour avoir méconnu ou négligé ce trait fondamental, que tant d'auteurs ont confondu et confondent encore le stridor des nouveau-nés, le stridor vraiment autonome, avec les différentes variétés de respiration stridoreuse. Le stridor congénital, celui qui a été entrevu dès 1853 par Rilliet et Barthez, par Krishaber et individualisé au point de vue anatomique par Lees, se manifeste presque toujours immédiatement après la naissance, d'autres fois, quelques jours après, par exception seulement, après la fin de la première semaine. Ce caractère imprime au stridor laryngé un tel cachet d'originalité, de différenciation, qu'il le sépare radicalement du groupe des bruits stridoreux apparus au troisième, au sixième, au dixième mois qui suit la naissance; ceux-ci, secondaires à des lésions d'organes voisins, sont de nature acquise.

Dès lors, l'étude des antécédents et tares pathologiques des procréateurs comporte un intérêt primordial, elle peut donner en effet, dans bien des cas, la clef des malformations laryngées, constatées chez l'enfant à sa naissance. Nous devons reconnaître que beaucoup d'observations, surtout à l'étranger, restent muettes sur ce point de l'histoire clinique des malades, et il est à souhaiter que les médecins apportent désormais toute leur attention, à combler cette regrettable lacune.

Toutefois, des faits publiés jusqu'ici, il ressort nettement quelques documents curieux à mentionner. Ainsi, l'infection tuberculeuse paraît être la tare pathologique la plus fréquemment relevée chez les parents des enfants. Cette notion découle de deux observations rapportées par Rocaz (de Bordeaux) : dans la première, la mère du bébé a présenté des ostéites tuberculeuses multiples; dans la seconde, la mère est atteinte de lésions tuberculeuses du poumon, et la grossesse a évolué au milieu d'accidents fébriles graves; de deux autres cas, consignés dans la thèse de Boulard et dus à Comby. Mêmes antécédents héréditaires tuberculeux ont été notés, dans un fait qui nous est personnel.

Les observations, par contre, restent silencieuses quant à l'influence présumable de la syphilis et de l'alcoolisme. Un seul cas permet d'incriminer l'infection par le spirochète de Schaudinn; il est dû à Comby et rapporté dans la thèse de Boulard. Il est vraisemblable d'admettre que l'enquête clinique, conduite à l'avenir avec plus de perspicacité, saura démontrer l'action néfaste de l'un ou l'autre de ces facteurs, dans l'étiologie du stridor congénital.

L'hérédité nerveuse revendique une part parmi les causes prédisposantes du stridor laryngé. Une observation très suggestive, publiée par Rocaz, le prouve péremptoirement : un père, légèrement alcoolique, mais très nerveux, engendre un premier enfant sain; à la suite d'une morsure par un chien en-

ragé il subit, à l'Institut Pasteur, un traitement antirabique. Désormais le nervosisme augmente; c'est alors qu'il engendre coup sur coup deux enfants atteints de stridor congénital. Ce même état d'irritabilité nerveuse, chez les procréateurs, ressort encore de la lecture de nombreux faits.

L'influence d'une dyscrasie toxique ou infectieuse, latente ou manifeste chez les parents, est encore prouvée par la coexistence du stridor, avec d'autres malformations congénitales, soit chez l'enfant lui-même, soit chez ses collatéraux. Ainsi Variot signale, chez un de ses malades, un degré très accentué de scaphocéphalie, et la fermeture complète de la suture sagittale; Lévy et Etienne consignent, dans leur observation, l'existence chez la sœur du petit malade d'un kyste congénital de la queue du sourcil. Dans un cas de Refslünd, les deux frères du malade auraient, au dire de la mère, été atteints de stridor.

Guilbert, dans sa thèse inaugurale, fait jouer un rôle dans la genèse du stridor congénital, à l'évolution laborieuse de la grossesse et de l'accouchement. La pathogénie du stridor laryngé se rapprocherait de celle de la maladie de Little. Boulard combat cette opinion et fait remarquer que, dans la plupart des cas, la grossesse et l'accouchement n'ont présenté ni accidents, ni complications. Toutefois, dans une observation de Thomson, l'accouchement très pénible nécessita l'usage « du chloroforme et des instruments ».

Les auteurs apprécient différemment l'influence du sexe. Les petites filles seraient plus souvent atteintes, d'après Lees et Gee, dont tous les malades appartiennent au sexe féminin. Cependant Thomson note que, sur 5 cas, il y avait 3 garçons et 2 filles. Dans les 12 observations de la thèse de Boulard, on compte 5 garçons pour 7 filles; les cas de Rocaz, de Cerf, de Haushalter, de Cozzolino, visent tous des enfants du sexe masculin.

Quelques médecins ont encore invoqué, comme cause favorisante du stridor laryngé, la température froide et surtout humide, et cette considération étiologique expliquerait pourquoi la littérature médicale anglaise se montre très riche en observations de stridor.

Boulard, dans sa thèse cependant récente, insiste sur la rareté de l'affection et déclare que l'on compte encore les cas reconnus chez les enfants examinés dès leur naissance. Nous ne partageons pas intégralement cette opinion. Les observations, en effet, publiées par les médecins anglais, sont relativement nombreuses. De plus en France jusqu'en 1898, les auteurs semblent avoir méconnu, de parti pris, le stridor congénital des nourrissons. A cette époque, Variot rapporte un premier cas, à la Société médicale des hôpitaux, et Comby attire, dans les *Archives de médecine des enfants*, l'attention des cliniciens sur le syndrome du stridor laryngé. En 1900, Variot entretient la Société de pédiatrie d'un nouveau fait et, à cette occasion, Comby, Guinon, d'autres médecins déclarent avoir observé plusieurs cas analogues. Depuis lors, la notion du stridor congénital laryngé s'est vulgarisée; les observations ont été apportées plus nombreuses, et l'affection ne peut plus aujourd'hui être considérée comme une rareté pathologique.

III

Symptomatologie. — La définition la plus complète et la plus exacte que l'on puisse donner, au point de vue clinique, du stridor laryngé, paraît être la suivante : affection débutant au moment de la naissance ou peu après, caractérisée par un bruit inspiratoire sonore et continu, qui ressemble au hoquet, au gloussement d'une poule, et se terminant par la guérison spontanée après une ou deux années.

Nous avons suffisamment insisté sur l'apparition, dès la naissance, du stridor laryngé, et indiqué en termes assez explicites, l'importance de ce signe cardinal dans la physionomie clinique du syndrome. L'enfant vient au monde porteur d'une malformation laryngée et le coassement inspiratoire apparaît dès les premiers vagissements, ou bien quelques heures après la naissance. « En venant au monde, dit la mère, dans une observation de Variot, nous avons été bien étonnés de ne pas l'entendre crier, comme les autres enfants; elle avait déjà cette espèce de gloussement qu'elle a toujours conservé. » Le début du stridor peut être plus tardif, ne pas se manifester avant le deuxième, le cinquième jour; il retarde, chez certains enfants, jusqu'à la fin de la deuxième semaine. Mais les médecins admettent en général comme principe, que l'apparition de la respiration bruyante se produit chez le nouveau-né, très exceptionnellement, après cette date. Sur 18 cas rapportés par Sutherland et L. Lack, deux fois seulement le stridor laryngé se développa dans la troisième semaine; dans tous les autres faits, le bruit respiratoire fut noté avant cette époque. Dans les cinq observations de Thomson, le début eut toujours lieu avant la deuxième semaine. Encore, devons-nous faire remarquer que dans certains cas, à début retardé, le caractère stridoreux de la respiration a pu échapper, tout d'abord, à l'attention des parents, ou bien le cornage n'était pas assez intense pour s'imposer à l'observation, ou bien l'entourage l'a confondu avec un bruit de ronflement. Cerf raconte, dans l'une de ses observations, que l'enfant, aussitôt après sa naissance, paraissait bien constitué, et quand il fut installé, très paisible, dans son berceau, la grand'mère annonça avec enjouement que le nouveau-né dormait de si bon cœur qu'il ronflait. Malheureusement, quand l'enfant se réveilla, le bruit de ronflement ne cessa pas. Il s'agissait, en effet, d'un cas de stridor, causé par une malformation épiglottique, dont l'existence fut décelée par l'examen laryngoscopique. Parmi les faits consignés dans la thèse de Boulard, nous en trouvons quatre, à début anormalement tardif : deux fois à trois mois et demi, une fois à six mois, une fois à dix-huit mois. Ou bien, le début clinique réel de l'affection a passé inaperçu, ou bien, les observations visaient des faits de respiration stridoreuse, d'origine acquise, à point de départ extra-laryngé.

Troubles laryngés. — Le stridor congénital se caractérise essentiellement par un bruit particulier, qui accompagne l'inspiration. Les auteurs ont mul-

tiplié les termes de comparaison, pour traduire la sensation auditive, produite par ce bruit de cornage. Le timbre, du reste, est assez variable, et le médecin ne peut bien le connaître qu'après l'avoir entendu. Le stridor des nouveau-nés a été successivement comparé au gloussement de la poule (Lees), au ron-ron du chat (Hill), au chant du coq (L. Lack), au coassement de la grenouille. D'après Thomson, quand il est très marqué, ce bruit ressemble au cri d'une poule excitée et lui est souvent comparé par les mères. En réalité, le stridor, durant la respiration calme, consiste en un coassement qui prend le caractère d'un son aigu, assez analogue au cri du coq, au hoquet, au sanglot, dès que le rythme respiratoire s'accélère.

Toutefois, l'analyse attentive d'un même bruit inspiratoire stridoreux permet de constater que ce dernier n'évolue pas, durant toute sa durée, suivant la même tonalité; il débute par une note grave, basse, à timbre souvent rude, qui s'élève rapidement et se termine sur un ton aigu, parfois strident.

Il est juste aussi de faire remarquer, pour expliquer les différentes impressions auditives traduites par les observateurs, que le timbre du stridor varie suivant les phases de son cycle évolutif. Règle générale, le bruit nettement musical, constaté durant la période d'acmé, prend, après une durée variable, un timbre grave de grognement, de ronronnement. Cette modification de tonalité coïncide, presque toujours, avec la disparition progressive des accidents.

L'inspiration participe seule au bruit stridoreux; l'expiration reste presque toujours silencieuse. Dans de très rares faits, où le cornage laryngé présentait une notable intensité, l'expiration affecte le caractère d'un ronflement. Un exemple de ce stridor expiratoire a été cité par Variot.

La continuité du stridor constitue un des traits distinctifs du syndrome. La persistance du bruit, même après l'occlusion des narines, est signalée par tous les médecins et elle permet de le distinguer du ronflement des adénoïdiens. L'abaissement de la langue avec une spatule, les bâillements de l'enfant ne modifient en rien, le plus souvent, le stridor.

Cependant l'intensité du cornage varie suivant les instants; elle est influencée par de nombreux facteurs. Toutes les circonstances, qui augmentent l'amplitude ou la rapidité des mouvements respiratoires, activent l'appel d'air dans les poumons et renforcent parallèlement le stridor des nourrissons. Ainsi le bruit s'accentue à l'occasion des cris, des efforts, d'une quinte de toux, d'une crise de pleurs ou de rires; il s'exagère à l'instant d'une émotion, d'un mouvement de colère. Certaines impressions physiques provoquent un résultat identique, ainsi le brusque passage d'une pièce chaude dans une atmosphère froide, le chatouillement de la gorge, l'immersion dans un bain froid, l'acte de remuer l'enfant, de le sortir du lit.

Au contraire, durant l'attitude de repos, de calme, surtout durant le sommeil, alors que les mouvements respiratoires se ralentissent et se régularisent, le râle stridoreux s'affaiblit, il perd son timbre musical et devient un ronflement; il peut même disparaître, au cours d'un profond sommeil. Même atténuation quand l'enfant est transporté d'une atmosphère froide dans une pièce chaude.

Le bruit du stridoreux perd encore de sa netteté au cours des tétées. Toutefois, dans deux observations de Boulard, la prise du sein accroît le cornage et la gêne respiratoire. Thomson, dans le *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher et Comby, signale aussi le renforcement du bruit, quand l'enfant est au sein.

Lœri a signalé certaines modifications commandées par la position du corps. Le stridor disparaissait parfois durant une heure, quand il couchait les enfants la tête plus basse que le reste du corps. Particularité clinique intéressante, qui le différencie du ronflement des adénoïdiens et surtout du cornage thymique.

Les malformations laryngées qui dominent la genèse du stridor congénital respectent toujours les lèvres de la fente glottique, et l'émission des sons n'est jamais entravée. Le cri reste clair, la toux persiste éclatante et la persistance intégrale de la voix imprime encore une note originale au syndrome stridoreux des nouveau-nés.

Troubles respiratoires. — La sténose vestibulaire du larynx n'entraîne, souvent, aucune perturbation du rythme respiratoire. D'autres fois on observe, en même temps que l'inspiration bruyante, un enfoncement notable des régions inférieures de la paroi thoracique et du creux épigastrique; ce tirage intercostal et abdominal est analogue à celui constaté dans une attaque de croup. Chez certains enfants, on voit aussi la même dépression thoracique et épigastrique, aux instants où le stridor s'atténue sensiblement. Il n'est pas très rare, enfin, de noter une sorte de dissociation symptomatique entre l'intensité du stridor et le battement presque insignifiant des ailes du nez.

Dans plusieurs cas, le rétrécissement sus-glottique, en raison de son étroitesse, est devenu, au moins momentanément, incompatible avec l'aération suffisante des poumons. Les enfants sont pris d'accès paroxystiques de dyspnée, qui apparaissent sans raison, ou bien à l'occasion d'une émotion, d'un réveil inopportun, d'un examen médical. La gêne respiratoire devient inquiétante, on constate de l'abaissement inspiratoire du larynx, du tirage sus-claviculaire et sous-sternal, de la dépression des espaces intercostaux. Sutherland et L. Lack, Variot ont vu, à l'acmé du paroxysme, de la tuméfaction des veines jugulaires, avec cyanose passagère de la face; dans un de ces cas, à l'instant où le diaphragme s'abaissait, on voyait le sternum se déprimer et le thorax prendre une forme bilobée.

Et cependant il existe un contraste remarquable, frappant, entre l'allure tapageuse, dramatique de ces accidents, et leur évolution bénigne, toujours terminée par la guérison. Les enfants, même à l'acmé d'une crise, paraissent très peu anxieux, et semblent à peine incommodés. Jamais les médecins n'ont signalé de troubles graves ou persistants, du côté de la circulation sanguine pulmonaire. Malgré un très fort tirage, dit Cerf, l'enfant n'était pas cya-

nosé et ne paraissait pas gêné. L'un des petits malades de Variot conservait sa gaîeté, et ne semblait pas incommodé par son râle. Dans un cas rapporté par Thomson, le tirage affectait une telle intensité que l'enfant, pour faciliter l'ampliation thoracique, éloignait les coudes, le tronc; les doigts étaient fléchis et raidis, et cependant « la figure était calme; loin de manifester la moindre anxiété, le petit malade paraissait content et heureux, et s'intéressait à tout ce qui se passait autour de lui ». Cette disproportion, signalée par tous les médecins, entre l'apparence alarmante des troubles respiratoires et leur terminaison toujours favorable, appartient en propre au stridor congénital des nourrissons.

Etat général. — Laryngologistes et pédiatres s'accordent à reconnaître que le stridor, même compliqué de gêne de la respiration, avec tirage et cyanose passagère, n'influe en rien sur la santé générale des enfants. Les nouveau-nés, dit Comby, ne sont ni des débiles, ni des atrophiés; ils peuvent rester de beaux nourrissons et leur développement, physique ou intellectuel, ne paraît nullement entravé. Les enfants s'alimentent normalement, soit au sein, soit au biberon (Refslünd, Variot, Cerf, Bruder). Cependant les médecins anglais ont signalé, dans des cas tout à fait exceptionnels et caractérisés par un tirage longtemps prolongé, des déformations osseuses du thorax : incurvation des côtes, allongement antéro-postérieur du squelette, tendance à la forme d'un thorax d'oiseau. De là, la dénomination de « pigeon-breast », donnée par Sutherland et L. Lack, à l'ensemble de ces déformations.

Certains auteurs mentionnent la coexistence, avec le stridor, de stigmates de rachitisme, d'accidents de gastro-entérite, de lésions de cranio-tabes. La pathogénie de ces divers troubles de nutrition doit être essentiellement séparée de celle du stridor congénital, et rapportée aux conséquences d'une alimentation défectueuse. Encore ces observateurs ont-ils pu confondre le stridor congénital avec le laryngo-spasme des nourrissons, dont les connexions étiologiques avec le rachitisme et le cranio-tabes sont aujourd'hui bien précisées.

Signes physiques. — Nous étudierons dans un instant avec détail, les lésions anatomiques, qui conditionnent le bruit du stridor. Nous ne signalerons ici que rapidement l'aspect objectif des déformations, tel que le révèle l'examen du larynx, au moins, quand ce dernier peut être pratiqué.

Il est en effet, de notion banale, que la laryngoscopie comporte, chez le nourrisson, de sérieuses difficultés techniques, en raison de l'indocilité du sujet et de l'exiguïté du bucco-pharynx. De plus, cette investigation présente de réels dangers, elle exagère à la faveur des mouvements de défense de l'enfant, le stridor et la gêne respiratoire; surtout le médecin risque de provoquer l'éclosion d'un spasme glottique, dont la violence peut mettre en péril la vie du petit patient. Le toucher digital, conseillé par quelques observateurs, est peut-être encore plus aléatoire; il éveille aussi des réactions réflexes dangereuses et les sensations perçues manquent de précision.

L'emploi de l'abaisse-langue d'Escat facilitera beaucoup la mise en place du miroir laryngé; l'autoscopie directe de Kirstein pourra donner de bons résultats.

La laryngoscopie, quand elle pourra être conduite avec succès, décèlera, indépendamment d'une congestion intense et constante de la muqueuse vestibulaire, des malformations ou bien de l'épiglotte seule, ou bien de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Dans le premier cas, l'image laryngoscopique reproduit l'enroulement de l'épiglotte sur ses bords; ceux-ci se rapprochent l'un de l'autre, de manière à former une gouttière étroite. Quelquefois, les replis ary-épiglottiques s'accolent dans leur tiers antérieur.

Dans le second cas, en plus de l'enroulement de l'épiglotte, il y a accolement sur toute leur longueur, des replis ary-épiglottiques qui ne limitent plus entre eux qu'une fente très étroite. L'état des cordes vocales est presque impossible à préciser.

L'auscultation de l'appareil pleuro-pulmonaire reste négative; l'oreille perçoit quelquefois le retentissement du bruit laryngé inspiratoire.

L'examen physique doit toujours être complété par celui des cavités du nez et du rhino-pharynx.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1906)

Kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires. — M. Bazy apporte une nouvelle observation : il s'agit d'une malade qui présenta des accidents graves d'infection des voies biliaires. M. Bazy crut devoir intervenir, il fit une laparotomie et put se convaincre qu'il s'agissait d'un kyste hydatique rompu dans les voies biliaires. Il ouvrit le cholédoque, enleva la vésicule biliaire et draina la poche qui s'insérait près du hile du foie. La malade guérit.

Fractures bimalléolaires. — M. Walther estime qu'il s'agit là d'une question de pratique très importante dans laquelle chacun doit apporter le tribut de son expérience.

M. Walther n'entend parler que des fractures bimalléolaires de Tillaux, injustement dénommées fractures de Dupuytren. La réduction primitive de ces fractures est-elle possible ? Oui, n'hésite pas à répondre M. Walther; dans un grand nombre de cas, cette réduction peut être obtenue. Si on a trop de peine à replacer le pied dans une bonne position, il faut recourir à l'anesthésie. La scopolamine avant l'opération et le chloroforme pendant semblent à M. Walther le meilleur mode d'anesthésie, la scopolamine préventive supprimant la période d'excitation du chloroforme. Pour obtenir cette réduction, il faut placer la jambe un peu en flexion sur la cuisse. M. Walther est partisan de l'application immédiate d'un appareil plâtré, mais il faut maintenir le pied en bonne situation jusqu'à ce que le plâtre soit complètement sec et dur. En effet, quand le plâtre n'est pas très solide, on voit se produire une déviation dans les vingt-quatre heures. En prenant ces diverses précautions, on peut arriver à une parfaite réduction. M. Walther montre plusieurs radiographies sur lesquelles on peut constater de très bons résultats.

Dans la grande majorité des cas, on peut ne laisser l'appareil que quarante jours, mais en le retirant il faut bien s'assurer de la résistance du cal de la fracture en comparant le membre fracturé avec celui de l'autre côté. Il y a des cas qui peuvent résister à tous les traitements. M. Walther cite l'exemple d'un malade dont la fracture paraissait parfaitement consolidée au quarantième jour. Cependant, le cal n'est pas assez dur. On veut remettre l'appareil pour quelques jours. Le malade s'y refuse et revient quelques jours après avec une déviation secondaire très marquée. Peut-il se faire une déviation secondaire après une consolidation complète? M. Walther ne l'a jamais observé.

M. Walther ne croit pas qu'on puisse jamais attribuer des troubles consécutifs à ce fait qu'on a laissé l'appareil trop longtemps en place. Enfin, il passe en revue un certain nombre de cas compliqués dans lesquels il y a des lésions de l'astragale ou du calcanéum, déchirure des ligaments du tarse; hypertrophie ou ostéite du cal, mal perforant ou troubles trophiques par névrite. Il rappelle les faits de ce genre présentés par MM. Kirmisson, Berger. Enfin en terminant, M. Walther rappelle quelques rares exemples d'hommes énergiques arrivant à marcher avec une fracture bimalléolaire mal consolidée. Il cite, entre autres, le cas d'un alpiniste qui a fait l'ascension du Mont-Blanc dans ces conditions.

M. Chaput. La plupart des orateurs se sont prononcés en faveur de l'anesthésie chloroformique pour faciliter la réduction.

M. Delbet a adopté la stovaïne lombaire que M. Chaput a préconisée en 1904 et qui, dans l'espèce, est vraiment merveilleuse.

Pour éviter la déviation qui se fait dans l'appareil, il conseille le plâtre immédiat suivi d'un second appareil après le dégonflement du membre.

Il ne faut pas se contenter de mettre le pied dans l'axe du tibia, il est préférable avec Tillaux de le placer en adduction forcée.

Quarante jours d'immobilisation suivis d'un mois de marche avec béquilles sans poser le pied, suffisent pour les fractures bénignes. Pour les fractures graves il faut cinquante à soixante jours de plâtre et deux mois de béquilles.

La radiographie permet d'apprécier le degré de consolidation.

La non-consolidation s'explique par les fractures des bords tibiaux, le diastasis, l'obliquité ou la fracture du péroné.

On ne laissera pas marcher les blessés sans avoir vérifié la consolidation par les rayons X, si au bout de cinq à six mois elle n'a pas eu lieu, on interviendra.

En présence de la gravité des fractures bimalléolaires nous devons faire nous-mêmes les appareils ou tout au moins les refaire s'ils sont imparfaits et ne pas laisser marcher les blessés sans un nouvel examen radiographique.

Kystes de l'utérus. — M. Potherat fait un rapport sur une observation de M. Auvray : il s'agit d'une malade qui était atteinte d'un énorme kyste abdominal. M. Auvray fait la laparotomie, détruit des adhérences superficielles, puis des adhérences intestinales, épiploïques, attire la poche après l'avoir vidée d'un liquide séreux, et trouve un large pédicule se continuant avec l'utérus qui était normal. M. Auvray se décide alors à faire l'hystérectomie.

M. Potherat nous présente la pièce. La malade a très bien guéri. D'après l'examen de M. Cornil, il s'agissait d'un sarcome dont le point de départ était le fond même de l'utérus.

MM. Monod et Mauclaire rappellent avoir présenté des faits analogues dans lesquels il s'agissait également de sarcomes.

Rétrécissement du rectum. — M. Sieur présente un officier dont voici l'histoire très résumée : dysenterie en 1895, rechute tous les ans; rétrécissement constaté en 1902, dilatations successives, récidive, douleurs atroces, phénomènes d'occlusion, amaigrissement. M. Sieur pratique un anus iliaque à gauche, en octobre 1904; fait faire des lavages antiseptiques du bout inférieur, et procède ultérieurement à l'ablation, par la voie ano-coccygienne, de la partie rétrécie du rectum, en respectant autant que possible le sphincter. Il enleva ainsi 15 centimètres d'intestin et aboucha l'intestin à la plaie ano-coccygienne. Quelque temps après, il ferma l'anus iliaque. Mais les accidents reparurent, et il fallut faire de nouveau un anus iliaque à droite. Les crises cessèrent, le second anus fut fermé à son tour et le malade reprit ses forces. Il va bien, il a une continence suffisante de son anus coccygien; il se plaint seulement de constipation.

Tumeur du sein. — M. Walther montre une mamelle qu'il vient d'enlever, et qui présente à la fois des lésions de mammite chronique, un épithélioma au centre de la mammite, des ganglions axillaires et un noyau tuberculeux.

Calcul vésical. — M. Lejars présente un énorme calcul qu'il a extrait de la vessie par la voie vaginale.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 6 décembre 1906)

Hypoesthésie tactile douloureuse chez un tabétique. — M. Lortat-Jacob a constaté, chez un tabétique peu avancé, une hypoesthésie tactile, avec superposition de douleurs atroces par la moindre excitation cutanée, dans le domaine des quatrième-septième racines cervicales.

Radiculite sensitivo-motrice. — MM. Déjerine et Camus. Il y a quatre ans, un malade niant la syphilis, mais atteint de leucoplasie buccale, présenta une paralysie du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil, avec douleurs qui furent prises pour des coliques néphrétiques, et troubles objectifs de la sensibilité, à topographie radiculaire, mais occupant le territoire d'une racine inférieure à celle correspondant aux troubles moteurs. Ceci permet de se demander si les notions actuelles sur la topographie radiculaire du membre inférieur doivent être considérées comme définitives. D'autre part, la douleur augmentait lors de la toux et des éternuements, ce qui, pour M. Déjerine, est en faveur de la radiculite : ce signe serait dû à la brusque augmentation de pression dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien.

Etat des réflexes dans la chorée de Sydenham. — MM. Babinski et Charpentier. Chez un enfant atteint de chorée de Sydenham, les réflexes rotuliens et achilléens sont conservés; jamais M. Babinski n'a observé l'abolition des réflexes signalés par Oddo. — MM. Raymond et Déjerine ne l'ont jamais observée non plus. — M. Babinski ajoute qu'il a trouvé, dans la chorée, des signes d'irritation du faisceau pyramidal : extension de l'orteil, du côté où les mouvements sont moins accentués, chez le malade actuel; flexion combinée de la cuisse et du bassin, dans un autre cas.

Sur la conduction des diverses sensibilités. — M. Babinski, à propos d'une dissociation de la sensibilité d'origine bulbaire, fait remarquer que, si les divers modes de la sensi-

bilité ne semblent pas avoir de conducteurs spéciaux, ils paraissent, en revanche, posséder des degrés divers de conductibilité, qui ne seraient pas les mêmes pour les divers neurones des voies sensitives.

Tabes cervical avec grosse amyotrophie. — MM. Raymond et Huet. La présence du signe d'Argyll, de douleurs fulgurantes, de crises gastriques, permettrait le diagnostic de tabes. Celui-ci s'accompagne d'une grosse amyotrophie, en particulier de la nuque. — Cette dernière particularité montre, comme le fait observer M. Paul Richer, que les muscles de la nuque ne sont pas indispensables à la conservation de l'équilibre de la tête. — MM. Déjerine et Marie pensent qu'une amyotrophie aussi intense ne saurait exister dans un tabes aussi fruste, et discutent son interprétation; M. Marie fait remarquer que la main du malade se rapproche bien davantage de la « main succulente » syringomyélique, que de la main tabétique.

Sclérose combinée sénile par atrophie cérébelleuse. — MM. Marie et Rossi. M. Marie montre que des vieillards, atteints de cette affection, présentent divers troubles légers d'ordre cérébelleux. — M. Rossi apporte de nombreuses coupes et photographies, montrant, dans un cas analogue, l'atrophie de la substance grise du cervelet, sans sclérose ni inflammation.

Ostéite syphilitique déformante type Paget, chez une tabétique. — MM. Chartier et Paul Descomps. La malade, tabétique depuis quinze ans, présente une hypertrophie avec double courbure du tibia droit, qui, ressemblant aux déformations de la maladie de Paget, semble cependant pouvoir être rapportée à la syphilis.

Tabes supérieur avec hémiataxie. — MM. P. Camus et Sézary. Troubles radiculaires de la sensibilité, ataxie, astéréognosie limités au membre supérieur gauche.

Syndrome gassérien et signe d'Argyll. — M. F. Lévy présente une malade atteinte de névralgie faciale gauche, accompagnée, quelques jours plus tard, d'anesthésie dans le domaine du trijumeau gauche. Etant donné la présence du signe d'Argyll du même côté, et malgré l'inefficacité du traitement spécifique et l'absence d'étiologie, l'auteur croit pouvoir rapporter la névralgie à une scléro-gomme probable.

Hémiasynergie cérébelleuse. — M. Vincent. L'hémiasynergie s'accompagne des signes d'une tumeur intracranienne, avec paralysie des septième et huitième paires du même côté. Aucun trouble des sensibilités superficielles et profondes.

Atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne par névrite interstitielle. — M. Long. L'atrophie a mis dix ans à se faire à la main droite, a débuté huit ans plus tard à la main gauche. Il y aurait eu des secousses fibrillaires. Douleurs très intenses, mais pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Altérations du tissu conjonctif dans un cas de trophœdème. — M. Long.

Paralysie infantile localisée dans le domaine des quatrième, cinquième, sixième racines cervicales. — MM. Huet et Lejonne. On pourrait penser à une méningite, mais une ponction lombaire, faite trois semaines après le début, demeura négative.

Sarcome des circonvolutions pariétales. Hémiplégie double. — M. Souques. Il s'agit d'un énorme sarcome, qui avait évolué cliniquement en trois ans. Pendant dix-huit mois, le seul symptôme était la céphalée, puis apparut une double hémiplégie organique, par compression du faisceau pyramidal.

Syndrome bulbaire. — M. Grenet constate chez un malade de la dysarthrie, dysphagie, douleur à la nuque et fièvre; paralysie de la moitié de la langue; signe de Babinski du côté opposé, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Le même vient rectifier un diagnostic d'arthropathie nerveuse qu'il attribuait il y a trois ou quatre ans, à une affection nerveuse dont les signes font actuellement défaut.

Lésions dégénératives secondaires à une altération thalamique. — M. Roussi. Etude par la méthode de Marchi.

Puis la Société se réunit en comité secret, pour procéder à l'élection, comme membre titulaire, de M. Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste des hôpitaux, et au renouvellement annuel du bureau. M. Babinski est élu président pour 1907.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 DÉCEMBRE 1906

THÈSES

Mercredi 19 décembre 1906, à une heure. — M. Lemaitre. Du chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans les interventions de courte durée, son administration à dose minima dans un espace clos et extensible. (MM. Ch. Richet, président; Pouchet, Landouzy et Marcel Labbé.) — M. Brion. La digalène (de Cloetta). (M. Pouchet, président; Ch. Richet, Landouzy et Marcel Labbé.) — M. Bertray. Etude synthétique et clinique sur les anévrismes de l'aorte thoracique descendante. (MM. Landouzy, président; Ch. Richet, Pouchet et Marcel Labbé.) — M. Bazin. Traitement de la syphilis du nouveau-né par injections intra-musculaires des préparations mercurielles, solubles et insolubles. (MM. Pinard, président; Terrier, Wallich et Gosset.) — M. Dufour-Lamartinerie. Des injections intra-utérines (pratique de la clinique Baudelocque 1902-1906. Indications, nombre, résultats). — M. Mauroy. Le service des prompts secours de la ville de Paris. Considérations sur son fonctionnement et modifications à y apporter. (MM. Terrier, président; Pinard, Wallich et Gosset.) — M. Arquier. Du casier médical. (MM. Blanchard, président; Joffroy, Gaucher et Balthazard.) — M. Albes. De l'illusion de fausse reconnaissance (étude critique, clinique et médico-légale). (MM. Joffroy, président; Blanchard, Gauchet et Balthazard.) — M. Reme. Contribution à l'étude de trichotillomanie. (MM. Joffroy, président; Blanchard, Gaucher et Balthazard.) — M. Picaud. Contribution à l'étude du traitement du charbon par les méthodes nouvelles. (MM. Gauchet, président; Joffroy, Blanchard et Balthazard.)

Jeudi 20 décembre 1906, à une heure. — M. Petit. Contribution à l'étude de la méthode dite de Bond-Bobroff, dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie. (MM. Berger, président; Pozzi, Poirier et Proust.) — M. Vitoux. Contribution à l'étude des hématuries de la grossesse. (MM. Pozzi, président; Berger, Poirier et Proust.) — M. Dezarnauld. De l'extirpation des ganglions lombaires dans le cancer du testicule. (MM. Poirier, président; Berger, Pozzi et Proust.) — M. Brelet. La mort subite chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Méry et Carnot.) — M. Rousselot. Contribution à l'étude des purgatifs azotés. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Méry et Carnot.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 144. — MARDI 18 DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. MARDI 18 DÉCEMBRE 1906. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LE VOTE DE L'IMPOT SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — Après avoir voté des droits sur lés boissons dites anti-hygiéniques, la Chambre a passé à la discussion du projet établissant des droits sur les produits hygiéniques. On n'est pas plus logique.

Malgré la défense énergique opposée par MM. Georges Berry, Astier, Pelisse et Cazeneuve, la Chambre a refusé d'adopter l'amendement si raisonnable de ce dernier (1) et a voté le texte de la commission dont voici les pricipaux passages :

« Cet impôt est basé sur le prix de vente au détail, prix dont l'inscription sur les étiquettes en caractères apparents est obligatoire, conformément au tarif ci-après :

Produits dont le prix de vente n'excède pas 50 centimes, 5 centimes.

Produits dont le prix de vente excède 50 centimes sans dépasser 10 francs, 10 centimes par franc ou par fraction de franc.

Produits dont le prix de vente est supérieur à 10 francs, 50 centimes par 5 francs ou par fraction de 5 francs.

Sont considérés comme spécialités les produits auxquels le fabricant ou le vendeur attache une dénomination particulière ou dont il réclame soit la priorité d'invention, soit la propriété exclusive, ou enfin dont il préconise la supériorité par voie d'annonces, de prospectus ou d'étiquettes.

Sont exempts les produits que les pharmaciens préparent pour les livrer eux-mêmes à leur clientèle sans publicité et exclusivement au détail. »

Le nouvel impôt *sur la santé* rapportera environ 6 à 7 millions, à peu près la somme nécessitée par l'augmentation de l'indemnité parlementaire !

En présence de ce projet, mal étudié, voté à la hâte au milieu des préoccupations politiques les plus graves, après une discussion où l'on entendit trop de jeux de mots et d'allusions ironiques d'un goût doûteux, les médecins et les pharmaciens feront bien de réfléchir. Ils représentent une force électorale considérable qui a servi jusqu'ici à tout le monde, sauf à eux-mêmes. Quand ils auront assez d'être tondus, ils devront s'en souvenir.

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 141, p 1681.

HOPITAUX DE PARIS. — Au cours de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, les mutations dans les hôpitaux de Paris que nous avons annoncées le 11 décembre ont été modifiées comme il suit :

MM. Achard va à Necker, Thoinot à Laënnec, Launois à Lariboisière, Guinon à Bretonneau, Boulloche à Trousseau, Triboulet à Saint-Antoine, Aviragnet à Bichat, Lamy à Tenon, Legry à Dubois, Teissier à Aubervilliers, Hudelo à Tenon, Bruhl et Renault au Bastion 27, F. Bezançon à Debrousse, Gouget à Sainte-Périne.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours s'est ouvert aujourd'hui lundi 17 décembre.

Questions données : « Creux de l'aisselle. — Symptômes et diagnostic des tumeurs du sein. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Margarot, Levy, Verdier et Romant.

Internes provisoires : MM. Lambert, Lisbonne, Guignot, Maillet et Roques.

Internat de l'asile d'aliénés : MM. Euziere, titulaire, et Pezet, provisoire.

Externes titulaires : MM. Baumel, Leriget, Laget, Pantel, Richard, Sappet, Reveilhe, Bonhomme, Béral, Jamot et Barras.

Externes provisoires : MM. Tuffery, Brunel, Charlet, Terrier et Puech.

— NIMES. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Guichard, Bourelly et Bonnet.

Internes provisoires : MM. Clément et Roucairol.

— LILLE. — Le concours de l'internat en pharmacie vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Dorchy, Desprez, Bazélis et Duprez ; comme interne provisoire : M. Tréven.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1725.*)

Vaccine normale et vaccines modifiées dans les revaccinations, par FASQUELLE. Broch., 12 p. — Paris, imprimerie Gainche.

De la législation française en matière de logements insalubres, par FILLASSIER. Une broch., 10 p. — Paris, Rousset.

SURALIMENTATION
ET
ALIMENTATION RATIONNELLE DU TUBERCULEUX

Par René LAUFER.

Avant d'étudier l'alimentation rationnelle des tuberculeux, il y a lieu de s'expliquer sur la signification du terme : suralimentation, qui a été précisément considérée jusqu'ici comme la seule alimentation rationnelle dans la tuberculose. Si on entend par là : alimentation basée sur les besoins réels du tuberculeux, c'est parfait. Ces besoins étant supérieurs à ceux de l'individu sain, on devra fournir au tuberculeux une « suralimentation », mais une suralimentation limitée par ces besoins mêmes. On ne voit en effet aucune raison, étant donné surtout que le tuberculeux se double très fréquemment d'un anorexique et d'un dyspeptique, de lui imposer une surchage alimentaire excessive. Tout le problème consiste donc à rechercher, à mesurer autant que possible, l'étendue de ces besoins.

En fait, ce n'est pas ainsi que les choses ont été comprises. Le principe de la suralimentation ayant été reconnu valable, pour obtenir l'engraissement à tout prix, on s'est cru autorisé à la pousser aussi loin que possible. Lorsqu'on se trouvait en présence d'un tuberculeux, on commençait par lui prescrire une alimentation très abondante en faisant appel à toute son énergie, et au besoin on se passait de son énergie grâce au gavage. En somme, on n'avait aucun guide pour régler la ration qui était purement empirique. Du moins, il semble qu'il en ait été ainsi, puisqu'en dépouillant de nombreuses observations mentionnant les régimes prescrits, y compris ceux de certains sanatoriums, nous avons relevé jusqu'aux chiffres formidables de 4000 et 5000 calories par ration quotidienne. Si nous considérons en particulier certains aliments, tels que la viande crue ou les graisses, nous avons trouvé des prescriptions de 600 ou 800 grammes de viande ; de 200 à 300 grammes d'huile de foie de morue par jour, comme supplément, bien entendu, des aliments ordinaires. Il est utile de rappeler ici que notre maître, M. le professeur Ch. Richet, en étudiant les propriétés remarquables de la viande crue, n'a jamais songé à en faire un moyen de suralimentation. Nous avons vu des malades à qui la foi de la suralimentation faisait prendre par jour quinze à vingt jaunes d'œufs crus.

Il faut tenir compte de ce fait que la cure alimentaire de la tuberculose n'est pas une cure de quelques mois. Lorsque, sous l'influence d'un régime, le malade a engraissé de quelques kilogrammes en deux ou trois mois, il est encore loin de la guérison. Dans ces conditions, il faut songer à lui fournir une ration qu'il puisse supporter d'une façon prolongée, et non lui prescrire une alimentation qu'un sujet normal ne tolérerait pas longtemps, et que le malade ne peut prendre que pendant une période relativement courte. D'autre part, en ce qui concerne l'engraissement, nous savons qu'il n'est pas, à lui seul, une condition nécessaire et suffisante d'amélioration. On vise en effet, non seulement à l'accumulation de graisse, mais surtout à la reconstitution des milieux sanguin et albumineux, des masses musculaires. L'augmentation de poids doit donc être contrôlée par l'examen général des malades. Chez certains, la balance accuse un résultat merveilleux, alors que la maladie est stationnaire ou même s'étend davantage. Chez certains auteurs, la tuberculose guérit avec une augmentation très minime de poids.

En réalité, le seul avantage de la suralimentation systématique et forcée consiste à nous en avoir bien appris les inconvénients. Nous n'insisterons pas sur les accidents qu'elle peut provoquer et sur lesquels tous les cliniciens sont aujourd'hui d'accord. Ces accidents sont, pour la plupart, sous la dépendance de l'intoxication alimentaire, et en particulier de l'abus de la viande, du carnisme. Il y a des accidents *immédiats* ou, du moins, *précoces*, et des accidents *éloignés*. Les premiers relevent surtout de la *suralimentation* elle-même, les seconds de la *surnutrition* qui en résulte dans certains cas. Parmi les premiers, ce sont surtout les troubles digestifs et les altérations des parenchymes hépatique et rénal qui dominent : apparition de troubles gastro-intestinaux, diarrhée simple ou colite, congestion ou hypertrophie du foie, fausse phosphaturie, albuminuries ou même néphrite véritable, parfois aiguë (A. Robin, Soc. de thérap., 13 fév. 1901), éruptions, dermatoses, bronchites à type congestif (Grancher, *Bull. méd.*, 1897), hémoptysies, troubles nerveux, névralgies (Bardet, Soc. de thérap., 8 mars 1905). Nous avons vu de ces diarrhées rebelles par suralimentation, attribuées à la tuberculose intestinale, et des hémoptysies à répétition, céder simplement à une réduction de l'alimentation. En pratique, le danger qui se présente très fréquemment est le suivant : Un malade tolère en apparence sa suralimentation, il engraisse rapidement ; arrivent un embarras gastrique, des troubles intestinaux, le malade cesse de manger et en quelques jours, il perd le bénéfice de quelques mois de traitement intensif.

Les accidents plus éloignés s'observent chez les malades qui ont supporté une suralimentation longtemps continuée : hypertension et sclérose artérielles, dyspnée, obésité, goutte, lithiase biliaire, lithiase rénale, tout le cortège de l'arthritisme le plus accentué.

En face d'un de ces accidents, surtout d'un accident pulmonaire, on devra donc, pour y remédier, savoir le rapporter à sa véritable cause, et non l'attribuer à la tuberculose elle-même comme on est tenté de le faire et comme on le fait le plus souvent.

Si la clinique nous enseigne nettement les inconvénients visibles de la suralimentation forcée, la physiologie nous en révèle l'inutilité absolue. Nous avons pu, en effet, par l'expérimentation, mettre en relief le fait suivant chez le tuberculeux comme chez l'homme sain : lorsque, avec un régime identique, on fait ingérer de jour en jour des doses croissantes d'un aliment : graisses, hydrates de carbone ou albu-

minoïdes, l'effet *utile*, physiologique, de cet aliment ne se produit que jusqu'à une certaine dose au-dessus de laquelle il n'y a plus d'utilisation alimentaire. L'organisme est, pour ainsi dire, saturé. C'est un fait constant chez tous les individus. Nous l'avons appelé la *loi de la limite nutritive* (*Revue de la tuberculose*, février, avril 1906). Ainsi, les graisses déterminent dans l'organisme une rétention, une épargne d'azote. Lorsque, avec un même régime, on donne des quantités croissantes de graisses, cette épargne d'azote s'accroît d'abord jusqu'à une certaine dose (140 à 150 grammes de graisses par jour chez des tuberculeux), puis si on continue à élever la quantité de graisses, l'action d'épargne n'augmente plus, elle reste stationnaire. Il y a donc bien un superflu qui, de ce fait est inutilisé, et par conséquent inutile. C'est ce que confirme l'expérience clinique. Nous avons administré en effet, à une série de tuberculeux des graisses en grandes quantités (150 à 250 grammes par jour au total, y compris les matières grasses contenues dans les aliments eux-mêmes) et à une autre série des graisses en quantités modérées (90 à 120 grammes par jour au total). Or, dans la première série, nous avons observé d'abord une augmentation rapide du poids, suivie d'une période d'état, enfin un abaissement plus ou moins brusque, amenant quelquefois le malade au-dessous de son poids primitif. Trois éventualités se produisent à la fin : ou bien les malades présentent des troubles digestifs, ou bien ils n'utilisent simplement pas les matières grasses qui passent, en partie au moins dans les fèces, ou enfin ils perdent l'appétit pour d'autres aliments. Pour la seconde série, au contraire (doses modérées), l'augmentation de poids se montre moins rapide, mais elle se poursuit régulièrement et progressivement, de sorte que le malade obtient un bénéfice certain à la fin de l'expérience, et on aboutit en définitive à ce résultat paradoxal que de grandes quantités de graisses font maigrir, tandis que des quantités modérées augmentent le poids. En pratique, il y aura lieu de tenir compte de la quantité de graisses déjà contenue dans l'alimentation avant d'en ajouter, sous forme d'huile de foie de morue par exemple, de façon à ne pas dépasser au total une dose telle, qu'elle serait inutile et même nuisible.

Depuis ces expériences (Acad. de méd., séance du 2 nov. 1904), nous avons recherché d'une façon spéciale les pertes de graisses que peut subir l'organisme par les fèces lorsqu'on en donne des quantités croissantes : ces pertes ou cette non-utilisation augmentent en même temps qu'on fait croître la ration de graisses. Voici un exemple, sur les trois cas que nous avons étudiés :

Paul P..., trente-huit ans, tuberculose du second degré, avec craquements et râles au sommet gauche, diminution du murmure vésiculaire, inspiration rude, expiration prolongée au sommet droit, datant de quatre ans environ. Température 37°8 à 38 degrés le soir. Sueurs nocturnes. Bacilles dans les crachats. Pendant toute la durée de l'expérience le régime est identique, mais on y ajoute du beurre en quantités croissantes :

Périodes	Ingesta	Excréta par les fèces
4 jours	100g beurre	8g2 = 8,2 p. 100
3 jours	130g —	9g8 = 7,5 —
2 jours	150g —	18g9 = 12,6 —
2 jours	180g —	19g1 = 10,6 —
2 jours	200g —	51g6 = 25,8 —
2 jours	220g —	54g4 = 24,7 —

Les deux autres cas (tuberculose au premier et au second degré) se sont comportés de la même façon : dans l'un (premier degré), l'élimination par les fèces s'est élevée à 36 grammes avec 200 grammes de beurre, dans l'autre (deuxième degré) à 61g6.

Nous devons noter que l'utilisation alimentaire est variable d'un individu à l'autre, mais, encore une fois, le taux d'utilisation ne peut être dépassé, chez un individu quelconque, même s'il ingère et tolère apparemment une grande quantité d'aliments.

Nous avons répété les mêmes expériences avec le sucre et l'azote (donné sous forme de viande), et nous sommes arrivé exactement aux mêmes constatations. C'est ainsi que le sucre administré en quantités croissantes ne détermine une action d'épargne sur l'azote que jusqu'à une certaine limite au-dessus de laquelle il n'a plus d'influence sur la rétention azotée. Il est vrai que cette limite est de beaucoup plus élevée que celle des graisses. Il faut arriver à des doses de sucre considérables pour voir l'action d'épargne sur l'azote devenir stationnaire. Enfin, avec une ration croissante de viande de 100 à 400 grammes, on retrouve dans les fèces des quantités de plus en plus fortes d'azote non utilisé, jusqu'à 40 et 60 p. 100 de l'azote ingéré. De plus, les déchets, acide urique, xanthine, etc., s'accumulent et augmentent dans l'urine. Ils sont souvent rejetés par « crises », par périodes.

Ceci nous amène à l'étude du déficit nutritif, notamment du déficit azoté qui peut nous donner une idée du travail réparateur à effectuer. En effet, l'amaigrissement du tuberculeux s'opère non seulement aux dépens des graisses, mais en grande partie aux dépens des principes albuminoïdes de l'organisme. Le malade use sa propre substance et la perte d'azote qui en résulte vient s'ajouter à celle de l'azote d'origine alimentaire. L'excédent d'azote éliminé par rapport à l'azote ingéré peut donc être considéré comme l'usure de la substance albuminoïde de l'organisme (1). Voyons donc jusqu'où s'élève cet excédent. Ici les expérimentateurs ne sont pas d'accord : quelques-uns nient cet excédent, d'autres au contraire trouvent une azoturie considérable. Cette divergence tient simplement à la différence des conditions d'observation. Nous mettons de côté les cas où l'on signale l'existence d'une azoturie, alors qu'on n'a pas tenu compte des ingesta. Or, plus on augmente l'azote de l'alimentation, plus on en excrète. Ces observations ne signifient donc rien. Dans d'autres cas, on a comparé l'excrétion azotée à l'ingestion, alors que les malades s'alimentaient véritablement trop peu, prenaient une sous-alimentation.

(1) Cet azote peut s'exprimer en albumine ou en chair musculaire, 1 gramme d'azote = 6g25 d'albumine = 29g80 de chair musculaire ; 1 gramme d'albumine = 4g75 de chair musculaire.

Il est vrai que ces cas sont ceux d'un grand nombre de tuberculeux anorexiques qui ingérant une alimentation fort inférieure à la ration physiologique normale, se trouvent déjà, de ce fait seul, en état d'inanition partielle. Rien d'étonnant à ce que l'on observe de l'azoturie. Cette azoturie peut d'ailleurs, à la longue, être réduite presque à zéro, car tout sujet en inanition prolongée, diminue dans de certaines proportions l'azote détruit aux dépens de lui-même.

Mais que ces malades soient soumis à une alimentation rationnelle et, au bout d'un temps variable, chez un certain nombre d'entre eux au moins, l'équilibre azoté sera établi. Donc, toutes choses égales d'ailleurs, il y aura ou non, suivant le régime suivi, un excédent d'azote excrété. Mais il faut ajouter : suivant le malade. En effet, le mauvais état des voies digestives, du foie, du pancréas, en diminuant l'utilisation des aliments, placent le malade dans la même situation que s'il mangeait trop peu; la diarrhée soustrait en outre une certaine quantité d'azote. Nous avons vu quelques tuberculeux dyspeptiques engraisser merveilleusement avec une alimentation abondante, tandis que leur état s'aggravait, que leurs forces diminuaient, et nous avons trouvé un excès d'azote excrété. En abaissant considérablement leur ration, nous avons pu observer ce phénomène intéressant d'une diminution de poids avec amélioration progressive des symptômes. Le bilan azoté était rétabli, avec l'amendement des phénomènes dyspeptiques, bien que nous ayons restreint l'azote alimentaire. Nous avons observé d'autres malades, chez lesquels au contraire nous constations une épargne d'azote avec 1g70 d'albumine par kilogramme, qui néanmoins maigrissaient, maigrissaient de plus en plus à mesure qu'on augmentait l'azote ingéré. Aucun phénomène apparent ne permettait d'expliquer cet amaigrissement. Nous n'avons réussi à enrayer celui-ci, et à amener une épargne d'azote qu'en abaissant à 1g25 d'albumine l'azote ingéré, et en augmentant les graisses ou les hydrates de carbone. Cela tient à ce que certains individus utilisent de préférence les aliments ternaires et qu'il y a lieu de leur en fournir une plus grande grande quantité en restreignant les substances azotées.

Une autre influence restait à étudier d'une façon particulière : la fièvre. Pendant la fièvre, les pertes azotées tiennent à une moindre alimentation, à l'action des toxines, et à l'élévation de la température elle-même. Nous avons examiné à ce point de vue un grand nombre de malades. Or, avec une alimentation comportant 39 à 45 calories par kilog et 1g50 en moyenne d'albumine par kilog d'individu, nous avons exceptionnellement trouvé plus de 1 gramme d'azote en excédent dans les urines et les fèces par rapport à l'ingestion, et cela avec de la fièvre continue et des températures moyennes de 38 degrés à 38°8. Ce n'est que dans les cas où la température est très élevée (39 à 40 degrés), dans ceux qui s'accompagnent d'intoxication profonde de l'organisme, que l'on trouve un déficit plus considérable, mais ces cas sont les plus rares. Dans les cas ordinaires, même avec un peu de fièvre vespérale, le déficit est très minime.

Pour évaluer le bilan azoté d'un tuberculeux, il faut procéder toujours de la même façon. La seule méthode rationnelle consiste à mettre le malade au repos absolu et à lui fournir une ration physiologique de repos. Normalement, dans ces conditions, l'azote excrété égale l'azote ingéré. Le déficit, si on le constate, indiquera donc ce que l'état pathologique fait perdre à l'organisme. En agissant de la sorte chez une cinquantaine de malades à qui nous donnions une alimentation de 30 à 35 calories par kilog d'individu avec 1g50 d'albumine par kilog, malades en période d'amaigrissement, ayant ou non de la fièvre (38°9 au maximum), nous avons rarement trouvé, par des examens répétés, plus de 0g25 à 0g50 d'azote comme déficit dans les urines et les fèces, exceptionnellement plus de 1 gramme. Et dans quelques cas, l'azote excrété était en moindre quantité que l'azote ingéré. L'amaigrissement doit être attribué alors à ce que, comme dans les cas dont il a été question, la déperdition se fait aux dépens des éléments ternaires. Ajoutons que chez un certain nombre de malades, qui n'entrent pas en compte dans les cas dont nous venons de parler, cette ration physiologique suffit pour enrayer l'amaigrissement et pour amener une épargne d'azote. Ce qui explique ce fait, c'est une puissance d'utilisation des principes nutritifs plus considérable chez certains individus qui, à l'état normal maintiennent leur équilibre en mangeant relativement peu. Il y aura donc lieu, en toute occurrence, de tenir compte de l'alimentation antérieure des malades, comme qualité et comme quantité, afin de ne pas prescrire sans raison et systématiquement des régimes excessifs à des sujets qui n'en ont pas besoin pour atteindre le but voulu.

Nous n'avons pas mentionné, dans l'azote excrété, celui des crachats et de la sueur. Il n'ajoute que relativement peu à l'azote des urines et des fèces. Lanz (*Deutsch Arch. f. klin. Med.*, vol. LVI) a trouvé chez 16 malades à divers degrés une moyenne de 0g66 d'azote p. 100 de crachats. La quantité quotidienne de crachats était de 36 à 120 grammes. Nous avons trouvé des chiffres un peu moindres, 0g49 p. 100 de crachats humides chez 8 malades dont 5 au second et 3 au troisième degré, chiffre qui se rapproche de celui obtenu par MM. Labbé et Vitry chez deux cavitaires (*Revue de méd.*, Paris, 10 fév. 1906) : 0g456 p. 100 de crachats humides et 8g74 p. 100 de crachats desséchés. Nous avions de 30 à 95 grammes de crachats par jour, ce qui nous donne 0g29 d'azote comme moyenne quotidienne. Labbé et Vitry trouvent dans un cas 0g04 d'azote par jour et dans l'autre 0g18. Quant aux sueurs, chez l'homme normal, elles contiennent, d'après Argutinsky, 0g07 à 0g11 d'azote (après des bains de vapeur). Dans un cas, Winternitz a trouvé 0g06 p. 100 chez un homme sain après un bain chaud de trois quarts d'heure dont la température était de 40 degrés et 0g302 après un bain de soleil de cinquante minutes, la température du corps s'étant élevée de 36°5 à 38°5. Nous n'avons pas trouvé mention d'analyses faites chez le tuberculeux.

En somme, le déficit total, *lorsqu'il existe*, n'est dans la majorité des cas que de 0g4 ou 0g5 d'azote

par jour. Nous ne voulons pas dire que cet azote excrété en excès doive être équivalent à celui qu'il serait nécessaire d'ajouter à l'alimentation pour rétablir l'équilibre. Le problème n'est pas aussi simple, car, pour fixer de l'azote dans l'organisme, il ne suffit pas d'en fournir un supplément à l'individu : ici ce sont surtout les aliments ternaires qui jouent le rôle d'agents d'épargne vis-à-vis de l'albumine. Mais ces pertes, beaucoup plus faibles qu'on aurait pu le croire, nous indiquent que, s'il faut une suralimentation pour les couvrir et rétablir l'équilibre nutritif, cette suralimentation ne doit pas être aussi considérable qu'on l'a dit jusqu'en ces derniers temps.

C'est d'ailleurs ce que nous ont nettement montré des recherches (voir *Revue de la tuberculose*, fév. et avril 1906) poursuivies par nous depuis plus de quatre ans, et concordant absolument avec celles de MM. les professeurs Ch. Richet et A. Robin. Prenant comme point de départ la ration physiologique de repos à raison de 36 à 39 calories par kilogramme d'individu (1), nous avons calculé chez 14 malades en période d'amaigrissement (6 au premier degré, 8 au second degré présentant presque tous un peu de température vespérale) les quantités d'azote éliminé. Puis, utilisant la méthode des doses alimentaires progressivement croissantes que nous avons indiquée et qui permet d'étudier l'influence de l'alimentation comme on étudie l'action d'un médicament, nous avons recherché les quantités de calories alimentaires nécessaires pour atteindre l'équilibre azoté. La conclusion qui se dégage de toutes nos expériences est formelle : il faut environ 45 calories par kilog, non seulement pour arriver à l'équilibre azoté, mais encore pour épargner une certaine quantité d'azote. Nous avons pu contrôler ce fait en étudiant jusqu'aujourd'hui, pendant des périodes variant de huit mois à dix-huit mois, la courbe des poids chez 19 tuberculeux (7 au premier degré, 8 au second, 4 au troisième degré). Comme en clinique il est impossible, chez des sujets en état d'engraissement, de saisir le moment où se fait l'équilibre azoté, nous nous sommes proposé comme but d'amener leur poids, soit à ce qu'il était auparavant, lorsque ce renseignement pouvait nous être fourni, soit à ce qu'il devait être, étant donné la taille des malades. Nous avons pu d'ailleurs nous assurer, par quelques dosages, que l'équilibre azoté était depuis longtemps atteint avant qu'ils n'arrivent à leur poids considéré comme normal. Or, pour aboutir au résultat désiré, il n'a jamais été nécessaire de dépasser 50 calories (2 cas, 1 au premier degré et 1 au second) par kilog. Il reste donc avéré que la moyenne alimentaire devra comporter 45 calories par kilogramme, et moins encore si les tuberculeux se trouvaient au repos complet. Parmi les 19 cas dont nous parlons, il y en a d'ailleurs 9 (5 au premier, 2 au second degré) auxquels 40 calories par kilog ont suffi pour augmenter de poids. Si l'on voulait schématiquement exprimer ce résultat, on pourrait dire que le tuberculeux prend environ un tiers en plus de la ration ordinaire pour couvrir ses besoins. Avec ce chiffre de calories, nous insistons sur ce point, nous sommes bien au-dessous de ceux qui ont été si souvent indiqués comme régimes de suralimentation. Ces 40 calories par kilog représentent-elles la limite inférieure que l'on puisse observer? Nous avons 6 autres cas (3 au premier degré, 3 au second) dont l'engraissement progressif a été obtenu avec 30 à 35 calories par kilog; ce sont ces malades auxquels nous avons déjà fait allusion, qui utilisent particulièrement bien l'alimentation. Voici pour la limite inférieure.

(1) Ce chiffre est un peu au-dessus de la moyenne indiquée par les auteurs (30 à 35 calories), mais nous l'avons employé à dessein parce que nos malades n'étaient pas au repos absolu ; ils n'étaient pas couchés, ils allaient et venaient de temps à autre dans la salle où ils séjournaient, mais ne se livraient à aucun travail actif.

Quelle est maintenant la limite supérieure? Nous avons vu ce qui se passe lorsqu'on augmente trop l'alimentation des graisses, et nous avons conclu qu'il valait mieux, pour provoquer l'engraissement, procéder par doses modérées (80 à 100 grammes au total par jour). Il en est de même lorsqu'on veut élever les quantités d'albuminoïdes ou d'hydrates de carbone au-dessus de certaines limites. Nous avons essayé d'administrer à des malades 500 à 600 grammes de viande sous diverses formes. Ceux qui ne présentaient pas d'intolérance au début, finissaient par ne plus pouvoir supporter cette alimentation, ou bien, s'ils la supportaient, ils perdaient l'appétit pour tout le reste. Nous n'avons pu faire tolérer d'une façon prolongée plus de 300 grammes de viande par jour. De même pour les hydrates de carbone.

En ce qui concerne la question des quantités moyennes respectives d'albuminoïdes, de graisses et d'hydrates de carbone, nos résultats nous montrent en outre l'influence nocive d'une alimentation exclusive ou trop prédominante. Pour les graisses, nous avons employé 80 à 100 grammes, il n'est pas avantageux en général d'abaisser leur chiffre au-dessous de 70 grammes par jour. Mais lorsque, dans une ration comportant 40 ou 45 calories, on donne surtout des graisses aux dépens des albuminoïdes ou des hydrates de carbone, on n'obtient que des effets fâcheux. De même d'ailleurs lorsqu'on administre d'une façon excessive l'un de ces derniers aliments, en restreignant les autres. Il y a un minimum nécessaire de chacun d'eux, et il faut maintenir entre eux un certain rapport quantitatif.

Pour les albuminoïdes, 2 grammes par kilog ont suffi chez nos malades en expérience pour compenser largement les pertes d'azote. Certains malades arrivent même à l'équilibre azoté avec 1g50 d'albuminoïdes par kilog. Il ne faudrait pas aller jusqu'à 1g25, c'est là un minimum indispensable. Lorsqu'on abaisse ce chiffre, on a beau élever les autres éléments de la ration, le malade maigrit. Comme limite maxima, nous n'avons jamais pu dépasser 2g50 d'albumine par kilog d'une façon continue. Mais nos observations étudiées cliniquement à ce point de vue et les courbes de poids nous ont montré qu'avec 2 grammes, on peut obtenir d'excellents résultats. Nous avons mentionné certaines circonstances, certains cas où, sans aller au-desous des 1g25, il était utile d'abaisser les albuminoïdes de la

ration. D'autre part, il faudra tenir compte de l'alimentation antérieure des sujets habitués ou non à une nourriture azotée. De plus, le développement des masses musculaires chez un tuberculeux implique une destruction plus active de l'albumine, surtout si le sujet a déjà perdu sa graisse. La persistance de l'embonpoint par contre a une valeur inverse, parce qu'un organisme riche en graisse détruit moins vite son albumine et qu'il atteint plus tôt son équilibre azoté avec une quantité restreinte d'albumine qu'un organisme pauvre en graisse.

Les albuminoïdes proviennent, dans la ration des tuberculeux, en grande partie de la viande et du lait. Nos expériences nous ont montré que la viande ne devait pas représenter plus de la moitié, exceptionnellement plus des deux tiers de la quantité totale d'albuminoïdes. Mais la moitié de cette quantité suffit largement. Si l'on prend par exemple un tuberculeux de 60 kilogs, il devra ingérer en moyenne, ainsi que nous l'avons indiqué, 120 grammes d'albuminoïdes par jour; or la moitié (60 grammes) représente déjà environ 300 grammes de viande.

Nous avons eu l'occasion d'expérimenter systématiquement, comme viande crue, les huîtres à raison de deux et trois douzaines par jour. Nous aurons à revenir en détail sur les résultats remarquables que nous en avons obtenus chez des malades n'ayant aucun appétit. Nous poursuivons nos recherches sur cette alimentation qui nous semble présenter un avantage considérable.

Enfin les hydrates de carbone peuvent être fournis abondamment, mais, dans les cas que nous avons observés, n'ont pas dépassé 350 à 400 grammes, ce qui représente 5 à 6 grammes par kilog d'individu. Des expériences que nous avions faites sur l'utilisation comparée des hydrates de carbone et des graisses chez les tuberculeux (Soc. de thérap., 26 oct. 1904) nous avaient montré que les hydrates de carbone, le sucre notamment, exercent une action d'épargne de l'azote plus prononcée que les graisses, soit que l'on donne le sucre et les graisses en quantités égales, soit en quantités isodynamiques; les hydrates de carbone ont également, dans les mêmes conditions, une influence plus marquée que les graisses sur l'accroissement du poids et des forces. On sait en effet en physiologie que le sucre exerce en outre une action d'épargne sur les graisses elles-mêmes. Enfin, nous avons recherché l'action du sucre sur l'élimination des phosphates; cette action s'est manifestée d'une façon très nette, l'élimination est moindre pendant les périodes où l'on ajoute le sucre à l'alimentation que dans celle où l'on n'en donne pas. Il faut ajouter que le sucre, étant un hydrate de carbone ou à peu près, représente, sous un faible volume et sous une forme facile à prendre, à tolérer, et très assimilable, une valeur calorifique intense.

Nous avons donc employé, parmi les hydrates de carbone, le sucre à haute dose, et les résultats se sont maintenus tels que nous les avions publiés en février 1905 (Soc. de thérap.). D'une façon générale, les tuberculeux supportent parfaitement et pendant longtemps de 60 à 90 grammes de sucre par jour. Depuis nos recherches, MM. Huchard, Labbé et Vitry en ont eu d'excellents résultats. Nous avons obtenu des augmentations de poids allant de 20 à 100 grammes par jour en ajoutant simplement à la ration ordinaire d'entretien ou de repos, six à dix morceaux de sucre par jour. Mais le sucre nous a surtout été un aliment des plus précieux avec le régime lacté absolu. On peut en effet, dans des cas de tuberculose où l'ingestion de lait seul s'accompagnait d'amaigrissement, obtenir par l'addition de sucre des engraissements très sensibles. Le sucre ne doit donc plus être considéré comme un condiment chez le tuberculeux, mais il s'impose comme un aliment des plus précieux. Il rendra les plus grands services, notamment dans les cas de tuberculose où le régime lacté est indiqué.

L'objection tirée de la prédisposition des diabétiques à la tuberculose ne s'applique pas aux tuberculeux qui prennent du sucre. Le diabétique, en effet, *n'utilise* pas le sucre, ne le brûle pas, celui-ci n'a plus pour lui de valeur alimentaire; le tuberculeux, au contraire, l'utilise parfaitement et augmente de poids sous son influence. Nous n'avons en tout cas jamais observé de son fait le moindre effet fâcheux sur l'évolution de la tuberculose. Personne n'a d'ailleurs signalé, avec le sucre, aucun phénomène défavorable dans la marche de la maladie; M. Perret a obtenu, au laboratoire de physiologie de la Faculté, des augmentations de poids chez des chiens tuberculeux de 10 kilogs en moyenne, auxquels, pendant des mois, il a donné environ 25 grammes de sucre par jour avec une pâtée composée de lait et de pain (ce qui correspondrait à 150 grammes pour un homme de 60 kilogs). Ces résultats ne seraient pas aussi favorables, bien entendu, si, comme l'a fait M. Guinard, on donnait à des chiens tuberculeux des doses telles que, pour l'homme de 60 kilogs, elles représenteraient environ 1500 grammes de sucre par jour; les troubles dyspeptiques ou nutritifs suffisent alors amplement pour expliquer la moindre survie des animaux ainsi traités.

Nous avons donc indiqué en principe la ration alimentaire *moyenne* du tuberculeux, aucune question de diététique ne pouvant être résolue par l'absolu, ce sont là choses avant tout individuelles, mais les moyennes que nous apportons sont assez souples pour permettre d'établir, chez différents malades et dans différentes périodes chez un même malade, l'alimentation rationnelle qui convient, c'est-à-dire l'alimentation basée sur les besoins réels et sur la digestibilité. Elles peuvent constituer en tout cas un guide pratique en face d'un cas quelconque.

Mais, pour formuler une conclusion générale à ce travail, nous pouvons dire que la qualité des aliments est au moins aussi importante à considérer dans la ration des tuberculeux que la quantité, et qu'au point de vue quantitatif, il ne faut accepter ni une alimentation trop prédominante ou exclusive, ni la suralimentation systématique et forcée. Déjà celle-ci a été fortement battue en brèche par les cliniciens; l'expérimentation montre que, désormais, elle a vécu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1906)

Sur la glycosurie sans hyperglycémie. — MM. LÉPINE et BOULUD. Outre la glycosurie phloridzique qui ne dépend certainement pas d'une hyperglycémie artérielle, on peut, ainsi que M. Lépine l'a fait remarquer, il y a plusieurs années, observer parfois une glycosurie, dans différentes conditions, chez des chiens intoxiqués, ou à la suite de la ligature temporaire d'un uretère, etc., sans que le sang soit plus riche en sucre qu'à l'état normal.

Deux hypothèses peuvent l'expliquer. On peut supposer qu'il s'agit d'une glycosurie de cause rénale, comme celle de la phloridzine. On peut aussi penser que le sucre formé brusquement, sous l'influence du principe diabétogène introduit dans le sang, est insuffisamment fixé aux matières albuminoïdes de ce liquide.

Sur la distribution du phosphore dans les aliments. — M. BALLAND. Des 600 dosages effectués par M. Balland, il résulte que les produits phosphorés des blés représentés en anhydride phosphorique (P^2O^5) oscillent entre 0,65 et 1,11 p. 100.

Le riz, les légumes, les fruits en contiennent fort peu.

Les haricots, les lentilles donnent jusqu'à 1,35 ; les fèves, 1,45.

Dans les viandes, bœuf, veau, mouton, volailles, on ne trouve pas plus de 0,45.

Chez les poissons, elle atteint 0,60, et chez les goujons frits on arrive à 1,90.

C'est dans les fromages que l'on observe les plus fortes réserves de phosphore : Gruyère, 1,81 ; Hollande, 1,61 ; Camembert, 1,10 ; Brie, 0,68.

Le café torréfié atteint 0,40, le cacao de Madagascar 1,30, le chocolat au lait préparé dans les conditions habituelles en fournit 0,62 p. 100 de liquide.

Dans un œuf de poule ordinaire, le phosphore est représenté par 0,26, dont 0,015 seulement dans le blanc.

Autres communications :

Sur la répartition de la vicianine et de sa diastase dans les graines de légumineuses, par M. Gabriel BERTRAND et Mlle L. RIVKIND.

Interprétation de quelques résultats de la radiothérapie et essai de fixation d'une technique rationnelle, par MM. J. BERGONIÉ et L. TRIBONDEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1906)

Statistique des opérations pour néoplasmes de l'estomac. — M. LION apporte une statistique qui va de 1903 à 1906. Nous en retiendrons surtout le fait suivant :

Il résulte de cette étude que ce qui caractérise surtout la malignité du cancer et ce qui explique la récidive rapide de certaines des tumeurs qui se prêtent à la gastrectomie, c'est moins leur large extension périphérique que la forme histologique en rapport avec la réaction variable du tissu interstitiel et la distribution des éléments néoplasiques. Ce qui fait la gravité, ce n'est pas le mode d'extension périphérique, c'est la propagation en épaisseur. Sont particulièrement redoutables les formes diffuses où le cancer infiltre rapidement toutes les couches de la paroi et atteint le péritoine, voire les adhérences qui l'unissent aux organes voisins.

Kyste hydatique du poumon gauche traité par la ponction et les injections de sublimé. — M. L. GALLIARD présente une femme de dix-neuf ans qui souffrait depuis trois ans de douleurs thoraciques consécutives à une hémoptysie lorsqu'elle fut admise, le 3 mai 1906, dans son service, à Lariboisière, avec le diagnostic de *grande pleurésie gauche à ponctionner*. M. Galliard ne fut pas peu surpris de voir s'écouler, au lieu de la sérosité qu'il attendait, le liquide limpide, eau de roche, caractéristique du kyste hydatique. Avant de retirer le trocart, il fit une injection de quelques centimètres cubes de solution de sublimé à 1/4000. Il proposa une opération chirurgicale qui fut absolument repoussée.

Le 9 mai, seconde ponction. Déjà le contenu du kyste s'était modifié. Il retira un litre de liquide légèrement hémorragique, puis il injecta 200 centimètres cubes de solution de sublimé à 1/4000 et retira encore 200 centimètres cubes du mélange formé par cette solution et par le liquide résiduel.

Comme la malade refusait toujours la cure chirurgicale, se déclarait guérie et voulait quitter l'hôpital, M. Galliard la fit radiographier le 24 mai et le 28 mai, il pratiqua une troisième ponction. Nouvelle modification du liquide qui était louche, un peu purulent, inodore. La purulence pouvait être attribuée à la pénétration d'une petite quantité d'air pendant les manœuvres de la dernière injection. Cette pénétration, qui lui avait été révélée par le bruit de succussion intra-kystique après la séance, n'était certainement pas due à une communication du kyste avec les bronches. D'ailleurs pas de fièvre, sauf un jour (le 15 mai), amélioration de l'état général, quelques crachats de bronchite et pas autre chose. Après la ponction, injection de 200 grammes de la solution de sublimé et extraction de 200 grammes du mélange, comme la dernière fois.

Le 2 juin la malade quitta l'hôpital pour passer trois mois à la campagne. Pendant l'été elle toussa et cracha beaucoup, de telle sorte qu'on la crut phtisique. Les crachats furent examinés au point de vue des bacilles de Koch, sans résultat d'ailleurs.

A la fin de septembre il constata les progrès de l'état général et la diminution de volume du kyste qui ne paraît pas actuellement contenir plus d'un litre de liquide.

La seconde radiographie, faite le 8 décembre dernier, est intéressante à comparer à celle du 24 mai. D'abord le cœur, qui était tout entier à droite du sternum, est revenu en place; ensuite la limite supérieure du kyste, qui était à la quatrième côte gauche en arrière, est descendue à la sixième ; enfin le kyste s'est éloigné de la paroi thoracique à la région axillaire, où d'ailleurs on perçoit actuellement des râles fins qui n'existaient pas au début. Pas de tuberculose des sommets.

La malade est si satisfaite de son état qu'elle ne veut entendre parler d'aucune intervention, même pas d'une ponction exploratrice avec l'aiguille fine.

Anarthrisme pur. — M. Pierre MARIE présente un cerveau d'anarthrique pur. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'un ictus, eut hémiplégie droite et aphasie pure. Il demeura ainsi six mois sans parler, mais pouvant lire, écrire et comprenant toutes choses.

Il se rééduqua par la suite. La lésion est uniquement localisée à la zone lenticulaire de l'hémisphère gauche.

Dans le quadrilatère fermé par deux lignes passant en avant et en arrière du l'insula, se trouve la lésion, kyste détruisant la capsule externe, la zone externe du noyau lenticulaire et la digitation postérieure de l'insula.

Autopsie d'un aphasique moteur sans cécité ni surdité verbales. Ramollissement de l'opercule rolandique et des trois quarts inférieurs de la pariétale ascendante gauche. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et SALOMON présentent le cerveau d'une aphasique moteur.

Hémiplégique spasmodique droit, le malade avait la parole spontanée réduite à quelques monosyllabes, reconnaissait les objets, sans les nommer, écrivait très mal sous dictée, copiait l'imprimé en cursive, comprenait tout, suivait très bien une conversation, riait volontiers, exécutait les ordres donnés par écrit, lisait les journaux et paraissait s'y intéresser. Il n'avait pas d'hémianopsie. Il avait une conversation, sinon complète, du moins très remarquable, de l'intelligence, de l'affectivité et de la sociabilité.

Les lésions consistent en ramollissement massif des trois quarts inférieurs de la pariétale ascendante gauche, et ramollissement surtout sous-cortical de l'opercule rolandique gauche. Sur la coupe de Flesching on ne voit aucune autre

lésion que l'extrémité inférieure de ce ramollissement de l'opercule rolandique. Des coupes vertico-transversales montrent que le ramollissement en avant de l'opercule rolandique coupe une partie de la substance blanche sous-jacente au pied de la troisième frontale et au-dessous de la pariétale ascendante s'enfonce dans le centre ovale sans atteindre à l'œil nu les noyaux centraux.

Cette observation paraît donc rentrer dans le groupe des faits jusqu'alors classiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1906)

Septicémie anaérobique au cours de la gangrène sénile. — MM. A. GILBERT et A. LIPPMANN rapportent à la Société une observation de gangrène sénile des plus instructives en ce qu'elle leur permit, pour l'étude bactériologique du sang pratiquée durant la vie du malade, de mettre en évidence l'existence d'une septicémie généralisée strictement anaérobie.

Alors que, en effet, les divers ensemencements effectués avec la sérosité issue de la plaie gangréneuse avaient montré l'existence d'une infection locale mixte aéro-anaérobie (staphylocoque blanc, coli bacille, B. ramosus), les recherches microbiologiques entreprises sur le sang de la circulation générale ne donnèrent lieu qu'à la prolifération des seules cultures anaérobies, les milieux ordinaires restant stériles. Ces cultures fournissent en grande abondance, à l'état de pureté absolue, des colonies de B. ramosus, microbe strictement anaérobie.

Ces résultats sont intéressants à un double point de vue, en montrant d'une part le rôle manifeste des germes anaérobies et du B. ramosus en particulier, associés aux microbes ordinaires dans la pathogénie de la gangrène, d'autre part et surtout en apportant la preuve indiscutable, prise sur le vif, de la réalisation de l'infection sanguine généralisée par les bactéries de l'anaérobiose. A la vérité, un certain nombre de faits cliniques rapportés dans ces dernières années permettraient déjà d'incriminer l'existence de ces septicémies à anaérobies. Expérimentalement d'ailleurs, la simple ligature de l'intestin détermine en quelques jours l'apparition d'anaérobies dans ce milieu sanguin. Les constatations de MM. Gilbert et Lippmann mettent hors de tout conteste la possibilité, sous certaines influences, de ces septicémies particulières, et étendent encore singulièrement le champ d'action déjà si vaste de ces germes spéciaux, tantôt saprophytes banals, tantôt agents actifs de redoutables complications.

Sur l'anthracose pulmonaire physiologique d'origine intestinale. — Pour MM. CALMETTE, VANSTEENBERGHE et GREYSER, malgré ce que l'on a dit, il faut admettre que : 1° les poussières colorées sont particulièrement absorbées par le tube digestif et peuvent être véhiculées avec la lymphe à travers les ganglions mésentériques jusqu'aux poumons ; 2° que l'existence d'une anthracose pulmonaire physiologique, d'origine intestinale, ne saurait être contestée ; 3° que cette forme d'anthracose, absolument identifiable à celle que l'on observe chez les fumeurs et les ouvriers mineurs, ne saurait être confondue avec l'anthracose purement mécanique, d'origine aérienne.

Sur la production et la nature d'une substance empêchante dans les tumeurs des cancéreux traités par les sérums cytolytiques spécifiques. — M. VIDAL (d'Arras) admet que, sous l'influence des injections cytolytiques anti-cancéreuses, le sujet néoplasique produit progressivement une substance *empêchante* qui sauvegarde la cellule épithéliale. Cette substance règne principalement dans le sang, son action porte simultanément, mais inégalement, sur l'alexine et la sensibilisatrice du sérum injecté. D'où l'arrêt progressif de l'action thérapeutique du sérum.

Vésicatoire et leucocytose. — MM. CARRIEU et LAGRIFFOUL (de Montpellier). Parmi les diverses modes d'action du vésicatoire (action analgésiante, diurétique, etc.), il en est un qui mérite d'attirer particulièrement l'attention, c'est la stimulation, le coup de fouet qu'il donne à la phagocytose. L'augmentation des globules blancs peut en effet atteindre plusieurs milliers et persister plusieurs jours. Il s'agit surtout d'une polynucléose avec éosinophilie.

Le vésicatoire est principalement indiqué quand il y a hypoleucocytose ou leucocytose modérée.

Il faut également donner d'utiles renseignements au point de vue du pronostic : l'absence de réaction leucocytaire indique en général une atteinte grave ; une réaction leucocytaire marquée et persistante est au contraire le plus souvent d'un bon pronostic.

Autres communications :

Expériences sur les alternances de jeûne et d'alimentation chez les lapins. — M. Ch. RICHET.

Sur une modification au milieu de Novy Mac-Neal pour la culture des trypanosomes. — M. MATHIS.

Nouvel appareil de photographie. — M. PIMOY.

La passage du cycle nycthéméral normal de la température au cycle inverti. — MM. TOULOUSE et PIÉRON.

Flore intestinale des helminthes. — MM. WEINBERG et SŒVES.

Eosinophilie sanguine dans la maladie de Recklinghausen. — M. GAILLARD.

A propos d'un tænia trouvé vivant dans un œuf de poule. — MM. RAJAT et PÉHU.

Recherches sur la spirillose provoquée par le spirille de la tick-fever. — MM. LEVADITI et MANOUÉLIAN.

Sur un fait relatif à la régénération des nerfs. — MM. WERTHEIMER et DUBOIS.

Transplantation des vaisseaux conservés au froid pendant plusieurs jours. — M. CARREL.

Agglutination des hématies par une solution d'albumine d'œuf, chez les animaux préparés par une infection intrapéritonéale de cette albumine. — MM. BEAUJEARD et V. HENRI.

Kyste hydatique du foie réduit sans drainage, pneumatose kystique postopératoire. — MM. CERNÉ et DÉVÉ.

Dosage de petites quantités d'éther. — M. NICLOUX.

Le métadinitrobenzène comme réactif des sucres. — MM. CHAVASSIER et MOREL.

Signalons enfin une communication de M. CHANTEMESSE sur l'hémo-diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, que nous analyserons en détail dans notre prochain compte rendu.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

IBOGAÏNE, OUABAÏNE, YOHIMBINE

On confond souvent l'ibogaïne avec l'ouabaïne ou la yohimbine, dont les propriétés sont complètement différentes. L'ouabaïne, extrêmement toxique, a été expérimentée contre l'asthme et la coqueluche. L'yohimbine est un aphrodisiaque.

L'ibogaïne, tirée de l'iboga du Congo, est peu toxique. C'est un médicament névrosthénique, et en même temps toni-cardiaque et excitant de la nutrition.

On la prescrit sous forme de dragées Nyrdahl, à base d'ibogaïne (formule du docteur Landrin), 2 à 6 par jour. Indications : neurasthénie, surmenage, atonies nerveuses, et musculaires, convalescences, impuissance, dilatation du cœur, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Le concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle qui vient d'avoir lieu à la Faculté de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de M. Chaillot.

LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE a décerné le prix Laborde à M. le docteur Jean Camus et le prix Godard à M. Bohn.

LE CONCOURS DU PRIX FILLOUX s'est terminé par l'attribution des prix, se montant chacun à 1200 francs, à MM. Baldeweck, interne à l'hôpital Lariboisière, et Poyet, externe à l'hôpital Saint-Antoine.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin aide-major de première classe Montet, en non-activité, est rappelé à l'activité et affecté aux hôpitaux militaires de la division d'Alger (service).

— M. le médecin-major de deuxième classe Vennin, est désigné pour remplir les fonctions de répétiteur (anatomie descriptive et topographique) à l'école du service de santé militaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Sédillot (de Ladon).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 DÉCEMBRE 1906

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et Balthazard.

2e : MM. Ch. Richet, André Broca et Branca.

3e (1re partie, oral) : MM. Segond, Potocki et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Teissier et Claude ; — M. Wallich, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Pierre Duval ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mercredi 26 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Legueu et Cunéo.

2e : MM. Gautier, Gley et Branca.

5e (1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Mauclaire et Pierre Duval ; — (2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Teissier et Legry ; — (2e série) : MM. Gaucher, Claude et Balthazard ; — M. Proust, suppléant.

Jeudi 27 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Auvray.

2e : MM. Retterer, Langlois et Maillard.

3e (1re partie, oral) : MM. Berger, Launois et Brindeau.

4e : MM. Thoinot, Wurtz et Vaquez ; — M. Renon, suppléant.

Vendredi 28 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Gosset et Cunéo.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Balthazard.

2e : MM. Gariel, Ch. Richet et Branca.

3e (2e partie, oral) : MM. Roger, Claude et Marcel Labbé.

4e : MM. Landouzy, Thoinot et Wurtz ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Legueu et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Segond, Mauclaire et Proust ; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Potocki, suppléant.

Samedi 29 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Teissier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Méry ; — (3e série) : MM. Robin, Jeanselme et Bezançon ; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Demelin et Brindeau ; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 26 décembre 1906, à une heure. — M. Vornière. La course. Etude physiologique. (MM. Ch. Richet, président; Pouchet, André Broca, Desgrez.) — M. Tchayan. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des dérivés organiques de l'iode. (MM. Pouchet, président; Ch. Richet, André Broca et Desgrez.) — M. Abal. Contribution à l'étude physiologique du « Collinsonia Canadensis ». (MM. Pouchet, président ; Ch. Richet, André Broca et Desgrez.) — Mlle Almasoff. Contribution à l'étude de la polymastie. (MM. Pinard, président; Terrier, Segond et Lepage.) — M. Gernez. Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. (MM. Terrier, président; Pinard, Segond et Lepage.) — M. Desmarquest. La radiothérapie appliquée au traitement des sarcomes. (MM. Terrier, président; Pinard, Segond et Lepage.) — M. Ferrand. Des épulis sarcomateuses à myéloplaxes. (MM. Segond, président; Pinard, Terrier et Lepage.) — M. Noucher. Contribution à l'étude de l'influence de la menstruation sur la tuberculose pulmonaire. (MM. Landouzy, président; Blanchard, Brissaud et Marcel Labbé.) — M. Génevrier. La vie et les œuvres de Nicolas Chambon de Montaux (1848-1806). Aperçu sur la vie et les idées médicales au temps de la Révolution. (MM. Blanchard, président; Landouzy, Brissaud et Marcel Labbé.) — M. Ort. Le régime sec dans la gastro-entérite infantile. (MM. Brissaud, président; Landouzy, Blanchard et Marcel Labbé.)

Jeudi 27 décembre 1906, à une heure. — M. Lemaire. Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents sérotoxiques. (MM. Debove, président; Raymond, Jeanselme et Carnot.) — M. Bourguignon. Formes microbiennes du champignon du muguet (morphologie et pathologie expérimentales). (MM. Raymond, président; Debove, Jeanselme et Carnot.) — M. Boulakian. Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Faure et Morestin.) — M. Marsan. Luxations pathologiques du coude. (MM. Le Dentu, président; Poirier, Faure et Morestin.) — M. Iser. Traitement de l'ectopie testiculaire. Rôle de la glande interstitielle. (MM. Poirier, président; Le Dentu, Faure et Morestin.) — M. Vanel. Accidents de la première dentition. (MM. Hutinel, président; Chantemesse, Méry et Besançon.) — M. Delvallez. Etude clinique et expérimentale sur les divers procédés domestiques de stérilisation du lait par la chaleur. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Méry et Besançon.)

AVIS AUX CANDIDATS AJOURNÉS. — MM. les candidats ajournés avant le 2 juin 1907, pourront renouveler leurs épreuves, savoir : 1° l'épreuve pratique de disection, à partir du 3 juin 1907 ; 2° l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 8 avril et à partir du 3 juin 1907.

Les épreuves orales seront renouvelées : 1° à partir du 3 juin pour les candidats ayant échoué avant le 5 mai ; 2° à partir du 17 juin pour les candidats ayant échoué après le 5 mai et avant le 2 juin.

Les candidats admis à renouveler l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 8 avril consigneront les 11 et 12 mars. Les candidats qui ne pourront renouveler cette épreuve qu'à partir du 3 juin consigneront les 13, 14 et 21 mai inclusivement, dernier délai.

Pour les épreuves autres que la médecine opératoire, les candidats ajournés avant le 5 mai consigneront les 13, 14 et 21 mai inclusivement, dernier délai, pour passer à partir du 3 juin. Les candidats ajournés après le 5 mai et avant le 2 juin consigneront les 3 et 4 juin pour passer à partir du 17 juin. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date de leur échec.

Les élèves ajournés après le 2 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les sessions extraordinaires de juin et juillet 1907 ne seront ouvertes qu'en tenant compte des dispositions de l'article 4 du décret du 24 juillet 1899 et de l'article premier du décret du 20 mai 1902.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Blanchard, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de parasitologie et d'histoire naturelle médicale à ladite Faculté.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — Ce concours s'est ouvert lundi 17 décembre.

Voici l'ordre de passage des candidats pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure :

1. MM. Gaultier, Marie, Mouriquand, Bousquet, Sorel, Lagriffoul, Loeper, Bertin, Sicard, Gandy,

11. Lesieur, Grenet, Garnier, Bériel, Porot, Lépine, Dalous, Bonnamour, Detot, Castaigne,

21. Ferrand, Rimbaud, Merklen, Cruchet, Nobécourt, Breton, Martin, Clerc, Carles, Péhu,

31. Salager, Laubry, Gellé, Josué, Vansteenberghe, Leenhardt, Nattan-Larrier, Lereboullet, Raviart, Rathery,

41. Laignel-Lavastine, Carrier, Salomon, Lortat-Jacob, Pallasse, Apert, Cade, Ribierre, Crouzon, Babonneix,

51. Micheleau, Milian, Jousset, Bernard, Gaussel.

Epreuve orale de trois quarts d'heure. — Séance du 18 décembre 1906. — M. Gaultier : « Paralysie du nerf facial. » — M. Marie : « Bronchite capillaire. » — M. Mouriquand : « Diabète pancréatique. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1907, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Les questions restées dans l'urne sont : « Rapports des reins. — Formes cliniques de l'urémie. » — « Anatomie du pylore. — Sténoses du pylore. »

ANATOMIE. — Le jury se compose de MM. Boulloche, Milian, Lapointe, Michaux et Brindeau.

L'ordre de lecture des copies va du n° 1 au n° 395 en suivant l'ordre de tirage au sort.

PATHOLOGIE. — Le jury se compose de MM. Dalché, André Riche, Klippel, Faure et Reynier.

L'ordre de lecture des copies part du n° 199 et se continuera jusqu'au n° 395 pour reprendre au n° 1 et se terminer au n° 198.

ORDRE DE LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — 1. MM. Pascalis, Braun, Magrou, Boivin, Pellot, Périneau, Rouyer, Boulay, J[illegible]ier, Séjournet,

11. L[illegible] (Georges), Barré, Crétaux, Marie, Magniel, Hartmann, C[illegible]tier (Emile), Lévêque, Woimant, Fimbel,

21. Saiget, Foy, Portocalis, Simomin, Mesnager, de Vaugiraud, Weil (Pierre), Pélissier (André), Chamard-Bois, Vaucher,

31. Lemarignier, Vernes, Salès, Bloch (André), Vivicorsi, Paul-Boncour, Lévy-Bruhl, Cottenot, Lemaire, Meyer-Heine,

41. Willette, Gosselin, Barbet, Lerat (Henri), Chaperon, Voillemot, Berger, Houlmann, Cesbron, Delort,

51. Marquet, Mascarenhas, Lenormand, Verdoux, Velter, Bachy, Sorrel, Di Chiaria, Mlle Bouteil, MM. Guiart,

61. de Cumont, Ménard, Louvrier, Labande, Lelongt, Saison, Fenard, Maurat, Miginiac, Mock,

71. Sevestre, Ducamp, Pernet, Jacob, Heuyer, Wilhelm, Hébrard, Rousselot, Chaudron, Lagane,

81. Maillet, Fassou, Lemercier, Castéran, Toulant, Viel (Victor), Malterre, Gauducheau, Dumas, Lévy (Alfred),

91. Petel, Ferrand (Louis), Lerat (Georges), Josset-Moure, Fabignon, Le Blaye, Mallein, François (Paul), Blechmann, Bourdier,

101. Coryllos, Monnet, Lorin, Martingay, Couton, de Rocca Serra, Philbert, Dequidt, Mlle Déchaux, MM. Laroche,

111. Théry, Périer (Romain), Gillot, Roullier, Zaepfel, Biétrix, Houzel, Hue, Gautier (Raphaël), Gougelet,

121. d'Halluin, Fouchet, Rouget, Maurios, Dreyfus, Mlle Neveux, MM. Pénard, Girou, Chabert (Paul), Schreiber,

131. Queuille, Croissant, Lamouroux, Lévy (Pierre), Bion (Edgard), Pépin, Roux (Georges), Presbeanu, Bossoreil, Pironneau,

141. Luzoir, Burnier, Gastinel, Buizard, Cruet, Sourdel, Mornard, Gauchery, Douay, Bajan,

151. Genil-Perrin, Bécus, Péraldi, Brémond, Cotoni, Cotillon, Toussaint, Chibret, Brisset, Gallais,

161. Cheurlot, Jumentié, Davesne, Chanoine-Davranches, Fenestre, Ménard (Pierre), Le Grand, Bernard, Le Cointe, Frinault,

171. Gras, Henry, Railliet, Budan, Riberol, Dufour (Marcel), Gaillard, Chédeville, Thiel, Bruslon,

181. Mallet (Raymond), Reilly, Bouhey, Quinquaud, Debertrand, Boulard, Stroehlin, Aine, Corpechot, Detré,

191. Perdoux, Béchade, Brodin, Basset, Collin, Paillard, Guillaume (Maurice), Alexandre (Pierre),

Pathologie. — 199. M. Dehelly, 200. M. Galup,

201. Potelet, Serée, Cadenat, Madre, Savouré, Haller, Bax, Rafinesque, Lévy (Edmond), Wolfromm,

211. Boyé, Ferté, Nadal, Fontorbe, Stévenin, Astruc, Roucayrol, Kemhadjian, Chevassu-Perigny, Chataing,

221. Binet du Jassonneix, Zislin, Poirot-Delpech, Leroy, Béclère, Lorne, Tanzi, Bruel, Jullien (Arthur), Villechaise,

231. Bollack, Lafont (Jules), Magnin, Molard, Prost, Ausset, Delagenière, Flandin, Bouchaud, Blanc,

241. Crocq, Rogery, Hirtz, Giraud (Georges), Jumon, Merle, Halma-Grand, Auguste, Jullien (Paul), Guggenheim,

251. Phélip, Libert, Lutembacher, Levant, Monnot (Joseph), Gelma, Rousseau-Langwelt, Jean, Duval (Émile), Tissier,

261. Fichot, Mlle Lévy, MM. Chevallier (Pierre), Mosqueron, Mlle de Jong, MM. Clarac, Rembert, Mornet, Guerrero, Leibovici,

171. Vuillet, Guenot, Dubosc, Dufourmentel, Loubeyre, Bith, Robert, Regnard, Nicaud, Strauss,

281. Morellet, Mora, Pérol, Touraine, Weill (André), Martin, Viel (Emile), Lenoir, Doré, Perrier (André),

291. Vignéras, Duchet-Suchaux, Bienvenue, Besnard (Gustave), Vaury, Samson, Monin, Huyghes de Beaufond, Blocq (Léon), Jolivet,

301. Alexandre (Paul), Deroide, Wunschendorff, Colibert, Bloch (Marcel), Besnard (Jean), Ancibure, Larue, Caudrelier, Ferran (Timothée),

311. Léger, Thyébault, Vosy, Séguinot, Marquis, Jacoulet, Prélat, Camboulives, Couput, Glénard,

321. Boucaut, Bellin du Coteau, Angot, Boulan (Pierre), Brüker, Morancé, Bijon, Roudinesco, Maisons, Lehmann,

331. Delapchier, Brac, Charrier, Roudergues, Rousseaux (Charles), Paris, Petit (Jacques), Molina, Vermorel, Pakowski,

341. Sinaud, Bruslé, Morant, Bénazet, Pruvost, Fourrière, Vilbort, Stépowski, Saint-Girons, Allard,

351. Garsaux, Philippon, Salin, Manne, Stern, Fernet, Durand (Jean), Maingot, Fouquiau, Sloog,

361. Jousset, Dournay, Soubies, Le Savoureux, Gérard, Renaud (Albert), Boudol, Gendron (André), Ghys, Toupet,

371. Durand (Louis), Renault (Charles), Bénard, Duranton, Chenet, Petit (Paul), Metzger, Cléret, Gendron (Georges), Labourdette,

381. Houdard, Engel, Thibaut (David), Richet, Chambard, Odoul, Ferry (Charles), Bertier, Boulongne, Ferry (Maurice),

391. Moutrier, Montet, Malègue, Thibault (Paul), Lafont (Paul-Théod.).

LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 19 décembre 1906 : MM. Barré, 13; Braun et Pascalis, 12; Périneau, 11; Boulay, Lasnier et Pellot, 10; Magrou, 6; Séjournet, 5.

Prochaine séance vendredi 21 décembre, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

SOCIÉTÉ DES GENS DE LETTRES. — Le prix Chauchard de 1000 francs est décerné à M. le docteur Cabanès.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE. — S. M. l'impératrice d'Allemagne vient d'accorder son haut patronage aux travaux du XIVe Congrès international d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Berlin du 23 au 29 septembre 1907. Le Comité français d'organisation est ainsi constitué :

Président : M. le professeur A. Chantemesse.

Secrétaire général : M. le docteur Mosny.

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Henry Thierry.

Secrétaires : MM. les docteurs Borel, Bourgeois, G. Brouardel, A. Chassevant, M. Le Couppey de La Forest.

Membres du Comite : MM. les professeurs A. Arloing (de Lyon), Bertin-Sans (de Montpellier); le docteur Bordas (de Paris); les professeurs Calmette (de Lille), J. Courmont (de Lyon); les docteurs J. Lucas-Championnière (de Paris), Dupuy (de Saint-Nazaire); le professeur Guiraud (de Toulouse); le docteur Imbaux (de Nancy); les professeurs Layet (de Bordeaux), Leclainche (de Toulouse); M. Leclerc de Pulliguy (de Paris); le professeur Macé (de Nancy); M. Lucien March (de Paris), le professeur Vallée (d'Alfort).

ÉCHOS DU IIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET HYGIÈNE URBAINE (*Arcachon-Pau 1905*). — Le volume publiant les travaux du IIe Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine tenu à Arcachon-Pau en avril 1905, vient de paraître. Tous les confrères ayant adhéré à ce Congrès et qui ont versé la cotisation de 20 francs ont droit à ce volume qui leur a été adressé.

Ceux qui ne l'auraient pas encore reçu sont priés de le réclamer au docteur Festal, secrétaire général, villa David, à Arcachon (Gironde), avant le 31 janvier 1907.

Passé ce délai, les réclamations ne seront plus accueillies, et il sera disposé des volumes restants.

HOTEL-DIEU DE PARIS. — M. le professeur Dieulafoy, étant pris tous les matins par le concours d'agrégation, est obligé de suspendre momentanément ses leçons cliniques. Il les reprendra le samedi 12 janvier 1909.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1736.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUMEUR MIXTE DE LA PAROTIDE

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

C'est pour une affection bien banale que notre malade d'aujourd'hui est venu nous consulter; mais outre son arrachement de la malléole externe, il présente une petite tumeur de la joue dont il ne songeait nullement à nous parler, et dont l'intérêt mérite de fixer aujourd'hui votre attention.

Observation. — Cet homme, cultivateur de soixante-cinq ans, n'a pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux.

Personnellement, il eut, à dix-sept ans, une affection abdominale mal définie, grave, qui l'alita pendant un mois et demi et dont il guérit parfaitement.

En 1870, à trente ans, il est fait prisonnier, et c'est pendant sa captivité en Prusse, qu'il remarqua pour la première fois la petite tumeur en question. Aucun traumatisme, aucune étiologie spéciale ne semble avoir présidé à son apparition, et elle se développa insensiblement depuis.

Enfin, il y a quatre jours, notre homme glissa avec ses galoches dans un escalier, et dans sa chute, son pied gauche se tordant en dedans, se trouva pris sous lui. Il ressentit sur l'instant une vive douleur syncopale, puis il se releva, et put marcher pendant 200 mètres pour se traîner jusqu'à la gare voisine; nous le voyons au lendemain de son accident.

Consacrons quelques instants à l'état général et aux organes de notre malade; puis après un court examen du pied blessé, il ne sera plus question que de la petite tumeur de la joue.

Aux poumons, nous notons quelques râles sous-crépitants, au cœur, un léger frottement surtout diastolique à la base. Les artères sont athéromateuses; les veines du membre inférieur sont atteintes de varices.

Au membre inférieur gauche, en dedans du genou, vers l'insertion de la patte d'oie, existe une petite tumeur dure, pseudo-fluctuante, présentant tous les caractères de ces « ganglions » synoviaux si fréquents au poignet. C'est une affection de même nature, provenant d'une frange articulaire, et apparue, nous dit le malade, à la suite d'un effort.

Les urines sont un peu albumineuses. Enfin notre sujet est un alcoolique invétéré, sans que ses appareils digestif ni nerveux en aient eu à souffrir jusqu'ici; il n'offre pas de stigmates de syphilis.

Nous en arrivons à l'examen du traumatisme du pied. L'impotence fonctionnelle n'est pas absolue. Notre malade peut marcher, effectuer des mouvements dans sa tibio-tarsienne, tout ceci avec douleurs. Le pied est gonflé et ecchymotique, tout autour de la malléole externe, et le gonflement se propage en arrière du tendon d'Achille jusque sous la malléole tibiale. A la palpation, on ne détermine pas de douleurs, ni au niveau du tarse postérieur, ni sur les ligaments latéraux, mais bien au-dessus et exclusivement du côté externe, à la base de la malléole péronière. D'ailleurs, à ce niveau pas de déplacement, de mobilité anormale, ni de crépitation. C'est une fracture, et une fracture pure isolée, de la malléole externe par arrachement.

Vous ne songerez ni à une simple entorse (car la douleur serait plus basse et symétriquement placée sur les deux ligaments latéraux, l'ecchymose moindre), ni à une fracture concomitante de la malléole interne ou du tarse postérieur. Avec une fracture bimalléolaire, vous auriez une impotence plus absolue, et la déformation du pied classique de la fracture de Dupuytren. D'autre part, les fractures du tarse postérieur ne se produisent guère que dans les chutes élevées par tassement et non par simple arrachement; elles s'accompagnent ordinairement, ou d'épaississement du talon (calcanéum) ou de limitation des mouvements de la tibio-tarsienne (astragale). Nous ne croyons donc pas utile de rechercher ici ces lésions par la radiographie, chez notre malade. Le pronostic est des plus bénins. Les œdèmes énormes, les thromboses veineuses et les névrites qui prolongent souvent indéfiniment l'infirmité des fractures de jambe, ne sont guère à redouter ici. De déplacement, il n'est pas question non plus; donc pas de réduction à faire; partant pas d'immobilisation avec tous ses inconvénients. Vous voyez ainsi que dans le cas particulier, l'erreur par défaut, concluant à la simple entorse, serait moins préjudiciable au malade que l'erreur par excès, au nom de laquelle on recourrait à l'immobilisation plâtrée. Nous nous contenterons d'employer les bains de pied chauds et le massage pour hâter la résorption des épanchements, en immobilisant relativement le membre malade en une gouttière ouatée, dans l'intervalle. N'en parlons plus et considérons exclusivement maintenant la tumeur de la joue.

Il s'agit d'une tuméfaction indolente occupant la partie antérieure de la région parotidienne, c'est-à-dire qu'à cheval sur le bord postérieur de la branche



Fig. 1.

montante, elle le dépasse plus en avant qu'en arrière, s'étalant au-dessus du masséter, le long du prolongement antérieur de la glande et du canal de Sténon. Cette tumeur a le volume d'une mandarine, sinon sa forme (car elle est vaguement bosselée), une consis-

tance dure et une assez grande mobilité un peu en tous sens. Au-dessus, elle refoule la peau restée absolument normale et parfaitement mobile, non envahie, développant et soulevant en arrière le lobule de l'oreille; pas d'élévation de la température locale (fig. 1).

En dessous, elle ne paraît adhérer à rien et l'on ne sent pas de pédicule profond. Sa consistance, dure et cartilagineuse, est égale en tous points et au niveau de chacune de ses bosselures : nulle part, on ne perçoit de rénitence, ni de fluctuation. Enfin, elle est absolument mate à la percussion.

Si nous examinons maintenant le fonctionnement des organes voisins, nous voyons d'abord que le jeu de l'articulation temporo-maxillaire est parfait et non entravé mécaniquement par le volume ou les adhérences de la tumeur. Renseignement plus important (pour le siège et la nature de la tumeur), le facial n'est intéressé dans aucune de ses deux branches : il n'y a ni paralysie, ni parésie des lèvres, pas davantage des paupières; pas de déviation des traits. Enfin, aucun retentissement du côté du gros paquet vasculaire; pas de ganglions. Rappelez-vous que cette tumeur a été constatée par le malade il y a trente-cinq ans, et que, depuis lors, elle a à peine augmenté de volume.

Quelle est donc l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons, et tout d'abord quel en est le siège?

Serait-ce une tumeur de la peau (kyste sébacé par exemple)? Mais la peau est saine, parfaitement mobile sur la tumeur sous-jacente; aussi ne croyons-nous pas avoir à discuter plus longtemps cette hypothèse. S'agirait-il d'une tumeur aponévrotique ou sous-cutanée? Nous n'avons aucun des caractères d'un lipome, d'un angiome ou d'un fibro-sarcome, sur lesquels nous croyons inutile de nous étendre ici. Enfin l'affection est indépendante, et du maxillaire et du masséter même (en dehors duquel elle s'est développée); il ne s'agit ni de gommes ni de kystes hydatiques musculaires. Par élimination, nous arrivons ainsi assez rapidement à la localiser, soit dans les *ganglions*, soit dans la *glande parotide*.

Mais il ne s'agit pas d'adénite dans cette masse dure, de consistance égale et d'une si grande mobilité. La tuberculose la plus torpide aurait, en trente et un ans, envahi quelques autres territoires ganglionnaires et produit des adhérences péri-ganglionnaires, peut-être des fistules. Ce n'est pas davantage la marche d'une adénopathie syphilitique ni d'une leucocythémie; d'ailleurs les autres groupes ganglionnaires sont indemnes, et la formule hématologique n'est pas modifiée. Enfin, dans l'hypothèse d'un cancer ganglionnaire, il faudrait admettre que celui-ci fût primitif, en l'absence de toute porte d'entrée perceptible du côté des amygdales ou d'ailleurs : ce serait un lympho-sarcome limité sans lymphadénome antérieur : affection rare, d'évolution rapide et à adhérences précoces.

C'est donc dans la *glande parotide* que nous placerons la tumeur et dans son prolongement antérieur, génien. Vous remarquerez d'ailleurs, sur les photographies d'anciens malades que je vous fais circuler, que les profils de ces tumeurs parotidiennes ont un certain air générique, dans leurs saillies arrondies ou acuminées, à cheval sur l'angle postérieur de la branche montante et soulevant le lobule de l'oreille (fig. 2 à 5).

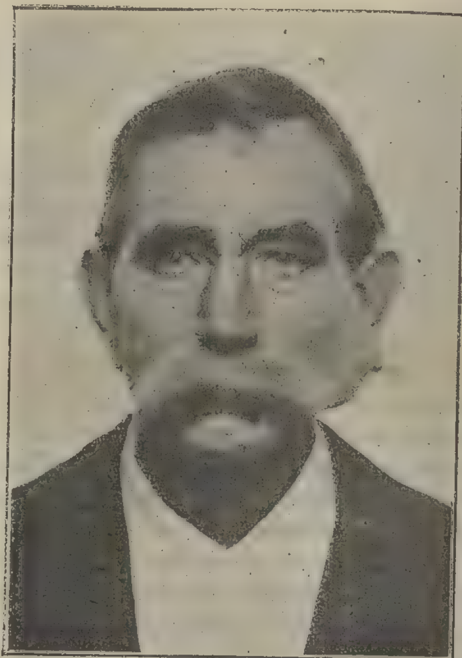


Fig. 2.

Quelle est maintenant la variété de tumeur en présence de laquelle nous nous trouvons, et procédons là encore par élimination.

Et tout d'abord, cette tumeur n'est pas gazeuse, puisque je vous ai fait observer qu'elle était mate. Je songe ici à cette curieuse affection, résultant d'une sorte d'insufflation de la glande par son canal, chez les souffleurs de verre, et dont j'ai pu observer quelques cas. De plus, elle n'est pas liquide, n'étant fluctuante nulle part, et partout dure et cartilagi-



Fig. 3.

neuse. Enfin il s'agit bien de tumeur solide et non de parotidite aiguë ou chronique, suppurée ou non. Peut-on préciser davantage la nature de cette tumeur? Tout d'abord ce n'est pas actuellement une tumeur maligne de par la clinique. Sa longue évolution, son encapsulement et sa mobilité, l'absence de toute parésie faciale si fréquente, vous le savez, et si précoce dans les cancers parotidiens, sa consistance

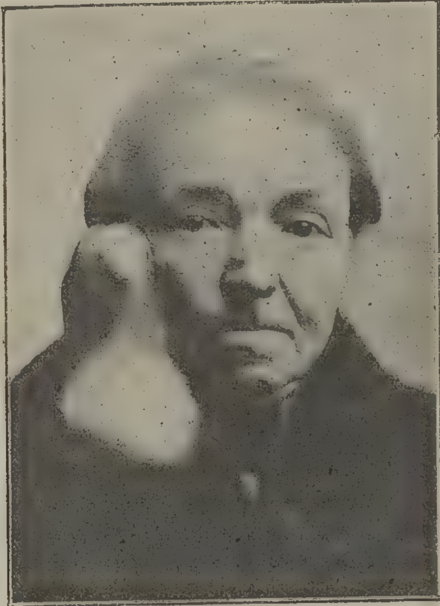


Fig. 4.

égale en tous points, tout plaide contre cette hypothèse. Il nous resterait donc à choisir entre les diverses tumeurs solides et bénignes de la glande parotide. Mais, si l'on a observé, à ce niveau comme ailleurs, fibromes, lipomes, angiomes, etc., il est un



Fig. 5. — *Le même récidivé.*

groupe de tumeurs qui priment toutes les autres par leur fréquence et leur importance cliniques. Ces tumeurs, appelées tantôt *enchondromes*, vu leur consistance, leurs bosselures et l'abondance du cartilage à leur intérieur, tantôt et plus justement *tumeurs mixtes*, à cause de la complexité réelle de leur structure, ont de fait une allure clinique et une signification anatomo-pathologique bien spéciales. Elles sont susceptibles de rester indéfiniment stationnaires ou d'évoluer lentement pendant des années, puis de prendre tout d'un coup, sous l'influence d'un stimulant qui nous échappe, une tout autre évolution, se transformant en épithéliomas ou plutôt en sarcomes.

Si vous veniez à couper une de ces tumeurs au stade de bénignité, comme celle-ci, vous trouveriez, au centre d'une capsule fibreuse encapsulante, un tissu blanc, semé de points jaunes de graisse, de petits noyaux osseux, de kystes microscopiques parfois, et surtout d'îlots nacrés bleuâtres caractéristiques du cartilage. Si vous l'examiniez sous le microscope, vous trouveriez, à côté du cartilage prédominant, toute une série de tissus divers, d'origine presque exclusivement mésodermique. Vous savez, Messieurs, que dans les tumeurs à plusieurs tissus, nous cherchons instinctivement, au point de vue dogmatique, à incriminer les *anomalies de développement*, et c'est de fait dans les régions à développement complexe que se rencontrent surtout ces tumeurs. Ainsi des glandes génitales; ainsi des *fentes branchiales*, comme dans le cas particulier. Vous vous expliquez par là la prédilection de ces tumeurs pour la région parotidienne, prédilection qui n'est pas de l'exclusivisme, car il s'en trouve également en d'autres points de la zone branchiale, le plancher de la bouche ou, plus rarement encore, la loge sous-maxillaire, comme dans un cas de notre service, l'hiver dernier (1).

Nous n'opérerons pas ce malade et nous nous contenterons de le soumettre au traitement que vous savez (quinine, arsenic et radiothérapie). Une intervention radicale est à la rigueur possible par une incision verticale rétromaxillaire avec branche horizontale en L. On extirperait assez aisément la tumeur encapsulée, puis l'on énucléerait les grains suspects à sa périphérie. Il faudrait faire une hémostase soigneuse et un drainage, par crainte d'hématome. Mais l'on aurait à peu près à coup sûr une paralysie faciale, tout au moins partielle et transitoire, car ces paralysies-là s'améliorent d'ordinaire avec le temps. De plus, les appareils circulatoire et pulmonaire de ce vieillard supporteraient mal l'anesthésie. Nous ne proposerons donc pas à un malade, venu pour tout autre chose, l'aléa d'une intervention pour une tumeur bénigne qui ne le gêne en aucune façon, et dont la dégénérescence n'est, après tout, que problématique.

---

(1) Cette dernière tumeur contenait, il est vrai, surtout du tissu lymphatique et aurait pu mériter le nom d'endothéliome.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE ANNUELLE PUBLIQUE DU 10 DÉCEMBRE 1906)

L'Académie des sciences a tenu lundi sa séance publique annuelle.

M. Henri Poincaré, président, prononce l'éloge de Pierre Curie, et salue les disparus pendant l'année courante : Brouardel; Bischoffsheim, le généreux créateur de l'observatoire de Nice; des correspondants : Boltzmann (de Vienne), qui s'était fait connaître par ses recherches sur la théorie cinétique des gaz; Langley, l'un des physiciens les plus éminents de l'Amérique, qui nous a révélé les rayons *infrarouges* du spectre solaire qu'il explora au moyen d'un instrument très ingénieux, le « bolomètre »; il nous a appris également pourquoi les aigles peuvent planer si longtemps sans remuer les ailes, et il rêvait de les imiter en construisant de puissants aéroplanes; Rayet, le savant directeur de l'observatoire de Bordeaux, qui découvrit un des premiers, pendant une éclipse totale, le spectre des protubérances solaires, découverte dont les conséquences furent considérables; Sire (de Besançon), qui avait réalisé de curieuses expériences sur les gyroscopes à une époque où l'on était moins familier avec les propriétés paradoxales de ces appareils; Bienaymé (de Toulon), savant ingénieur, qui étudia la construction des machines à vapeur de la marine et contribua puissamment à créer notre flotte de guerre; le commandant Massenet, le sapeur Roussel et le canonnier Pressé, de la mission de l'Equateur.

M. Berthelot lit ensuite une notice sur le minéralogiste Ferdinand Fouqué.

Voici la liste des *prix décernés par l'Académie.*

Physique. — PRIX HUGHES (2500 francs). — Le prix est décerné à M. Daniel Berthelot, professeur à l'école de pharmacie de Paris, pour ses recherches sur les propriétés générales des fluides.

Anatomie et zoologie. — PRIX SAVIGNY (1500 francs). — Le prix est décerné à M. Paul Pallary, professeur à Oran, pour ses travaux de conchyologie et d'anthropologie préhistorique, relatifs à l'Afrique septentrionale et en partie au littoral de la mer Rouge.

PRIX THORE (200 francs). — Le prix est décerné à M. C. Houlbert, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes, pour l'ensemble de ses travaux d'entomologie.

PRIX DA GAMA MACHADO (1200 francs). — Partagé également entre M. Antoine-Henri Mandoul, pour ses « Recherches sur les colorations tégumentaires », et M. Pierre Stephan, pour ses « Travaux sur la spermatogenèse ».

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix de 2500 francs chacun : A MM. les docteurs Poirier et Charpy, pour leur « Traité de l'anatomie humaine »; Albarran, pour son ouvrage intitulé : « Exploration des fonctions rénales ; » Porcher, pour son étude générale de pathologie comparée sur la « Lactosurie ». — Mentions de 1500 francs chacune : A MM. les docteurs Robert Lœwy, pour son ouvrage sur « les fractures des os longs », fait en commun avec M. Hennequin; Adolphe Javal, pour ses « Etudes sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la déchloruration »; Guillemard et Moog, pour leurs « Recherches sur l'influence des hautes altitudes sur la nutrition générale et sur l'hématopoïèse ». — Des citations sont accordées à MM. les docteurs Lucien Graux, pour son ouvrage intitulé : « Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales; » Louis et Paul Murat, pour leur ouvrage intitulé : « Cure marine de la tuberculose pulmonaire; » A. Gougenheim, pour son ouvrage intitulé : « Travaux de rhino-laryngologie. »

PRIX BARBIER (2000 francs). — Le prix est décerné à M. Adrien Lucet, vétérinaire à Courtenay, pour ses « Recherches bactériologiques sur la suppuration chez les animaux de l'espèce bovine » et pour ses « Recherches sur les moisissures pathogènes », faites en collaboration avec M. Costantin. — Mention à M. J.-V. Detroye, sur les « cancers et tumeurs chez les animaux, observations et expériences ».

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le « choléra asiatique » n'est pas décerné. — Une somme de 1000 francs est attribuée, à titre d'encouragement, à M. Rémy, pour son travail : « Le dosage des substances actives des sérums hémolytiques et son application au dosage du pouvoir préventif du sérum anticholérique. »

PRIX GODARD (1000 francs). — Le prix est décerné à M. le professeur L.-H. Farabeuf, pour son ouvrage intitulé : « Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis. »

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Morel, médecin-major des troupes coloniales : « Prophylaxie des maladies épidémiques et endémiques, principalement du paludisme et de la fièvre jaune dans les colonies françaises. »

PRIX BELLION (1400 francs). — Le prix est décerné à M. Georges-G. Paraf, pour son ouvrage intitulé : « Hygiène et sécurité du travail industriel. » — Mention à M. le docteur Jean Toy : « La réglementation de la défense sanitaire contre la peste, le choléra et la fièvre jaune. »

PRIX MÈGE (10000 francs). — N'est pas décerné. — Le prix annuel (300 francs), représentant les arrérages de la fondation, est décerné à M. le docteur Turchini : « Etudes expérimentales sur la puissance du tube à rayons X dans ses divers modes d'emploi. »

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur E. Mayer, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'ensemble des travaux qu'il a poursuivis en physiologie expérimentale, de 1886 à 1904. — Mention à M. le docteur J. Sellier : « Recherches sur la digestion et les ferments digestifs. »

PRIX PHILIPEAUX (900 francs). — Le prix est décerné à M. Stéphane Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, pour ses recherches sur divers sujets de physiologie expérimentale. — Citation à M. le capitaine Caubert, pour son ouvrage intitulé : « Du cheval bien mû et bien mis. »

PRIX LALLEMAND (1800 francs). — Le prix est décerné à M. André Léri, pour ses recherches cliniques et anatomiques sur « la cécité dans le tabes » et « la cécité dite tabétique. »

PRIX POURAT (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Georges Bohn : « Nouvelles recherches sur le phototactisme et le phototropisme. »

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Lucien Butte, médecin principal de la préfecture de police, pour ses « Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du guaco (aristolochia cymbifera) ». — Mention très honorable à M. le docteur Pierre Sée : « Contribution à l'étude des applications thérapeutiques des oxydases et des métaux ferments. »

Statistique. — PRIX MONTYON (500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Ausset, professeur agrégé de l'Université de Lille, pour son travail sur la mortalité infantile dans le département du Nord. — Mention très honorable à M. docteur Butte, médecin du dispensaire de salubrité de la ville de Paris, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, pour son travail sur la prostitution et la syphilis. — Mention honorable à M. le docteur Ott, pour son travail sur la mortalité infantile à Lillebonne et sur ses causes.

Prix généraux. — Prix Lannelongue (2000 francs). — Le prix est partagé entre Mme Béclard, dont le mari fut doyen de la Faculté de médecine de Paris, et Mme Cusco, veuve du chirurgien.

Prix Cuvier (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Raffray, pour l'ensemble de ses travaux sur les insectes et surtout pour son « Genera et catalogue des psélaphides ».

Prix Jean Reynaud (10000 francs). — Prix quinquennal, réservé à l'auteur du travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans : M. Pierre Curie, pour ses travaux sur la piézoélectricité et les propriétés des corps radio-actifs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 18 décembre 1906)

Traitement de la pneumonie par les ferments métalliques. — M. Netter, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Robin, fait une réclamation de priorité au sujet du traitement de la pneumonie par les ferments métalliques. Il rappelle ses travaux antérieurs et les dépose même sur le bureau de l'Académie. Il rappelle que, dès 1889, un médecin américain, Kennedy, a proposé de traiter la pneumonie par l'argent colloïdal. Il n'y a donc rien de nouveau dans la communication de M. Robin. Telle est la conclusion de M. Netter.

M. Robin fait observer qu'il n'y a aucune espèce de comparaison à établir entre le traitement de la pneumonie par le collargol dont vient de parler M. Netter, et le traitement par des doses infinitésimales de ferments métalliques, qui a été l'objet de sa communication.

La discussion se poursuivra sur cette question.

Du diagnostic précoce de la tuberculose. — Dans une récente communication, M. Grancher insistait sur l'importance, au point de vue prophylactique, du diagnostic précoce de la tuberculose. On conçoit, en effet, tout l'intérêt qu'il y aurait, tant au point de vue de la curabilité, que de la prophylaxie de la tuberculose, à pouvoir la dépister dès son début. Aussi y a-t-il lieu de rechercher avec soin tous les signes qui peuvent mettre sur la voie de ce diagnostic précoce.

M. Barot (d'Angers), se basant sur de très nombreuses observations personnelles consignées dans un mémoire qu'il a déposé sur le bureau de l'Académie, présente un certain nombre de signes cliniques nouveaux, sur lesquels il croit possible de baser un diagnostic de tuberculose dans sa forme initiale, avant tout envahissement du poumon.

Les conclusions du docteur Barot sont les suivantes :

1° Le diagnostic précoce de la tuberculose individuelle peut être établi dans le stade de germination ganglionnaire du mal, avant toute infection splanchnique ;

2° Ce diagnostic se base sur quatre signes principaux qui tirent toute leur valeur de leur coexistence : l'amaigrissement, la lassitude matinale, la sensibilité douloureuse à la pression (vertébrale et sternale), la trachysigaphonie ; et sur une autre série de signes auxiliaires qui viennent renforcer le diagnostic ;

3° La tuberculose, sous sa forme de germination ganglionnaire, est beaucoup plus répandue que ne l'indiquent les statistiques actuelles, un certain nombre d'états morbides inclassés n'en sont peut-être que des manifestations méconnues ;

4° Ce stade de germination ganglionnaire, de durée très variable, peut être considéré comme celui où une diététique sage et une thérapeutique éclairée obtiendront le maximum d'effet utile ;

5° La recherche méthodique de cette phase de germination tuberculeuse ganglionnaire, dans les agglomérations et les collectivités, présente un intérêt capital, pour le succès de la lutte anti-tuberculeuse.

Traitement des varices par anastomose saphéno-fémorale. — M. Delbet lit un travail intéressant sur ce sujet.

Il fait l'anastomose de la saphène externe avec la veine fémorale et, dans les neuf cas qu'il apporte, les varices et les ulcères variqueux ont complètement disparu.

L'Académie procède au renouvellement de son bureau. M. Gautier, vice-président, passant, de droit, président, on procède à l'élection d'un vice-président. M. Bucquoy est élu par 65 suffrages sur 69 votants.

Tout le monde médical approuvera ce choix qui porte sur une des personnalités les plus honorables de notre profession.

M. Troisier est élu à l'unanimité secrétaire annuel à la place de M. Motet.

MM. Bouchardat et Robin sont élus membres du Conseil.

Au moment où M. Guéniot va quitter le fauteuil de la présidence, il n'est que juste de reconnaître qu'il a fait preuve, dans ces hautes fonctions, d'un zèle, d'une correction, d'une courtoisie dignes de tous éloges. Ce fut, avec Tillaux, l'un des meilleurs présidents que nous ayons eus depuis longtemps.

LIVRES NOUVEAUX

L'hygiène des maladies de la femme (1), par le docteur A. Siredey.

M. Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, vient de publier dans la bibliothèque d'hygiène thérapeutique, fondée par le professeur Proust, un petit *Traité de l'hygiène des maladies de la femme.*

M. Siredey était bien qualifié pour mener à bien cette œuvre utile qui est comme le reflet de sa pratique et de son enseignement à l'hôpital Saint-Antoine. Ce petit livre est en réalité le développement de cette idée, que la prophylaxie et le traitement des maladies de la femme reposent presque entièrement sur l'hygiène. L'auteur démontre que les maladies de la femme sont en grande partie évitables : les unes relevant de dystrophies en rapport avec des troubles de la santé générale, les autres plus fréquentes et plus nombreuses ayant une origine microbienne, les microbes pathogènes venus du dehors pénétrant dans les premières voies et envahissant peu à peu les organes profonds.

La défense des organes conre les microbes pathogènes relève exclusivement de l'*hygiène locale*, de même que l'évolution régulière et le fonctionnement normal des organes génitaux relève exclusivement de l'éducation hygiénique de l'enfant, principalement à l'époque de la puberté, de même encore que c'est l'hygiène qui, au cours des diverses affections génitales ou à la suite des opérations, mettra les malades à l'abri des complications.

Ces idées, M. Siredey les a développées avec une méthode, une clarté, une élégance et une précision dont on ne saurait trop le louer et qui assureront à son travail un succès juste et mérité.

Courtois-Suffit.

Comment on se soigne aujourd'hui; remèdes de bonne femme (2), par MM. Cabanès et Barraud.

Nous nous sommes souvent demandé comment il se faisait qu'en présence des remèdes dits « de bonne femme » que nos propres clients nous proposent journellement dans la pratique, un auteur n'eût pas abordé l'étude scientifique de ces remèdes, autant pour en montrer l'inanité et le ridicule que pour en retenir ce qu'il pouvait y avoir de bon à prendre et à

(1) In-8°. — Paris, A. Masson.
(2) In-8°. — Paris, Maloine.

garder. Cette lacune vient d'être comblée par MM. Cabanès et Barraud. Ce volume fait partie de la *Bibliothèque de curiosités et singularités médicales* et fait suite à celui déjà paru dans la même collection : *Comment se soignaient nos pères, remèdes d'autrefois*, de M. Cabanès.

Il arrive à temps et ce livre, dont la lecture est parfois fort réjouissante, s'adresse encore bien plus au public qu'aux médecins eux-mêmes. Jamais, en effet, nous semble-t-il, la manie qu'a ce bon public de toujours conseiller aux médecins un remède pour leurs maladies n'a été aussi développée que de nos jours. Notre autorité en souffre et souvent aussi notre thérapeutique qui est fréquemment contrariée par des remèdes de ce genre donnés à notre insu et auxquels, en cas de guérison, on attribue tout naturellement le succès. Cette médecine populaire présente parfois des dangers et grâce aux docteurs Cabanès et Barraud, il ne sera plus permis de les ignorer. Avant de se confier aux rebouteurs et aux commères, nos malades feront bien de lire cet ouvrage et ils seront édifiés; ils y verront une quantité de médications plus singulières les unes que les autres; la place nous manque pour les énumérer ici; mais elles méritent vraiment d'être connues, autant pour leur étrangeté même que pour les dangers graves que beaucoup d'entre elles présentent.

On trouvera aussi, dans ce livre, l'explication du succès de certaines pratiques, telles que les prières, les pèlerinages, où la suggestion tient une si grande place. Nous avons encore dans le souvenir une leçon de Charcot dans laquelle il nous racontait l'odyssée pathologique d'une jeune et riche Américaine qui avait parcouru les deux mondes, consulté les neurologistes les plus célèbres sans aucun succès et qui n'avait trouvé de guérison... qu'à Lourdes.

MM. Cabanès et Barraud, dans leur impartialité et leur éclectisme, ont la bonne foi de reconnaître que la médecine rationnelle et scientifique doit beaucoup à l'empirisme et que bien des conquêtes de la thérapeutique moderne dérivent directement de ce dernier. Il suffit de citer l'hydrothérapie, l'opothérapie, et, parmi les médicaments, le mercure, la quinine, l'iode, l'opium, pour être convaincu de la vérité de cette assertion.

Fidèle à ses habitudes de rigueur scientifique et de souci littéraire, M. Cabanès nous présente un nouvel ouvrage bien digne de ses prédécesseurs et dont la lecture n'est pas moins instructive qu'agréable.

Dr BROCHIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décret du 14 décembre 1906, des récompenses honorifiques pour les soins ou médicaments qu'ils donnent gratuitement, soit aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles, soit aux chevaux de l'armée.

Lettre d'éloges officiels (délivrée après dix années, au moins, de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. Humbert (de Rambouillet), Cels (de Luzarches), Claret (de Gagny). — 1re région : MM. Fourmeaux (de Saint-Amand), Caffeau (d'Aniche), Vaille (de Caudry), Poiteau (de Bienvillers-aux-Bois), Defossez (d'Abscon), Quiret (d'Iwuy), Wemaère (de Wormhoudt). — 2e région : M. Brasseur (de Villers-Bretonneux). — 3e région : MM. Portes (du Havre), Dimey (des Andelys), Farines (de Beuzeville), Bosquet (d'Yvetot). — 4e région : MM. Marette (de Châteauneuf), Grillière (de Cloyes), Poirier (de Mayenne). — 5e région : MM. Dupont (de Villiers-Saint-Georges), Bazor (de Gouay), Girard (de Cussy-les-Forges). — 6e région : M. Guillemard (de Sermaize). — 7e region : M. Pernet (d'Oyonnax). — 8e région : MM. Guyot (de Lormes), Patet (de Tramayes), Deschamps (d'Henrichemont), Champenier (du Châtelet), Robet (de Saint-Pierre-le-Moutier). — 9e région : MM. Dupont (d'Yzernay), Tétau (de Gesté). — 10e région : MM. Deshayes (de Mur-de-Bretagne). — Gillé (de Bricquebec), Dayot (de Martigné-Ferchaud), Rondel (de Saint-Froment), Vidal (de Percy), Macé (de Pleurtuit). — 11e région : MM. Odeyé (de Lesneven), Floch (de Pont-l'Abbé). — 12e région : MM. Chayron (de Villefranche-de-Longchapt), Prévost (de Thiviers), Tauty (de Vallières), Jany (d'Auzance), Darfeuille (d'Evaux). — 13e région : Martial (de Paulhaguet), Montalescot (de Lurcy-Lévy), Roche (de Boën), Gallice (de Langeac), Sarrot (de Gannat), Legros (de Firminy), Maugue (de Martres-de-Veyre), Faure (de Saint-Etienne), Roussel (de Rochefort), Darteyre (de Saint-Amant-Tallende), — 14e région : MM. Aulès (de Saillant), Berger (de la Côte Saint-André), Roux (d'Heyrieux). — 15e région : MM. Sérieux (de Martigues), Tasso (de Marseille), Bichon (de Châteaurenard), Mourier (de Vézenobres), Ollivier (de Guillaumes). — 16e région : MM. Fualdès (de Firmy), Vazelle (du Mur-de-Barrez), Fabre (de Saint-Rome-de-Tarn), Sinègré (de Saint-Geniez-d'Olt), Tichet (de Fournels), Guiraud (de Lavaur), Degrave (de Lagrasse). — 17e région : MM. Jaymes (de Plaisance), Lafont (de Vic-Dessos), Fournial (de Montastruc), Baches (de Sos). — 18e région : MM. Larricq (de Bedous), Chollet (de Burie), Torchut (de Royan). — 19e région : MM. Daniel (de Mila), Gros (de Rebeval), Creutz (d'Aïn-M'sila). — 20e région : MM. Renauld (de Thiaucourt), Aymé (de Chatenois), Delarue (de Bar-sur-Seine), Carcy (de Vignory).

Médaille de bronze (accordée après quinze années au moins de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. Crouslé (de Magny-en-Vexin), Larrieu (de Montfort-l'Amaury), Parsavant (d'Epinay), Camus (des Lilas), Lauth (de Saint-Germain-en-Laye). — 1re région : MM. Collette (d'Ardres), Rossigneux (du Cateau), Alexandre (d'Arques), Pruvost (de Carnières), Lamiot (de Boulogne), Daubresse (de Carvin), Dourlens (de Bruay). — 2e région : M. Caron (de Nouvion). — 3e région : MM. Dietz (de Bayeux), Perriquet et Boutard (de Pacy-sur-Eure). — 4e région : M. Bardet (d'Anet). — 5e région : M. Tacussel (de Chablis). — 6e région : M. Chagnoleau (de Vrigne-aux-Bois). — 7e région : MM. Herrmann (de Pierrefontaine-les-Varans), Goudot (de Fresne-Saint-Mamès). — 8e région : MM. Lefèvre (de Vailly), Maritn (de Moulins-Engilbert), Bertrand (de Lignières). — 9e région : M. Payssonnié (de Saint-Mathurin). — 10e région : M. Fauvel (de Coutances). — 11e région : M. Richard (de Guéméné-sur-Scorff). — 12e région : MM. Bertrand (de Mansle), Mazin (de Solignac), Nugon (d'Argentat), Coudère (d'Ahun). — 13e région : MM. Laborie (de Maurs), Delteil (de Riom-ès-Montagne). — 14e région : MM Bertrand (de Domène), Humbert (de Taninges). — 15e région : MM. Tarrou (d'Anduze), Dumas (de Lédignan), Costa (de Calenzana). — 16e région : MM. Cannac (de Cassagne-Bégonhès), Viguié (de Rieupeyroux), Puel (de Villefranche-d'Albigeois). — 17e région : M. Pont (de Saurat). — 18e région : MM. Doassans (de Nay), Robin (de Saint-Hilaire-de-Villefranche), Eveillé (de Saint-Bonnet), Peyneaud (d'Arès), Compans (de Podensac), Pouchet (de Grignols). — 19e région : MM. Cornebois (d'Houssein-Dey), Cauquil (d'Azazga). — Tunisie : MM. Menatti (de Mahdia), Perrier (de Béja).

Médaille d'argent (accordée après vingt années au moins de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. Prieur (de Versailles), Barthès (d'Ivry), Garès (de Marly-le-Roi), Charvet (de Bois-Colombes), Ladroitte (de Brunoy). — 1re région : M. Leroy (de Marquise). — 3e région : MM. Couraud (de Damville), Jean (de Bayeux), Mordagne (de Tourny). — 4e région : M. Roger (de Noyen). — 5e région : M. Roché (de Châtel-Censoir). — 8e région : MM. Combaud (de Sancerre), Caix (de Prémery), Mugnier-Motta (de Léré), Gressin (d'Aubigny), Laffage (d'Arnay-le-Duc). — 9e région : M. Mottais (d'Angers). — 10e région : M. Breillot

(de Sourdeval). — 11e région : M. Poirault (de Mouilleron-en-Pareds). — 13e région : MM. Jarrige (de Menat), Marsset (de Lavonte-Chilhac). — 14e région : MM. Michel (de l'Arbresle), Couturier (de Beaurepaire), Bonnet (de Château-Queyras). — 15e région : MM. Julian (de Beaucaire), Passeron (de Roquestéron). — 16e région : M. Andrieu (de Capdenac-gare). — 17e région : M. Muté (de Rieumes). — 19e région : MM. Bonnafé (d'El-Milia), Laffage (de Dra-el-Mizan). — 20e région : M. Plique (de Poissons).

Médaille de vermeil (accordée après vingt-cinq années au moins de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. Broquet (de Gonesse), Boisson (de Sceaux), Richard (de Vanves), Michaux (d'Aubervilliers). — 1re région : M. Pierchon (d'Halluin). — 3e région : M. Carcopino (de Verneuil). — 4e région : MM. Guérin (de Flers), Barrabé (de Domfront), Prodhomme (de Putanges). — 6e région : M. Collignon (de Maubert-Fontaine). — 7e région : MM. Piquard (de Mamirolle), Juillard (de Châtillon-de-Michaille), Levrat (de Nantua). — 9e région : MM. Gaudrez (de Montreuil-Bellay), Priou (de Quinée). — 10e région : M. Rascol (de Rétiers). — 12e région : M. Lacroisade (d'Aigre). — 13e région : M. Teissier (de Chavroche). — 14e région : MM. Chanel (de Tarère), Pomme (de Givors), Lamarche (de Saint-Marcellin). — 15e région : MM. Fombarlet (de la Voulte), Urdry (de Valréas), Reynaud-Lacroze (de Saint-Saturnin-les-Apt), Aillaud (de Saint-Tropez). — 16e région : MM. Bieulac (de Villecomtal), Vergnes (de Lacaune), Turrel (de Cadalen), Galangau (de Cerbère). — 17e région : MM. Soula (de Mazères), Couderc (de Cenevières).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* du 24 nov. 1906.) L. Rémy : Le dosage des substances actives des sérums hémolytiques. — De Beule : Un cas de chirurgie gastrique : gastro-entérostomie pour estomac biloculaire diagnostiqué cliniquement. — Goris : Note sur l'extirpation d'un goitre de la pointe de la langue. — Camille Moreau : Etude sur la hernie. Accident.

Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique. — (N° 202, 25 nov. 1906.) Stéphane Leduc et Frédéric Morin : Etudes ondophotographiques et ondoscopiques. — E. Bordet : Les réactions électriques des nerfs et des muscles chez les alcooliques. — J. Bergonié et Louis Tribondeau : Action des rayons X sur le testicule.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 19, 23 nov. 1906.) E. Rochard : Appendicite gauche et salpingite. — Roch : Du peu de valeur du bleu de méthylène pour la recherche des pigments biliaires dans l'urine. — (N° 20, 30 nov.) A. Robin : Traitement systématique de l'ulcère simple de l'estomac.

Bulletin médical. — (N° 92, 24 nov. 1906.) H. Judet : La fracture du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant (*fin*). — (N° 93, 28 nov.) Paul Berger : Fracture des membres et accidents du travail. — (N° 94, 1er déc.) G. Küss : Contagion de la tuberculose. Importance respective du poumon et de l'intestin comme porte d'entrée de la tuberculose chez l'homme. — (N° 95, 5 déc.) G. Küss : *Id.* (*fin*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 47, 25 nov. 1906) Denucé : Leçon d'ouverture de la clinique des maladies chirurgicales des enfants.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 47, 27 nov. 1906.) Ed. Crouzel : La lutte contre la poussière des routes. — E. Petit : Valeur de la méthode chirurgicale simple dans la chirurgie intrathoracique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 47, 24 nov. 1906.) Lavraud : Traumatisme du larynx par une balle de revolver. — H. Delezenne : Récidive de grossesse tubaire. Hématosalpynx. — (N° 48, 1er déc.) Guermonprez : Fracture du poignet du côté gauche ; extirpation du trapèze ; infirmité.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 47, 22 nov. 1906.) A. Blumenthal : Notes sur l'éosinophilie hématique et locale (*suite*). — (N° 48, 29 nov.) L. Mayer : Valeur curative de l'hyperémie.

Revue générale des sciences pures et appliquées. — (N° 20, 30 oct. 1906.) A. Lacroix : L'éruption du Vésuve en avril 1906. Les épanchements de lave et les phénomènes explosifs. — Metchnikoff : L'hygiène des intestins. — Hadamard : La logistique et la notion de nombre entier. — (N° 21, 15 nov.) A. Lacroix : L'éruption du Vésuve en avril 1906. 2e partie : Les fumerolles et les produits de l'éruption. — Ch.-Ed. Guillaume : La théorie des manchons à incandescence. — M.-L. Bouveault : Revue annuelle de chimie organique.

Revue scientifique. — (N° 17, 27 oct. 1906.) Gustave Le Bon : La vieillesse des atomes et l'évolution cosmique. — M.-A. Lacroix : Pompéi, Saint-Pierre, Ottajano (*suite*). — Turpain : Les réformes de l'enseignement supérieur. — (N° 18, 3 nov.) Lambling : Sur le rôle de la digestion des protéiques dans la nutrition générale. — Lacroix : Pompéi, Saint-Pierre, Ottajano (*suite*). — Crinon : La lutte contre la poussière. — (N° 19, 10 nov.) J.-P. Langlois : La maladie du charbon dans l'industrie. — R.-J. Lévy : L'air liquide et l'oxygène. — Aug.-H. Perret : Diastases et ferments inorganisés. — (N° 20, 17 nov.) Mme Curie : Les théories modernes sur l'électricité et la matière. — Daniel Bellet : Le bateau sous-marin et ses dangers. — H. Piéron : Le problème scientifique de la graphologie.

Semaine gynécologique. — (N° 46, 13 nov. 1906.) Pichevin : De la douleur subite dans l'ovaro-salpingite. — (N° 47, 20 nov.) R. Pichevin : Aménorrhée et conception.

Semaine médicale. — (N° 44, 31 oct. 1906.) Lejars : Appendicite ou fièvre typhoïde. — (N° 45, 7 nov.) Fernand Bernheim : Le centre de l'aphasie motrice existe-t-il ? — — (N° 46, 14 nov.) Cheinisse : La contracture ischémique des membres. — (N° 47, 21 nov.) Léon Blum : Sur quelques troubles de la nutrition : la cystinurie et l'alcaptonurie.

Tribune médicale. — (N° 39, 13 oct. 1906.) Mosny : P. Brouardel et son œuvre. — (N° 40, 20 oct.) H. Français : Valeur séméiologique de l'apepsie. — G. Meillière : Les nouvelles méthodes thérapeutiques. — (N° 51, 27 oct.) Mantoux et Gontier (de la Roche) : Basedowisme fruste chez une tuberculeuse. — (N° 42, 3 nov.) E. Sergent : Le rôle de l'infection dans les empoisonnements alimentaires d'origine carnée. — Meillère : Les nouvelles méthodes thérapeutiques : la méthode endoveineuse. — (N° 43, 10 nov.) Mosny et Malloizel : Méningo-radiculite consécutive à une ostéite tuberculeuse transverso-cérébrale. — P.-Emile Weil : Recherches cliniques et physio-pathologiques de l'hémophylie, d'après six cas. — (N° 44, 17 nov.) Griffon et Abrami : L'hydarthrose de la syphilis secondaire.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 20, 30 oct. 1906.) H. Guiard et J. Chevron : Discussion d'un cas de thrombose dans l'aorte abdominale suivie de gangrène du pied et de la jambe gauche.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FAISCEAU PYRAMIDAL [1]

2° **Faisceau pyramidal direct et faisceau en croissant.** — Pour MM. Marie et Guillain, le faisceau pyramidal direct est constitué par deux ordres de fibres : les unes, d'origine corticale, les autres, d'origine pédonculo-protubérantielle. Les premières, peu nombreuses, forment un faisceau (*faisceau pyramidal direct*) qui, à la région corticale, occupe les parties interne et postérieure du cordon antérieur, près de la scissure médiane antérieure, et atteint en arrière la commissure antérieure, tandis qu'en avant, il ne va jamais jusqu'au bord antérieur de la moelle. Ce faisceau, de forme variable, mais toujours très étroit, diminue au fur et à mesure qu'il descend dans la moelle, mais peut être suivi, dans certains cas, jusqu'à la région lombaire. Les secondes, beaucoup plus nombreuses, forment un faisceau qui, au niveau de la moelle cervico-dorsale, a l'apparence d'un *croissant* (*faisceau en croissant*); il occupe en effet le tiers interne du cordon antérieur, et se prolonge en avant, en suivant le bord antérieur de la moelle. A la région dorsale supérieure, le croissant est encore plus accentué. A la région dorsale inférieure, ce faisceau ne conserve plus sa forme primitive, mais on peut le suivre jusque dans les régions lombaire et sacrée.

Le faisceau pyramidal *direct* est d'origine corticale; le faisceau *en croissant* provient sans doute de ces multiples cellules que l'on voit dans le pédoncule, la région sous-optique, la protubérance, au voisinage de la voie pyramidale. Quant à la terminaison de ces deux faisceaux, MM. Marie et Guillain considèrent qu'elle est encore tout à fait inconnue.

Structure de la voie pyramidale. — La voie pyramidale est constituée par l'ensemble des prolongements cylindraxiles émanés des *grandes cellules pyramidales* de l'écorce : ces grandes cellules, dépourvues de membrane d'enveloppe, possèdent un noyau avec un nucléole brillant, des corps chromatophiles (Nissl) et du pigment; elles émettent deux ordres de prolongements : les uns, protoplasmiques, qui naissent surtout du sommet, et vont s'épanouir dans les couches superficielles de l'écorce; les autres, cylindraxiles, qui forment la voie pyramidale.

Ces *fibres cylindraxiles*, nées de la base de la cellule, se revêtent d'une gaine de myéline dès qu'elles sortent de l'écorce, puis suivent le trajet déjà décrit. Il y en aurait beaucoup plus pour le membre supérieur que pour l'inférieur. Chemin faisant, elles émettent des collatérales qui se rendent : à d'autres zones de l'écorce; aux corps optostriés ; aux noyaux situés dans les deux tiers supérieurs du pont (Cajal); au cervelet; aux différents étages de la moelle. Elles se terminent autour des grandes cellules radiculaires, par des extrémités *libres*, non anastomosées.

Les fibres pyramidales ne posséderaient ni gaine de Schwann, ni étranglement interannulaire; elles reçoivent leurs éléments nutritifs des capillaires voisins. On sait que le lobule paracentral est particulièrement mal irrigué, fait qui expliquerait la prédilection des plaques de méningite tuberculeuse pour cette région (Souques et J.-B. Charcot).

Synthèse de la voie pyramidale. — Le faisceau pyramidal constitue, d'après les classiques, l'ensemble des prolongements cylindraxiles émanés des grandes cellules pyramidales : il s'entrecroise en totalité (abstraction faite des fibres homolatérales); le faisceau géniculé, au fur et à mesure de son trajet pédonculo-ponto-bulbaire, le faisceau pyramidal croisé, au collet du bulbe, le faisceau pyramidal direct au niveau de sa terminaison.

Développement. — A. PHYLOGÉNIQUE. — Le faisceau pyramidal existe chez tous les mammifères. Son développement est habituellement proportionnel à celui du cerveau. Pour les variations qu'il présente selon les espèces, v. classiques. Le faisceau pyramidal direct n'existerait que chez l'homme (v. Lenhossek).

B. ONTOGÉNIQUE. — a. *Cylindraxe.* — Les fibres pyramidales manquent complètement dans la moelle d'un fœtus de sept mois; elles s'arrêtent alors au bulbe. Les huitième et neuvième mois, elles descendent dans la moelle, et, à la naissance, elles atteignent la région lombaire. *A la naissance, les fibres pyramidales sont donc développées dans leur partie essentielle, le cylindraxe.*

b. *L'apparition de la myéline* est beaucoup plus tardive : au huitième mois, les fibres du lobule paracentral se myélinisent; puis la myélinisation gagne les circonvolutions rolandiques, la couronne rayonnante, la capsule interne, les deux et trois premières semaines après la naissance. *Le développement complet de la myéline est donc postérieur à la naissance.*

Le *développement ultérieur* du faisceau pyramidal a été bien étudié par Cestan. A trois mois, les cylindraxes sont encore très grêles et contrastent avec le volume considérable des cylindraxes centripètes de la moelle. A quatre mois, le volume des cylindraxes augmente. A quatre ans seulement, le faisceau pyramidal a acquis son complet développement. Ces données ont un grand intérêt, puisque l'on a voulu souvent rattacher la maladie de Little à un trouble de développement du faisceau pyramidal.

PHYSIOLOGIE. — § 1. **Le faisceau pyramidal possède un rôle moteur.** (Rappeler les expériences et les principaux faits cliniques sur lesquels s'appuie cette assertion.) Mais COMMENT AGIT-IL ?

Deux théories.

A. *Excitation motrice.* — Il apporte aux grandes cellules radiculaires de la moelle l'ordre moteur conçu au niveau de l'écorce rolandique : sa sclérose, irritant par action de voisinage, par l'intermédiaire des cornes postérieures (Strauss) ou directement (Brissaud), les cellules des cornes antérieures, met en jeu leur activité d'une façon continue (*strychnisme cellulaire*), d'où contracture (Charcot, Vulpian, Brissaud, Strauss, Blocq).

On a objecté à cette théorie : 1° que *la contracture n'apparaît pas en même temps que la sclérose*, et qu'*elle ne lui est pas proportionnelle* comme elle le devrait si vraiment la contracture était fonction de la sclérose pyramidale; 2° que l'*on peut observer des contractures sans sclérose du faisceau pyramidal* (Schulze, Cestan, Babinski).

B. *Inhibition motrice* (P. Marie, Mya et Lévi, Freud, Massalongo). — Le faisceau pyramidal est le *frein cérébral* exerçant une action continue sur cette machine constamment sous pression qu'est la moelle. Vient-il à être incomplètement développé (maladie de Little) ou est-il lésé (sclérose), la moelle échappe à l'action frénatrice du cerveau : elle *s'emballe*, pour ainsi dire, d'où contracture.

On peut adresser à cette théorie trois objections : 1° dans la maladie de Little, il y a autre chose qu'un arrêt de développement du faisceau pyramidal; il existe constamment des lésions cérébrales (Cestan); autrement dit, l'agénésie du faisceau pyramidal, dans cette affection, est toujours secondaire; 2° la contracture ne suit pas immédiatement l'interruption de la voie motrice; elle ne lui est pas proportionnelle, comme elle le devrait d'après la théorie précédente; 3° la section transversale totale de la moelle cervico-dorsale détermine une sclérose descendante du faisceau pyramidal, et, cependant, la paralysie qu'elle produit reste indéfiniment flasque (Bastian) [v. Cestan, loco citato]. (*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 139, p. 1166, et 142, p. 1702.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 146. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1906. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 19 décembre 1906. — M. Bousquet : « Tuberculose des ganglions bronchiques. » — M. Sorel : « Obésité. » — M. Lagriffoul : « Phlébites professionnelles. »

Séance du 20 décembre. — M. Loeper : « Gangrènes symétriques des extrémités. » — M. Bertin : « Les œdèmes du poumon. » — M. Sicard : « Chlorose. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Patholohie.* — Séance du 19 décembre 1906 : MM. Cadenat, 14; Galup, 13; Wolfromm, 12; Dehelly et Haller, 11; Lévy (Edmond) et Savouré, 10; Bax, Potelet et Serée, 9.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE tiendra sa prochaine séance le mercredi 26 décembre 1906.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Ont été nommés, pour l'année scolaire 1906-1907 : MM. Chéry, chef de clinique ophtalmologique; Michel, chef de clinique chirurgicale; Spire, chef de clinique obstétricale; Rueff, chef de clinique médicale; Collin, prosecteur d'anatomie; Keller, préparateur d'histologie; Rayel, préparateur de physiologie; Pacotte, préparateur de physique; Henry, aide-préparateur de physiologie; Henriot, préparateur de physique; Gaillardot, préparateur du cours de chimie; Joyeux, préparateur d'histoire naturelle; Harter, préparateur d'anatomie pathologique; Bisot, préparateur d'hygiène; Bedin, préparateur de médecine légale; Alamelle, préparateur de thérapeutique; Mathis, aide d'anatomie; Driout, aide de clinique; Mineff, aide d'anatomie. M. Chatelain, préparateur des travaux de chimie; M. Robert, chef des travaux de chimie; M. Hamel, chef des travaux du laboratoire de chimie des cliniques.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la cinquantième semaine, 870 décès, au lieu de 860 pendant la semaine précédente (moyenne 959). L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 79, au lieu de la moyenne 39.

La variole n'a causé aucun décès (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 5, au lieu de 12 la semaine précédente (moyenne 23).

La rougeole a causé 2 décès (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 109, au lieu de 66 précédemment.

La scarlatine a causé 6 décès (moyenne 1); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 133, il s'élevait à 125 pendant la semaine précédente (moyenne 64).

La coqueluche a causé 4 décès (moyenne 3).

La diphtérie a causé 3 décès (moyenne 9); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 75, au lieu de 87 pendant la semaine précédente, et de la moyenne 110.

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 21 pendant la semaine précédente (moyenne 21).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 99 décès, au lieu de 138 pendant la semaine précédente (moyenne 185). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (moyenne 15); bronchite chronique, 9 (moyenne 25); pneumonie, 28 (moyenne 38); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 59 (moyenne 107), dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire et 24 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 205 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 66 décès; les maladies organiques du cœur, 72; le cancer, 65; la hernie et l'obstruction intestinale, 6; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 28; enfin, 38 vieillards sont morts de débilité sénile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Lucien Labbé (de Port-Gueydon), Albert Sourd (des Echelles).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLV, nº 17, 25 oct. 1906.) Pierre JANET : Les symptômes classiques de l'hystérie. — Ernest L. HUNT : Méningite cérébro-spinale épidémique. Etude de son étiologie, de son diagnostic, et épidémiologie, basée principalement sur les cas observés à Worcester dans le Massachussets (avec 2 tableaux et 4 fig.). — W. H. PALMER : Le traitement habituel de la syphilis par les injections intramusculaires de salicylate de mercure. — H. Glover LANGWORTHY : Inflammations oculaires externes d'origine douteuse (avec un tracé). — Benjamin Brabson CATES : La rupture de la vessie chez l'homme. — (Nº 18, 1er nov.) William OSLER : Le progrès de la vérité. L'exemple de la découverte de la circulation sanguine. — Pierre JANET : Les symptômes classiques de l'hystérie (*suite*). — L. R. G. CRANDON : Les souliers flexibles de compensation (avec 5 fig.). — E. L. HUNT : Méningite cérébro-spinale épidémique. Etude de son étiologie, de son diagnostic, et épidémiologie, basée principalement sur les cas observés à Worcester dans le Massachussets [avec 3 tracés] (*fin*). — H. C. BALDWIN : Deux cas de paralysie saturnine. — Les dangers de l'emploi des tuyaux en plomb comme conduits d'eau. — (Nº 19, 8 nov.) P. JANET : Les symptômes classiques de l'hystérie (*suite*. — F W. WHITE : L'achylie gastrique. — Will. C. QUINBY : La stérilité chez l'homme; son traitement opératoire quand elle reconnaît pour cause une épididymite double (avec 3 fig.). — Harry LIVENTHAL et E. W. TAYLOR : La méthode analytique en psychothérapie avec plusieurs exemples. — (Nº 20, 15 nov.) P. JANET : Les symptômes classiques de l'hystérie (*fin*). — J. Collins WARREN : Une nouvelle classification des tumeurs bénignes de la mamelle, avec une observation démonstrative (2 fig.). — David D. SCANNELL : Les fractures compliquées de la rotule, avec la description d'un cas inusité. Récapitulation de toutes les fractures du Boston city Hospital dans les quarante-deux dernières années (avec 3 fig. et 5 tableaux). — M. R. DINKELSPIEL : De l'usage et de l'abus des injections dans l'urétrite blennorragique aiguë.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 46, 15 nov. 1906.) KUTSCHER : Contribution à l'étude de l'agglutination du méningocoque. — UFFENHEIMER : Nouvelles études sur la perméabilité du tube digestif aux bactéries. — WEICHHARDT et PILTZ : Etudes expérimentales sur l'éclampsie. — WICHERN : Un cas de bronchite capillaire diffuse aiguë chez l'adulte. — RIEBOLD : Sur la méningite séreuse. — SCHWERIN : Résultats du traitement de la pérityphlite septique par le sérum antistreptococcique. — BARTH : Sur la diplacousie dysharmonique. — OGATA : Sur l'étiologie de la maladie : « Tsutsugamuschi » — (Nº 47, 22 nov.) KRAUS : Sur le goitre cardiaque. — ERB : Cas cliniques de pratique. — STADELMANN : Traitement de la fièvre typhoïde. — SCHMIDT : Sur le traitement de l'ulcère de l'estomac. — KÖNIG : Quelle influence a eue la radiographie sur le traitement des fractures. — HEGAR : Diététique des accouchées. — SCHMIDT-RIMPLER : Remarques sur l'appréciation médicale de l'influence de la diminution de l'acuité visuelle sur la faculté de travail. — DEUKER : Traitement des affections de l'oreille externe. — GANGHOFNER et LAUGER : Utilisation du phénomène de la déviation du complément à la démonstration des albumines étrangères dans le sang. — (Nº 48, 29 nov.) NEISSER, BRUCK et SCHUCHT : Examens diagnostiques des tissus et du sang dans la syphilis. — SCHLIMPERT : Examen anatomo-pathologique des yeux dans deux cas de syphilis congénitale. — BALE : Découverte de spirochètes dans l'œil humain. — STADELMANN : Le traitement de la fièvre typhoïde. — SCHELLENBERG : Expériences sur le traitement de la constipation et surtout de la constipation chronique habituelle par la réguline et la paraféguline. — DÜNNWALD : Sur l'emploi de l'isopral en obstétrique et en gynécologie. Contribution à l'étude de la narcose rectale. — DEUKER : Traitement des affections de l'oreille externe.

Écho médical du Nord. — (Nº 47, 24 nov. 1906.) INGELRANS : La myasthénie bulbo-spinale.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (Nº 129, 28 oct. 1906.) Alfredo ROSSI : Un cas d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante. — M. CARLETTI : Un cas de dextrocardie congénitale de cause rare. — D. FALCIONI : Le microbisme latent dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. — DI GIUSEPE T : Contusion rénale et hématonéphrose traumatique. — Massimo CHIADINI : La cure de l'érysipèle par le sérum antidiphtérique en injections hypodermiques et en applications locales. — Guiseppe Luigi PIOLA : Un cas de tuberculose pulmonaire soigné et guéri par le sérum antituberculeux. — G. ZANONI : Cas d'incontinence essentielle d'urine guéris radicalement par l'opothérapie surrénale. — Torindo SILVESTRI : L'antipyrine à haute dose dans la fièvre puerpérale et l'érysipèle. — (Nº 132, 4 nov.) Prof. L. GIUFFRÉ et Salvatore DI PIETRO : Un nouveau signe de béance du septum interventriculaire à propos d'un cas de maladie de Roger. — Francesco UBERTIS : Considérations sur un cas de tumeur cérébrale de la zone muette suivi de nécropsie. — Aldo CERNEZZI : Contribution clinique à la cholécystogastrostomie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (Nº 48, 2 déc. 1906.) DUVERGEY : Une complication de l'appendicite. Les adhérences péri-appendiculaires à forme douloureuse et obstructive. Guérison. Ophtalmie électrique. — (Nº 49, 9 déc.) E. PETIT : De l'indication opératoire dans les contusions de l'abdomen. — (Nº 50, 16 déc.) E. PETIT : De l'indication opératoire dans les contusions de l'abdomen (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 nov. 1906.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La chloroformisation des sujets endormis. — LEBEAUHIN : Entérocolite et entéronévrose muco-membraneuse. — MÉNAGER : La tente et le campement dans le Nord-Ouest américain.

Journal des praticiens. — (Nº 47, 24 nov. 1906.) HIRTZ : Considérations sur le traitement des phlébites. — Louis RENON : Les maladies infectieuses et parasitaires.

Languedoc médico-chirurgical. — (Nº 11, 25 nov. 1906.) PLA : Intoxication professionnelle par le tabac (*suite*).

Lyon médical. — (Nº 48, 2 déc. 1906.) BARJOIS et LESIEUR : Pleurésie éberthienne au cours de la fièvre typhoïde.

Medizinische Blatter. — (Nº 47, 24 nov. 1906.) ADAMKIEWICZ : Troubles de la nutrition dans le cancer et leur traitement. — FABER : La gastrite chronique. — BRÜHL : Traitement de la tuberculose laryngée dans les sanatoriums. — (Nº 48, 1er déc.) SADGER : L'hydriatique de la chorée. — CLEMM : Sur une nouvelle préparation du sang. — FABER : La gastrite chronique.

Montpellier médical. — (Nº 45, 11 nov. 1906.) LAGRIFFOUL : Résultats fournis par l'inoscopie. — BOSC : Remarques sur la pathogénie et le diagnostic de l'épilepsie. — JEANBRAU et V. RICHE : L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. — (Nº 46, 18 nov.) GILIS : Eloge de Vincent Paulet. — E. JEANBRAU : Fractures des métatarsiens (pied forcé, périostite ostéoplastique des métatarsiens).

(*Voir la suite, p. 1749.*)

REVUE GÉNÉRALE

STRIDOR DES NOUVEAU-NÉS

STRIDOR CONGÉNITAL DES NOURRISSONS (1)

Par M. RABÉ,

Ancien interne des hôpitaux, Assistant d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Paris.

IV

Evolution. — Le stridor congénital appartient au groupe des affections de cycle évolutif assez constant. Le gloussement caractéristique débute chez le nouveau-né, soit avec les premières inspirations, soit durant les dix premiers jours qui suivent la naissance. Dans les cas ordinaires, le bruit inspiratoire augmente d'intensité, pendant les deux ou trois premiers mois, puis il reste stationnaire jusque vers le huitième mois. A partir de cette date, le stridor laryngé décroît et disparaît vers la fin de la deuxième année, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. Dans une observation de Variot, la respiration stridoreuse avait disparu dès le huitième mois; par contre, Comby dit avoir suivi un enfant chez lequel le syndrome se prolongea jusqu'à la troisième année.

La guérison du laryngo-stridor s'effectue non pas brusquement, mais peu à peu et par étapes, et la respiration ne reprend son caractère normal qu'après une période de durée variable, marquée par une série d'alternatives de rémissions et d'aggravations. Cette phase de détente est annoncée par une atténuation sensible, mais momentanée, du stridor; pendant le sommeil de l'enfant, il peut ne plus être appréciable. A cette accalmie succède une reprise passagère des symptômes, interrompue bientôt par une nouvelle rémission, encore plus longue. Ainsi, le rythme respiratoire s'améliore progressivement et après cette période de décrudescence, de trois, cinq ou six mois de durée, le cornage laryngé disparaît sans retour.

Toutefois, chez certains enfants, durant les quelques années qui suivent la guérison, on observe à l'occasion d'un mouvement de colère, à l'instant d'une crise de larmes ou de pleurs, un rappel offensif momentané de l'affection, une réapparition passagère du bruit inspiratoire.

Le début de la phase de guérison est souvent signalé par certaines modifications dans la tonalité du bruit stridoreux; celui-ci perd peu à peu sa note aiguë, et prend constamment le timbre grave d'un grognement, d'un ronflement inspiratoire.

L'examen laryngoscopique pratiqué aux différentes phases de la maladie, montre assez nettement la disparition progressive des malformations vestibulaires (Variot). Dès que la respiration s'améliore, le laryngoscope signale une tendance au déroulement de l'épiglotte; la guérison absolue coïncide avec le développement normal de cette membrane, et l'ouverture suffisante des replis aryténo-épiglottiques. Variot et Le March'Hadour, Rocaz ont pu suivre dans plusieurs observations, à l'aide du miroir, l'atténuation parallèle des symptômes stridoreux et des déformations sus-glottiques.

V

Pronostic. — Tous les auteurs insistent à l'envi, sur la bénignité du pronostic; la guérison s'observe en effet, presque toujours, malgré les alertes et l'allure inquiétante de certaines crises de dyspnée. Un seul cas de mort a été signalé par Sutherland et Lack, survenu dans un accès de suffocation accompagné de phénomènes convulsifs. Bien plus, nous savons que le stridor congénital disparaît, sans avoir influencé l'état général des petits malades, ni retardé leur développement.

Toutefois, certaines complications peuvent accidenter la marche du stridor et assombrir singulièrement le pronostic de l'affection. Sutherland et Lambert Lack, à qui nous devons sur le cornage congénital une étude si pleine de documents, avaient déjà attiré l'attention sur la grande sensibilité, chez les enfants stridoreux, de l'appareil broncho-pulmonaire vis-à-vis des inflammations aiguës. Les médecins anglais ont invoqué, pour donner la raison de cette fragilité organique, deux facteurs : la sténose laryngée entraîne, d'une part, une dilatation incomplète des alvéoles, d'autre part, un état dystrophique des bronches et des poumons, et en particulier un défaut de résistance de leur épithélium, en face des agressions microbiennes. Les mêmes auteurs ont encore fait remarquer la gravité du pronostic chez les mêmes enfants, des infections des voies respiratoires : laryngite, trachéo-bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie. Ces considérations pronostiques doivent rester présentes à l'esprit des médecins et Rocaz a eu raison au Congrès de Nantes en 1901, d'en rappeler l'importance.

Boulard, dans sa thèse inaugurale, a dépouillé les observations qui se sont terminées par la mort, du fait d'une complication broncho-pulmonaire intercurrente : deux enfants ont succombé à des accidents de laryngite simple ou diphtérique (cas de Lees, de Lévy et Etienne); quatre enfants, à une broncho-pneumonie (cas de Refslünd, de Variot, de Rocaz, de Haushalter); un enfant, à une pneumonie lobaire (cas de Thomson). Nous ajoutons un second cas de pneumonie mortelle, publié récemment par Cozzolino. Un malade de Rocaz souffre d'une trachéo-bronchite, contre laquelle il doit lutter avec une ténacité extraordinaire.

VI

Anatomie pathologique. — Le pronostic du stridor congénital est presque toujours favorable, et l'on compte les autopsies, seulement au nombre de six.

Et cependant la constance, l'uniformité des lésions laryngées, recueillies post-mortem, impriment déjà une grande force de vraisemblance à la théorie mécanique du stridor congénital.

Lees, le père de cette interprétation pathogénique,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*., 1905, n° 143, p. 1707.

signale le premier, au cours d'une autopsie d'enfant stridoreux, de graves déformations du larynx : recroquevillement de l'épiglotte sur ses faces latérales, adduction des replis ary-épiglottiques qui s'accolent sur la ligne médiane ; entre les deux replis, ainsi maintenus en contact, on ne distingue qu'une ouverture « de la dimension d'un trou d'aiguille » (Lees).

Lévy et Etienne décrivent en 1887, à l'examen nécropsique d'un larynx, « l'étroitesse de la fente glottique, insuffisamment développée, et surtout la soudure des faces correspondantes de l'espace inter-aryténoïdien. »

Refslünd signale dans les mêmes conditions d'examen, un développement vicieux de l'épiglotte, caractérisé par l'existence d'un sillon qui le partage en son milieu, et par un enroulement de ses faces internes qui se touchent. L'ouverture du larynx se réduit ainsi à celle d'un petit losange, qui devient lui-même lors de l'abaissement de l'épiglotte en arrière une simple fente. De plus, les aryténoïdes entrent étroitement en contact.

Sutherland et Lambert Lack, dans un cas personnel, ne constatent que l'enroulement de la lame épiglottique, sans rapprochement des replis.

Dans l'observation de Variot, le larynx, enlevé avec précaution, présente une disposition tout à fait anormale de la région vestibulaire. L'épiglotte s'allonge et ses bords sont assez rapprochés pour former en arrière une gouttière assez étroite ; les replis ary-épiglottiques, au lieu de former un V ouvert en haut, à sommet reposant sur les cartilages aryténoïdes, limitent une simple fente d'un centimètre de hauteur. Cette déformation laryngée, pathognomonique du stridor congénital, est reproduite dans une planche annexée à la thèse de Bruder.

Enfin, dans le cas de Haushalter, consigné dans la thèse de Mathieu, la déformation consiste en un rétrécissement du vestibule laryngé, produit en avant et en haut par le rapprochement des bords latéraux de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques en bas et en arrière, par la jonction des cartilages aryténoïdes et la disparition de l'espace inter-aryténoïdien.

De nombreux observateurs, Thomson, Bride, Smith, Avellis, Variot, Cerf, Rocaz, Moure, ont pratiqué avec succès, chez des enfants atteints de stridor congénital, la laryngoscopie ; les résultats de ces multiples examens apportent encore une contribution importante à ce chapitre d'anatomie pathologique ; ils sont du reste, exactement superposables aux constatations post mortem.

Variot utilisant ces deux sources de documents, s'est efforcé de condenser les différentes malformations observées, et il en a distingué deux types :

a. Dans l'un, la malformation est maxima. L'épiglotte est repliée sur elle-même en dedans, de telle sorte que les bords rapprochés forment une gouttière assez étroite. Les replis aryténo-épiglottiques minces et flasques sont rapprochés et arrivent en contact direct, formant une simple fente. Il y a donc une sorte de glotte vestibulaire limitée par ces replis qui s'affaissent en dedans, et vibrent sous l'influence de l'air inspiré ;

b. Dans le second type, la déformation est moins accusée et se limite à l'épiglotte qui s'enroule sur elle-même. En raison de cet enroulement, les replis ary-épiglottiques se rapprochent bien, mais seulement dans leur tiers antérieur. On peut rapporter, dans ce type, le stridor à la vibration de l'épiglotte, véritable anche sus-glottique et des replis aryténoïdiens, sous la poussée de l'air inspiratoire.

Martin et, après lui, Boulard dissocient encore ce groupe des anomalies laryngées, propres au stridor congénital, et en décrivent quatre types. Dans le premier, la malformation n'intéresse que l'épiglotte ; dans le second, la lame épiglottique offre la même déformation, mais de plus, les replis aryténo-épiglottiques sont accolés l'un à l'autre, mais seulement dans leur tiers antérieur. Les anomalies s'aggravent dans un troisième groupe, et les replis ary-épiglottiques entrent en contact sur toute leur longueur. Dans le dernier type, tous les segments du vestibule laryngé sont intéressés : toutes les variétés précédentes de malformations se retrouvent, avec en plus, l'effacement plus ou moins complet de la fente inter-aryténoïdienne.

VII

Physiologie pathologique. — Nous avons indiqué au chapitre de l'historique, que la majorité des observateurs s'était aujourd'hui ralliée à l'origine laryngée du syndrome, bien plus à la nature congénitale des malformations du vestibule. L'instant est venu de justifier cette opinion, et de discuter les théories adverses. Nous montrerons aisément, que la plupart d'entre elles sont entachées d'erreur, et reposent sur une interprétation inexacte des signes du stridor autonome. Toutefois les défenseurs de la théorie nerveuse ont su mettre en relief un facteur pathogénique important, dont il faut tenir compte, et qui complète heureusement la théorie mécanique que nous avons adoptée.

Nous évoquerons, le plus rapidement possible, les diverses théories, qui attribuent au stridor congénital une origine extra-laryngée, thymique (Kopp, Avellis), pharyngée (Gee, Smith), adénopathique (Geffrier, Jacknine). Nous reviendrons avec détail, dans le chapitre suivant, sur les caractères cliniques différentiels qui séparent foncièrement, le stridor essentiel des stridors secondaires ; toutefois, disons ici que la sténose trachéale par compression, se traduit par un bruit très éloigné, par son timbre de celui du stridor, que ce bruit s'entend aux deux temps de la respiration et que même, d'après Variot, dans le cornage par adénopathie trachéo-bronchique, il devient uniquement expiratoire. De plus, la sténose trachéale par compression thymique s'accompagne de signes graves d'insuffisance respiratoire et la dyspnée s'accentue quand l'enfant porte la tête dans l'extension.

On se rappelle que Smith rattachait la production du stridor chez le nouveau-né, à la présence de végétations adénoïdes ; le bruit inspiratoire était fonction d'un spasme glottique à point de départ naso-pharyngé. Moure s'est fait récemment le défenseur de cette conception, mais en la présentant sous une

forme nouvelle; il nie toute influence du système nerveux, et fait intervenir des troubles respiratoires, engendrés par la seule obstruction mécanique du naso-pharynx. L'infiltration adénoïdienne provoque, en effet, une respiration bruyante, mais il s'agit d'un grognement, d'un ronflement à timbre grave, surtout marqué durant le sommeil. Le stridor essentiel, en raison de son siège laryngé, persiste après occlusion des narines et Variot a montré dans deux faits que le tubage du larynx atténuait ou faisait disparaître le râle du stridor. Cette pathogénie prête encore le flanc à deux autres objections : l'examen du rhino-pharynx a permis dans de nombreux cas, de constater l'absence de végétations adénoïdes ; de plus, le curetage de cette cavité n'a modifié en rien, au moins très souvent, l'évolution d'un stridor préexistant. Smith, Moure ont cependant observé quelques enfants, chez lesquels un stridor a disparu, après l'ablation des végétations. Que conclure de ces résultats heureux, sinon que dans tous les cas de respiration stridoreuse, l'examen du naso-pharynx s'impose et que le curetage doit être conseillé, si le toucher digital donne une constatation positive. Mais les faits de Smith et de Moure n'apportent aucun document favorable à la théorie naso-pharyngée du stridor congénital.

L'origine laryngée de cette affection ressort au contraire avec netteté, des constatations post mortem recueillies dans 6 cas, et surtout des résultats presque toujours confirmatifs, obtenus au cours des investigations laryngoscopiques. La mise en évidence des malformations sus-glottiques, comporte dans certains cas d'autant plus de signification, que les examens ont été pratiqués par des observateurs, adversaires de la théorie mécanique, et que ceux-ci, ou bien n'attachaient aucune valeur aux lésions du vestibule, ou bien leur attribuaient un rôle tout à fait secondaire. Deux observations toutefois, consignées dans la thèse de Boulard, jettent une note discordante; les enfants étaient affectés de stridor nettement congénital, et l'examen au miroir ne permit de constater aucune anomalie laryngée. Variot lui-même, partisan convaincu de l'origine laryngée des accidents, a rapporté, en 1904, un cas qu'il intitule stridor laryngé intermittent, et dans lequel l'examen ne révéla rien d'anormal du côté de l'épiglotte ou des replis ary-épiglottiques. L'auteur fait cependant rentrer cette observation dans le cadre du stridor congénital, sous la réserve que cette affection répond à des modifications polymorphes du larynx. Ces quelques documents négatifs doivent être rangés dans un groupe d'attente, et ils prouvent peu, à notre avis, contre la théorie mécanique. Du reste, la thèse de Boulard contient à côté de deux faits défavorables, 23 observations positives, et Cozzolino a publié dans une étude récente, une statistique de 46 observations avec examen laryngoscopique positif.

Différentes théories, nerveuses ou neuro-musculaires ont été énoncées, qui ne tiennent aucun compte des anomalies laryngées. L'une d'elles, celle de Robertson, est unanimement rejetée ; elle invoque, pour expliquer le stridor, une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs et l'occlusion consécutive de la glotte, par action prépondérante des muscles antagonistes. La paralysie des abducteurs de la glotte, déjà très rare chez l'adulte, n'a jamais été signalée chez l'enfant; de plus, elle pourrait expliquer la gêne respiratoire, mais nullement le timbre bruyant et sonore de la respiration.

Pour Thomson et Lœri, la pathogénie du stridor congénital se ramène à celle d'un spasme de la glotte, d'origine différente, suivant l'un ou l'autre de ces auteurs. Lœri déclare avoir observé, au laryngoscope, un rapprochement subit des cordes vocales, au moment de l'inspiration, puis au début de l'expiration, une abduction de ces mêmes cordes; et il admet comme raison de cette anomalie physiologique, une hyperexcitabilité des centres nerveux. Quant à l'hypothèse émise par Thomson, elle est vraisemblable et difficile à réfuter, mais impossible à prouver. Le médecin anglais suppose un défaut de développement des centres corticaux respiratoires, principalement ceux du larynx, et à titre secondaire un spasme glottique choréiforme, analogue au bégaiement. Goodhart, Mac Bride, Stamm, Herzfeld se sont rattachés à l'idée de Thomson.

Nous devons prendre en considération les arguments sur lesquels s'appuient les défenseurs des deux théories précédentes et il est juste de retenir de leur exposé, l'influence manifeste du système nerveux dans la genèse du stridor congénital. Quelle part exacte revient au trouble fonctionnel, nerveux ou neuro-musculaire, il serait très difficile de l'apprécier. Mais l'importance de ce facteur pathogénique est suffisamment démontrée, par les variations dans l'intensité du bruit respiratoire, à l'occasion d'une excitation psychique, d'une émotion, par la coïncidence du stridor chez un même enfant, avec des convulsions éclamptiques, le spasme réel de la glotte, le type respiratoire de Cheyne-Stokes, et même avec un sanglot, revenant par accès (cas de Biaggi).

La nature congénitale des anomalies laryngées est acceptée par la majorité des auteurs. Thomson et Logan Turner ont cependant longuement combattu cette opinion. Thomson en effet, frappé de la fréquence des lésions vestibulaires révélées par l'examen laryngoscopique, s'efforça de modifier sa première conception et de l'adapter aux constatations anatomiques. Il maintient donc ses conclusions antérieures sur l'origine du stridor, qu'il rapportait à un arrêt de développement des centres, et à une incoordination motrice secondaire des mouvements respiratoires; mais il considère désormais les difformités sus-glottiques, non plus comme primitives et congénitales, mais acquises et engendrées par une respiration mal coordonnée et comme bégayante (stammering). Sous l'influence de l'aspiration qui s'exerce constamment sur l'ouverture supérieure du larynx, l'épiglotte s'enroule sur ses bords et les replis ary-épiglottiques se rapprochent l'un de l'autre.

Beaucoup d'auteurs pensent que le bruit stridoreux prend naissance au niveau des cordes vocales. Nous croyons au contraire, comme Sutherland et Lack, les premiers, l'ont indiqué, que le stridor naît au niveau des replis de l'orifice supérieur du larynx,

et que la pathogénie des symptômes ressort aisément des constatations anatomiques. Variot compare l'orifice vestibulaire limité en avant, par les bords de l'épiglotte, enroulés sur eux-mêmes en arrière, par les replis ary-épiglottiques accolés sur une longueur variable, à une glotte supplémentaire vestibulaire, dont les lèvres forment anche vibrante, au moment de l'inspiration. De plus, il est vraisemblable d'admettre que l'épiglotte ainsi conformé, forme caisse de résonance et donne au stridor son timbre aigu. Peut-être certaines des régions voisines (voile du palais, cordes vocales) participent-elles à la production du bruit, au moins en modifient-elles le timbre. Ainsi Moure croit que le coassement à timbre bas peut dépendre des vibrations parallèles du voile du palais.

Quant à la gêne de la respiration elle est amplement expliquée par l'angustie de l'orifice supérieur du larynx.

Telle est, esquissée dans ses grandes lignes, la physiologie pathologique du stridor laryngé congénital. Certes, nous ne voulons pas encourir le reproche d'exclusivisme, et nous reconnaissons que la théorie mécanique sera impuissante à donner la raison de tous les cas soumis à l'observation. Au moins fournira-t-elle, de la majorité d'entre eux, une explication suffisante et vraisemblable. Bien des obscurités restent encore à dissiper dans cette question complexe du stridor. Aux observateurs de l'avenir, le soin de compléter ou de modifier la pathogénie que nous avons défendue.

Thomson et Logan Turner ont eu soin d'attirer l'attention sur la mollesse et la flaccidité, chez l'enfant, des cartilages laryngés, plus aptes, dès lors, à subir cette déformation. Les médecins anglais ont même institué pour démontrer le bien-fondé de leur théorie, une série d'expériences très ingénieuses.

Il faut reconnaître tout l'intérêt que comportent les tentatives expérimentales des observateurs anglais. Mais une grave objection doit être opposée à leur conception : pourquoi la même déformation du larynx ne se produit-elle pas dans d'autres affections, où l'on constate une aspiration et une gêne respiratoire plus durables et plus fortes, ainsi dans le laryngisme striduleux et dans la sténose trachéo-bronchique? Boulard fait encore cette remarque : il est impossible d'expliquer, dans la nouvelle théorie de Thomson, les cas si nombreux, où le stridor se manifeste dès la naissance, dès la première inspiration, alors que, d'après son initiateur, les malformations vestibulaires, capables de produire le stridor, ne peuvent s'établir qu'après un temps variable, toujours assez long.

L'opinion actuelle, qui considère les difformités du larynx comme d'origine congénitale, intra-utérine, nous semble la plus vraisemblable. Elle seule rend compte du début immédiat des accidents après la naissance ou dans les jours qui suivent; elle seule permet de comprendre l'évolution cyclique du syndrome et la guérison spontanée, survenant dans le cours de la première ou de la deuxième année. En effet, le larynx se développe progressivement; le diamètre de ses cavités s'accroît; en même temps, les cartilages prennent une consistance plus ferme, plus dure. Bientôt, les dimensions de l'orifice vestibulaire deviennent assez grandes, pour permettre le passage de l'air, sans modifications anormales, dans le rythme respiratoire, et sans bruits pathologiques.

VIII

Diagnostic. — Le diagnostic du stridor des nouveau-nés comporte, en général, peu de difficultés, et les signes cardinaux se manifestent presque toujours avec assez de netteté, pour interdire toute hésitation. L'apparition chez un nourrisson dès sa naissance, ou durant les quelques jours qui suivent sa naissance, d'un bruit inspiratoire avec intégrité de la voix, le timbre particulier de cette inspiration, la continuité de ce symptôme, son atténuation durant le sommeil, son exagération, au contraire, sous l'influence des causes qui activent le rythme respiratoire, tels sont les éléments de diagnostic différentiel qui permettront de distinguer aisément le stridor laryngé, des autres types de respiration stridoreuse; ceux-ci sont du reste très rares, au cours des deux premiers mois de l'existence. L'examen au laryngoscope, toujours très délicat chez le nourrisson, ne peut être indiqué comme procédé pratique de diagnostic.

Le tableau clinique ne se présente pas toujours avec la même précision. Les formes, à symptomatologie incomplète, peuvent prêter à confusion, avec certaines affections de la première enfance qui s'accompagnent d'une respiration difficile et bruyante, en particulier avec l'adénopathie trachéo-bronchique, l'asthme thymique, les tumeurs adénoïdes, le laryngo-spasme.

Le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique se distingue, règle générale, aisément du stridor laryngé. Le premier n'apparaît pas avant le troisième mois; souvent, il s'agit d'un bruit expiratoire (Variot), d'autres fois inspiratoire et expiratoire, mais toujours plus intense durant le sommeil. Le timbre est aussi différent, plus grave, non musical, c'est un coassement. On constate des modifications de la voix qui devient enrouée, au moins par instants; la toux est bruyante, quinteuse, ferme. L'examen de l'appareil trachéo-pulmonaire peut fournir de bons signes différentiels : matité interscapulaire ou présternale, souffle interscapulaire. L'état général des enfants laisse plus souvent à désirer, que chez les nourrissons stridoreux. Geffrier a décrit une adénopathie trachéo-bronchique congénitale, presque toujours très difficile à reconnaître. Les modifications de la respiration apparaissent à la naissance, et l'erreur est inévitable, au moins momentanément.

L'hypertrophie du thymus provoque, par compression trachéale, un cornage susceptible d'être confondu avec le stridor laryngé. On l'entend aux deux temps de la respiration. Il est continu, mais son timbre est plus grave, plus humide, c'est un râle gargouillant, donnant une sensation de mucosités déplacées. Deux autres signes doivent être recherchés : la matité, siégeant au niveau du tiers supérieur du sternum, et l'augmentation de la gêne respiratoire, par la mise de la tête dans la position d'extension.

Le ronflement des adénoïdiens, même chez les nouveau-nés, est facile à distinguer du stridor d'origine laryngée. C'est aussi un bruit de timbre grave, non musical, analogue à un grognement. Il est inspiratoire, continu, mais surtout marqué durant le sommeil, susceptible même, à l'encontre du stridor véritable, de disparaître ou de s'atténuer durant le jour. Enfin, le ronflement des adénoïdiens disparaît par l'occlusion des narines, et l'exploration digitale du rhino-pharynx tranche définitivement le diagnostic.

Lorsque le stridor n'est plus continuel, du fait d'une rémission ou de sa régression spontanée, on peut encore le différencier, sans grande difficulté, du laryngo-spasme, du spasme essentiel de la glotte, encore désigné sous le nom de spasme phréno-glottique des nourrissons. Le laryngo-spasme débute après trois mois, et l'enfant présente toujours des stigmates de rachitisme. De plus, l'aspect clinique est très différent. Le spasme phréno-glottique est caractérisé par l'apparition de plusieurs inspirations longues, sifflantes, de plus en plus espacées, qui aboutissent à une phase d'apnée avec menace d'asphyxie (cyanose du visage, dilatation des narines, sueur froide, contracture des membres). Cette suspension respiratoire dure de quelques secondes à deux minutes, puis surviennent plusieurs inspirations bruyantes et le rythme se régularise peu à peu. C'est dans les cas où les accès sont fréquents, légers, que l'inspiration bruyante peut être confondue avec le stridor congénital, surtout lorsque celui-ci présente des paroxysmes. La notion exacte du début des accidents tranchera la difficulté.

La rhinite oula laryngite spécifiques des nouveau-nés s'accompagnent parfois d'une inspiration stridoreuse, qui simule le bruit du stridor véritable. L'intermittence du bruit, sa guérison rapide par le traitement mercuriel, jugeront la nature de ce stridor symptomatique.

IX

Traitement. — L'évolution naturelle vers la guérison du stridor laryngé congénital simplifie l'exposé de ce chapitre. Le traitement efficace des anomalies du larynx n'existe pas, et l'affection dure ce qu'elle doit durer. Aussi, nous ne mentionnerons que les procédés thérapeutiques à opposer soit à la susceptibilité nerveuse de l'enfant, soit à l'éclosion d'une complication pulmonaire ou bronchique. La médication antispasmodique (bromure, valériane) est indiquée, chez les nourrissons, aux réactions nerveuses exagérées. La tendance aux accès de dyspnée, aux crises de suffocation, sera combattue par la balnéothérapie tiède. Les applications chaudes au-devant du larynx, les enveloppements thoraciques chauds et humides rempliront les mêmes indications thérapeutiques. Sutherland et Lambert Lack prévoient, au cours d'un de ces paroxysmes dyspnéiques, l'apparition d'une asphyxie menaçante, d'une cyanose grave, et ils conseillent de se tenir prêt à pratiquer le tubage oula trachéotomie. Ce sont là des extrémités, auxquelles le médecin sera bien rarement conduit. Variot a obtenu, dans deux cas, de bons résultats du tubage.

Nous connaissons la fragilité de la muqueuse broncho-pulmonaire, vis-à-vis des inflammations aiguës, chez les enfants stridoreux. La thérapeutique préventive doit tirer de cette notion, des indications importantes, et les parents éviteront, pour le bébé, avec une vigilance extrême, toutes les causes de refroidissement ou d'infection pulmonaire. Ces mêmes affections, en raison de leur gravité, de leur évolution tenace, seront toujours traitées, dès leur éclosion, avec un soin et une vigueur particuliers. A la moindre menace de laryngo-trachéite, de rhinite même, l'enfant sera confiné à la chambre et soumis aux instillations intra-nasales d'huile mentholée, aux inhalations de vapeurs d'eucalyptus, aux applications thoraciques sinapisées.

Le médecin devra instituer, chez le bébé stridoreux, une hygiène sévère et exiger une observation intégrale de ses conseils. Une alimentation saine et bien comprise favorisera, en effet, le développement de l'enfant et, secondairement, hâtera la disparition des anomalies laryngées.

Enfin, si le laryngologiste constate la présence de végétations adénoïdes, l'indication est formelle et le curetage doit être pratiqué, ou bien l'ablation avec la pince de Lowenberg. L'opération, dans de nombreux cas, n'a en rien influencé le stridor laryngé. Cependant Boulard rapporte un cas de disparition complète; Variot, Moure ont constaté plusieurs fois une atténuation des symptômes. Le curetage, au moins, présentera l'avantage, en rétablissant la perméabilité des voies naso-pharyngées, en favorisant une aération suffisante des poumons, d'activer la croissance et de faciliter le retour à une santé normale.

BIBLIOGRAPHIE

Avellis. *Munch. med. Wochens.*, 1898, nos 30 et 31; — V. aussi *Arch. f. Laryng. und Rhinol.*, Bd. VIII, 1898, p. 36.

Boulard. *De la respiration stridoreuse chez les nourrissons*, Th. de Paris, 1904. — Bruder. *Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons*, Th. de Paris, 1901.

Cerf. Le stridor congénital. Congrès de Nantes, 24 sept. 1901; — *Anjou médical*, sept. 1901; — *Arch. de méd. des enfants*, déc. 1901, p. 718. — C. Chauveau. *Arch. intern. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév. 1904. — Clarke. *The Lancet*, juin 1895, p. 1605. — Comby. Respiration stridoreuse des nouveau-nés, *Arch. de méd. des enfants*, avril 1898, et *Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris*, oct. 1900. — O. Cozzolino. A propos du stridor laryngé congénital, *Arch. intern. de laryngol., de rhinol. et d'otol.*, juillet-août 1905, p. 52. — Crosby-Guene. Congenital inspiratory stridor, *The Boston med. and surg. Journ.*, 11 juin 1903, n° 23.

Gastou. La toux nocturne spasmodique émétisante et le coryza des nouveau-nés, *Journ. de clinique et de thérapeutique infantiles*, déc. 1896. — Gay. On laryngismus, *Brain*, janv. 1890. — Geffrier. L'adénopathie bronchique chez les nouveau-nés, *Revue des maladies de l'enfance*, 1892. — Gee. Croaking respiratory spasm, *Saint-Bartholomews' Hospital reports*, vol. XX, 1884, p. 15. — Goodhart. *Traité pratique des maladies des enfants*. Trad. Variot et Follenfant, 1895, p. 261-263. — Guida. Lo stridore congenito dei bambini, *Arch. di patol. e clinica infantile*, janv. 1903, n° 1. — Guilbert. *Contribution à l'étude de la respiration stridoreuse chez*

les nourrissons, Th. de Paris, 1900. — GUINON. *Bull. de la Soc. de pediat.*, Paris, oct. 1900.

HAUSHALTER. Présentation de pièce (stridor laryngé congénital), Soc. de méd. de Nancy, 24 juin 1903. — HERZFELD. Vorstellung eines Falles von angebornem Larynxstridor, *Verein f. innere Med.*, Berlin, 22 nov. 1897. — HELFT. *Krampf und Lähmung der Kehlkopfmuskel*, Berlin 1852. Verlag von Aug. Hirschwold. — HILL (W.). *Revue hebd. de laryngol.*, etc. de Moure, t. II, Compte rendu de la Soc. de laryngol. de Londres, 3 fév. 1899. — HOCHSINGER. Stridor congenitus and Thymus hypertrophie (mit Röntgenbildern), XX. *Versamm. der Gesells. f. Kind. auf die Z. Versamm. deuts. Naturforscher und Aerzte*, in Cassel. Sitzung vom, 22 sept. 1903; — *Stridor thymicus infantum. Eine pädiat.-rachiol. Studie*, Wien 1904.

KOPP. *Asthma thymicum in Denkwürdigkeiten, naturforscher sammlung zu Heidelberg*, 1829; — *Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 17. — KRISHABER. Art. CORNAGE du *Dictionnaire* de Dechambre, 1877.

LACK. Adenoïd vegetation and laryngeal stridor, *The Lancet*, 26 mars 1898. — LEES. Forme particulière d'obstruction respiratoire, *Transaction of the Pathol. Society of London*, vol. XXXIV, 1883, p. 19. — LÉVY et ETIENNE. *Revue méd. de l'Est*, 1887. — LÖRI. Allgmeine, *Wiener med. Zeit.*, 9 déc. 1890, n° 49. — LUNGHINI, MASSEI, BIAGGI. Relazioni presentate all' VIII° Congresso della Società italiana di laryngologia, otologia é rinologia, Siena, settembre 1904.

MAC BRIDE. Adenoïd growths in children, *The Lancet*, 1-15 juin 1895. — MAC ILRAITH. *Lancet*, 28 avril 1900, p. 1207. — MACKENSIE. *Traité pratique des maladies du pharynx, du larynx et de la trachée*, traduct. française de Moure et Berthier, 1880. — MARFAN. Cornage congénital chronique, hypertrophie du thymus et syphilis héréditaire, Soc. de pédiat. de Paris, 20 déc. 1904. — MATHIEU. *Du stridor laryngé congénital*, Th. de Nancy, 1903. — MARTIN. *Du stridor laryngé congénital des nourrissons*, Th. de Bordeaux, 1902. — MENSI. Lo stridore laringeo congenito. Communicazione alla Sezione piemontese della Società italiana di pediatria, IV adunanza dell' 11 giugno 1904. — MILLON. La toux pharyngée chez les enfants, *Journ. de méd.*, Paris 1896. — MOURE. Présentation d'un enfant guéri de coassement des nouveau-nés, après l'ablation de ses végétations adénoïdes, Soc. de méd. de Bordeaux, mars 1898. — MUGGIA. Discussion sur la communication de Mensi, *Ibid.*

NATIER. A propos de l'article de MM. Thomson et Turner, sur l'étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant, *La Parole*, août 1901. — NEWCOMB. *Medical Record*, 25 juillet 1903, p. 127.

POLITZER. *Jahr. f. Kind.*, Bd. XXI, 1884, p. 18.

REFSLUND. Ueber Respirations störungem in Folge von Missbildung der Epiglottis, *Münch. med. Wochens.*, 1896, n° 48. — RILLIET. *Schweizer Zeit. f. Med.*, 4 heft, 1851. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies de l'enfance*, 1853, p. 485. — ROBERTSON. Posticus paralysis in infant. *Journ. of laryngology und rhinology*, oct. 1901. — ROCAZ. Note sur deux cas de stridor congénital. Congrès de Nantes, 24 sept. 1901, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1901.

SEMON. *Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, p. 507; — *Arch. f. Laryngol.*, 1905, n° 4. — E. SMITH. Adenoid growths and laryngeal stridor, *The Lancet*, 25 mai et 8 juin 1895, p. 1298 et 1460. — STAMIN. Ueber congenitaler Larynx stridor, *Arch. f. Kinderh.*, 1900. — SUCKLING. Congenital laryngeal stridor, *Brit. med. Journ.*, 1890, vol. I, p. 607. — SUTHERLAND et LACK. Congenital laryngeal obstruction, *The Lancet*, 11 sept. 1897.

THOMSON. On infantile respiratory spasme, *Edinburgh med. Journ.*, sept. 1892, p. 205-216; — Art. STRIDOR DES NOUVEAU-NÉS, in *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher et Comby, 2e édit., vol. III, p. 113. — THOMSON et TURNER. On the causation of the congenital stridor of infants, *Brit. med. Journ.*, 1er déc. 1899.

VARIOT. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 18 juin 1896; — Spasme glottique d'origine pulmonaire, *Ibid.*, 1897; — Un cas de respiration stridoreuse des nouveau-nés avec autopsie, Soc. méd. des hôpit., 27 mai 1898; — Un cas de stridor laryngé congénital, *Médecine mod.*, 7 janv. 1903. — VARIOT et GLOVER. Considérations générales sur les laryngites de l'enfant, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, nov. 1895. — VARIOT et LE MARC'HADOUR. Un cas de stridor congénital avec examen objectif, Soc. de pédiat. de Paris, oct. 1900. — VARIOT et BRUDER. Stridor laryngé congénital, *Arch. internat. de laryngol.*, etc., vol. XVI, et Congrès intern. de Madrid (section d'oto-rhino-laryngologie), 23-30 avril 1903. — VARIOT et P. ROGER. Stridor laryngé intermittent apparu à l'âge de trois mois, Soc. de pédiat. de Paris, 21 juin 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1906)

Plaie de la rate, splénectomie. — M. LEGUEU fait un rapport sur un fait intéressant de M. Barnsby. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui a reçu un coup de couteau dans le flanc gauche, au niveau du septième espace intercostal. Il était bien évident qu'il s'agissait d'une plaie pénétrante et que très probablement c'était la rate qui était atteinte. M. Barnsby fit au blessé une injection intra-veineuse de sérum et intervint immédiatement. Il fit une incision transversale, se dirigeant en arrière. Le péritoine ouvert, il trouva un épanchement de sang abondant provenant de la rate qui était déchirée et dont un fragment représentant environ le tiers de l'organe en était complètement séparé. Une ligature fut posée sur le pédicule et M. Barnsby fit une splénectomie totale. Il répara deux ou trois petites déchirures de l'intestin, s'aperçut qu'il existait une plaie du diaphragme mettant en communication les cavités pleurale et péritonéale, ferma cette plaie et referma le ventre. Le blessé guérit sans incidents.

Les plaies de la rate sont d'autant plus graves qu'elles s'accompagnent généralement de plaies d'autres organes : de l'intestin, du diaphragme. Elles déterminent en outre des hémorragies graves qui demandent une intervention immédiate. Quels sont les moyens d'y remédier? Le tamponnement, peu sûr et qui n'est qu'un pis-aller; la suture, qui a donné 9 succès sur 9 cas, mais qui n'est applicable qu'aux plaies simples, enfin la splénectomie qui est l'opération de choix et à laquelle M. Legueu donne la préférence sur les autres moyens, approuvant conséquemment la conduite de M. Barnsby dans le cas qu'il vient de rapporter.

M. MICHAUX approuve l'incision transversale employée, dans ce cas, par M. Barnsby. Elle donne beaucoup de jour et permet d'aborder facilement le pédicule de la rate. Dans un cas de ce genre où M. Michaux avait fait l'incision médiane, le diagnostic n'étant pas absolument précis, il a dû ajouter à cette incision une incision transversale qui lui a permis alors d'aborder facilement la rate et son pédicule.

M. HARTMANN reconnaît également tous les avantages de l'incision transversale, mais dans les cas où le diagnostic est douteux, il faut tout d'abord recourir à l'incision médiane comme incision exploratrice.

Fibrome utérin et cancer. — M. RICARD fait un rapport sur une observation communiquée par M. Savariaud. Il s'agissait d'une femme de quarante et un ans qui portait à la fois un fibrome de l'utérus et un cancer du col ignoré, qui n'a été reconnu qu'au cours de l'hystérectomie abdominale. M. Sa-

variaud fit une laparotomie pour pratiquer l'hystérectomie subtotale; mais, en coupant le col, il reconnut qu'il s'en échappait un suintement suspect; il examina de plus près et vit que ce col était cancéreux. Il s'empressa alors d'enlever ce col et de transformer ainsi son hystérectomie subtotale en hystérectomie totale. Cette malade alla très bien pendant quatre jours, puis elle fut prise d'agitation, de délire; sa température, qui n'avait pas dépassé 37, monta à 38°6, son pouls qui était à 90 s'éleva et elle mourut le soir du cinquième jour sans phénomènes d'infection. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion. MM. Reynier et Savariaud ont attribué cette mort à l'intoxication par l'iodoforme, cette malade ayant eu une mèche de gaze iodoformée dans le vagin pendant quatre jours. Telle est, fort résumée, l'observation de la malade de M. Savariaud.

Observation assez banale, ajoute M. Ricard, tout au moins en ce qui concerne la coexistence d'un fibrome utérin avec un cancer du col. Ce sont là des faits connus, surtout depuis la discussion soulevée par M. Richelot sur les avantages, à ce point de vue, de l'hystérectomie abdominale totale dans tous les cas de fibromes utérins. Dans ce cas particulier, le cancer du col était passé inaperçu. Il faut donc retenir de ce cas le fait que, lorsqu'on opère un fibrome de l'utérus, il faut toujours apporter la plus grande attention à l'état du col.

M. Ricard élève quelques doutes sur l'influence de l'iodoforme comme cause de mort dans le cas de M. Savariaud. Il croit plutôt devoir attribuer la mort, dans ce cas, à la septicémie. Il se rappelle deux malades qui, après une hystérectomie abdominale, sont mortes ainsi, et qui n'avaient jamais été pansées avec l'iodoforme.

Il est bien certain que l'iodoforme, dont, il y a une dizaine d'années, on abusait étrangement pour le pansement des plaies, a causé la mort d'un certain nombre d'opérés. Tous les chirurgiens ont eu l'occasion d'observer des cas d'intoxication par l'iodoforme. Mais dans ces cas, ce n'était pas une mèche de gaze iodoformée qu'on introduisait dans le vagin, après des hystérectomies vaginales, mais bien des flacons entiers de poudre d'iodoforme, avec ou sans éponges préalablement saupoudrées de la même poudre. Bien souvent les malades ainsi pansées présentaient des phénomènes d'agitation et de délire que, dans la suite, on a pu mettre sur le compte de l'intoxication par l'iodoforme. Mais on n'a jamais vu se produire ces accidents à la suite de l'application d'une simple compresse iodoformée. Les quantités d'iodoforme employées dans les cas auxquels nous venons de faire allusion étaient relativement énormes.

Revenons au cas de M. Savariaud.

M. Quénu pense comme M. Ricard, que la mort dans ce cas doit être plutôt le résultat d'une septicémie. Il ne faudrait pas se baser sur l'absence de fièvre pour repousser, dans ces cas, l'existence de la septicémie. M. Quénu a opéré un malade qui avait 72 pulsations et 37 degrés de température; une fois le ventre ouvert, il a trouvé une péritonite suppurée, septique, généralisée. Le malade est mort le soir de l'opération. Il y a de ces cas dans lesquels il y a plutôt abaissement de la température et du pouls; les symptômes varient suivant les variétés d'intoxications, il y a des poisons accélérateurs, il en est d'autres ralentisseurs de la circulation.

Rupture de l'urètre. — M. Bazy a analysé une observation adressée par M. Le Rouvillois (de Lyon), dans laquelle il s'agit d'un jeune soldat, qui ayant été pris entre un wagon et un mur, a été gravement blessé; M. Le Rouvillois dut faire la taille hypogastrique et trouva une rupture de l'urètre, avec énorme épanchement intravésical. Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Bazy dans les explications qu'il a données sur ce fait. Mais sa communication a été si souvent interrompue par les élections du bureau, qu'il était très difficile de s'y retrouver.

Fistule uretéro-vaginale. — M. Bazy a fait un second rapport sur une observation de M. Janbreau (de Montpellier). Il s'agit d'un cas de fistule uretéro-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale que M. Janbreau a guérie par l'introduction d'une sonde à demeure dans l'uretère, à l'aide du séparateur de Luys.

Hypospade. — M. Pozzi présente un fait intéressant de la part de M. Barnsby (de Tours). On lui amène, un jour, une jeune fille de douze ans, dont la mère était très étonnée de constater le goût prononcé qu'elle avait pour les filles. En l'examinant, M. Barnsby reconnut qu'il s'agissait d'un hypospade périnéo-scrotal. Cet individu portait une verge de conformation clitoridienne, avec, en dessous, deux orifices, l'un qui était l'uretère, l'autre un vagin rudimentaire. Ce ne fut pas, paraît-il, une petite affaire que de convaincre la mère que sa fille n'était qu'un garçon. M. Barnsby refit à ce garçon une verge et, après plusieurs interventions, réussit à réunir l'orifice urétral à cette verge, de telle sorte que ce jeune individu pisse maintenant comme un homme. Le résultat obtenu est parfait, et c'est un beau succès à l'actif de M. Barnsby.

Elections. — La Société de chirurgie a renouvelé son bureau pour l'année 1907.

M. Quénu, vice-président, a été élu président, par 33 suffrages sur 34 votants; M. Nélaton a été élu vice-président avec la même unanimité; M. Félizet a été élu secrétaire général, après deux tours de scrutin, par 28 suffrages sur 37 votants; M. Broca est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions d'archiviste, comme M. Arrou dans celles de trésorier.

SUITE DES SOMMAIRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 27 nov. 1906.) Erb : Statistique de la blennorragie chez l'homme et de ses conséquences dans le mariage. — Krehl : Sur les affections nerveuses du cœur et sur la faiblesse cardiaque. — Baumgarten : Expériences sur l'action de la stase de Bier sur les processus infectieux. — Spielmeyer : Tabes expérimentaux chez les chiens (tabes à tripanosomes). — Fehling : Justification des interventions conservatrices sur les myomes. — Dönetz : Extension en hauteur de l'analgésie spinale. — Hammer : Traitement par la tuberculine de la tuberculose pulmonaire. — Kellner : Résultats du traitement par l'opium et le brome dans la tuberculose pulmonaire. — Geigel : Stase de l'urine dans les bassinets. — Boseck : Myosite ossifiante progressive guérie par la thiosinamine. — (N° 49, 4 déc.) Cristiani et Kummer : Sur l'hypertrophie fonctionnelle des fragments de corps thyroïde greffés chez l'homme. — Neubauer et Stäubli : Sur les maladies éosinophiles de l'intestin. — Moro : Nouvelles recherches sur la précipitine du lait de vache dans le sang du nourrisson. — Brück : Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson. — Conradi : Sur le diagnostic bactériologique précoce de la fièvre typhoïde. — Lardelli : Sur l'influence de l'arsenic sur les échanges. — Paschen : Que savons-nous sur l'agent de la vaccine? — Wederhake : Considérations théoriques et pratiques sur nos fils à ligature. — Wassermann et Bruck : Sur la présence d'antituberculine dans les tissus tuberculeux. — Lengfellner : Traitement au charbon externe. — Sondermann : Tamponnage du nez dans l'ozène. — Mayer : Contribution à l'étude

sérothérapique de la maladie de Basedow. — SCHALLEHN : Un maintien pour spéculum.

Nord médical. — (N° 291, 15-27 nov. 1906.) G. LEMOINE : Traitement de l'angine de poitrine. — E. LANGLOIS : Une psychose épidémique disparue. L'hystéro-démonopathie.

Pédiâtrie pratique. — (N° 23, 1er déc. 1906.) AUSSET : Les vomissements périodiques de l'enfance ; leur parenté avec l'entérocolite muco-membraneuse.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 47, 25 nov. 1906.) IMRÉDY : Diagnostic précoce des maladies de l'estomac. — SCHWARZ : Pourquoi abstinence et pas tempérance ? — SCHWEITZER : Traitement de la rhinite. — (N° 48, 2 déc.) IMREDY : Diagnostic précoce des maladies de l'estomac. — SCHWARZ : Pourquoi abstinence et pas tempérance ?

Policlinico. — *Partie médicale.* — (Fasc. IX, oct. 1906.) Ettore TEDESCHI : Influence des diverses albuminuries alimentaires sur les échanges azotés des malades atteints de néphrite ou de carcinome. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique des néphrites. — Alessio NAZARI : Contribution à l'étude anatomo-pathologique des kystes de l'hypophyse cérébrale et de l'infantilisme. — Enrico GRIMANI : Importance des cellules des îlots de Langerhans dans la production des tumeurs malignes du pancréas. — Giovanni SETTI : La valeur pratique de la méthode chromométrique Niclot-Achard pour l'évaluation quantitative des exsudats pleuraux. — *Partie chirurgicale.* — Leonardo TRANCHIDA : Etude histologique d'une anomalie de développement de l'entrée du vagin. — Andrea CONSENTINO : Les altérations du foie consécutives à l'ischémie temporaire. — Valentino BARNABO : L'étiologie de l'estomac en besace.

Presse médicale. — (N° 94, 24 nov. 1906.) DE LAPERSONNE : L'œil saturnin. — F. JAYLE : Technique de l'amputation du col de l'utérus. — J. COMBY : Etiologie de la tuberculose infantile. — (N° 95, 28 nov.) Pierre TEISSIER : L'urémie chez les tuberculeux. — J. CASTAIGNE : Le foie et le fer. — (N° 97, 5 déc.) CASTAIGNE : Le foie et le fer (*suite*). — Marcel LABBÉ : Le rôle protecteur des ganglions lymphatiques.

Province médicale. — (N° 47, 24 nov. 1906.) INGELRANS : La myasthénie bulbo-spinale. — MENCIÈRE : Recherches expérimentales sur la création de tendons artificiels. — (N° 48, 1er déc.) HENRIJEAN : Contribution à l'étude des médicaments cardio-vasculaires. — P. CARLES : Y a-t-il lieu d'interdire la vente de l'absinthe ? — Paul SAVY : Un cas de balancements rythmiques du sommeil.

Revue de chirurgie. — (N° 12, 10 déc. 1906.) BÉRARD et LERICHE : De l'évidement de la loge parotidienne avec résection condylo-marginale postérieure du maxillaire (7 fig.). — E. KUMMER : Nature et origine des kystes des os en particulier des kystes simples des os longs (1 fig.). — Daniel J. CRANWEL : Contribution à l'étude du traitement de l'anévrisme artério-veineux (3 fig.). — BAUDET et KENDIRDJY : De la vaso-vésiculostomie dans les cas de tuberculose génitale (*fin*). — L. TIXIER : Indications opératoires des traumatismes anciens du crâne (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 12, 10 déc. 1906.) ROGER et GARNIER : Les poisons du tube digestif à l'état pathologique. — MARIE et ROLET : Les infirmiers d'asiles d'aliénés et la contagion tuberculeuse. — Jean LÉPINE : Le goître exophtalmique devant la sérothérapie. — G. RAVIART, J. PRIVAT DE FORTUNIÉ et M. LORTHIOIS : Symptômes oculaires de la paralysie générale, leur valeur diagnostique aux diverses périodes de cette affection (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 44, 3 nov. 1906.) Egmont BAUMGARTEN : Une rhinolithe d'origine dentaire. Calcul salivaire d'un volume rare ; récidive. — E. ESCAT : Considérations sur ma pratique de divers procédés de résection appliqués aux déformations de la cloison nasale.

Revue neurologique. — (N° 21, 15 nov. 1906.) NOÏCA : Réflexes osseux. — ROBERT et FOURNIAL : Le réflexe de Babinski dans les ictus épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale. — BRISSAUD et RÉGIS : A propos des rapports du traumatisme et de la paralysie générale.

Riforma medica. — (N° 43, 27 oct. 1906.) Guido DERNINI : Le cœur dans la maladie de Basedow. — G. ZAGARI : Hérédité tuberculeuse. — Carlo BESTA : Recherches sur le pouvoir coagulant du sérum du sang chez les épileptiques. — (N° 44, 3 nov.) Luca FIORAVANTI : Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur quarante-six cas de sténose intestinale de cause intrinsèque. — Calogero GALBO : Sur la nouvelle réaction microchimique du sperme ou réaction de Barberio — Gino MONZARDI : La technique du raccourcissement et de la transplantation tendineuse dans le traitement du strabisme. — (N° 45, 10 nov.) Annibale CARUSI : Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'isopral. — Luca FIORAVANTI : Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur quarante-six cas de sténose intestinale de cause intrinsèque (*suite*). — N. ALESSI et A. PIERI : Rupture traumatique du cœur.

Tribune médicale. — (N° 45, 24 nov. 1906.) VAQUEZ et ESMEIN : Des épistaxis méningées au cours des maladies hypertensives. — Ch. LAUBRY : L'entérite muco-membraneuse. — (N° 46, 1er déc.) RIST : Le certificat d'études médicales supérieures et la réforme des études médicales. — BARDENHEUER : Traitement des fractures par l'extension continue. — (N° 47, 8 déc.) MONPROFIT : Chirurgie de l'estomac. — (N° 48, 15 déc.) DE BEURMANN et GOUGEROT : Forme sensitive, douloureuse de la polynévrite lépreuse. — P. NOBÉCOURT : Traitement des dyspepsies et toxi-infections digestives des nourrissons.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 46, 15 nov. 1906.) CHROBAK : Sur la question du drainage. — KNAPP : Sur quelques détails anatomo-pathologiques du poumon des nouveau-nés asphyxiés. — WECHSBERG : Sur l'opération césarienne. — GIOSSEFF : Sur l'épidémiologie de la malaria dans l'Istrie méridoniale en 1905. — WEISZ : Combinaison de l'emploi de l'acide lactique et de la lumière solaire pour le traitement d'une ulcération tuberculeuse de la lèvre inférieure. — (N° 47, 22 nov.) CLAIRIMONT : Action de la salive sur les bactéries. — PIRQUET : La réaction vaccinale précoce est-elle spécifique ? — HORN : Sur le rhumatisme noueux chez les enfants. — KAPSAMMER : Sur la question de l'épreuve de la phloridzine. — (N° 48, 29 nov.) SCHUR et ZACK : Sur les fonctions du rein. — TORDAY : L'extirpation partielle du corps thyroïde comme traitement dans un cas de maladie de Basedow. — KRAFT : Sur le remplacement des doigts par transplantation des tendons. — NEUMANN : Sur les résultats actuels de la transmission de la syphilis au singe.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

TAMAR INDIEN GRILLON

CONTRE

CONSTIPATION

Hémorroïdes, Bile, Manque d'appétit, Embarras gastrique et intestinal.

PARIS, 33, RUE DES ARCHIVES

L'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL des DOCTrs JORET & HOMOLLE

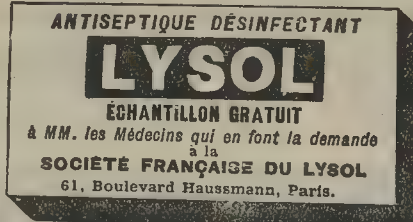
RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION
PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, Paris (*Place du Théâtre Français*) et toutes Pharmacies.

IODOL

LE MEILLEUR SUCCÉDANÉ de l'IODOFORME
SANS ODEUR — NON TOXIQUE
Recommandé par les Sommités médicales.
(*Brochures et Échantillons*). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.



A. ROY, Phien de 1re Classe, PARIS-Auteuil, et Phies



MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne*. DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soins par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

AFFECTIONS PULMONAIRES
TUBERCULOSE



Une cuillerée à bouche
= 1 gr. THIOCOL ROCHE
= 0 gr. 52 GAIACOL crist.

Les seules préparations ayant donné jusqu'à ce jour des résultats appréciables et constants dans le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées par les malades, même les plus difficiles.

— *RÉSULTATS* —

TRANSFORMATION DES **CRACHATS**, PUIS DISPARITION
SUPPRESSION DE LA **TOUX**
DISPARITION DE LA **FIÈVRE** ET DES **SUEURS NOCTURNES**
AUGMENTATION DE L'**APPÉTIT**
RÉGULARISATION DES **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION DU POIDS DU CORPS
TRANSFORMATION DES SIGNES STÉTHOSCOPIQUES



1 comprimé = 0 gr. 50 THIOCOL ROCHE = 0 gr. 26 GAIACOL crist.

SE MÉFIER DES PRODUITS INACTIFS OU TOXIQUES SOUVENT SUBSTITUÉS AU THIOCOL ROCHE
PRESCRIRE TOUJOURS LES PRÉPARATIONS CI-DESSUS INDIQUÉES

Echantillons et Littérature sur demande : F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie, 7, rue Saint Claude, Paris.

N° 147. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉC. 1906. 79e ANNÉE. MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉC. 1906. — N° 147.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 21 décembre 1906. — M. Gandy : « Cavernes du poumon. » — M. Lesieur : « Pleurésies hémorragiques. » — M. Grenet : « Cancer pleuro-pulmonaire. »

Séance du 22 décembre. — M. Garnier : « Actinomycose. » — M. Bériel : « Colique néphrétique. » — M. Porot : « Attaque d'apoplexie. »

Séance du 24 décembre. — M Lépine : « Tuberculose chronique de l'intestin. » — M. Dalous : « Tétanos. » — M. Bonnamour : « Malformations congénitales du cœur. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 21 décembre 1906 : MM. Fimbel, 14 ; Saiget, 13 ; Marie et Woimant, 11 ; Boivin et Lévêque, 10 ; Gauthier (Emile), 9 ; Hartmann, 5.

Pathologie. — Séance du 21 décembre 1906 : MM. Boyé, 13 ; Stévenin, 12 ; Binet du Jassonnneix et Ferté, 10 ; Chataing et Fontorbe, 9 ; Leroy, Lorne, Nadal et Roucayrol, 8.

Séance du 24 décembre : MM. Blanc et Bruel, 12 ; Ausset, 11 ; Brocq et Flandin, 10 ; Tanzi, 9 ; Hirtz, 8 ; Bollack et Jullien (Arthur), 7.

Les séances de pathologie ont lieu les lundis et vendredis à cinq heures, et les mercredis, à huit heures et demie du soir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le prix d'externat de 1906 a été décerné par la Commission des hospices à MM. Benoît, Bridoutx, Choquet, Deladrière, Dolain, Duviller, Foulatier et Vanhæcke.

— MARSEILLE. — Les internes et anciens internes des hôpitaux de Marseille se préparent à fêter le centenaire de l'internat des hôpitaux. Il y aura en effet cent ans, au mois de janvier 1907 que l'institution a été fondée.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Salesses (de Chambéry), maintenu ; — Loup (de Paris), au Mans.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Barrière, maintenu au 81e d'infanterie ; Vigerie, au 2e d'infanterie ; — Marion, au 122e d'infanterie ; Patte, au 4e d'infanterie ; Barbière, au 163e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Casse, maintenu au 148e d'infanterie ; Antoine, au 94e d'infanterie ; Coste, au 95e d'infanterie ; Massenet, au 145e d'infanterie ; May, au 56e d'infanterie ; Legendre (d'Alger) ; Léothaud, au 127e d'infanterie ; Badié, au 125e d'infanterie.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Brun (d'Arcachon), au 7e d'infanterie.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *Au grade de médecin principal de première classe.* — M. le médecin principa de deuxième classe André, dit Duvignaud, maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Métin, maintenu ; — M. le médecin principal de deuxième classe Marchoux, réintégré et placé en résidence libre.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Pelletier, Vassal et Delassus, maintenus, et Tedeschi, au Tonkin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Montel, Rousseau, Bourges, Sorel, Ledoux, Lorans, tous maintenus.

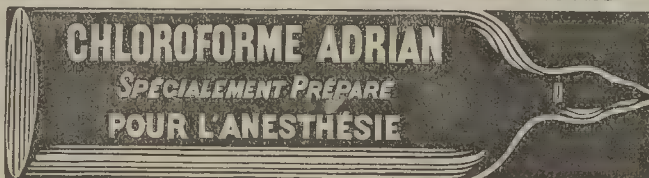
DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille en or des épidémies est décernée à M. le docteur Brard (de la Rochelle-la-Pallice).

La médaille en argent à M. le docteur Bordas (de Paris).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 27 décembre 1906 à quatre heures et demie. La conférence habituelle sera faite par M. le docteur Reymond, sénateur, sur le *médecin de ville et le médecin de campagne* ; *éducation et rôle social.*

CONVENTION SANITAIRE FRANCO-ITALIENNE. — M. Mirman, directeur général de l'assistance et de l'hygiène publique, et M. Santoliquido, directeur général de la santé publique, ont signé un accord italo-français tendant à reconnaître réciproquement, dans les ports des deux Etats, la validité des opérations de désinfection des navires provenant de pays infectés.

NOURRICE CONTAMINÉE. — La quatrième chambre du Tribunal civil vient de condamner des parents à payer 20000 francs de dommages et intérêts à une nourrice contaminée de syphilis par leur bébé.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de médecine infantile, par P. Nobécourt, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine, chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés. In-8° de la Collect. des Précis médicaux, de 728 p., avec 77 fig. et 1 pl. hors texte en coul., cart. toile souple. — Prix : 9 francs. — Prris, Masson et Cie.

Méthode de séro-diagnostic par les agglutines, par M. le professeur Pozzi-Escot. In-16 de la Collect. des Actualités chim. et biol. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Formulaire et consultations médicales, par Lemoine et Gérard. 2e édit., 856 p. — Paris, Vigot frères.

RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL INFRANCHISSABLE DE L'ŒSOPHAGE

GUÉRISON PAR L'ŒSOPHAGOSCOPIE

Par M. GUISEZ.

Les rétrécissements dits infranchissables de l'œsophage étaient jusqu'en ces dernières années d'un pronostic tout à fait grave.

Les traitements internes aveugles (cathétérisme, dilatation brusque, œsophagotomie interne) étaient presque toujours impuissants ou dangereux.

Les interventions externes par thoracotomie, médiastostomie antérieure et postérieure représentaient des opérations tellement sérieuses que les chirurgiens les plus hardis les ont presque abandonnées devant la pauvreté des statistiques.

La *gastrostomie* c'est-à-dire l'alimentation par une bouche artificielle était encore tout ce que l'on avait de mieux pour prolonger la vie de ces misérables.

Mais voici qu'une méthode nouvelle nous permet de voir dans l'œsophage; l'*œsophagoscopie* nous fait constater de visu ce qu'est l'obstacle, le palper pour ainsi dire, et de là à penser à le supprimer ou à l'atténuer dans de grandes proportions, il n'y avait qu'un pas à franchir.

Sans doute l'œsophage est un conduit particulièrement délicat; mais lorsque l'on voit bien ce que l'on fait on peut agir sans crainte, et si la thérapeutique de ces affections présentait encore quelque aléa, c'est qu'elle était encore dans l'enfance La *dilatation* et l'*œsophagotomie* sous l'œsophagoscopie deviendra bientôt, nous le pensons, un mode de thérapeutique courant, tout comme l'urétrotomie interne.

Sur trois malades soignés par cette méthode et atteints de rétrécissements *cicatriciels* dits infranchissables, deux ont été définitivement débarrassés de leur infirmité, et leur bouche stomacale a pu être fermée.

Le quatrième malade que nous avons présenté, complètement guéri, au Congrès de chirurgie d'octobre dernier et à la Société de laryngologie (14 décembre), présentait une oblitération *congénitale* presque complète du tiers inférieur de l'œsophage. Ce jeune malade, âgé de dix-neuf ans, n'avait jamais pu, depuis les premiers jours de sa vie, absorber que du lait. Il avait de temps à autre des crises de dysphagie intenses, tellement que, pour l'une d'entre elles, il avait dû être gastrostomisé. Actuellement depuis son opération, il mange de tout, liquides et solides.

Nous avons relaté déjà par ailleurs l'histoire de nos trois cas de rétrécissements cicatriciels (1). Ici nous voudrions rapporter comme tout à fait typique, l'histoire de ce cas de rétrécissement congénital de l'œsophage opéré sous l'œsophagoscopie.

Un jeune homme de dix-neuf ans nous est adressé au mois de juillet dernier pour une obstruction œsophagienne que les parents ont toujours connue chez lui. Depuis sa naissance en effet, il n'a jamais pu absorber que du lait ou de l'eau. A neuf mois il se mettait nous dit la mère les doigts dans la bouche pour se faire vomir. Tout autre aliment solide ou liquide n'a jamais pu passer. Le thé, le vin, le potage déterminaient immédiatement du spasme, et étaient rejetés après un temps plus ou moins long. Tout essai d'alimentation solide déterminait immédiatement du spasme complet de l'œsophage qui rendait toute absorption de liquide impossible et condamnait le malade à l'inanition souvent pendant plusieurs jours. C'est ainsi qu'à la suite d'une de ces crises de dysphagie, il fut transporté mourant à la clinique du docteur Doyen qui dut le gastrostomiser d'urgence; l'enfant n'avait rien pris, même la plus petite goutte d'eau depuis six jours. Sous l'influence du chloroforme sans doute à la suite de cette intervention, le spasme cessa en partie, l'alimentation par le lait put redevenir possible, et la bouche stomacale fut fermée.

Durant toute son enfance de nombreux traitements furent essayés tour à tour sans aucun succès.

Un spécialiste pensa que les spasmes pouvaient être dus par réflexe à une grosse déviation de la cloison nasale, l'opération intra-nasale n'amena aucun soulagement.

Le professeur Debove constatant un obstacle infranchissable au tiers inférieur de l'œsophage, envoya le malade au professeur Terrier qui l'admit dans son service; des tentatives de dilatation y furent faites avec de fines bougies, finalement une opération grave par voie externe fut proposée aux parents qui s'y refusèrent.

Entre temps, on fait plusieurs essais d'électrolyse linéaire, sans amener d'ailleurs aucun résultat que le redoublement des spasmes. On le soumit également à des essais de médications variées, d'hypnotisme, suggestion.

Nous voyons donc le malade à la fin du mois de juillet dernier, après ces multiples et infructueuses pérégrinations.

Il est dans un état d'amaigrissement très marqué, bien qu'âgé de dix-neuf ans et mesurant 1m68, il ne pèse que 50 kilogs et est incapable d'aucun effort physique ou intellectuel. Il est arrivé à cet âge grâce aux 4 ou 5 litres de lait qu'il prend par jour et aux multiples soins dont il a toujours été entouré. Il ne connait les aliments solides que par la crainte qu'ils lui inspirent. Tous, même les potages et les jaunes d'œufs, ont toujours été invariablement rejetés un quart d'heure ou une demi-heure après leur absorption. Le malade sent très bien qu'après chaque déglutition le lait est arrêté à la partie inférieure de l'œsophage, ce liquide pèse, comme il le dit, sur la poitrine pendant longtemps et ne s'évacue que petit à petit vers l'estomac, après de nombreux renvois et régurgitations.

Nous proposons aux parents l'œsophagoscopie et nous réussissons à leur faire comprendre toute la nécessité qu'il y aurait de se rendre compte de la nature de l'obstacle qui ferme ainsi l'œsophage.

L'*œsophagoscopie* est décidée pour le 31 juillet : étant donné la nervosité et le peu de résistance du

(1) Communication à la Société française d'oto-laryngologie, mai 1906.

malade, nous la pratiquons sous chloroforme, avec l'assistance du docteur Prat-Dumas et de notre ami, le docteur Abrandt.

Le malade est placé dans la position de Rose, la tête pendante au delà du plan du lit très renversé en arrière, maintenue solidement par un aide.

Nous avons recours pour l'examen à un tube œsophagien de 45 centimètres de long et de 8 centimètres de calibre.

L'introduction en est très aisée, et nous éclairant avec notre éclaireur à trois lampes voici ce que nous constatons : vers la partie inférieure de l'œsophage il existe une large dilatation, sorte de véritable poche, occupant tout le tiers inférieur de l'œsophage et contenant du lait et des mucosités.

L'aspiration à l'aide de notre pompe œsophagienne nous permet d'en apprécier la quantité à un demi-litre. La cavité étant bien vidée, nous voyons à sa partie tout inférieure et en formant pour ainsi dire le fond, à 33 centimètres de l'arcade dentaire, c'est-à-dire tout près de l'extrémité inférieure de l'œsophage, une sorte de valvule obstruant presque complètement la lumière de ce conduit et ne laissant qu'un tout petit pertuis rejeté vers la droite (voir fig. 1). Ce petit orifice, seule voie de communication vers l'estomac, admet à peine la plus fine bougie dont nous disposions. L'on s'explique très bien qu'il ait pu se boucher sous le moindre spasme à de nombreuses reprises.

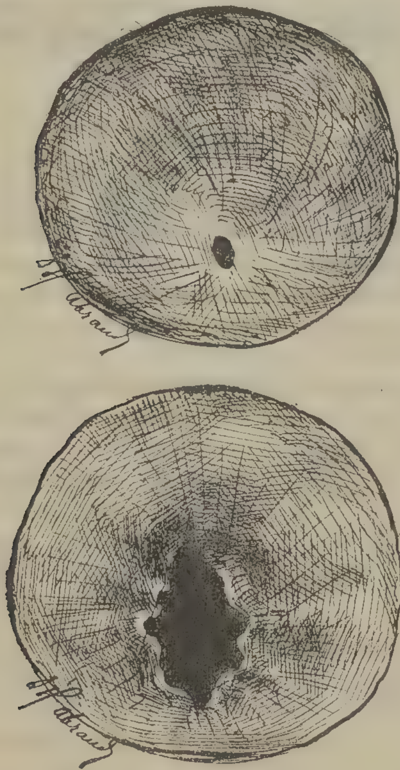


Fig. 1 et 2. — *A travers le tube œsophagoscope : 1° l'orifice gastrique ou de l'œsophage avant l'opération ; 2° le cardia et l'œsophage déjà revenu sur lui-même après l'opération.*

On comprendra aussi le mécanisme de la déglutition chez ce malade : les liquides tombaient et s'accumulaient dans cette véritable poche, et ne s'écoulaient que goutte à goutte dans l'estomac (voir fig. 4).

En déplaçant un peu le tube vers la gauche, nous constatons une sorte de cul-de-sac creusé aux dépens de la paroi gauche de l'œsophage et dans lequel les bougies devaient invariablement se loger lors des tentatives de cathétérisme.

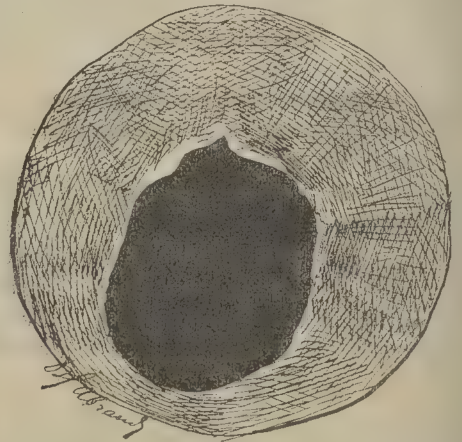


Fig. 3. — *Image œsophagoscopique, deux mois après opération.*

Sous l'œsophagoscopie, nous l'opérons le 17 septembre dernier, à la maison de santé du docteur Prat-Dumas. Avec une solution d'adrénaline à 1 p. 1000, nous ischémions la valvule. Puis, nous munissant de notre œsophagotome, sorte de modification de l'appareil de Maisonneuve et Le Dentu (fig. 5), destiné à agir sous le contrôle de la vue, nous sectionnons ou plutôt éraillons légèrement le bord de cette valvule en deux points sur sa portion la plus large. Retirant l'instrument, nous introduisons une bougie de 4 millimètres et une autre de 6 millimètres. L'œsophagoscope nous permet de voir, flottants dans l'intérieur de l'œsophage, les deux lambeaux de la membrane ainsi sectionnée.



Fig. 4. — *Le schéma montrant : 1° la dilatation œsophagienne. 2° le rétrécissement congénital et 3° l'estomac.*

Les suites opératoires ont été excellentes : pas de fièvre, une légère douleur seulement au creux épigastrique au moment de la déglutition. Nous laissons le malade au lait pendant les trois premiers jours, mais il sent bien qu'il n'y a plus aucune gêne de déglutition. Graduellement il s'est mis à manger des choses plus consistantes et actuellement, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, il mange de tout. Il a gagné 4 kilogs depuis son opération. Sans doute, et pendant quelque temps de même que tous les rétrécis, ce malade devra être soumis à une dilatation régulière. Mais pour le malade, cette petite intervention complémentaire n'est rien, comparée aux angoisses dans lesquelles il a vécu jusqu'à maintenant.

Nous avons eu affaire évidemment, dans ce cas, à une disposition particulièrement favorable pour une intervention intra-œsophagienne. Mais la plupart des rétrécissements offrent eux aussi des brides, des valvules, qui bien en vue sous l'œsophagoscope peuvent être sectionnées sans danger.

On ne risque nullement de perforer ce conduit. Point n'est besoin d'ailleurs d'entamer beaucoup la partie rétrécie pour dilater l'œsophage, il suffit de l'érailler pour ainsi dire, les bougies dilatatrices font le reste.

Après l'opération, il ne faut pas non plus laisser de sonde à demeure dans l'œsophage sectionné. On commencera une dilatation prudente le cinquième ou le sixième jour après l'intervention, avec des bougies relativement molles.

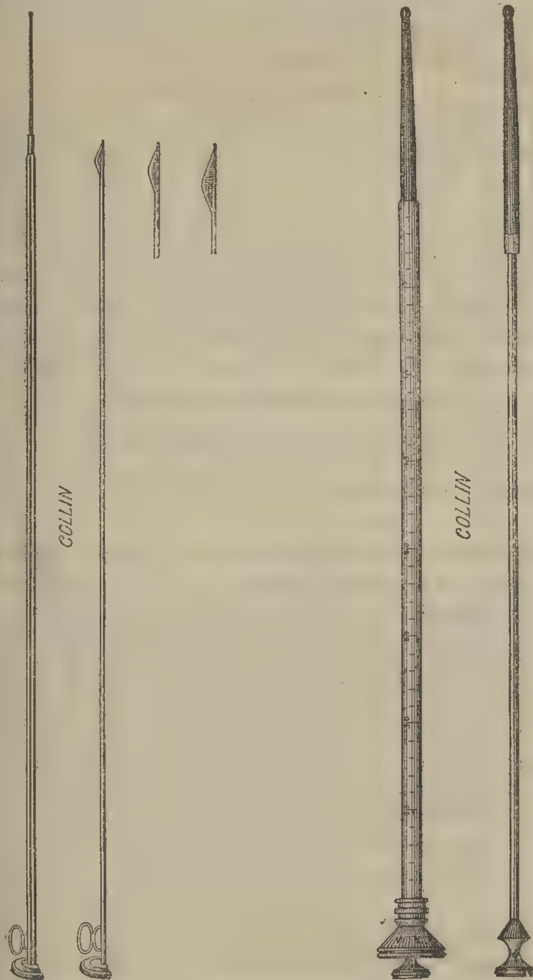


Fig. 5 et 6.

La sonde à demeure est en effet difficile à maintenir en place dans l'œsophage, elle est très gênante pour le malade. L'échec que nous avons subi lors de notre première opération de rétrécissement cicatriciel tient certainement à des manœuvres faites pour replacer cette sonde.

Chez le malade opéré de rétrécissement congénital nous avons pu faire il y a quelques jours une nouvelle œsophagoscopie (27 octobre) dans le but de nous rendre compte des progrès de visu, et de hâter la dilatation (fig. 3).

Il a très bien supporté ce nouvel examen sous cocaïne, étant beaucoup plus vigoureux et de meilleure santé maintenant. Notre nouveau mandrin œsophagien (voir fig. 6), dont nous nous servons depuis quelque temps, a facilité beaucoup l'introduction en la rendant moins pénible. Nous avons constaté que l'énorme poche est très réduite et ne contient plus que du mucus. Le cul-de-sac latéral gauche a disparu complètement. L'orifice inférieur est bien centré et, bien que rétréci, il a encore un calibre de 8 à 10 millimètres. Sous l'œsophagoscopie nous pouvons faire une très sérieuse séance de dilatation, et passons trois bougies des n°s 18, 22, 24, 26 de la filière ordinaire. Nous sommes arrivé à un calibre très voisin de la normale.

Il y a une chose cependant que nous avons bien remarquée, c'est la forme en entonnoir du segment inférieur de l'œsophage. Il y a eu là sans doute arrêt de développement de ce segment qui est resté pour ainsi dire infantile. Les bougies butent de même très rapidement sur le fond de l'estomac qui doit avoir un tout petit volume : l'alimentation n'est possible en effet que très fragmentée et le malade fait quatre ou cinq petits repas par jour. En tous cas il mange actuellement de tout : pain, viande, légumes.

Grâce à l'œsophagoscopie, ce malade est guéri d'une infirmité et n'est plus exposé à des crises de dysphagie dont plusieurs ont failli être mortelles.

Nous avons obtenu des résultats analogues dans deux cas de rétrécissement cicatriciel gastrostomisé dont la bouche stomacale a pu être fermée. Il s'agissait de rétrécissement infranchissable par les moyens ordinaires, mais en réalité perméables au fin conducteur de notre œsophagotome dirigé sous le contrôle de la vue (1).

Toutes les manœuvres de dilatation consécutives à l'opération devront être ou très prudentes avec des bougies molles, ou faites sous le contrôle de la vue par le tube œsophagoscopique. C'est par des manœuvres post-opératoires faites à l'aveugle pour replacer une sonde à demeure que nous avons déterminé chez notre première opérée une perforation œsophagienne quatre jours après l'intervention. Le docteur Sencert (de Nancy) est arrivé aux mêmes conclusions dans un travail récent (2).

Il ne faut pas demander à une méthode plus qu'elle ne peut donner, et nous croyons que ce n'est que dans des cas déterminés que l'œsophagostomie sous œsophagoscope pourra être appliquée, mais c'est l'œsophagoscope seul qui nous renseignera exactement sur ce que l'on pourra tenter : lorsque l'on constate des brides, des valvules, des adhérences cicatricielles, on les sectionnera, on les dilatera toujours sans danger, à condition d'agir exactement sous le contrôle de la vue.

L'œsophagoscope peut être non seulement utile pour œsophagotomiser les rétrécissements dits infranchissables, mais aussi pour en soigner d'autres si serrés qu'ils semblent défier le simple cathétérisme toujours aveugle et très dangereux.

(1) Chez un jeune enfant opéré tout récemment dans le service du docteur Broca (Enfants-Malades), la dilatation a pu être complète dans une première séance et la bouche stomacale immédiatement fermée.

(2) *Presse médicale*, 17 mars 1906.

Glucskmann relate le cas d'un jeune enfant de douze ans dont la sténose cicatricielle aurait sans son aide nécessité la gastrostomie; le traitement consécutif dura neuf mois et la guérison fut complète (Gaillard). Ewald a obtenu un succès analogue chez un sujet de vingt-huit ans.

Nous-même avons pu, nous aidant de l'œsophagoscopie, dilater régulièrement avec des bougies de plus en plus grosses, deux malades, un enfant de quinze ans et un adulte de quarante-cinq ans, présentant des rétrécissements cicatriciels très serrés.

Sans doute ces malades sont condamnés à la dilatation pendant de longues années, mais ils sont pareils en cela à tous les rétrécis urétraux ou autres. Mais qu'est-ce que cette intervention complémentaire comparée à la gravité, en particulier chez les enfants, de semblables rétrécissements abandonnés à eux-mêmes ou cathétérisés à l'aveugle?

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1906)

Coexistence de paralysie générale avec des syphilides cutanées. — M. Queyrat présente un malade qui offre tous les signes d'une paralysie générale typique, et qui est couvert de syphilides cutanées. Cette association est assez rare et méritait d'être signalée.

Cerveaux d'aphasiques. — M. le docteur Aug. Marie (de Villejuif) présente les pièces de deux déments aphasiques avec concomitance de lésions des zones de Wernicke et de Broca. Ces pièces semblent indiquer des lésions de foyers en rapport direct avec la distribution de la sylvienne.

La réaction des anticorps dans la paralysie générale et le tabes. — MM. Aug. Marie (de Villejuif) et Levaditi, de l'Institut Pasteur. De l'examen par la méthode de Wasserman et Neisser, pratiqué sur 46 cas dont 30 de paralysie générale, il semble qu'entre la réaction hémolytique positive et la syphilis connue ou à déceler, il faille l'interposition d'une lésion méningée intense et prolongée. La réaction syphilo-positive s'accentuerait graduellement avec les progrès, de la P. G. ou sa survenance dans le tabes; cela semble ainsi du moins si on s'en réfère aux réactions comparées de malades différents, pris à diverses périodes. Reste à faire la comparaison entre stades différents chez un même malade.

L'acrocéphalosyndactylie. — M. Apert propose de donner le nom d'acrocéphalosyndactylie à un type tératologique bien défini, compatible avec une durée de vie normale, et caractérisé d'une part, par des lésions particulières de l'extrémité céphalique, d'autre part, par une syndactylie des quatre extrémités. Les neuf observations qu'il a réunies sont à peu près identiques.

La tête est aplatie d'avant en arrière, et au contraire très développée en hauteur; l'occiput ne fait aucune saillie; le front au contraire, est bombé sur une ligne médiane, en forme de proue de carène ou de cimier de casque; les yeux sont saillants; le nez est déprimé à la base; la voûte palatine est très déformée, ogivale, et souvent les bords alvéolaires, soudés à leur partie inférieure, forment une fausse voûte sous-jacente à la vraie dont elle est séparée par un diverticule de la cavité buccale; les incisives se regardant par leur face linguale, sont implantées sur ce faux plancher; le voile du palais et la luette sont souvent bifides.

Le cou, le tronc, les segments proximaux des membres sont normaux.

Les mains forment des moignons en forme de cuiller ou de tête d'oie; les quatre doigts sont fusionnés, souvent même les quatre ongles sont unis en un ongle unique; le pouce est plus ou moins immobilisé.

Aux pieds les orteils sont en syndactylie, avec participation ou non du gros orteil.

On a noté, dans les cas où cette recherche a pu être faite, l'hydramios de l'œuf et la syphilis des parents. A la naissance les sutures sont largement ouvertes à la région frontale, et la membrane suturale bombe en avant sous la poussée du cerveau. C'est l'ossification de cette membrane en cette position qui donne au crâne la forme en carène.

Dans deux cas relatifs à des nouveau-nés, l'autopsie a montré un défaut de développement de la base du crâne avec atrophie du basi-occipital ou fusion de cet os au basisphénoïde. La lésion primitive porte peut-être sur la glande pituitaire.

Atrophie testiculaire. — MM. Achard et Demanche présentent un homme de soixante-huit ans, atteint d'insuffisance mitrale, chez lequel une atrophie des testicules, consécutive à un violent traumatisme subi à l'âge de vingt-cinq ans, a été suivie d'une diminution de la vigueur musculaire et de la chute des poils.

Son visage est presque imberbe, ses cheveux sont rares; les poils du pubis, du thorax et des aisselles font presque complètement défaut. En outre, le visage est pâle et blafard, les joues sont pendantes, le facies rappelle celui d'une vieille femme, comme chez certains myxœdémateux. Aussi peut-on se demander s'il n'existe pas certaines relations entre l'insuffisance testiculaire et l'insuffisance thyroïdienne.

L'atrophie des testicules étant survenue à un âge où la croissance était achevée, on n'observe pas chez ce malade la tendance au gigantisme ni l'abolition des érections, comme chez les castrats mutilés pendant la période de développement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1906)

Les anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques. — MM. C. Levaditi et A. Marie (de Villejuif) rappellent que Wassermann et Plaut ont décelé, en se servant de la méthode de Bordet et Gengou, des anticorps syphilitiqnes dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Ils ont eux-mêmes répété ces recherches dans le service de l'un d'eux à Villejuif, et ont obtenu des résultats qui confirment en grande partie ceux des auteurs allemands. En plus, ils ont constaté que ces anticorps existent également dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques simples en des individus atteints de tabo-paralysie. Mais ici, le nombre des cas positifs est moindre que celui trouvé dans la paralysie générale. Aucun rapport n'existe entre les antécédents syphilitiques des malades examinés et l'intensité de la réaction; par contre, un parallélisme manifeste aaparaît entre l'état avancé de la maladie et cette intensité de la réaction. Aussi sont-ils portés à admettre qu'entre l'accumulation des anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien et la syphilis, il faut l'interposition d'une lésion méningée intense et avancée. Peut-être la richesse en anticorps spécifiques du liquide céphalo-rachidien des paralytiques à la troisième période, doit-elle être attribuée à l'accumulation péri-vasculaire au niveau des méninges et de la substance corticale, d'un grand nombre de leucocytes mononucléaires, source probable de ces anticorps.

Le liquide céphalo-rachidien de ces témoins (démence, épilepsie, etc.) s'est montré dépourvu d'anticorps et ces anticorps, qui s'atténuent par un chauffage à 60 degrés, se détruisent à 100 degrés.

Fièvre typhoïde expérimentale chez un singe porteur de vers intestinaux. — M. Weinberg rapporte ses expériences sur la transmission des maladies infectieuses par les vers intestinaux.

Il fait avaler à deux reprises aux deux singes neufs des cultures virulentes de bacilles typhiques.

Un de ces singes meurt trois jours après l'ingestion de microbes, de septicémie à colibacilles.

Un autre survit trente-trois jours à cette ingestion. A son autopsie, on a trouvé au niveau de l'iléon des lésions typhiques caractéristiques.

L'étude bactériologique du sang ainsi que l'examen histologique des lésions intestinales ont confirmé le diagnostic fait à l'autopsie.

Le cæcum de ce singe contenait un grand nombre de trichocéphales; d'autre part, la portion initiale de l'intestin grêle était bourrée de tænias fixés, au moment de l'autopsie, sur des ulcérations de la muqueuse.

Comme il est difficile de reproduire la fièvre typhoïde intestinale chez le singe inférieur et que d'autre part on a constaté de gros amas de bacilles typhiques aux points de fixation des tænias, M. Weinberg pense que ces parasites ont joué le rôle étiologique dans la transmission de la moelle.

Il se demande si, dans certains cas, ils ne jouent pas le même rôle chez l'homme.

Pathogénie de l'anthracose pulmonaire. — Pour M. Remlinger, chez le chien et chez la poule, à qui on fait avaler avec les aliments, le noir de fumée à doses massives, on n'observe jamais d'anthracose pulmonaire.

Chez le cobaye et chez le lapin, on peut trouver sous la plèvre de légers dépôts mais, comme les ganglions mésentériques sont indemnes, il n'est pas du tout prouvé que l'anthracose reconnaisse dans ces cas l'ingestion comme mécanisme.

D'autre part, il ne semble pas que les personnes qui, dans un but thérapeutique, prennent du charbon à hautes doses aient jamais des crachats noirâtres ou des dépôts anthracosipues dans le poumon. Il est possible, comme le veulent MM. Calmette, Vansteenberghe et Grysez, que, chez des animaux soumis à l'ingestion de noir de fumée, quelques poussières soient entraînées dans les voies lymphatiques et sanguines et, dans les cas heureux, retrouvées dans le poumon. Il s'agit alors d'un phénomène essentiellement transitoire et sans importance qu'on peut comparer à l'envahissement des organes par les microorganismes pendant la digestion. Ce n'est pas l'anthracose pulmonaire vraie, la seule qui soit intéressante et qui reconnaît toujours pour mécanisme : l'inhalation.

Etude expérimentale in vitro et in vivo de l'action de l'argent colloïdal électrique sur le pneumocoque. — MM. Chirié et Monier-Vinard. Des tubes de 10 centimètres cubes de bouillon additionnés d'un nombre progressif de gouttes d'argent colloïdal à 1/4000 sont restés stériles à partir de XII gouttes. Les pneumocoques développés dans les tubes additionnés de quantités faibles de métal ont perdu l'aptitude à prendre le Gram. *In vivo*, sur la souris et le rat blanc, les injections d'argent colloïdal enrayent la septicémie pneumococcique si toutefois l'intensité de l'infection n'est pas extrême. Dans ce cas, on note seulement une survie de quelques heures sur les animaux témoins.

Note sur la septicité des différentes portions du pancréas du chien. — A un groupe de lapins, M. Sauvé met par laparotomie dans le péritoine de la trituration fraîche de tête du pancréas; à un second groupe, de la trituration de queue. Les premiers lapins meurent tous en moins de quarante heures. Les autres survivent sans complications autres que la suppuration. La queue du pancréas semble normalement être aseptique et la tête infectée.

L'hémoglobine et ses complexes. — Pour MM. H. Iscovesco et A. Chatza, les complexes d'hémoglobine, sérum, albumine, ovalbumine sont solubles dans l'eau en toutes proportions. Ils sont tous électropositifs, et ne précipitent pas même dans des milieux riches en électrolytes.

Sur la prétendue origine intestinale de la pneumonie. — Pour M. Mironescu, la théorie intestinale de la pneumonie manque encore d'appui expérimental.

Pénétration des microbes morveux tués à travers la paroi intestinale. — M. Cantacuzène, après avoir montré, avec M. Riegler, que les bacilles morveux tués injectés par la voie stomacale, se rencontrent dans les ganglions, la rate, les poumons, démontre aujourd'hui que, parmi les bacilles qui ont franchi l'épithélium intestinal, ceux que les phagocytes n'ont pas arrêtés en route sont transportés jusqu'au sang par le courant lymphatique sans que les leucocytes participent à ce transport. Parvenant dans le système sanguin, ils sont aussitôt arrêtés, englobés et détruits par les phagocytes dans la rate et les vaisseaux pulmonaires.

Effets de l'excitation de l'écorce cérébrale sur la formation de la lymphe. — Pour MM. Wertheimer et Lepage, l'excitation du gyrus sigmoïde chez le chien, amène dans le cours de la lymphe des variations qui consistent essentiellement en une augmentation de la quantité de lymphe fournie par le canal thoracique, et sont liées directement sans variation de la pression artérielle que provoque l'excitation de la zone dite motrice du cerveau.

Action des rayons X sur la gestation. — Pour M. Sébileau, il semble que les rayons X ont les facultés, sinon de provoquer l'avortement, tout au moins de retarder la date de la mise bas, de porter un préjudice aux fœtus naissants, d'autant plus affaiblis et diminués de poids que les expositions ont été plus nombreuses et plus prolongées.

Autres communications :

De l'action toxique de la subéritine. — M. Ch. Richet.

Influence des injections intraveineuses de subéritine sur la résistance globulaire. — M. Lassablière.

De l'emploi du sérum antidiphtérique dans la diphtérie aviaire. — M. Battier.

Méthode de dosage de petites quantités d'éther : 1° dans l'air; 2° dans le sang ; 3° dans les tissus. — M. Nicloux.

Le mécanisme de l'inversion du cycle nycthéméral de la température. — MM. Toulouse et Piéron.

Le parasite du muguet et sa place dans la classification botanique. — MM. Rajat et Péhu.

Essais de sérothérapie anticancéreuse. — M. Bosc.

La section physiologique du pneumo-gastrique pendant la polypnée thermique. — MM. Garrelon et Langlois.

Hyperglobulie par respiration de vapeur d'hydrocarbure. — MM. Desbouis et Langlois.

Durée des convulsions cérébro-bulbaires et médullaires chez différentes espèces animales. — MM. Battelli et Iovstein.

Les connexions des rudiments squelettiques chez les ectroméliens. — M. Salmon.

Vitalité du trypanosome de la dourine dans les conditions artificielles. — M. Yacimow.

Etude expérimentale de l'action des rayons X sur le foie. — M. Hudellet.

L'artère hépatique gauche. — MM. Gentes et Philip.

Recherche rapide de l'urobiline dans les selles. — M. de Nabies.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 20 décembre 1906)

Prophylaxie de la syphilis dans l'armée. — M. Lafeuille lit un rapport qui sera ultérieurement l'objet d'une discussion et dont voici l'analyse : Si, en Algérie et en Tunisie, la morbidité syphilitique progresse d'une façon régulière et désespérante, il n'en est pas de même en France. L'armée n'est point, comme on l'a trop souvent dit, un centre de diffusion de la syphilis : 2 hommes sur 1000 en effet contractent cette affection au régiment, alors que dans la population civile les jeunes gens du même âge fournissent un nombre d'atteintes triple.

Néanmoins le médecin militaire doit lutter de toutes ses forces contre cette affection. A côté de la surveillance, de la réglementation de la prostitution qui est une mesure d'ordre administratif, dans cette vaste question de la prophylaxie de la syphilis, il faut faire une large part à l'éducation morale du soldat, bien plus il faut lui inculquer des idées précises d'hygiène individuelle; pourquoi ne pas le faire profiter des

progrès de la science, pourquoi ignorerait-il en particulier les bienfaits des onctions antiseptiques, de la pommade au calomel que préconisaient hier Roux et Metchnikoff?

Adénopathie suppurée du mésentère dans la fièvre typhoïde et l'appendicite. — M. Sieur montre, d'après 3 observations personnelles, que ces adénopathies mésentériques peuvent très bien guérir sans opération et ne sauraient à elles seules commander une intervention opératoire. Il pense également que l'évolution des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde s'accompagne fréquemment d'une réaction péritonéale, qui se traduit par un épanchement séreux dans le petit bassin, épanchement qu'il y aurait lieu de rechercher à l'avenir dans les autopsies au même titre que les adénopathies mésentériques.

M. Loison, en présence d'une perforation intestinale survenue dans les trois premières semaines d'une fièvre typhoïde, imiterait la conduite d'Escher, c'est-à-dire profiterait de cette perforation intestinale pour établir un anus artificiel. Après le troisième septenaire, il suturerait la perforation.

M. Labit insiste sur la symptomatologie peu bruyante, torpide parfois, de la perforation intestinale dans certains cas de fièvre typhoïde à forme ambulatoire, soit que l'état de prostration du patient le prive d'une partie de sa sensibilité, soit que la pénétration du contenu de l'intestin dans la cavité péritonéale se fasse lentement, par filtration, pour ainsi dire, à travers une fissure étroite qu'oblitèrent en partie les bords épaissis de la plaque de Peyer perforée.

M. Simonin rappelle, et ses autopsies faites à l'hôpital du Belvédère à Tunis en sont la confirmation, que les adénites mésentériques suppurées sont plus fréquentes et plus massives en Algérie et en Tunisie qu'en France.

M. Solmon, en se basant sur 2 faits personnels, se croit autorisé à établir une relation entre l'alcoolisme et la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

Après les observations de MM. Tanton et Demmler, M. Toussaint résume la discussion.

Luxation complète du genou droit en dehors. — M. Epaulard. Cette luxation se produisit par chute violente d'un cavalier avec sa monture dans une manœuvre au galop. Le tibia était distant de 6 centimètres du fémur, sa crête répondant directement en avant. La région était très peu douloureuse, sauf au niveau du condyle interne du fémur en un point correspondant à l'insertion du ligament latéral interne. La réduction sous le chloroforme fut facile, et le blessé put ultérieurement reprendre la presque totalité de son service. C'est là un traumatisme rare. M. Epaulard a trouvé dans la littérature médicale 8 cas analogues, tous terminés par la guérison; nous voilà donc aujourd'hui bien loin de l'assertion de Vautrin qui, dans un article de la *Revue de chirurgie*, nous représentait ces luxations comme très graves et nécessitant souvent l'amputation.

ACADÉMIE DES SCIENCES

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1908, 1909, 1910, 1911 ET 1912

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix annuels.

Prix Montyon (2 500 francs, mentions de 1 500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir*.

Prix Barbier (2 000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir*.

Prix Bréant (100 000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (Voir pour les détails *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1906, n° 25, p. 1087.)

Prix Godard (1 000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Larrey (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

Prix Bellion (1 400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

Prix Mège (10 000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10 000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

Prix annuels.

Prix Montyon (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

Prix Philipeaux (900 francs). — Physiologie expérimentale.

Prix Lallemand (1 800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix proposés pour 1908.

Prix Serres (7 000 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix Martin-Damourette (1 400 francs) [Biennal]. — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

Prix Pourat (1 000 francs). — Question posée : *La destination immédiate de l'énergie consacrée à l'entretien de la vie chez les sujets à sang chaud.* — Déterminer en vue de l'étude expérimentale de cette question, l'influence de la soustraction de l'organisme animal à toute déperdition calorique sur sa dépense énergétique, appréciée d'après les échanges respiratoires. — Les moyens d'empêcher les déperditions de chaleur sont laissés au choix des expérimentateurs. On recommande toutefois l'emploi de l'étuve chauffante à air saturé d'humidité utilisée par Delaroche et Claude Bernard dans leurs recherches sur la mort par échauffement.

Prix proposés pour 1909.

Prix Parkin (3 400 francs). — Destiné à récompenser les recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes et plus particulièrement sous la forme gazeuse ou gaz acide carbonique, dans le choléra, les différentes formes de fièvre et autres maladies. (Le testateur stipule que les recherches devront être écrites en français, en allemand ou en italien, et que l'auteur du meilleur travail publiera ses recherches à ses propres frais et en présentera un exemplaire à l'Académie dans les trois mois qui suivront l'attribution du prix.)

Prix Pourat (1000 francs). — *De l'origine des antiferments.*

Prix Lacaze (10 000 francs) [Biennal]. — A l'auteur français ou étranger du meilleur travail sur la physiologie. — Ne peut être partagé.

Prix proposés pour 1910.

Prix Leconte (50 000 francs) [Triennal]. — Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales. — Ne peut-être partagé.

Prix Dusgate (2 500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix proposés pour 1911.

Prix Chaussier (10 000 francs). — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

Prix Jean Reynaud (10 000 francs). — Décerné « à une œuvre originale, élevée et ayant un caractère d'invention et de nouveauté » ou « à quelque grande infortune scientifique, littéraire ou artistique ». — Ne peut être partagé.

Prix proposé pour 1912.

Prix Parkin (3 400 francs). — Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans

le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales.

Prix généraux (annuels).

PRIX TRÉMONT (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

PRIX LANNELONGUE (2000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'inune, fort appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif*.

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

CONGRÈS

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE (CONGRÈS DES PRATICIENS). — (Réforme de l'enseignement médical. Libre choix du médecin.) — Le Comité d'organisation est ainsi formé :

Président, M. le docteur Dubuisson, député ; vice-présidents, MM. les docteurs Coppens (de Lille), Ducos (de Paris), Gairal (de Carignan), Huchard (de Paris), Jeanne (de Meulan), Lereboullet (de Paris), Reymond, sénateur ; Smester (de Paris) ; secrétaire général, M. le docteur Leredde (de Paris) ; secrétaires-adjoints, MM. Lafontaine et Tilloy (de Paris) ; trésorier général, M. le docteur Gouffier (de Neuilly sur-Seine).

Le secrétaire général, notre excellent confrère Leredde, nous communique l'appel suivant :

« Le Congrès des praticiens qui se tiendra à Paris, en avril 1907, sous le patronage d'un grand nombre de sociétés scientifiques et professionnelles, en particulier de l'Union des syndicats médicaux de France, de la Fédération du Nord, de l'Association des médecins de France, du Concours médical, du Sou médical, du Syndicat général des oculistes, du Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris et du département de la Seine, de la Société de médecine de Paris, des Syndicats médicaux de la Seine, du Rhône, du Puy-de-Dôme, des Deux-Sèvres et de la vallée du Rhône, de l'arrondissement de Versailles, de la Société des anciens internes de Versailles, des Praticiens de Lille, de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

Le Congrès a pour origines le mouvement qui s'est produit depuis deux ans dans un grand nombre de Sociétés et d'Associations médicales, en faveur de la réforme des études dans un sens pratique et professionnel, la lutte active engagée par nos confrères, à Paris et en province, contre le certificat d'études médicales supérieures.

Le corps médical demande que le corps enseignant ne soit plus isolé des médecins praticiens, il réclame des écoles largement ouvertes et non des facultés fermées. Il veut ignorer pourquoi tant de médecins chargés, en fait, de l'enseignement clinique, et d'abord, ceux des hôpitaux, restent en dehors d'elles, pourquoi sont perdues tant de bonnes volontés, et pourquoi sont égarées tant de forces fécondes. Il demande que le médecin puisse au cours de sa vie, renouveler les notions acquises dans son jeune âge, compléter son instruction lorsqu'il la jugera vieillie. Il sait qu'aucun de nos maîtres n'a reçu une éducation comparable à celle qu'on impose à l'étudiant d'aujourd'hui.

Pour remplir son rôle social, le médecin doit être armé au moment de ses études, recevoir l'éducation technique qui lui est indispensable et dont l'insuffisance est peut-être une des causes de la crise médicale. Sa pensée, son expérience, doivent se former à l'hôpital, au contact de ses maîtres, de ses camarades et des malades, elles ne peuvent croître dans les livres, ni dans l'atmosphère limitée des salles de cours. Son éducation doit être celle d'un homme libre, qui sera obligé d'agir par lui-même en toute circonstance, et sera capable de le faire. L'enseignement doit être adapté aux nécessités de la vie professionnelle, aux besoins des malades, et non simplement subordonné aux vues des professeurs.

Nous demandons la réunion d'une commission où les représentants du corps médical étudieront, à côté de ceux-ci, les transformations profondes qu'exige notre enseignement, abstrait, théorique, encyclopédique, éloigné de la vie et de la réalité.

Le pouvoir moral du médecin, la direction qu'il donne à la pensée des malades, le soulagement qu'il apporte à leurs misères exigent la confiance de ceux-ci. Dans la cité de demain, comme dans celle d'hier, l'homme, atteint dans sa santé physique, aura foi dans tel homme et non dans tel autre, la parole du premier apaisera son mal et celle du second restera impuissante. Nous réclamons le libre choix du médecin pour nos malades plus encore que pour nous-mêmes. Il ne peut être un privilège réservé à ceux des classes aisées. Nous nous adresserons à l'opinion publique et non seulement au législateur, nous nous appuierons sur le bon sens ; nous désirons que les petits comme les grands aient à l'avenir, et de plus en plus, le droit de choisir leur médecin, pour que celui-ci puisse être ce qu'il doit être d'abord, l'ami, le confident de ses malades. »

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue scientifique. — (N° 21, 24 nov. 1906.) A. DITTE : Origine et âge des minerais métallifères. — Mme CURIE : Les théories modernes relatives à l'électricité et à la matière. — R. TISSIÉ : La réforme de l'enseignement au Congrès de Mons. — (N° 22, 1er déc.) Alberto AGGAZZOTTI : La thérapeutique du mal de montagne. — M.-A. NODON : L'étude spectroscopique des étoiles nouvelles. — G.-R. D'ALLONNES : L'attention s'explique-t-elle par les excitations extérieures ou par une activité propre du cerveau ? — (N° 23, 8 déc.) Gustave LE BON : Les phénomènes électriques et leur nature. — Paul RAZOUS : Les forêts des colonies françaises et l'utilisation de leur produit. — (N° 24, 15 déc.) Paul LAPIE : Civilisations en contact. — Gustave LE BON : Les phénomènes électriques et leur nature (*suite*).

Semaine médicale. — (N° 49, 5 déc. 1906.) MOUSSU : Le bilan actuel de la vaccination anti-tuberculeuse. — (N° 50, 12 déc.) LEJARS : Les tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen. — (N° 51, 19 déc.) NOICA et SAKELARU : Le réflexe plantaire et le phénomène des orteils (signe de Babinski) au point de vue physiologique et physiopathologique.

NOTES POUR L'INTERNAT (ÉCRIT)

FAISCEAU PYRAMIDAL [1]

§ II. **Le faisceau pyramidal est-il seul à apporter à la moelle les troubles cérébraux?** 1° *Non*, d'après les expériences de Wertheimer et Lepage, qui, après section des deux pyramides, obtiennent encore, par faradisation de l'écorce, des mouvements des membres; de Starlinger, Probst, Rothmann, qui, sectionnant le faisceau pyramidal à différents niveaux, n'observent pas de troubles appréciables de la motilité volontaire dans les membres correspondants (2); d'après les observations de v. Gehuchten. *A*. Cet auteur admet une voie motrice secondaire cortico-ponto-cérébello-spinale, composée de trois neurones : un cortical, un protubérantiel, un cérébelleux. Les deux voies motrices, la principale (faisceau pyramidal) et la secondaire, cheminent ensemble de l'écorce jusqu'à la protubérance, puis elles divergent. Elles ont pour rôle de maintenir le tonus musculaire en état d'équilibre stable, en exerçant sur lui, la première, une action inhibitrice, la seconde, une action excitatrice. Quant aux réflexes médullaires, ils seraient également soumis à deux forces antagonistes : une excitatrice, d'origine cérébelleuse, une inhibitrice, d'origine corticale.

Ceci étant posé : 1° une *lésion corticale ou sous-corticale*, sectionnant les deux voies motrices, supprimera l'action du cerveau sur la moelle, d'où paralysie flasque sans hypertonie (contracture), mais elle laissera persister les voies réflexes cérébello-médullaires; les réflexes, n'étant plus modérés par le cerveau, seront donc exagérés; 2° une *lésion médullaire de la voie pyramidale seule* (maladie de Little par exemple), supprime l'action modératrice que, par l'intermédiaire du faisceau pyramidal, le cerveau exerce : α. sur le tonus musculaire; β, sur les réflexes tendineux, d'où contracture active et exagération des réflexes tendineux (3).

On a objecté à cette théorie, par laquelle v. Gehuchten a voulu expliquer les caractères principaux de la maladie de Little : 1° d'être une pure hypothèse; 2° de séparer deux phénomènes qui relèvent toujours du même mécanisme (Charcot) : l'exagération des réflexes et la contracture; 3° d'être en désaccord avec les faits : l'ablation partielle ou totale du cervelet chez l'animal n'est pas suivie de troubles spasmodiques ou paralytiques (Thomas). « Or, n'est-il pas évident que, si la voie excitatrice passait par le cervelet, toute lésion de cet organe devrait être suivie d'hypotonicité et de paralysie flaccide? » (Cestan).

B. Grasset, remarquant que la contracture n'apparaît que lorsque la sclérose descendante du faisceau pyramidal a atteint le bord inférieur de la protubérance, admet que la moelle est soumise à l'action de deux forces antagonistes : une inhibitrice, protubérantielle, une excitatrice, cérébelleuse. Une lésion sous-protubérantielle supprime l'action inhibitrice exercée par la protubérance et laisse subsister l'influence excitatrice partie du cervelet.

C. Bastian admet que la moelle est soumise à une action excitatrice d'origine cérébelleuse, une modératrice, d'origine cérébrale. La lésion du faisceau pyramidal cérébral, supprimant la seconde de ces actions, déterminera une paralysie motrice avec exagération des réflexes et contracture, la section complète de la moelle, supprimant ces deux actions, déterminera une paralysie flaccide. Cette théorie est justiciable des critiques adressées à v. Gehuchten.

III. **Rôle présumé de chacune des parties du faisceau pyramidal.** — 1. Pour Wertheimer, dont l'opinion est contestée par P. Marie et G. Guillain, le faisceau pyramidal *direct* présiderait aux mouvements volontaires du tronc, le faisceau *croisé*, à ceux des extrémités. 2. Pour d'autres auteurs, les fibres *homolatérales* expliqueraient les troubles observés si souvent du côté « sain » chez les hémiplégiques. Pour MM. Marie et Guillain, ces troubles sont dus le plus souvent, à des lésions bilatérales, mais peut-être le faisceau homolatéral, qui est destiné surtout aux membres inférieurs, contribue-t-il à assurer la synergie de ces membres dans certains mouvements tels que la marche. 3. Pour Probst, les mouvements volontaires sont d'origine corticale; les mouvements automatiques, d'origine sous-corticale. De même, M. Marinesco (*Semaine méd.*, n° 40, 1903) admet que l'écorce exerce son action motrice plus sur certains groupes musculaires (extenseurs du membre supérieur, et particulièrement extenseurs de la main), que sur d'autres. Ces intéressantes théories méritent confirmation.

IV. **Conclusions.** — Aujourd'hui, on attribue surtout au faisceau pyramidal un rôle de régularisation : la volonté serait moins une source d'énergie qu'une faculté directrice capable d'assouplir et de coordonner l'action des centres moteurs bulbo-médullaires. L'écorce rolandique, centre des localisations *fonctionnelles* motrices, présiderait aux divers mouvements volontaires ou automatiques, selon qu'elle fait intervenir ses centres les plus différenciés (*centre O* de Grasset) ou ses centres inférieurs (*polygone* du même auteur).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 139, p. 1166; n° 142, p. 1702, et n° 145, p. 1738.

(2) Ces troubles apparaîtraient lorsqu'on sectionne, en même temps que les voies pyramidales, le faisceau rubro-spinal de V. Monakow.

(3) M. Van Gehuchten distingue, on le voit, la contracture due à l'augmentation du tonus musculaire, de l'exagération des réflexes tendineux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1907, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — 5° *Médecine thermale*, par le docteur Macrez.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et la Côte d'Azur. — Pendant la saison d'hiver 1906-1907, la Cie P.-L.-M a remis en marche :

Les trains rapides de jour (Côte d'Azur Rapide), Paris-Nice en 13 h. 50;

Les trains rapides de nuit (trains 17 et 18), Paris-Nice en 15 h.

Nombre de places limité.

Pour plus de détails, consulter le Livret-Guide Horaire P.-L.-M.

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première lcasse pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre (nuit du 5 au 6).

N° 148. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1906. 79e ANNÉE. SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1906. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 25 décembre 1906. — M. Detot : « Pleurésies alcooliques. » — M. Castaigne : « Tuberculose hépatique. » — M. Ferrand : « Embolies pulmonaires. »

Séance du 27 décembre. — M. Rimbaud : « Angines pseudo-membraneuses. » — M. Cruchet : « Péritonite par perforation. » — M. Nobécourt : « Varicelle. »

CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE DES COPIES. — *Anatomie.* — Séance du 26 décembre 1906 : MM. Foy, Vaucher et Weil (Pierre), 12; Mesnager et de Vaugiraud, 11; Chamard-Bois, Lemarignier et Portocalis, 10; Pélissier (André), 9; Simonin, 6.

Pathologie. — Séance du 26 décembre 1906 : MM. Jumon, 13; Duval (Emile), Guggenheim et Merle, 12; Levant et Lutembacher, 10; Fichot, Halma-Grand et Rousseau-Langevelt, 9; Tissier, 7.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur vient de se réunir pour l'examen des affaires courantes et la discussion des projets de réforme de l'enseignement.

Après une première séance levée à cause du froid intense qui régnait dans la salle, les membres du Conseil supérieur ont été obligés hier d'interrompre leurs travaux à la suite de la mésaventure suivante que rapporte le *Temps* :

Le personnel du ministère chargé d'assurer le chauffage ayant à cœur de réparer sa négligence de la veille, remplit de combustible le calorifère au point qu'il répandit bientôt une chaleur excessive.

Quand ils vinrent siéger, les membres du Conseil apprécièrent comme il convenait ce changement de température, mais leur satisfaction fut de courte durée.

L'un des membres de l'assemblée, M. Abelous, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse, émit l'avis qu'à cette atmosphère surchauffée se mêlait vraisemblablement de l'oxyde de carbone !

— Messieurs, dit-il, il y a dans cet air vicié tous les éléments délétères suffisants pour décapiter l'Université.

Les éminents chimistes que comprend le Conseil, M. Berthelot en tête, approuvèrent leur collègue, et toute discussion cessant, on décida de mander aussitôt M. Nestor Gréhant, le savant professeur du Muséum, dont la compétence en matière d'analyse des gaz est bien connue. Dès qu'il fut arrivé, on le pria de vouloir bien faire des prélèvements d'air dans la salle du Conseil.

M. Gréhant a procédé aussitôt à cette opération. Aussitôt qu'il aura terminé l'analyse du contenu des ballons qu'il a emportés dans son laboratoire, il fera connaître aux membres du Conseil si leurs craintes étaient ou non fondées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — M. Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, vient d'être élu membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. Brouardel.

La liste de présentation dressée par la section portait : en première ligne, M. Thoinot; en deuxième ligne, M. Vincent, professeur au Val-de-Grâce; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Mosny, médecin des hôpitaux, et Würtz, agrégé; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Dupré, agrégé, et Lemoine, professeur au Val-de-Grâce; adjoints à la liste de présentation, MM. Thibierge, agrégé, et Vallon, médecin à l'hôpital Sainte-Anne.

ERREUR FATALE D'UN PHARMACIEN. — Un pharmacien de Paris ayant à exécuter une ordonnance prescrivant des pilules de spartéine vient de causer la mort d'une malade en donnant par erreur de la strychnine au lieu du médicament prescrit.

De telles erreurs sont extrêmement rares à l'heure actuelle. Dans des cas analogues les praticiens prescrivent, en effet, le plus souvent des spécialités qui leur donnent une entière sécurité. Il est à craindre qu'on ait souvent à les déplorer si

le Sénat, achevant l'œuvre de la Chambre des députés, vote les droits prohibitifs que l'on sait sur les spécialités pharmaceutiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Dron (de Lyon), médecin honoraire de l'Antiquaille.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 6 déc. 1906.) Ehrmann : Traitement de la cystite aiguë et chronique. — Weber : L'infection de l'homme par le bacille tuberculeux des bovidés. — Vannod : Sur les agglutinines et les anticorps spécifiques dans le sérum gonococcique. — Bale : Courte communication sur le travail de Wassermann et Plaut sur les anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques. — Friedberger et Moreschi : Contribution à l'étude de l'immunisation active de l'homme contre la typhoïde. — Saalfeld : Traitement interne de la gonorrhée. — Hess : Sur l'éventration diaphragmatique. — Heinzelmann : Un cas de lymphangiome du grand épiploon combiné avec un kyste de l'ovaire.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 135, 11 nov. 1906.) Ettore Tedeschi : Nouvelle contribution à la pathologie des néphrites. — Giovanni Romanelli : Infection typhique associée à une angine à diplocoques. — G. Ghedini : L'action agglutinante du sérum du sang des malades atteints d'influenza sur le bacille de Pfeiffer. — Giovanni Morelli : Syndrome pédonculaire bilatéral par embolies des cérébrales postérieures avec ataxie à type cérébelleux. — (N° 138, 18 nov.) Vincenzo Patella : La genèse endothéliale des leucocytes mononucléaires du sang. — Alfredo Perez : Etude clinique d'un cas de maladie d'Addison. — Luigi Mattioli : Influence de la stase artificiellement provoquée sur les prédispositions éventuelles à l'apparition de processus anatomo-pathologiques dans l'appendice vermiforme. — (N° 141, 25 nov.) Carlo Mümm : Sur une variété topographique spéciale de cystocèle crurale. — F. Simonelli : La valeur pathognomonique du spirochète pâle dans le diagnostic de la syphilis extra-génitale. — (N° 144, 2 déc.) Spiro Livierato : Les pulsations des parois thoraciques dans les épanchements pleuraux. — Giuseppe Fontana : Un cas de poliorroménite consécutive à un traumatisme. — Prof. D. Biondi : Notes sur certaines conséquences locales ou de voisinage non immédiates de l'appendicite. — Prof. Rolando et V. Gianni : Le carcinome du cæcum. — Puglisi Sante : Les injections de sublimé en solution saturée dans le traitement de la syphilis.

Medizinische Blatter. — (N° 49, 8 déc. 1906.) Scherk : Hydrolyse et catalyse ; leurs rapports avec le diabète. — Faber : La gastrite chronique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 11 déc. 1906.) Selter : Recherches bactériologiques sur un nouveau procédé de désinfection par le formiol. — Heuking : Recherches sur l'anesthésie lombaire par la novocaïne. — Dietze : Technique de l'anesthésie locale et particulièrement avec la novocaïne suprarénine. — Steim : Nos recherches sur la novocaïne. — Lévy et Kayser : Recherches bactériologiques à l'autopsie d'un porteur de bacilles typhiques. — Tomarkin : Sur les dangers de la transmission des infections par le téléphone. — Vierordt : Importance et emploi des méthodes thérapeutiques physiques dans la pratique médicale. — Burkhardt : Sur la preuve de symptômes du côté gauche dans la pérityphlite. — Hornung : L'électrothérapie dans les troubles circulatoires. — Vollert : Un nouveau principe du traitement opératoire du glaucome. — Wederake : Etudes théoriques et pratiques sur nos fils à suture.

Policlinico. — *Section médicale.* — (Nov. 1906.) G. Pecori : Le syndrome cérébelleux d'origine malarienne. — A. Giannelli : La ptose palpébrale consensuelle. — Francesco Giannuli : Tics hystériques dans le domaine fonctionnel du centre de Broca. Tics et maladies mentales. — Ettore Dedeschi : L'influence des diverses albumines alimentaires sur les échanges azotés chez les malades atteints de néphrite ou de carcinome. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique diététique des néphrites. — *Section chirurgicale.* — F. Ravenna : Sur les cancers multiples primitifs. — Valentino Barnabo : Sur l'étiologie de l'estomac en besace. — Andrea Cosentino : Les altérations du foie consécutives à l'ischémie temporaire. — F. Fichera : L'hyperémie par stase dans les infections aiguës.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 46, 17 nov. 1906.) Louis Vacher : Sur un procédé nouveau d'ablation du mur de la logette. — G. Dufays : Accidents cérébraux graves au cours d'une mastoïdite chronique réchauffée. Evidement. Guérison. — Mossé : Otite scléreuse bilatérale. Troubles subjectifs très accentués. Surdité. Vertiges. Traitement par les ponctions lombaires. Résultats nuls du traitement. Examen de la résistance au courant voltaïque. — (N° 47, 24 nov.) Gordon King : Etiologie nasale et traitement de l'asthme. — Capmas : De l'emploi systématique de l'anse froide pour l'ablation des amygdales palatines. — E. Bardin : Recherches sur l'absorption au niveau de l'oreille moyenne. — (N° 48, 1er déc.) E. Escat : Interprétation du renne positif paradoxal ; technique destinée à prévenir ce résultat. — G. Pautet : Polypes muqueux transformés en tumeur mélanique.

Semaine gynécologique. — (N° 48, 27 nov. 1906.) Pichevin : Du drainage dans les laparotomies. — (N° 49, 4 déc.) Pichevin : Résultats de l'hystérectomie pour cancer utérin. — (N° 50, 11 déc.) R. Pichevin : Ptoses abdominales (entéroptose, néphroptose) et maladies des femmes. — (N° 51, 18 déc.) Lyon-Caen et Pichevin : Avortement tubaire avec enkystement de la trompe gravide, fausse grossesse intraligamenteuse, hématocèle péri-annexielle.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 49, 6 déc. 1906.) Lauger : Un coup d'œil sur les soins à donner au nouveau-né normal. — Mager et Sternberg : Sur la leucémie myéloïde aiguë. — Glaessner : Contribution à l'étude de la polycythémie rouge. — Latzel : Sur la présence de bacilles de l'acide lactique dans le sédiment urinaire. — Rodari : Importance des expériences de Pavlow sur l'animal pour le traitement des maladies de l'estomac. — Leichtenstern : Sur la question de l'épreuve de la phloridzine. — Pach : Mortalité infantile et tuberculose pulmonaire à Budapest.

TABLE DES MATIÈRES

1906

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1906

D

E

F

G

H

I

J

K

L

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

